

〈研究論文〉

## これからの東アジア諸国における高齢者ケアについて －日本における高齢者ケアシステムの先行事例を参考に－

石 田 路 子

### 【要旨】

本論文にある東アジアは、東南アジア諸国も含めた広い意味の東アジア地域を指している。これらの国々は、いずれも多産多死から少産少死への人口転換が完了しており、これから順次本格的な少子高齢社会を迎えることが予測されている。またこの地域の特色として、家事や育児の担い手がこれまででは伝統的に家族であったが、しだいに社会化していくことも共通点といえる。東アジアで経済・社会・産業その他の発展において先頭を走っている日本は、いち早く少子高齢化社会における課題解決の方向性を探るとともに、とくに高齢者への介護をはじめとする総合的なケアのシステムに焦点を当てた社会制度や社会サービスなどを構築していくプロセスを、他の国々に示していくという大きな役割を担っている。

本論文では、とくにNIEsの代表として韓国と、ASEANの代表としてインドネシアを取り上げ、日本との共通点を押さえながら2国における高齢者ケアの実情を考察し、これからの東アジアの高齢者ケアについて探っていく。そして、これまでの日本の高齢者ケアを中核とした総合的な社会サービスシステムの在り方について、東アジア諸国における人口高齢化にともなう課題とその対策を考察していきたい。

**キーワード**：東アジアの人口高齢化、高齢先進国としての日本、高齢者ケアモデル

### 1. はじめに

中国における人口高齢化については、「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」(『城西国際大学紀要』第21巻第4号<福祉総合学部>2013年3月)で論述しているが、中国のみならず今や東アジア諸国においても人口高齢化に向かう傾向は見過ごすことができないものになってきている。

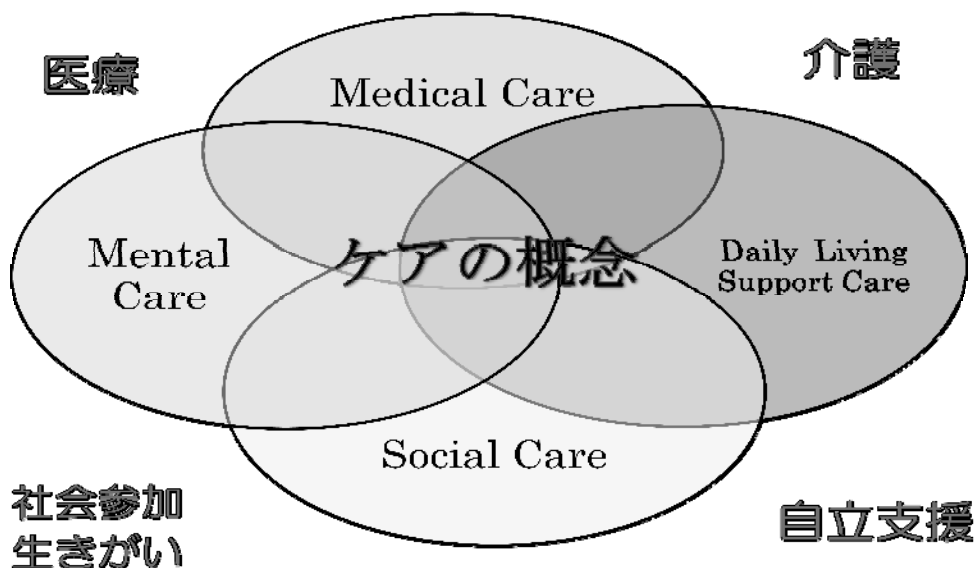
本論文にある東アジアは日本・韓国・中国などに限らず、東南アジア諸国も含めた広い意味の東アジア地域を指している。これらの国々は、いずれも多産多死から少産少死への人口転換が完了しており、これから順次本格的な少子高齢社会を迎えることが予測されている。またこの地域の特色として、家事や育児の担い手がこれまででは伝統的に家族であったが、しだいに社会化していくことも共通点といえる。同時に、この東アジア地域は近い将来に一つの大きな経済圏に発展する可能性も高い。

このように見ていくと、この地域で経済・社会・産業その他の発展において先頭を走っている日本は、いち早く少子高齢化社会における課題解決の方向性を探るとともに、とくに高齢者ケアシステムに焦点を当てた社会制度や社会サービスなどを構築していくプロセスを、他の国々に示していくという大きな役割を担っていると思われる。

日本経済研究センター主任研究員の飯塚信夫は、日本の少子化がこれからも引き続き進展していくとしながら、景気回復に伴って女性や高齢者の労働参加率が上昇し、それだけでなく出産・育児と仕事との両立をめぐる環境が改善されることで出生率低下の傾向が抑制されるとするシミュレーション結果を報告している。しかし、これには「効果が出るまでにはかなりの時間がかかることを覚悟しつつ、長期的な視野を持って政策を打ち出すことが重要」とも述べている。そして、女性や高齢者の労働参加率の上昇による経済的な成長については、在宅看護・介護を推奨する施策によって失われてしまう労働力、出生率、成長があることを見据えて、バランスを取っていく必要があることを主張している。（飯塚：2007）

こうした状況を認識したうえで、これまでの日本の高齢者へのケアを中核とした総合的な社会サービスシステムについて検討し、東アジア諸国における人口高齢化にともなう課題とその対策を考察していきたい。なお、本論文における「ケア」とは、図1に示すような複合的・総合的な概念として考えている。

図1 ケア概念



つまり高齢者ケアとは、高齢者への医療的ケア（Medical Care）あるいは日常生活上の生活支援（Daily Living Support Care）のみならず、社会制度やサービスの充実を図りつつ、高齢者の社会参加を進めて生きがいを持ってその人なりの自立した生活を確保してもらうための総合的な支援の方法と考え

ている。

さらに本論文では、とくに韓国とインドネシアを取り上げ、日本との共通点を押さえながら2国における高齢者ケアの実情を考察し、これからの東アジアの高齢者ケアについて探っていきたいと思う。

## 2. 東アジア諸国の少子化問題

表1 合計特殊出生率の推移及び予測（国際比較）

国・地域 Country or region	1950 ~1955 年/Year	1990 ~1995	1995 ~2000	2000 ~2005	2005 ~2010	2010 ~2015	2015 ~2020	2020 ~2025	
日本	JPN	3.00	1.48	1.37	1.30	1.32	1.42	1.51	1.58
アメリカ	USA	3.45	1.99	1.96	2.04	2.07	2.08	2.08	2.08
カナダ	CAN	3.65	1.69	1.56	1.52	1.65	1.69	1.73	1.76
イギリス	GBR	2.18	1.78	1.74	1.66	1.83	1.87	1.90	1.93
ドイツ	DEU	2.16	1.30	1.34	1.35	1.36	1.46	1.55	1.62
フランス	FRA	2.76	1.71	1.76	1.88	1.97	1.99	2.00	2.02
イタリア	ITA	2.36	1.28	1.22	1.25	1.38	1.48	1.56	1.63
スウェーデン	SWE	2.21	2.01	1.56	1.67	1.90	1.93	1.95	1.97
ロシア	RUS	2.85	1.55	1.25	1.30	1.44	1.53	1.61	1.67
中国	CHN	6.11	2.01	1.80	1.70	1.64	1.56	1.51	1.53
香港	HKG	4.44	1.24	0.87	0.81	0.99	1.14	1.27	1.38
韓国	KOR	5.05	1.70	1.51	1.22	1.29	1.39	1.48	1.56
シンガポール	SGP	6.61	1.84	1.58	1.33	1.25	1.37	1.47	1.55
マレーシア	MYS	6.23	3.42	3.18	2.96	2.72	2.57	2.45	2.34
タイ	THA	6.14	1.99	1.77	1.68	1.63	1.53	1.46	1.44
インドネシア	IDN	5.49	2.90	2.55	2.38	2.19	2.06	1.94	1.85
フィリピン	PHL	7.42	4.14	3.90	3.70	3.27	3.05	2.86	2.70
インド	IND	5.90	3.72	3.31	2.96	2.73	2.54	2.38	2.26
オーストラリア	AUS	3.18	1.86	1.78	1.75	1.93	1.95	1.97	1.99
ニュージーランド	NZL	3.69	2.07	1.95	1.95	2.14	2.14	2.13	2.13
ブラジル	BRA	6.15	2.60	2.45	2.25	1.90	1.80	1.72	1.66

出典)UN(2011.5)World Population Prospects: The 2010 Revision

エイジング総合研究センター（JARC）は、我が国でいち早く東アジア各国の人口学等関係専門家による国際会議を開催してきた実績がある。2012年4月には第19回目の会議が福岡市で開催された。この国際会議は、従来から東アジアにおける人口高齢化の早い進行と増加する高齢者数に着目するとともに、同エリアにおける人々の生活行動や意識の類似性に焦点を当て、各国の比較研究を行うために開催されてきた。2012年の会議には中国、韓国、台湾、シンガポール、日本の専門家、合わせて27名が招聘され、各国の人口高齢化の現状とそれに伴う諸問題について、報告及び協議が行われた。

上述の会議で5カ国の代表による報告に共通していたのが、人口高齢化に影響を及ぼす出生率の低下であった。表1は国連から出されている2010年における合計特殊出生率の国際比較であるが、出生率が低いとされるヨーロッパ諸先進国と比較しても、日本の出生率の低さが明らかである。とくに、国の子育て支援策が功を奏したフランスや、手厚い福祉施策の実績があるスウェーデンなど出生率を下げていない国と比較して、日本は2005年度の1.26から漸次僅かながら上昇したとはいえ、いまだに低い出生率から脱却することができないでいる。

国立社会保障・人口問題研究所が2011年10月14日に開催した第16回「厚生政策セミナー」では、

現在、少子化の国は3つのグループに大別できると説明された1)。ひとつ目は「ゆるやかな少子化国」で、スウェーデン、デンマーク、イギリス、フランス、アメリカなどが該当する。とくにフランスは、先進諸国で最も高い2.01となっている。これまで家族手当などの経済的な子育て支援が中心であったフランスも、1990年以降は保育サービスの充実へ施策を転換し、同時に移民の受け入れや婚外出生の規制緩和等も行ってきた。事実婚の夫婦でも婚姻関係にある夫婦と同等の子育て支援が受けられることになり、そうした成果が出生率の回復につながっている。また、男性の家事・育児参加率および女性の社会参加率が高い北欧諸国も、少子化の傾向はゆるやかである。

二つ目は「超少子化から回復した国」で、イタリア、スペイン、ポーランド、ブルガリア、ハンガリーなどがある。これらの国は、一時は出生率が1.3を下回っていたが、現在はやや持ち直してきている。もともと、南欧、東欧の国々は伝統的な家族の結びつきが強い文化圏といわれている。そのため、「結婚制度」、「強固な家族主義」、「根強い男女の役割分業」などが少子化の原因と分析されるようになった。例えば、イタリアやスペインは家族の結びつきが強く、子どもは大人になっても親元で暮らすことが多いという特徴がある。また、若い人たちが親元から独立する年齢も遅く、晩婚や晩産の傾向が進んでいる。男性の家事・育児参加率が低いために女性の仕事と育児の両立が難しく、その結果、子どもの数も一人に限られ第2子、第3子を産む率が低下している。

しかし、現在はイタリアでも事実婚が増えており、結婚による旧来の制約にとらわれずに子どもを産む人たちも増えた。1990年代初頭の超少子化当時の婚外出生率は6～7%にとどまっていたが、出生率が回復した2006年ごろには全出生の約17%が婚外出生となっている。1993年11月から発足したEUにより、他のEU諸国における制度・施策、さらに文化・価値観などの影響もおおきいと思われる。(表2)

表2 先進7カ国の合計特殊出生率(2010年)

国名	日本	フランス	イギリス	アメリカ	スウェーデン	イタリア	ドイツ
出生率	1.39	2.01	2.00	1.93	1.98	1.40	1.39

出典)United Nations, Demographic Yearbook 2010 より

表3 東アジア諸国の合計特殊出生率(推移)

国	年	1960	1970	1980	1990	2000	2010
日本		2.02	2.07	1.76	1.49	1.39	1.39
香港		5.31	2.89	1.80	1.55	1.08	1.11
台湾		6.59	3.71	2.46	1.81	1.68	0.90
韓国		5.63	4.28	2.23	1.70	1.51	1.23
シンガポール		4.93	2.62	1.69	1.76	1.57	1.15
中国		3.41	3.72	2.55	1.92	1.78	1.60
タイ		6.39	4.96	4.11	2.00	1.90	1.80
インドネシア		5.62	5.30	4.11	2.90	2.55	2.14

出典)United Nations, Demographic Yearbook 2010、World Development Indication2010 を参照のうえ作成

最後に三つ目となるのが「新たな超少子化国」で、香港、韓国、シンガポール、台湾など、東アジア諸国に集中している。表 3 を見れば明らかなように、これらの国々の2010年の合計特殊出生率は、どれも1.3 を下回っており、この10年で少子化傾向がさらに加速していることが分かる。国立社会保障・人口問題研究所の佐藤龍三郎（2012）は、先のセミナーにおける問題提起と基調講演等を総括し、日本、韓国、台湾の少子化について次のような特徴が浮き彫りになったと指摘している。

- (1) 低出生力の共通の要因としては、社会経済の急激な変動、家族制度や文化的価値規範の特異性などが挙げられ、とりわけ文化的な面では伝統的な家族主義、つまり親子や家という縦の関係を重視する家族パターンの出生力が、欧米の個人主義やカップル重視による横の関係を重視する家族パターンの出生力を下回ってしまった。さらには、ジェンダーによる不平等の問題が相対的に強く残り、女性をより縛っている点もある。
- (2) 社会経済の変動による影響として、工業化、都市化の進展に伴って、雇用労働力化、高学歴化、所得の上昇、女性の社会進出などが進み、さらにこれらの変動に「圧縮性」が見られる。なお「変動の圧縮性」とは、①様々な変化が短い期間に詰まっている、後発走者の方がいったんスタートすると速度が速い、②古いものと新しいものが併存する等が含まれ、こうした変動と変動しにくいものとしての家族パターンとの軋轢が生じている。
- (3) 韓国・台湾では比較的最近まで高い出生力を抑制するために家族計画プログラムが実施されていた。第二次世界大戦後の日本でも、明示的な人口政策は採られなかったものの民間の家族計画活動に対する支援は行われており、1970年代までは人口過剰とみる認識も強かった。
- (4) 少子化に対する各国の政策対応について、少子化は正につながる様々な施策が始まったのは比較的最近のことであり、これらの施策は結婚・出産の条件を整備するというヨーロッパ諸国にも共通するスタンスであった。しかし、ファミリーフレンドリーな政策の歴史が浅く、量的にも不十分なために際立った成果を生じていないのが実情であり、韓国や台湾では少子化対策に高齢化対策が組み合わせられているという特色がある。

佐藤の総括から、とくに東アジアにおける少子化傾向を促進する背景にあるものは、①家族主義(子育てや高齢者の世話などが家族によるアンペイドワークで担われることを最優先する考え方)、②家族員マンパワーの産業化(急速な産業化の進展によって家庭内無償労働を担っていた人(とくに女性)が雇用者として家庭外で働くようになった)、③仕事と家庭を両立させるための施策(日本におけるワークライフバランス憲章など)の浸透が進んでいないことや、その強制力等の不足によって成果が上がっていない、の三つに集約できると思われる。これらについては、次の高齢化の問題を論じた後に改めて触れたいと思う。

### 3. 東アジアにおける人口高齢化

東アジアでは、少子化傾向が著しいのと同時に高齢化のスピードも非常に速いことが特徴である。日本総研上席主任研究員の大泉啓一郎（2007）は各国の平均寿命に触れ、「タイでは 1950～55 年の

51歳から2000～05年には69歳に、インドネシアでは同時期に38歳から69歳に、中国では同じく41歳から72歳に伸びた。この傾向は続き、国連の人口推計では、タイは2020～25年が74歳、2040～45年が77歳に、インドネシアは74歳と78歳に、中国は75歳と78歳に、それぞれ伸びると見込まれる」と述べ、こうした状況からアジアが「『高齢人口爆発の時代』に入ったといえる。」としている。

日本を先頭にして、引き続きアジア諸国でも同様の人口高齢化が進んでいくと予測されている。これは人口学の領域で人口の雁行型形態の変化と呼ばれているが、こうした人口構造の変化は経済発展に伴って現れるものであり、今後のアジアの成長は人口高齢化に伴って大きく減速することが予想されている。このことは、人口と経済との関係を表す「人口ボーナス」と「人口オーナス」で説明されている2)。

出生率より乳幼児死亡率の低下が先行するようになると人口増加が始まる。この人口増加層が生産年齢人口の増加となり、このころから少子化の傾向が生じてくる。しかし、まだ高齢者数の割合は多くないために従属人口はむしろ低下する。この時期を「人口ボーナス (demographic bonus)」と呼ぶ。人口の中で働く人の割合が高く、経済が活性化する時期でもある。しかし、その後に増加した人たちが高齢になっていく一方で、少子化が始まったところからの世代が生産年齢人口になっていくと、従属人口の比率が高まっていくことになる。これが「人口オーナス (demographic onus)」の時期にあたる。

表4 アジアの合計特殊出生率と高齢化率

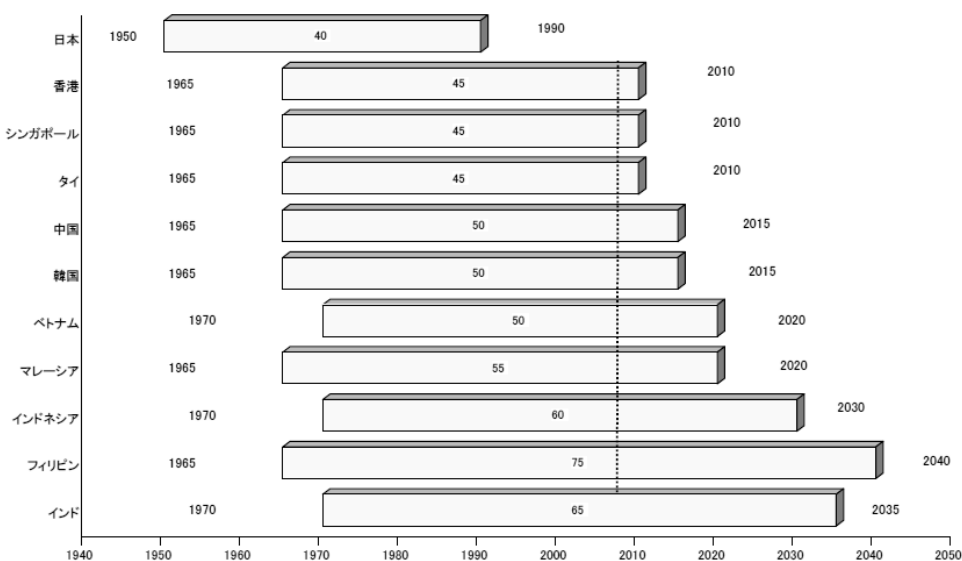
	合計特殊出生率 (%)		高齢化率 (%)	
	1990年	2005年	2005年	2025年
日本	1.5	1.3	19.7	29.1
韓国	1.6	1.1	9.4	19.6
台湾	1.7	1.1	9.6	19.6
香港	1.3	1.0	12.0	21.5
シンガポール	1.9	1.2	8.5	22.3
中国	2.1	1.8	7.6	13.7
タイ	2.2	1.9	7.1	13.3
マレーシア	3.8	2.7	4.6	8.9
インドネシア	3.1	2.3	5.5	8.6
フィリピン	4.3	3.2	3.9	6.8
ベトナム	3.6	1.8	5.4	8.4
インド	3.8	2.8	5.3	8.1
世界平均	3.1	2.6	7.4	10.5

大泉啓一郎著『老いてゆくアジア』2007 中公新書 表0-2を引用

国の経済成長は人口構成の変化だけから説明できるものではないが、2006年6月に世界銀行が、「世界開発報告」のなかで開発途上国が出生率の低下により経済発展を実現した例として東アジアを取り上げている。また、2007年3月にはIMFが「World Economic Outlook」のなかで東アジアの高成長を支える要因の一つとして、年少人口の扶養コストが低いことをあげた。しかし、こうした人口ボーナスの効果は永遠に続くものではなく、高齢化の進展とともに再び扶養コストが上昇し、他方で生産年齢人口の減少により、労働投入量や貯蓄も減少に向かう人口オーナス期に移っていく。

人口ボーナスの期間について、生産年齢人口の比率が上昇から低下に転じるまでの期間と定義すると、現時点で日本を除く東アジア各国は、人口ボーナスを享受できる期間にあるものの、香港、台湾、シンガポール、韓国や中国、タイでは2010～2015年に終わると予測されている。とくに中国やASEAN諸国は所得水準が十分に高まらないうちに人口ボーナスが終わる可能性が高く、中国ではすでに「未富先老」が重い課題となっている3)。

図2 アジア諸国の人口ボーナス時期



小峰隆夫著『超長期予測・老いるアジア』2007 日本経済新聞出版社 第2-6図引用

法政大学大学院政策科学研究科の小峰隆夫(2007)は、アジア諸国の人口ボーナス時期を図2のように表している。これを見ると、日本は1950年～70年までが人口ボーナス時期であり、いわゆる「高度成長期」とされた時期に重なる。しかし、1995年以降は人口オーナスの時代に入り、労働力人口の減少と共に高齢者人口の急増が明らかになる。この時期は、年金や医療などに関する勤労世代の負担感が高まり、従来の社会保障制度の見直しなどが検討されることになる。

アジア諸国の人口構造は、日本の後を追って同様の形で変化していく(雁行型形態)とされ、図2にあるように1965年から一斉に人口ボーナス時代に入っている。しかし、2010年以降から次々に人

ロオナス時期に突入していくと予測されている。このように見ていくと、現在は隆盛を誇るアジア経済も、2010年以降の経済成長率の鈍化に始まる経済状況の変化を読み取り、将来の経済・産業の変化に対応可能な体制の整備を急ぐ必要があり、さらに人口高齢化に伴う高齢者ケアなどの対策についても準備を進めていかなければならないと思われる。

先の大泉は、「少子化、高齢化は、もはや先進国特有の問題ではなく、アジアにおいては日本特有の問題ではない」と述べている。つまり、これからは日本がアジアのマンパワーをはじめとする様々な活力を一方的に取り入れるというスタイルから脱却して、アジアで進展している高齢化の状況に対して、例えば高齢者ケアの在り方など日本で蓄積されてきた知識や技術などをもって支援・協力していく必要性が高まっていると思われる。

#### 4. 東アジア各国の少子高齢化対策（韓国・インドネシア）

1993年に世界銀行が発表したレポート『東アジアの奇跡—経済成長と政府の役割（EAST ASIA MIRACLE : Economic Growth and Public Policy）』において、1965年から1990年代に東南アジアを含む東アジアの国々が急速な経済成長を遂げた現象の分析結果が発表された。このレポートでは、短期間のうちに急速な経済成長を遂げた東アジア諸国の状況を「東アジアの奇跡」と名付けて高く評価している。

また、世界銀行では東アジアの国々のなかで日本とアジア NIEs4 カ国（韓国、台湾、シンガポール、香港）と、ASEAN のうち 3 カ国（インドネシア、マレーシア、タイ）の 8 カ国をアジアの高度経済成長国 HPAEs (High-Performing Asia Economics) として取り上げている。

しかし、「東アジアの奇跡」発表から 4 年後の 1997 年にはアジア通貨危機が発生し、タイをはじめ東南アジア諸国、韓国などで経済成長率がマイナスとなった。東アジア諸国は、それまでの成長路線の修正を余儀なくされることになるが、高阪章（2008）は書評論文『『奇跡』から『再生』へ—東アジアの持続的成長』の中で、2007 年の世界銀行報告書『東アジアの再生（An East Asian Renaissance: Ideas for Economic Growth）』を取り上げ、1997 年のアジア経済危機以降の東アジア地域の目覚ましい経済回復メカニズムの分析と今後の中長期的な政策課題を論じていると紹介している。

このように、思いがけない経済危機から回復を遂げ、新たな再生を目指している東アジアの国々において、少子高齢化の状況がどのように進んでいるのか、またそれに対する施策等について見ておきたい。ここでは、東アジアの国々の中から NIEs（新興工業経済地域）の一つに挙げられている韓国を、日本に続く東アジアの先進国のひとつとして取り上げたい。また、ASEAN（東南アジア諸国連合）の一つであるインドネシアについて、開発途上国から経済成長国へと転換していく国の事例として見ておきたい。

国際連合の「世界の人口推計（2011年度版）」で世界第4位の約2億4000万人の人口を抱えるとされているインドネシアは、今後、急速な経済発展が見込まれている一方で、すでに高齢化の波が押し寄せているといわれている。中国をはじめ、その他の ASEAN 諸国にも経済発展のスピードより高齢化が早く進むという状況が生じている。韓国及びインドネシアの少子高齢化に関する現状を概観した上で、



近い将来には東アジアにおける高齢者ケア問題が各国の医療福祉施策のみならず社会経済全体にも大きな影響を及ぼすことを想定し、これまで日本で蓄積されてきた高齢者ケアの知識や技術、サービスその他様々な実績について、それらをどのように生かしていくべきか考えてみたい。

## ① 韓 国

慶北大学医学部教授で韓国老年学会会長でもある李誠国と韓国保健社会研究院高齢化研究部長の鮮于憲は、「韓国の少子高齢化と関連対策」について、2012年4月6・7日に開催された第19回東アジア人口高齢化専門家会議において次のように報告している。「韓国人口は約4820万人、2010年センサス時の65歳以上人口は11.1%、0～14歳人口は16.5%、15～64歳の労働力人口は72.4%」である。これは、韓国が現在、まさしく人口ボーナス期にあることを示している。しかし、李および鮮は「1990年後半以降の急速な少子化は今後の社会経済の発展を非常に厳しい状況にする。」として、これからの韓国の人口オーナス期を危ぶんでいる。

表5 日本と韓国の高齢率推移（比較）

単位：年（%）

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
日本	5.7	7.1	9.1	12.0	17.3	23.1	29.2	31.8	36.5	39.6
韓国	2.9	3.1	3.8	5.1	7.2	11.3	15.6	24.3	32.5	38.2

出典）日本：内閣府「平成22年版高齢社会白書」 韓国：統計庁「2010 高齢者統計」

さらに、「韓国の老年人口割合が7%になったのは1999年（国際高齢者年）であるから、日本などと比べて極めて遅い。しかし、急速な長寿化と少子化によって、2007年に10%、2017年には14%になる。これは、世界最速の高齢化先進国の日本が7%から14%までに要した24年よりもはるかに速いスピードである。そして、2050年には総人口の3人に1人が高齢者（65歳以上）になると推計されている。」と述べて、韓国における高齢社会対策が急務であることを強調している。

一方、韓国の合計特殊出生率についてニッセイ基礎研究所の金明中（2009）は次のように述べている。「1950年代には6を上回る高い水準を維持していたものの、政府による低出産奨励政策と避妊器具の普及などによって1984年には1.76まで低下した。実際、少子高齢化社会の問題をほぼ意識していなかった1980～1990年の間には、家族計画（Family Planning）というスローガンの下で、＜中略＞人口増加率を政府の目標通りに大きく引き下げるのに成功したものの、1990年代中盤以降、景気の悪化やそれに伴う養育費の負担増加、そして出産に対する価値観の変化などによって、2008年の合計特殊出生率は1.19で、OECD加盟国の中でも最も低い水準まで低下した。」

表6にあるように、韓国の合計特殊出生率は2005年の1.08から現在は若干回復しているが、いまだに低い数値にとどまっており、このことが今後の韓国政府の社会保障政策に大きな課題を突き付けていることは明らかである。

表6 日本と韓国の合計特殊出生率推移（比較）

単位：年（％）

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
日本	2.13	1.91	1.75	1.76	1.54	1.42	1.36	1.26	1.39
韓国	4.53	3.43	2.82	1.73	1.57	1.63	1.29	1.08	1.23

出典）日本：厚生労働省「人口動態統計」 韓国：統計庁「2010 出生率統計」

このように少子高齢化が加速的に進んでいる韓国で、年金、医療、介護など高齢者の生活を支える仕組みはどのようになっているのか。韓国における国民皆年金の制度は 1988 年に施行となり、2008 年から老齢年金の完全給付が実施されたばかりである。つまり、現在でも公的年金が高齢者の主な所得源となっていないのが現状である。従来から、韓国の人々の意識には年を取った親の面倒は長男をはじめとする子どもが見るといふ儒教的な考え方が根強く残っており、現在も多くの高齢者が老後の生活を自分の子どもに依存しているのが実情である 4)。

こうした家族観は儒教思想の影響を受けた中国やその他のアジア諸国にも共通しているが、韓国では最近とくに女性の社会進出が進むとともに核家族化が進行し、高齢率や平均寿命の上昇などによって、介護の社会化に対する必要性が高まり、2008 年 7 月には日本の介護保険にあたる老人長期療養保険制度が施行されている。しかし、韓国で本格的に老人長期療養保険制度の導入が議論され始めたのは 2000 年からであり、当時の高齢率は 7.2%にとどまっていた。これは、日本が介護保険制度の導入を議論し始めた 1994 年の 14.1%と比較しても、はるかに低い数値である。さらに、2000 年の韓国における国民医療費に占める老人医療費の割合は 17.5%であり、1994 年当時の日本の老人医療費が約 44%であったことを見ると、韓国がかなり早い段階で老人長期療養保険制度の導入検討を始めたことが分かる。

金明中は、その理由の第一は韓国の健康保険が慢性的な財政赤字であったことを指摘している。高齢率の上昇とともに 1 人当たりの年間平均受診件数が増加し、韓国の健康保険財政は 1997 年から赤字に転換し、その赤字幅も毎年拡大していく状況であった。その中で 1999 年 12 月には老人長期療養保護政策研究団が設置され、2000 年 12 月に老人長期療養保護総合対策案が発表された。その後 2007 年 4 月 2 日に国会本会議で老人長期療養保険法案が可決され、2008 年 7 月 1 日から老人長期療養保険制度が施行されたのである。

しかし、韓国では老人長期療養保険制度において、政府の財政支出を最小化しようとする運営方針が貫かれている。例えば、韓国の老人長期療養保険を日本の介護保険と比べてみると、日本では 40 歳以上の人が被保険者であり、保険サービスを受けられるのは 65 歳以上の高齢者及び 40～64 歳の老人性疾患を持っている人となっているが、韓国では健康保険に加入している全国民を被保険者としている一方で、保険サービスを受けられるのは 65 歳以上の高齢者及び 40～64 歳の老人性疾患を持っている人に限っている。また介護サービスを利用するときの自己負担率は、日本が在宅・施設ともに原則 1 割であるのに対して、韓国では在宅が 1.5 割、施設が 2 割に設定されている。また、要介護者については、日本が要支援 1・2 と要介護 1～5 の 7 段階に分類しているのに対して、韓国は 3 段階になっている（表 7）。

表7 韓国の要介護区分

等級	長期療養1等級	長期療養2等級	長期療養3等級
内容	日常生活で、一般的に他人の助力が必要な者として、認定点数が95点以上の者。	日常生活で、相当の部分に他人の助力が必要な者として、認定点数が75点以上95点未満の者。	日常生活で、部分的に他人の助力が必要な者として、認定点数が55点以上75点未満の者。

出典) 朴仁淑「韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護司養成の課題」立命館産業社会論集 2011年9月第47巻第2号 p173 表7を引用

表8 韓国における在宅介護サービス事業所数の推移

		2008年7月	2008年12月	2009年12月	2010年6月
在宅介護	訪問介護	2,823	4,362	8,446	9,136
	訪問入浴	1,654	3,006	6,279	7,100
	訪問看護	461	626	787	774
	通所介護	641	806	1,106	1,247
	短期入所	397	691	1,370	205
	福祉用具	364	733	1,086	1,212
施設介護		1,395	1,717	2,627	3,443

出典) 朴仁淑「韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護司養成の課題」立命館産業社会論集 2011年9月第47巻第2号 p177 表10を引用

老人長期療養保険制度における認定者及び利用者について、孫珉滢（2012）は次のように述べている。「長期療養保険施行以後の認定者及び利用者は毎年増加する傾向にある。保健福祉部・国民健康保険団体の2011年老人長期療養保険施行3周年記念シンポジウムの資料によれば、2008年の認定者数14万人と利用者数7万人は、2009年には認定者数26万人と利用者数18万人、2011年3月には認定者数32万人と利用者数28万人まで増加している。また、要介護の認定申請から外された潜在的な長期療養対象者も2011年3月現在で約37万人にのぼり、潜在的な長期療養者に対する支援も必要である。」

つまり、制度施行直後の認定者数は4年後には2.3倍に増加し、利用者は4倍になっている。また孫が言及しているように、潜在的な長期療養対象者についての対策も見過ごすことができないと思われる。

一方、そのサービス内容は、韓国でも日本と同様に在宅と施設サービスを同時に実施しており、そのための施設拡充や人材養成教育が継続して実施されている（表8）。また、表9を見ると、2010年6月末現在で長期療養サービスを担当する療養保護士は全国1,349カ所の療養保護士教育機関から935,607人が輩出されている。しかし、表10を見ると、実際に働いている療養保護士の数は2010年6月末現在189,473人であり、資格を取得した人の内で約2割しか療養保護の仕事に従事していない。

療養保護士制度は2008年1月に法制化され、1級と2級がある。資格取得の希望者は学歴や年齢を問われず、療養や在宅福祉の経験がまったくない人でも1級は240時間、2級は120時間の教育を履修すると簡単に取得できる仕組みになっている。

表9 韓国の療養保護士教育機関数及び資格取得者数の推移 (単位:ヶ所 人)

	2008年1月	2008年6月	2008年12月	2009年6月	2009年12月	2010年6月
教育機関	101	1,009	1,080	1,162	1,308	1,349
資格取得者	---	36,392	333,984	518,806	692,138	935,607

出典) 朴仁淑「韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護士養成の課題」立命館産業社会論集 2011年9月第47巻第2号 p178 表11を引用

表10 長期療養期間の介護人材人数(推移)

年月	2007.12.	2008.6.	2008.12.	2009.6.	2009.12.	2010.6.	2010.12.
人数	23,535	37,684	114,633	135,070	158,859	189,473	203,465

出典) 孫珉滢「施行4年目を迎える韓国介護保険—その現状と課題—」2012 佛教大学大学院社会福祉学研究科篇社会学研究科篇第40号 p29 表13を引用

しかし、資格は取るが働かない人がほとんどといった状況から、資格制度をめぐる教育の質や教育環境の問題、専門性などが問われるようになり、2010年4月からは老人福祉法及び施行規則の改定によって国家試験制になっている。

権法珠と蘇珍伊(2012)が、2011年1月に18ヶ所の療養保護施設で450人の療養保護士を対象に行った調査の結果の抜粋が表11である。そこから見えてくる韓国の療養保護士像は、その多くが中学・高校を卒業した中高年女性であり、半数以上が非常勤あるいはパート職員として働き、10人以上の利用者の介護を1日平均13時間以上かけて行っている姿が浮き上がってくる。韓国の療養保護士の勤務体制は、その多くが24時間勤務して48時間休む3交代制や、24時間働いて24時間休む2交代制がとられている。こうした勤務を1カ月続けて、得られる収入は平均で131.7万ウォンと日本円で約10万円である。労働内容が過酷にもかかわらず賃金が低いいためか、勤務年数も5年未満の人が8割以上となっている。

こうした状況を見ると、近い将来に急速な人口高齢化を迎える韓国では、高齢者ケアを担う専門職として療養保護士の専門性をより認識し、労働環境の整備と共に待遇の改善、さらに専門性を磨くための教育体制の確立・整備を急ぐ必要があるだろう。

表 11 療養保護士の基本的属性及び勤務状況

(N=322)

項目	カテゴリー	度数	%
性別	女性	293	91.1
	男性	25	7.9
年齢	20代	7	2.2
	30代	19	5.9
	40代	80	24.8
	50代	165	51.2
	60代以上	51	15.8
	平均年齢	49.6±7.2 歳	
最終学歴	中学校	74	24.9
	高等学校	168	55.9
	短期大学・専門学校	32	10.8
	大学	22	7.4
	その他	3	1.0
経験年数	5年未満	124	83.8
	5～10年	21	14.2
	10年以上	3	2.0
	平均経験年数	3.1(±3.0)年	
雇用形態	常勤	122	39.1
	非常勤・パート等	190	60.9
担当利用者数	1～5人	53	16.6
	5～10人	82	25.4
	10人以上	184	57.7
平均収入	1か月あたり	131.7 (±23.3) 万ウォン	
平均労働時間	1日あたり	13.3 (±5.7) 時間	

出典) 権汝珠・蘇珍伊「韓国の老人療養施設における療養保護士の職場環境と介護サービス提供との関連」岡崎短期大学研究紀要第45号 p31 表1から抜粋

## ② インドネシア

国際東アジア研究センターの本台進(2006)は、「インドネシアの過去3回の人口センサスを見ると、人口成長率が1980年から90年にかけては1.97パーセント、1990年から2000年にかけては1.49パーセントへ大幅に低下してきた。その結果、人口構成において15歳未満の児童のシェアが減少し、逆に15-64歳の割合が1980年の55.8パーセントから、1990年の59.6パーセント、2000年の65.0パーセントへと上昇した。65歳以上の人口シェアも上昇し、1980年の3.3パーセントから2000年の4.5パーセントとなり、その人口数で見ると1980年の477万人から2000年の913万人へと20年間で91.2パーセントも増加した。こうした現象は、一部は出生率の低下によるもので、もう一部は平均寿命の上昇によるものである。」

と述べている。つまり、インドネシアは、現在、高齢化が進んではいるが人口ボーナス期のピーク時にあるといえる。

また、年金シニアプラン総合研究機構の菅谷和宏（2013）は「インドネシアでの人口ボーナスは1970年～2025年まで続くと予想され、インドネシアの高齢化率は、2010年の5.6%から7%の『高齢化社会 (aging society)』となるのは2020年、14%の『高齢社会 (aged society)』となるのは2038年頃で、7%から14%になる所要年数は18年程度と予想されている。」と述べ、インドネシアは日本よりさらに高齢化の進展が今後急速に高まると予想している。

国連が発表している『世界の人口推計2011』によれば、インドネシアにおける2010年の総人口は239,870,937人で、中国、インド、アメリカに次ぐ世界第4位である。しかし、現在人口ボーナス期の只中にあるため目覚ましい経済成長を見せているが、人口高齢化のスピードが経済成長の伸びを追い越してしまう中国の「未富先老」状況を、将来的に引き起こすことが予測される。インドネシアにおいても、高齢者数の増大に伴って、高齢者ケアへの対策を今から視野に入れておく必要があると思われる。

表 12 OECD 諸国の人口 10 万人あたり病床数 (2010 年)

国	病床数	国	病床数
①日本	1360	⑨オランダ	470
②韓国	880	⑩イタリア	350
③ドイツ	830	⑪デンマーク	350
④オーストラリア	760	⑫カナダ	320
⑤ハンガリー	720	⑬アメリカ合衆国	310
⑥フランス	640	⑭イギリス	300
⑦フィンランド	590	⑮メキシコ	160
⑧スイス	500	※インドネシア	70

出典) OECD HEALTH DATA 2012※オランダ、カナダ、USA は 2009 年数値

国際医療研究センターの江上由里子ら（2012）によれば、インドネシア保健省発表の2010年度数値は、総人口のうち0-14歳が28.9%、15-64歳66.1%、65歳以上5.0%であり、出生時平均余命は71歳、合計特殊出生率が2.4である。また、2010年度の保健省予算は252,758億ルピア（約2,530億円）で、これは2006年度の予算額である153,165億ルピアから増額してきているが、GDPに占める保健予算は2008年度で2.3%にとどまっており、ASEAN諸国が3%であるのに対していまだ低い状況である。

さらに、2010年の病院数は1,632（うち国公立病院794、私立病院838）7）、病床数は166,288床で人口10万人あたり70.0床である。これは2006年の138,451床（同62.3）から増加傾向にあるが、表12を見て明らかのように、インドネシアの医療施設等の整備は国際的な水準をはるかに下回っていることが分かる。また、インドネシアの多くの私立病院はジャカルタなどの大都市に集中しており、とくに富裕層への医療サービスを行っている。一方、一般住民や貧困層への医療は、国公立病院が担っ

ており、医療サービスにおける貧富の格差が広がっている状況がある。

こうした医療状況の中、保健所（プスケスマス）は医師、看護師、助産師が配置された地域医療の中心的な役割を果たしており、治療や分娩、予防活動、健康教育などを行っている。2010年で全国に9,005施設であり、人口10万人あたり3.79施設に換算される8)。東アジア諸国において比較しても医療資源が相対的に不足しているインドネシアでは、保健所を起点とした主に看護師などによる予防や保健活動などの普及促進が重要な役割を果たしている。とくに、インドネシア独自のもので村などが運営するポシアンドゥと呼ばれる保健施設があり、2010年度には266,827ヶ所（村あたり3.6か所）のポシアンドゥが、月1回の割合で母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種、下痢対策の5つの優先課題について住民への指導や検診等の保健サービスを実施している。

『世界の厚生労働 2007』（厚生労働省）では、インドネシアの社会保障について次のような説明がされている。「全国民を対象とする社会保障制度は整備されておらず、政府の許可を受けて健康維持保障制度、労働者社会保障制度（健康保険、労災保険、高齢給付、死亡保障）、国家公務員及び軍人対象の医療保障制度及び年金制度、高齢者、障害者、貧困者等に対する社会福祉サービスなどが個別に存在している9)。また、従来から国公立病院や保健所で安価な医療サービスの提供が行われているほか、貧困者に対して無料の医療サービスが提供されている。なお、介護保険制度はない。」

福岡藤乃（2010）は、最近のインドネシアにおける医療保障制度改革について次のように紹介している。「改革の一つは、＜中略＞複雑な社会保障制度を統一するために『国家社会保障制度に関する法律 2004年第40号』が2004年1月に国民議会に提出され、2005年9月に同法案は可決された。＜中略＞改革の二つめは、貧しい人々の社会保障としての『社会健康保障制度』が2005年から施行されたことである。『社会健康保障制度』の施行により、医療給付制度や医療保険で対象となる人口の割合が2005年までには前年までの20%台から40%台に急増し、2007年には半数が何らかの医療保障を持つようになった。」

現在、インドネシアの場合は都市部でも未だに家族の絆が強く残っているため、高齢者ケアのほとんどが家族の手によって行われている。そのため、高齢者への保健福祉施策については、主に身寄りのない人や障害のある人が対象となっている10)。それらの人たちが入所する施設は2004年の統計で表13のようになっている。

表13 インドネシアの高齢者施設(管轄別施設数及び入所者数)

管轄	施設数	入所者数
国(社会省)	2	182
州政府	69	4,955
民間	164	6,261
合計	235	11,397

出典) インドネシア 2004年統計:Panti Lanjut Usia/Panti Sosial Tuna Werda

JICA国際協力総合研修所の山田浩司(2006)は、「高齢者の人口は、途上国では2000年の2億5034万人から2050年には11億4420万人へ急増し、人口全体に占める高齢者の割合も59.4%から78.1%へ上昇する。世界における高齢化問題は、先進国よりも途上国で深刻化する。」と述べている。

そして、「人口ボーナスを終了した国は、労働投入量の制約や国内貯蓄率の低下など人口高齢化の影響を受けるが、そのほかにも年金や医療費など高齢化の負担が増加する。」として、「途上国では、財政面での制約が強く、社会保障制度は公的制度と企業年金などの市場型モデルを組み合わせたものとする必要がある。さらに高齢者問題が貧困問題と重なるため、政府の公的扶助の継続や、地域共同体の相互扶助機能を活用した地域福祉の視点を取り込むなど、多面的なアプローチが必要となる。」と主張している。

インドネシアは、山田が危惧するような急速に高齢化していく開発途上国の典型である。そして、今まさに公的制度と民間保険を組み合わせた社会保障の体制が整備されようとしており、今後はとくに貧困高齢者への対策が講じられていくことになる。しかし、これからの高齢者問題は貧困にとどまらず、介護の必要度が高くなる高齢者についても考慮していく必要がある。これらのことについて、人口のおよそ8割以上がイスラム教徒でもあるインドネシアの社会で、高齢者ケアがどのように考えられているのか聞き取り調査を行った。

以下は、筆者が2013年8月にインドネシアのハサヌディン大学医学部 (Hasanuddin University : Faculty of Medicine) のイラワン・ユソフ学部長 (Irawan Yusuf) へ行ったインタビュー内容からの抜粋である。

インドネシアの平均寿命は、WHO (2011) の発表によれば69歳 (男性68歳、女性71歳) である。とくにジャカルタなどの大都市における高齢化の傾向は著しく、増大する高齢者人口に対して、国の厚生省 (DEPKES: Department of Health) が指針を出し、州政府が積極的に高齢者施設の増設などを進めている。こうした施設は州政府によるもののほか、NGO やキリスト教関係団体などの民間施設も多く、身寄りがなく、病気や障害がある人たちが生活している。

医学部や看護を学ぶ学生たちが、これらの施設でボランティア活動を行うことはあるが、そこで働いているスタッフは医療や福祉関係の有資格者ではなく、いわゆる「高齢者ケア」を専門に担う業務や職種(日本でいえば介護福祉士など)は未だ存在していない。しかし、日本の状況を知ると、近い将来に高齢者を対象としたケアの必要性が非常に高くなり、それらへの確に対応できる専門職が不可欠であることも容易に予測できる。

日・インドネシア経済連携協定 (EPA :Economic Partnership Agreement) は2007年8月20日に両国首脳によって署名され、インドネシアから看護師・介護福祉士の候補者が日本で専門知識や技術を学んだ上で、介護専門職で働くことができるようになった。2008年7月から、その受け入れが開始されている (13)。日本の先進的な高齢者ケアを学び、高度な技術を身につけることができる機会は、インドネシアの若い人々には非常に有意義かつ有効なものと考えている。近い将来には、インドネシアにおいても高齢者ケアの問題が顕在化してくることになり、その際には日本の高齢者ケアに従事した



経験者による指導が必要になってくると思われる。

なお、インドネシアの高齢化にともなう問題としては、次の3つがある。

①高齢者の健康問題・・・2010年のインドネシアの死亡率は人口1000人あたり6であり、死因の上位は脳卒中、結核、高血圧である(11)。このように、保健医療課題は感染症と生活習慣病とが混在している状況であるが、とくに高齢になると脳卒中をはじめ糖尿病、肝疾患、ガン、心疾患などの罹患率が上がり、医療の必要度が高くなる。こうしたことから、医療費高騰の問題を含めて社会保障制度の改革を急ぐ必要がある。日本では、医療保険制度のみならず介護保険という新たな社会保険制度が創設されているが、インドネシアでも社会保障制度の整備を進めていくにあたって、老後の生活保障や介護保障について検討していく必要があると思われる。

②社会からの孤立化・・・これまでのインドネシアでは、家族が高齢者の世話をすることが一般的であったが、最近の25年ほどで状況が大きく変化してきている。もっとも大きな変化が女性たちの社会進出である。現在では就業している女性の数が未就業の女性より多くなっており、この傾向はさらに進展していくと予想される。この結果、高齢者が家に取り残されて社会から孤立してしまうことが懸念されている。この先は、家族だけではなく、コミュニティで専門職や近隣住民、学生ボランティアなどが協力して高齢者の生活を支えていくといったコミュニティ・ケア(Community Care)、日本でいわれている地域福祉の充実が必要になってくる。

③ジェンダーの問題・・・イスラム社会では伝統的に女性は家で家事に専念するという考え方が一般的であったが、今や多くの女性たちが仕事を持って社会で活動するようになり、この傾向はさらに進んでいくと思われる(12)。しかし、特に多くの男性たちには従来のジェンダー意識が色濃く残っており、女性たちの様々な活動の足かせとなっている。しかし、インドネシアも2030年過ぎには人口の高齢化のみならず減少化時代を迎えるといわれている。インドネシアの経済社会を考えれば、女性の労働力を有効に活用していくことが不可欠である。イスラム社会におけるジェンダー問題の解決は、なかなか困難ではあるが乗り越えていくべき重要課題である。

インドネシアをはじめ ASEAN 諸国など、これからの半世紀で人口高齢化が急速に進む国々では、医療保障や年金制度など国の社会保障制度を整備していくプロセスの中で、高齢者ケアに関する保障の観点を見落としてはならないだろう。また、現在のインドネシアでは、若年労働力の供給過剰や失業及び不完全雇用といった問題を克服するための施策が講じられているが、今後は技術職、専門職、管理職労働者など熟練した知識や技術、経験を要する職域に高齢者のマンパワーを活用していくことも想定した雇用政策も視野に入れて考えることが必要になってくると思われる。

## 5. おわりに

我が国の高齢者ケアについては、2012年度に改正された介護保険法で厚生労働省老健局が法改正の概要説明を行い、「平成23年介護保険法改正について(介護サービスの基盤強化のための介護保険法

等の一部を改正する法律)」の中で、「高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される『地域包括ケアシステム』の構築に向けた取組を進める」と述べている。

「地域包括ケアシステム」の考え方は、高齢者ケアが医療や介護にとどまらず、要支援・要介護に至る前の高齢者の健康管理や予防などの保健や、高齢者福祉施設などに限らない多様な住まいの在り方など、高齢者の日常生活の全般をカバーするものであることを示している。筆者の意見として、国際的に見ても日本の高齢者は就労意欲が高いことが分かっていることもあり<sup>14)</sup>、高齢者ケアの中に生きがいや健康維持につながるものとして、それぞれのライフスタイルに合わせた就労を加える必要があると考える。

つまり、ケアの概念は、ライフスタイル、価値観、生きがい等を尊重し、尊厳を守って、その人の後半の人生を(終末まで見据えたうえで)支えていくものとして捉え、高齢者ケアは、その人の日常生活(Daily Living)に軸足を置きながら、メディカルケアのみならずメンタルケアやデイリーリビングサポートケア、さらにソーシャルケアなどが複合的に組み合わせられたトータルケアから成り立っているのである。

一方、日本の高齢者ケアに重要な役割を果たしている医療保険、年金、介護保険などの社会保障制度は、現在、そうした高齢者への複合的なトータルケアを十全に保障しているであろうか。例えば介護保険制度は、原則的に3年を1期とするサイクルで財政収支を見直し、介護保険事業の運営が行われている。いまは2015年度から始まる第6期介護保険事業に向けて、これまでの制度の見直しが進められている。

制度見直しの主な内容は、①要支援(約140万人)向けサービスを介護保険から切り離し、市町村の独自事業に移す、②高所得の利用者の自己負担を1割から2割へ引き上げることである。これらの改正で懸念されるのは、介護保険が要介護度の重度化した人へのサービスに一層限定され、限りなく医療保険に近づいていくことである。本来、「高齢者の自立支援」を目的として設置された公的社会保険である介護保険が、医療保険とは異なった機能をこれからも果たしていけるのかどうかを今一度見定めておく必要がある。

また、医療保険では、①患者が紹介状を持たずに大病院を受診する場合、初診・再診料として定額の負担を求める、②医療保険料の上限引き上げ、③高額医療費にかかる患者負担の上限見直し(高所得者は引き上げ、低所得者は引き下げ)などが提案されている。そして、財政が悪化する国民健康保険の再編を医療改革の柱に据え、国保の赤字を国が穴埋めした上で、運営主体を市町村から都道府県に移し、財政基盤を安定させることが検討されている。中小企業の会社員が入る「協会けんぽ」の財政改善のため、高齢者医療向け負担金の計算方法の変更も提案されており、加入者の収入に応じた「総報酬割」を全面拡大し、大企業の健康保険組合などの負担を増やすようにしていくことになった。

さらに年金では、財政維持のために少子高齢化の状況に応じて給付を抑える「マクロ経済スライド15）」と呼ばれる仕組みを、物価下落時でも実施できるようにすることを盛り込み、受給開始年齢の引き上げについては、高齢者の就労問題と併せて中長期で検討するとしている。このように、医療保険や年金についても介護保険と同様に、負担が増える一方でサービスが削減されていくという印象が否めない。

一方、これらの他に2011年改正の「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」によって創設されたサービス付き高齢者向け住宅の登録制度は、今後に拡大していくものとして挙げられる。サービス付き高齢者向け住宅は、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅である。この制度は、高齢者住まい法を管轄する国土交通省と、高齢者の安否確認や生活相談など生活支援を管轄する厚生労働省との共同により、高齢者が安心して生活できる住まいづくりを推進し、住宅としての居室の広さや設備、バリアフリーといったハード面の条件を備えるとともに、ケアの専門家による安否確認や生活相談サービスを提供する環境を整えることを目的としている。

また、ニーズが増大する一方で、介護に関わる労働力人口の減少が見込まれている介護分野では、介護現場における腰痛防止等の労働環境の整備が急務である。そうした介護スタッフの身体的負担の軽減化や、高齢者が要介護状態になっても自立して生活を続けるための補助的機能として、高度な科学技術を活用した介護・福祉ロボットの導入が検討されている。製品開発については、対人安全性の技術や基準が確立されておらず、本格的な普及が今のところは見込めない状況である。また、開発にも多大な費用がかかるために、導入初期においては製品価格が高い。しかし、介護現場のニーズとロボット開発企業の技術との間のマッチングを行うとともに、介護現場における不安感などの解消に努めて実用化を促進していくべきである。

介護・福祉ロボットに関しては、今後、その安全性基準の策定や国際標準化の推進を行うとともに、導入に対する公的支援・制度的な普及策を講じていくことが必要である。世界有数の高齢国であり、いち早くこれからの時代の高齢者ケアのモデルを実践して、その成果を世界にアピールしていくことが日本の役割と思われる。介護・福祉ロボットの開発・実用化に向けて日本の科学技術力の高さを証明しつつ、国内における早期普及を図るとともに、世界的な優位性を示していくことが求められているのではないだろうか。ちなみに、介護福祉ロボットの普及・開発その他に関しては、経済産業省と厚生労働省が連携して推進していくことになっている。

以上、見てきたように、日本の高齢者ケアは、もはや社会保障制度によってのみで完結するものではなく、高齢者の生活の全体を見渡したトータルケアとして提供される必要がある。その場合には、医療、介護、福祉、年金はもとより、住まい、就労（雇用）、社会活動など、高齢者の生活全般にわたる安心が保障され、一人ひとりが其々のスタイルで前向きに生きてゆけるような環境整備が必要である。また、こうした社会サービスを充実させるためには、上述したように厚生労働省のみならず国土交通省、経済産業省など各省庁との実質的な連携が不可欠である。

東アジアの人口高齢化を見据えたとき、高齢先進国としての日本の役割は、高齢者の尊厳を守り、

その安心と生きがいが確保されるような「高齢者ケア」の実践事例を国際社会へ向けて指し示すことに他ならないだろう。

### 【注】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所が2011年10月14日に開催した第16回「厚生政策セミナー」の内容は『第16回厚生政策セミナー報告書』（国立社会保障・人口問題研究所2012）に記載されている。  
<http://www.ipss.go.jp/seminar/pdf>
- 2) ボーナス（bonus）は日本語訳で「賞与」「報奨金」とされ、功労をたたえて与えられる一時金などの意味がある。また、オーナス（onus）は重荷や負担を意味する言葉であるが、人口学の領域で「人口ボーナス期」に対峙する用語として「人口オーナス期」が用いられるようになった。
- 3) 「未富先老」については、拙著「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」2013年3月城西国際大学紀要第21巻第4号（福祉総合学部）に詳しい。
- 4) 1982年5月8日に制定された老人憲章では、その前文に「老人は家庭において真摯な奉養を受けねばならず・・・」と記されている。
- 5) NIEsは"Newly Industrializing Economies"の略で、「新興工業経済地域」とも呼ばれ、世界の発展途上国の中で20世紀後半に急速な工業化により経済成長を果たした国・地域の総称を指している。1979年のOECDレポートでは、韓国、台湾、香港、シンガポール、メキシコ、ブラジル、ギリシャ、ポルトガル、スペイン、ユーゴスラビアの10カ国・地域が挙げられていた。当初は、「NICs (Newly Industrializing Countries : 新興工業国)」と呼ばれていたが、台湾や香港の国際的地位の問題から、1988年のトロント・サミットにおいて「NIEs」に名称変更がなされ、それと同時に中国、マレーシア、タイの3カ国が加えられた。なお、NIEsという用語は、21世紀になってからは対象国の状況が大きく変わったこともあり、次第に使われることがなくなっている。
- 6) 東南アジア10か国から成るASEAN（東南アジア諸国連合）は、1967年の「バンコク宣言」によって設立された。原加盟国はタイ、インドネシア、シンガポール、フィリピン、マレーシアの5か国で、1984年にブルネイが加盟後、カンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムが加わり、現在は10か国で構成されている。地域協力としてのASEANは、過去10年間で高い経済成長を見せており、その潜在力は世界各国から注目されている。
- 7) 2011年の病院数は総計1,721施設（ベッド数168,656床）。病院別では、国公立病院826施設、私立病院895施設に増えている。（『世界の厚生労働2013』p388）
- 8) 『世界の厚生労働2013』では、「2011年には全国に9,321施設（人口10万人あたり3.86施設）ある。保健所はベッドを有する施設もあり、有床の保健所は3,019施設（全体の32.4%）である。」と報告されている。
- 9) 社会保障制度に関しては、2004年に「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」が公布され、全国民を対象とする制度の整備が図られることになったが、具体的な運用方法等が定まらず

に法律の施行がされないままとなっていた。しかし、2011年10月に本法律を実施するための社会保障実施機関法案が国会で可決し、法施行に向けての準備が進められることになった。

- 10) 65歳以上の高齢者は人口の約5.0%にあたる1200万人であるが、その内社会省による統計では身寄りのない高齢者の数は1,644,002人となっており、高齢者の約14%にあたる。しかし、身寄りがいない高齢者の内、施設などに入所している人は1%に満たないのが現状である。（『世界の厚生労働2013』「東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（インドネシア）」p392より）
- 11) 日本の場合、2010年の人口1000人に対する死亡率は9.5であり、死因は第1位悪性新生物、2位心疾患、3位脳血管疾患となっている。（厚生労働省人口動態統計の年間推計2010年より）
- 12) イラワン・ユーソフ教授が教鞭をとっているハサヌディン大学医学部では、現在、その約75%が女子学生であり、成績優秀なトップクラスに多くの女子学生が名前を連ねている。インドネシアの女性たちの勉学意欲は高く、弁護士、銀行家、議員などを目指す女性の数も増えているとのことである。
- 13) EPAによってインドネシアから受け入れている看護師・介護福祉士候補者の数は、当初の目標数値に対して、はるかに下回っているとはいえ、平成25年度までに合計1000名以上に上っており、厚生労働省が発表している人数は以下の表のようになっている。

表 厚生労働省発表によるインドネシアからのEPA（看護師・介護福祉士候補者）受入れ実績

		看護師候補者	介護福祉士候補者	合計
平成20年度	入国人数	104	104(3)	208(3)
	入国日	2008.8.7	2008.8.7(2008.8.31)	
	就労開始日	2009.2.13	2009.1.29(2008.9.8)	
平成21年度	入国人数	173	189(1)	362(1)
	入国日	2009.11.13	2009.11.13(2009.10.4)	
	就労開始日	2010.1.16	2010.1.16(2009.10.14)	
平成22年度	入国人数	39	77(2)	116(2)
	入国日	2010.8.7	2010.8.7(2010.9.12)	
	就労開始日	2010.12.4	2010.12.4(2010.9.23)	
平成23年度	入国人数	47	58(1)	105(1)
	入国日	2011.7.5	2011.7.5(2011.6.8)	
	就労開始日	2012.1.6	2012.1.6(2011.6.17)	

		看護師候補者	介護福祉士候補者	合計
平成 24 年度	入国人数	29	72	101
	入国日	2012. 5. 18	2012. 5. 18	
	就労開始日	2012. 11. 14	2012. 11. 14	
平成 25 年度	入国人数	48	108(1)	156(1)
	入国日	2013. 6. 26	2013. 6. 26(2013. 5. 28)	
	就労開始日	2013. 12. 21	2013. 12. 21(2013. 6. 7)	
累計	入国人数	440	608(7)	1048(8)

注：（ ）内は、協定に基づく 6 ヶ月間の日本語研修の免除者（日本語能力試験 N2（旧 2 級）相当以上）のもの。人数は内数。

14) 平成17年度版「労働経済の分析」（厚生労働省）では、日本の高齢者の就労意識及び意欲についてアメリカ、ドイツ、スウェーデンなどと比較し、「国際的にみて日本における高齢者の就業意欲及び労働力人口比率の高さが、経済的な必要性や健康面に関する意識に支えられている」ことが分かると説明されている。

15) マクロ経済スライドとは、少なくとも 5 年に 1 度の財政検証の際、おおむね 100 年間の財政均衡期間にわたり年金財政の均衡を保つことができないと見込まれる場合に年金額の調整が開始され、年金額は通常の場合、賃金や物価の伸びに応じて増えていくが、年金額の調整を行っている期間は、年金を支える力の減少や平均余命の伸びを年金額の改定に反映させ、その伸びを賃金や物価の伸びよりも抑えるようにする。この仕組みがマクロ経済スライドである。その後の財政検証において年金財政の均衡を保つことができると見込まれるようになった時点で、年金額の調整は終了する。このマクロ経済スライドの仕組みは、賃金や物価がある程度上昇する場合にはそのまま適用されるが、賃金や物価の伸びが小さく、適用すると名目額が下がってしまう場合には、調整を年金額の伸びがゼロになるまでにとどめる。賃金や物価の伸びがマイナスの場合には調整を行わず、賃金や物価の下落分は年金額を下げるが、それ以上に年金額を下げることはない。

### 【参考文献】

飯塚信夫（2007）「第 7 章 どうなる日本の将来」『超長期予測・老いるアジア』 日本経済新聞出版社

西岡八郎（2005）「超低出生・南欧諸国の出生変動の研究」早稲田大学大学院人間科学研究科博士論文

立川雅和（2007）「ヨーロッパの国々に見る子育て支援策」日本貿易振興機構『月刊地域づくり』

大泉啓一郎（2007）『老いてゆくアジア』中公新書

- 小峰隆夫 (2007) 『超長期予測・老いるアジア』日本経済新聞出版社
- 佐藤龍三郎 (2012) 「東アジアの超少子化が問いかけてくるもの」『人口問題研究』 p1-13
- JARC エイジング総合研究センター (2012) 「第 19 回東アジア人口高齢化専門家会議 (報告)」  
<http://www.jarc.net/>
- 金早雪 (2009) 「第 1 章 韓国における高齢者と社会保障」アジア経済研究所調査報告書『新興諸国における高齢者の生活保障システム』
- 小島克也・尾形裕也 (2008) 「カナダ・日本・韓国の高齢化等の状況と医療政策の在り方」海外社会保障研究 Summer2008 No.163
- 金明中 (2009) 「韓国における高齢化の進展と介護保障制度の導入」ニッセイ基礎研究所 REPORT 2009 July
- 朴仁淑 (2011) 「韓国における在宅介護サービスの現状と療養保護士養成の課題」立命館産業社会論集  
2011 年 9 月第 47 巻第 2 号
- 孫珉潑 (2012) 「施行 4 年目を迎える韓国介護保険—その現状と課題—」佛教大学大学院社会福祉学研究科篇社会学研究科篇第 40 号
- 高阪章 (2008) 「『奇跡』から『再生』へ—東アジアの持続的成長」アジア研究 Vol.54, No.2 April 2008
- 高阪章・塩谷雅弘(2006) 「アジア経済危機とクレジットクランチ」小川英治・福田慎一編『国際金融システムの制度設計—通貨危機後の東アジアへの教訓』東京大学出版会
- 権法珠・蘇珍伊 (2012) 「韓国の老人療養施設における療養保護士の職場環境と介護サービス提供との関連」岡崎短期大学研究紀要第45号抜粋
- 本台 進 (2006) 「人口構成の高齢化と不平等度の変化—インドネシアにおける年齢層別不平等度—」財団法人 国際東アジア研究センターWorking Paper Series Vol.2006-11
- 福岡藤乃 (2010) 「インドネシアにおける医療保障制度とその課題」海外社会保障研究 Spring 2010  
No. 170
- 江上由里子、安川孝志、廣田光恵、村越英治郎、垣本和宏 (2010) 「インドネシア共和国の保健医療」国際保健医療第27巻第2号2012
- 厚生労働省 (2007) 『世界の厚生労働2007』「各国にみる社会保障の概要と最近の動向 (インドネシア)」
- 厚生労働省 (2010) 『世界の厚生労働2010』「各国にみる労働施策の概要と最近の動向 (インドネシア)」
- 厚生労働省 (2013) 『世界の厚生労働2013』「東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (インドネシア)」
- 菅谷和宏・川名剛 (2013) 「マレーシアおよびインドネシアの年金制度に関する現地調査報告」(財)年金シニアプラン総合研究機構H25年1月
- 山田浩司 (2006) 「セミナー開催報告：開発途上国の高齢化を見据えて」国際協力研究 Vol.22 No.2 (通巻44 号) 2006.10

# An analysis of issues and their measures of an aging population in East Asia countries:

Referring to precedents of the elder care system in Japan

Michiko Ishida

## Abstract

In this paper, it is showing clearly that a demographic transition, rather a complete change from the high birth rate as well as high infant mortality rate, to the low birth rate and low premature death rate in the East as well as the South East Asian countries. At the same time, it is predicted that these countries will face into more serious aging society in near future. Traditionally, 'family' has been the center of housework and family members' care works. However, this paper would like to suggest that the responsibility of housework will be expanded into social space, and this transformation will be a common tendency in those Asian countries.

It is well known that Japan is taking the lead to challenge aging care issues in the world. Over the last decade, Japan has developed the systems and services for the issues. Based on suggestions written in this paper, some trials as well as measures which Japan could leave constructive results could be the advanced model of aging care system, and it will be able to introduce to Asian countries.

**Key words:** Population aging in East Asia, Developed country as aged society, Advanced model of aging care system