

高齢者介護の質向上にむけた動向：切れ目のない支援を —アクティブ・エイジングとウェルビーイング—

<総説>

アジアの人口高齢化と介護制度構築における課題

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

Population ageing in Asia and the challenges of developing long-term care systems

HAYASHI Reiko

National Institute of Population and Social Security Research

抄録

人口高齢化は世界に広がっており、世界全域で高齢者割合は増加し、これから高齢化が本格化する地域では高齢化のスピードは速く、今後の高齢者数の増加も著しい。人口高齢化対策は保健医療分野のみならず社会参加や雇用、生涯教育、所得保障、健康推進、環境整備など多分野で取り組む必要性があり、高齢者施策の法律や国家計画は多くの国で策定されるようになってきている。

寿命が延びると、慢性疾患や障害を持つ人も多くなるため、急性期の疾患に対応する医療提供と同時に、慢性疾患や障害に対して長期的なケア、つまり介護を提供する必要性が生じる。すでに公的な介護制度を構築している国も少なくないが、これから高齢化が進むアジアでは、今後どのように介護制度を構築するのか模索が続いている。増える高齢者介護のニーズを家族の機能を高めることで対応しようという国もあるが、日本のように、介護の担い手を家族から社会に移行させた国もある。しかしながらそのために必要な介護専門人材は大きく不足している。アジアでは、老親の面倒は家族が家でみるもので施設に入れることには文化的な忌避感があるといわれてきたが、すでに香港、日本、韓国の高齢者の施設居住割合は世界でも高水準であり、施設を含めて高齢者の居場所をどのように確保し、ケアの質をどう保つのが問われよう。

新型コロナウイルス感染症の流行により、アジアでは当初死亡率は低下したが、その後死亡率の高止まりが続いている。コロナの直接的な影響以外に、感染症対策による医療・介護現場の変化や行動制限の影響など、高齢者介護の面からも検討を要する点は多くある。

高齢化に続いて、少子化はアジアで深刻な問題になりつつあり、日本に続いて韓国、中国が人口減少社会になったように、アジア全体も2055年には人口減少に転じると推計されている。高齢者が元気で長生きすることは人口減少対策でもあり、量・質ともに充実した介護制度はそのためにも重要である。

キーワード：アジア、人口高齢化、介護、新型コロナウイルス感染症

連絡先：林玲子

〒100-0011 千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6F

Hibiya Kokusai Building 6th Floor, 2-2-3 Uchisaiwaicho, Chiyoda-ku, Tokyo
100-0011, Japan.

Tel: 03-3595-2984 内線4401 Fax: 03-3591-4816

E-mail: hayashi-reiko@ipss.go.jp

[令和6年6月20日受理]

Abstract

Population ageing is becoming a global issue. The proportion of older persons is increasing worldwide. Especially in emerging economies, the pace of ageing is rapid. Also, the number of older persons will increase significantly. Population ageing countermeasures have to be devised in a multidisciplinary manner, including social participation, employment, lifelong education, income security, health promotion, and environmental improvement. Laws and national plans for older persons are being formulated in many countries.

With increased life expectancy, the number of people with chronic diseases and disabilities will also increase, necessitating a robust framework for long-term care. A few countries have already established public long-term care systems. However, most of the emerging ageing countries in Asia continue to struggle to develop such systems. Improving the functions of families is one option to respond to increasing long-term care needs. Nevertheless, the effectiveness and sustainability of such options remain uncertain. Countries such as Japan are shifting the caregiver's role from family to social service. However, the lack of long-term care professionals is a significant challenge. Traditionally, elderly parents are looked after by family members at home. There is a cultural aversion to placing them in institutions. However, the proportion of older persons living in long-term care facilities in Hong Kong, Japan, and South Korea is already high by global standards. Securing a place of living for older persons and maintaining the quality of care is, therefore, a pressing need.

Owing to the COVID-19 pandemic, mortality in Asia initially decreased for the first year in 2020 but after that, especially since 2022, the mortality remained high. In addition to the direct impact of the pandemic, many issues have to be considered. These include changes in medical and long-term care practices because of infection control and the effects of activity restrictions.

In addition to ageing, low fertility is another serious issue emerging in Asia. Just as Japan, South Korea and China have become societies with declining populations, and it is estimated that the population of Asia as a whole will begin to decline by 2055. Active, healthy, and longer lives contribute to mitigating population decline. Therefore, a quality long-term care system is indispensable.

keywords: Asia, population ageing, long-term care, COVID-19

(accepted for publication, June 20, 2024)

I. はじめに

人口高齢化は総人口に占める高齢者の割合が上がっていくことを指し、その割合は世界のすべての地域で上昇している (図 1.a) [1]. さらに高齢化のスピードを 65 歳以上人口の割合が 7% から 14% になる年数とする定義 [2] に従いその推移をみると、世界全体では 36 年であるところ、現在、新興国と呼ばれるアジア・中南米で早い (図 1.b). また高齢者の割合だけでなく、実数がどれだけ増加しているか、という点は特に医療・介護の需要という点からは重要であり、その数は北米や欧州、日本のようにすでに高齢化が進んだ地域ではそれほど増えないが、これから高齢化が進行する、日本を除くアジア、中南米、中近東、サブサハラアフリカでは今後 20 年間で高齢者数は倍増する (図 1.c). このような高齢者割合、高齢者数の増加は死亡率の低下が 1 つの大きな要因であり、これはまさに人類にとっての福音である。世界全域で、人々はより長生きできるようになってきたのである。

しかしながら、人口高齢化といえ、一般的には暗いイメージで語られることが多い。特に、豊かになる前に老いてしまった、という意味の「先老未富」は早くから中国で用いられたキーワードであり、増える医療・介護ニーズにどのように応えることができるのかは多くの新

興人口高齢化国家の課題である。さらに、これまでは高齢者の扶養は家族で行うものとされていたが、少子化と若者の流出、また核家族化といった家族規範の変化と共に一人暮らしの高齢者もアジア各地で増加しており [3], そのような社会変化にどう対応し、どのような形で高齢化社会を築いていくのか、模索が続いている。

本稿では、アジア、特に東アジア、東南アジアを中心に、高齢者の健康と、医療・介護制度の現状を量的側面から俯瞰し、今後の政策課題を明らかにすることを試みる。

II. 健康度の把握と比較

健康をどのように定義し測るのか、その指標は多くあるが、国際比較にまず用いられるのは死亡率である。国連等のデータではすべての国についての死亡率や平均寿命が掲載されているが、日本のようにすべての死亡が死因を含め登録されその結果が人口動態統計として公表されている国・地域はアジアでもまだ少なく、東・東南アジアにおいては韓国、台湾、香港、シンガポール、ブルネイ、フィリピン、マレーシアにとどまる [4]. 定義が明瞭な死亡率とはいえ、そのデータソースは国により異なっていることに留意しながらも、その水準を比較すれば、おおむね健康度の違いは把握できよう。国連人口部

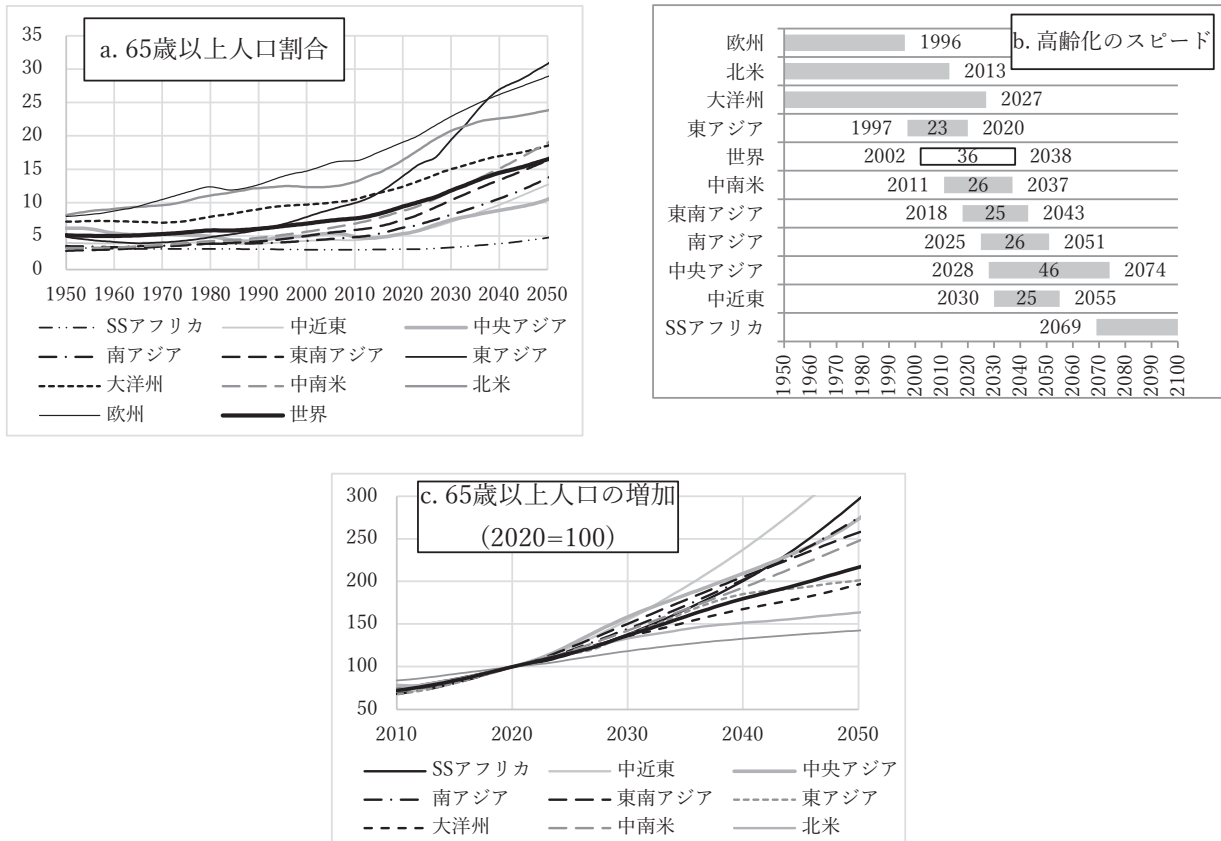


図1 世界地域別にみた人口高齢化

注：SSアフリカは、サブサハラアフリカ。
 資料：United Nations, World Population Prospects 2022
 b.高齢化のスピードは、65歳以上が7%になる年から14%になる年までの年数で表す。

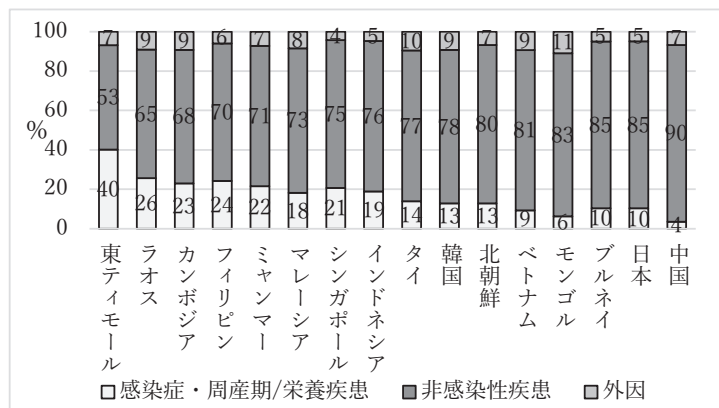


図2 東・東南アジアの死因別死亡割合

資料: WHO Global Health Estimates 2019

による推計で、コロナ禍以前の2019年死亡水準を平均寿命であらわせば、東・東南アジアのうち、いちばん長い香港の85.3年といちばん短いミャンマーの66.6年の差は18.7年に及ぶ。しかしその差は10年前の2009年では20.1年で、平均寿命が短い国ほどその伸びは大きく、差は縮小している。またWHO（世界保健機関）は各国か

ら報告される死因統計と、それが無い国では独自の推計を合わせ、死因別死亡統計を集計公表している。それを見ると、東・東南アジアの死因は、非感染性疾患が過半数を占め、その割合は東ティモールで53%と低いが、最高では中国の90%、多くの国が70～80%台であり[5]、感染症から慢性疾患への疾病転換[6]がすでに完了して

いる状況といえる。

死亡率は集団の健康度を測る一番定義がはっきりした指標ではあるものの、生きた人間集団の健康状況を直接的に示すものではない。またそれは、集団の状況を示すものであり、個々人の健康状況がどのくらいよいか、またどう変わったか、ということを示すこともできない。生きている人の健康を測るには、別の指標が必要である。そのような指標は、①病気や障害を持っているか、②主観的に健康と感じているかどうか、③医療や介護サービスを受けているか、などがある。例えば日本における政府統計では、①、②、③のいずれも国民生活基礎調査で訊かれている質問であり、③はさらに、患者調査により得られる受療率や、介護給付費等実態統計により得られる介護サービス受給者の割合などの指標がある。さらに近年では障害率が政府基幹統計に組み込まれるなど[7]、より多種の値が得られるようになってきている。しかしこのような健康度を示す指標の種類は国により多種多様であり、必ずしもすべての国で統計が揃っているわけではない。そのため、国際的に統一した健康度/障害度の指標が提案されている。一つはEUを中心に提唱されたGALI (Global Activity Limitation Index) とよばれる、6か月以上続く日常生活の支障に関する指標であり、一つはワシントングループという国連統計委員会により設けられた検討組織が設定した障害度指標である。また、②の主観的健康観は、「あなたは健康ですか」という単純な質問に、はい、ふつう、いいえ、と3段階や5段階で答えるものがよく使われている。主観的であり客観的ではないが、主観はメンタルヘルスも含むものであり、総合的な健康指標である、と考えることもできる。何よりも簡単な質問であるため多くの国で用いられており、比較に便利である。これらGALI、ワシントングループ (WG) 式の障害率、主観的健康観について、東・東南アジアでデータがある国について60歳以上の値を比較すると(図3)、いずれも日本の障害率・不健康度は一番低く、フィリ

ン、ベトナム、ミャンマーの順位は一定ではない。寿命が長い日本は元気な60歳以上が多いと考えられ、フィリピン、ミャンマー、ベトナムでは一定の障害を持ちながら生きている高齢者が少なからず存在し、ケアやサポートの必要性がうかがい知れる。

③のひとつの指標として、介護サービスを受けている人の割合(要介護率)を、公的介護保険制度があるドイツ、日本、韓国にて得ることができる。日本の要介護度3～5は、自力での歩行や立ち上がりが困難で日常生活全般に介護を必要とする状況で、特別養護老人ホームの入居資格があるが、その水準はドイツの介護レベルII及びIII、韓国のケア等級1-3に概ね対応する。さらに中国では、センサス(人口普查)で健康状態を健康、基本健康、不健康だが生活は自立、自立不能の4段階で訊いており、その4段階目が日本の要介護度3～5に対応するとみなし、その割合も用い、年齢5歳階級別に4か国の値を比較すると(図4-a)、65～69歳から80～84歳まで、4か国の要介護率はほぼ同じで、85歳以上から寿命が長い国で要介護率が高いという結果となった。最後の年齢層である95歳以上の日本の要介護率は56.0%であるところ、ドイツは46.3%、韓国は30.1%、中国は26.4%である。超高年齢層で要介護率が高いのであれば、寿命が長い国では不健康な人が多いのか、量的に把握するために、生命表関数を用いて日本と中国を比較したものが図4-bである。10万人のうち95歳まで生きている人は、中国で3,401人(図中の898+2,503)であるが、そのうち898人(26.4%)が要介護状態(自立不能)であるところ、日本では17,612人で、そのうち9,863人(56.0%)が要介護状態である。要介護である割合は中国よりも日本の方が高く、要介護者数は日本の方が多く、介護不要者の数は中国よりも日本の方が多く、ということになる。死亡率が低く寿命が長ければ介護を受ける人も多いが、同時に健康に生き続けている人も多い、といえる。ピンピンコロリがよく介護は不要、という考え方もある

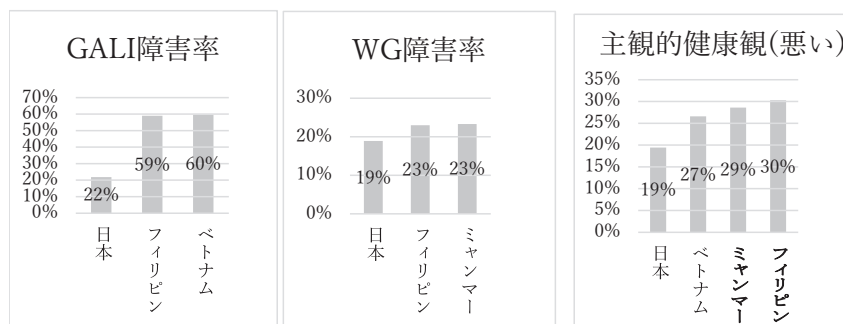


図3 障害率 (GALI, WG) および主観的健康観の比較 (60歳以上)

注：障害率はそれぞれの国際的に用いられている定義 (GALIは6か月以上継続して日常生活の支障がある人の割合、WGは見えにくい、聞き取りにくい、歩行しにくい、コミュニケーションが難しい、記憶が難しい、身の回りのことをするのが難しい、という6つの項目において「とても苦労します」か「全く出来ません」と答えた人の割合)を援用。主観的健康観は回答肢を良い、普通、悪いに区分し、悪いと答えた人の割合。

資料：日本のGALIは社会生活基本調査(2021年)、WGおよび主観的健康観は国民生活基礎調査(2022年)、フィリピンはLSAHP調査(2018年)、ベトナムはLSAHV調査(2018年)、ミャンマーはSurvey on Healthy and Active Ageing in Myanmar(2018年)

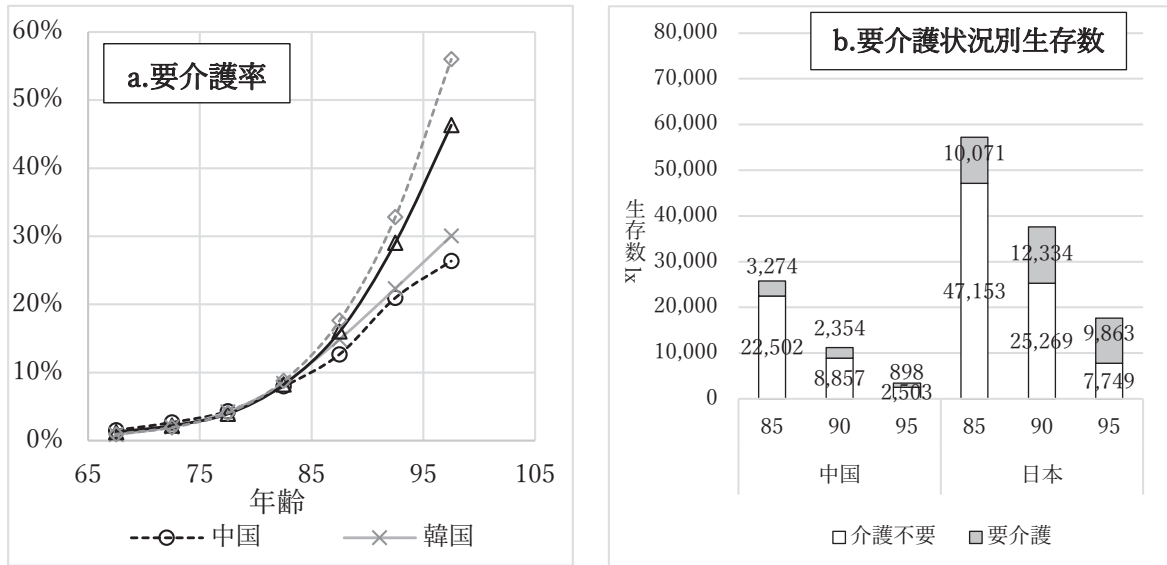


図4 要介護率と要介護状況別生存数

資料：日本は2015年介護給付費等実態調査（厚生労働省），韓国はLong-term Care Insurance Statistics 2015（国民健康保険公団），ドイツはNursing care statistics 2015（Federal Statistical Office），中国は2010年人口普查（国家統計局），生命表関数はUN World Population Prospect 2017 Revision.

が、それは高齢者蔑視にもつながり、社会全体で見れば、介護を必要とする人が多いことは、元気で長生きできる人も多いいえ、介護需要を適切に満たすことは重要であると考えられる。

III. 高齢社会の施策枠組

国際的な人口高齢化対策は、国連社会経済局が1956年に人口高齢化についての報告[8]を出すなど、早くから取り組みが進んでいる。この報告では高齢者を65歳以上と定義しており、この時点で日本を含め、高齢化に関心を持っていた国は、現在でも高齢者定義を65歳以上としている。一方世界全域を対象にした人口高齢化に対する取組として挙げられるのは、1982年にウィーンで開催された高齢者問題世界会議（World Assembly on

Aging）である[9]。この会議には世界124か国が参加し、中・低所得国も含め多くの国が人口問題の一つに高齢化があると認識した。現在、中低所得国で高齢者の定義として60歳以上が用いられているのは、この会議でそのような定義が用いられたことによる。世界で高齢者を65歳以上とする国と60歳以上とする国があるのは、それぞれ時代が異なった国連定義を用いているためである。

ウィーン高齢者会議の20年後にあたる2002年には、マドリッドで第2回高齢者問題世界会議が開催され、マドリッド行動計画が採択された[10]。その後同様の大きな会議は開催されていないが、おおむね5年毎にマドリッド行動計画のフォローアップが行われ、直近では2022年に世界各地で評価会合が行われた後、翌2023年2月に国連本部で世界レベルのマドリッド行動計画第4回評価会議が開催された。マドリッド行動計画は、人

表1 高齢社会対策に関する法律・国家計画

国	年	法律・国家計画
日本	1995	高齢社会対策基本法
	2018	高齢社会対策大綱
韓国	2020	第4次低出産・高齢社会基本計画
中国	1996	高齢者権益保障法
フィリピン	2010	Expanded Senior Citizens Act
ベトナム	2009	Law on the Elderly
タイ	2002	2nd National Plan on the Elderly 2002-2021
マレーシア	2008	National Policy for Older Persons
インドネシア	1998	Law No. 13 on Older Persons Welfare
	2003	National Plan of Action for Older Person Welfare Guidelines

口高齢化対策を、①高齢者と開発、②高齢者の健康とウェルビーイングの推進、③暮らしを支える環境整備、という三つの項目に分け、①には社会参加、雇用、農村振興、生涯教育、世代間連帯、貧困撲滅、所得保障、災害対策、②には健康増進、保健サービスのユニバーサルアクセス、HIV/AIDS対策、老年医学や介護に精通した人材育成、メンタルヘルス、障害への対応、③には住環境の整備、家族介護者の支援、高齢者虐待蔑視対策を据えている。

このような、高齢社会対策を多分野で包括的にとらえようという試みは各国に浸透しており、日本では高齢者会対策基本法、高齢者会対策大綱として整備されているが、東・東南アジアにおいても高齢者に対する法律や国家計画が策定されるようになってきている（表1）。

IV. 介護需要への対応

1. 介護制度

生活水準や医療水準の向上により死亡率は低下し寿命が延びると、慢性疾患や障害を持ちながら生きている人の割合も高くなる。そのため、急性期の疾患に対応する医療提供と同時に、慢性疾患や障害に対して長期的なケアを提供する必要性が生じる。このケアを日本では介護と呼び、英語ではLong-term careとされることが多い。世界的に高齢者が増えてくると、医療制度とは別に介護制度を構築する国もでてきている。

現在世界で公的介護保険制度を導入している国は、ドイツ（1995年導入）、日本（2000年導入）、韓国（2008年導入）であるが、保険制度にせず、税で賄う介護制度を持つ国も少なくない。

東アジアにおいて、公的介護保険制度が整備された日本・韓国以外では、台湾では税方式による障害者を含めた介護の提供、中国では全国29地域で介護保険のパイロット事業を行っており、それを全国に拡大する方向性も示唆されている。東南アジアでは、高齢化が進んでいるシンガポールやマレーシアでも公的介護保険制度の導入は検討されておらず、これは両国がイギリス連邦に属し英国式の税で賄う保健システムを基本としていることに起因していると考えられよう。また2001年に30パーツ医療制度を導入したタイにおいては、現在ではその30パーツ徴収をやめ、保険制度ではなく税方式に移行しており、その中で脳卒中後のリハビリなどを「地域包括型中間ケア」として分化させるような取り組みを進めている[11]。基本的に介護は、医療の範囲の拡大か、民間セクターのサービス提供という形で進んでいるようである。また、介護制度とまではいえないが、高齢者に対する支援は、家族の福祉、脆弱層の保護という文脈で、保健省ではなく社会福祉省、家族省などにより実施されている。前述した高齢者に対する法律や国家計画は、そのような文脈で高齢者の福祉向上をめざしたものである。日本で1963年に制定された老人福祉法が少しずつ介護ケア提供に軸足を移していったように、現在のアジア各

国では、脆弱層としての高齢者福祉から、増えていく高齢者介護に対応するための制度を構築するフェーズにあるといえる。

2. 介護の担い手

伝統的に高齢者のケアは家族が行うものであったことから、増える高齢者介護のニーズを家族の機能を高めることで対応しようという国もある。例えば中国では、高齢者権益保障法の中で、子どもの老親に対するケアを義務付けており、近年では子供から適切なケアを受けていないと訴える親も出てきている[12]。シンガポールでは高齢者の保護はまずは家族が行うこととされており、家族がいない場合に公的支援が提供される[13]。

日本においても親の扶養は民法において子の義務であるとされており、長らく老親の介護は長男の嫁が責任を持つ、という習慣が続いていた。しかしながら、2000年の介護保険の導入は、この暗黙の女性に対する介護義務を社会化、つまり公的サービスに移行させることが一つの目的となり、議論の末、その暗黙の介護負担を強化すると考えられた家族介護手当は導入されないこととなった[14]。介護保険の導入と共に、主な介護者が「子の配偶者」（多くは嫁）である割合は2001年では24.9%であったところ、2022年では7.3%と約3割に減り、また2001年では同居介護者の女性割合は76.4%であったところ、2022年では68.9%となり、男女差も縮小した。同じ期間、家族以外で介護に従事する人材は、足りないとはされているものの、国勢調査によれば、39.4万人（2000年）から221.7万人（2020年）に大きく増加した。

介護制度が整備されるとそれに応じて介護人材の不足が顕在化するが、介護制度自体が無い場合、介護人材と定義される職種も未分化であり、ほとんど専門職がない、という状況になる。アジア各国のセンサスから医療、介護を含む福祉分野における就業者数を、家政婦（夫）（domestic worker）と合わせて比較すると（図5）、公的介護保険制度を持つ日本と韓国以外は、福祉分野に従事する人の割合はゼロに近いことがわかる。一方、家政婦（夫）を職業とする人材は一定数おり、そのうちの一定数が高齢者の介護を担っていると考えられる。中国では多くの介護を必要とする高齢者がいるはずであるが、介護人材と考えられる福祉分野の職種は総従業者数の0.1%と非常に少ない。一方、国家統計局によるセンサスではなく、商務部の家庭サービス業に関する報告書によれば、家庭サービス従事者は2016年に2,542万人おり、そのうち16.3%が高齢者介護に従事しているとされ[15]、単純計算すれば414万人の高齢者介護に従事している人がいることになる。またそのようなサービスの多くはスマホのマッチングアプリを使って相手を見つけているとのことで、その利用は急速に増えている。このような「中国モデル」も今後アジアで拡大することも考えられよう。しかしその場合に、介護の質をいかに保つかが課題である。

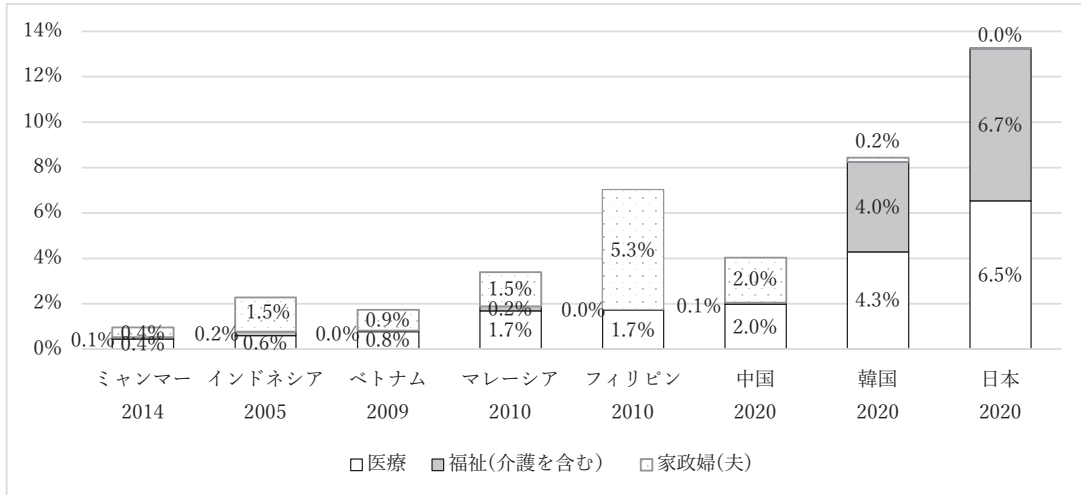


図5 医療・福祉分野人材および家政婦（夫）の就業者総数に対する割合

注：医療・福祉（介護を含む）は、産業分類による。家政婦（夫）は職業分類による。資料：各国センサス（国勢調査）

日本政府は2016年に「アジア健康構想」を提唱し[16], アジアにおける介護ニーズの高まりに対応するために、アジア各国での高齢者対策に関する国際協力事業を進めると同時に、人材の還流移動を通じてアジア全体の介護制度の向上を目指す取り組みを始めた。日本での介護の在留資格を、経済連携協定（EPA）に基づくもの、日本の介護資格を取った人に対するもの、技能実習、特定技能と4つに増やすことで、外国人介護人材の受入れを促進し、一定期間日本で就労した後、自国に戻り、介護人材として活躍してもらうことを想定している。新型コロナウイルス感染症によりこの試みは中断された形になったが、このようなアジア全体の介護人材育成は重要な課

題であり続けている。

3. 介護施設

アジアでは、老親の面倒は家族が家でみるもの、という通念があり、施設に入れることには文化的な忌避感があるといわれてきた。しかしながら、例えば日本では介護保険の導入と共に、介護施設への入所が一般化し、家族はより余裕を持って高齢の家族と接することができるようになったという側面もある。

現時点でどの程度高齢者が施設に居住しているかを見ると（図6）、65歳以上人口に占める施設居住者の割合は、データのある世界の国のうち、香港が一番高く8.1%、

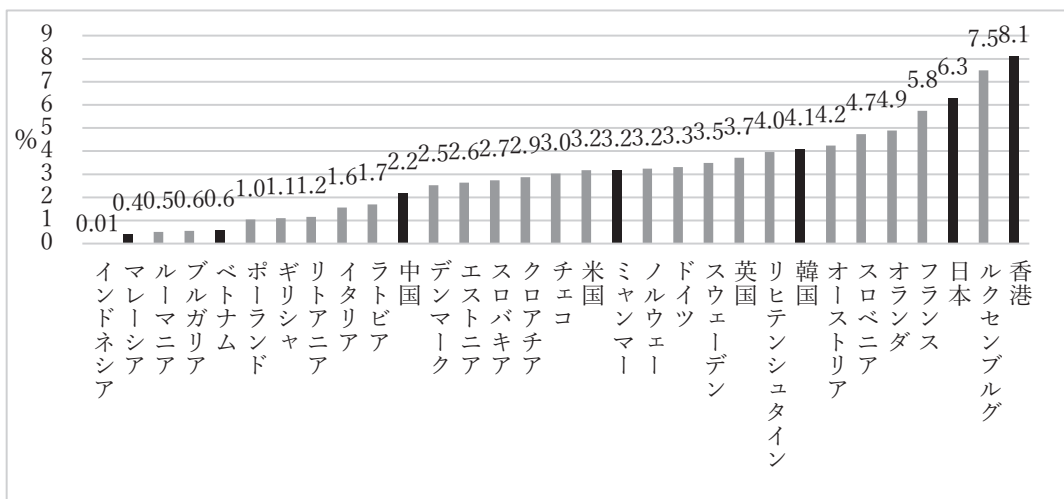


図6 施設居住割合（65歳以上）

注：香港の最新年は2021年で施設居住65歳以上の施設居住割合は4.8%に低下しているが、コロナの影響も考えられ、その前の2016年の値を用いた。

資料：インドネシア（2010年）、ミャンマー（2014年）、日本（2020年）、香港（2016年）はセンサス/国勢調査。マレーシア（2016年）はDepartment of Social Welfare。ベトナム（2014年）はMinistry of Labour, Invalids and Social Affairs。中国（2015年）は民政部。韓国（2015年）は福祉衛生部および国民健康保険公団。欧州各国（2011年）はEurostat (<https://ec.europa.eu/CensusHub2>)。米国（2015年）はIPUMS。

次いでルクセンブルグ、日本となっており、韓国の割合も高い。ミャンマーの施設居住者が高いのは、必ずしも介護施設ではなく、宗教施設の居住者が3/4を占めていることによるが、香港、日本、韓国、中国は、ほとんど介護施設居住者である。つまり、アジア、特に東アジアの高齢者の施設居住は、忌避感どころか、欧米よりも先を行く水準になっている。ベトナムやマレーシアも少ないが東欧諸国と同水準の施設居住高齢者割合である。ベトナムの場合、民間の高齢者施設もあるが、日本における1950年代の老人養護施設同様の、身寄りのない高齢者のための居住施設が福祉施策として公的に提供されている。タイやマレーシアでは、民間ベースの高齢者施設やデイケアセンターが多く設立されるようになっており[17]、介護産業がすでにアジアで成立しているが、今後、介護が必要な高齢者の居場所をどのように確保し、そこでのケアの質をどう保つのが問われよう。

V. 新型コロナウイルス感染症の影響

順調に寿命が延びていたアジア各国であるが、2020年からの新型コロナウイルス感染症パンデミックにより、高齢者の健康は少なからず影響を受けた。アジアにおける影響は、欧米諸国と様相が異なっており、留意が必要である。まず2020年はアジア各国で、感染予防対策と行動制限により逆に死亡水準が低下した[18]。推計ではなく死亡登録に基づいた統計がある国についてみると、2019年から2020年にかけて、日本、モンゴル、台湾、ブルネイ、フィリピン、マレーシアで死亡数が減少し、韓国、シンガポールでは死亡数は増加したが、年齢を調整した死亡数は減少した。つまり、すべての東・東南アジアの国で死亡水準は低下（好転）した。この低下を死因別に見ると、新型コロナウイルス感染症による死亡を上回る数の肺炎死亡の減少があったことが大きな理由であった。しかしながら、日本、韓国、台湾では老衰

の死亡数増加もあった。その後2021年より、国によって若干タイミングは異なるが、年齢調整を施しても取まらない死亡数の増加がみられている。各国の統計局が公表している値をみると（図7）、フィリピンでは2021年に大きな死亡数の増加、日本、台湾、マレーシア、シンガポールでは2021年から、香港、韓国では2022年に平均寿命が大きく低下している。すでに2023年の統計が公表されている香港やマレーシア、フィリピンでは反転して寿命の延長（死亡数の低下）が認められるが、日本の場合、人口動態統計の2023年概数値を見る限りは死亡水準はコロナ以前に戻っていない[19]。日本において、2019年に比べた2022年、2023年の死亡増加に占める新型コロナウイルス感染症死亡の割合は2022年、2023年のいずれも56%であった。新型コロナウイルス感染症による死亡は、死亡水準上昇の半分程度しか説明しておらず、新型コロナウイルス感染症以外の死亡増加の要因がある。

年齢別にみると、2021年のフィリピン・マレーシアではコロナに直接的に起因すると思われる大きな死亡率増加が子供を除く広い年齢層で生じているが、日本、韓国、台湾、香港、シンガポールでは、死亡率の増加が若者（10～20歳台）と高齢層（60歳以上）で生じている。死因別にみれば、日本において、2022年、2023年の死亡数増加は、老衰死亡の寄与が大きい。介護現場での人材不足、急病が起きた時の転院・転所が難しくなったこと、といった理由で、老衰による死亡が増えているとも考えられる。アジアの他の国でも、同様の状況が起こっている可能性もある。また、香港では2016年から2021年にかけて、施設居住の高齢者の割合が8.1%から4.8%と大きく減少したが、これは感染防止で施設から自宅に戻った可能性もあるが、2022年の新型コロナウイルス感染症の大規模な流行により多くの高齢者施設でクラスターが起こったことも報道されている[20]。また介護施設の厳しい外出制限で、認知機能が低下するなど多岐に

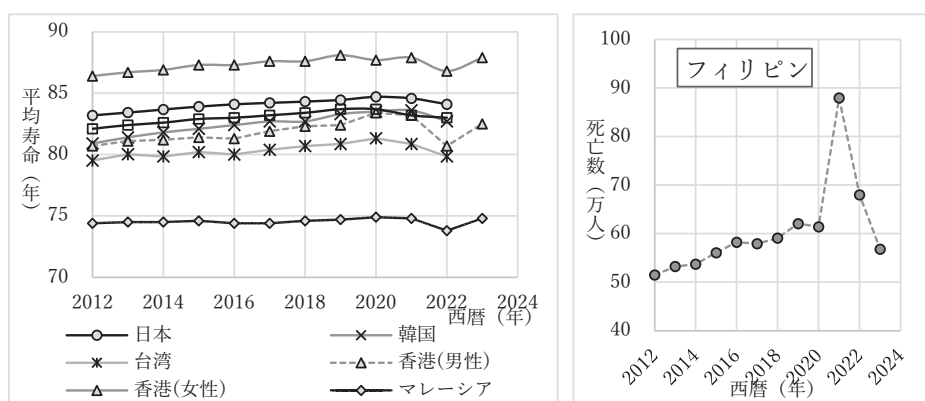


図7 東・東南アジアにおける死亡水準の近年の変化

資料：日本は人口動態統計（厚生労働省）、韓国はVital Statistics（韓国統計庁）、台湾は簡易生命表（中華民国内政部）、香港はVital Events（政府統計處人口統計組）、マレーシアはAbridged Life Table（Department of Statistics Malaysia）、シンガポールはLife Expectancy（Singapore Department of Statistics）、フィリピンはVital Statistics（Philippines Statistics Authority）。

わたる悪影響が生じた、といった報告もある[21]。世界でも高水準になってきたアジアの施設介護であるが、新型コロナウイルス感染症を経て、その課題も浮き彫りとなった。今後も同様のパンデミックが起こる可能性は否定できず、また通常の感染症対策や行動制限の影響について、高齢者介護の面からも検討する事項は多くある。

VI. おわりに

本稿は、アジアにおける高齢化と介護制度について、東アジアと東南アジアを中心に、量的な観点から分析したものである。東・東南アジアでは、日本を含め、高齢化のスピードが早く、また日本を除く各国は今後の高齢者数の増大も顕著で、介護ニーズの増大は明らかである。しかしながら、それを担う介護人材は職種自体が未分化であり、家族や家政婦（夫）に依存している国も少なくない。また介護施設に対する忌避感強いとはいえ、公式にも非公式にもそのような施設は増加しており、世界的に見てもアジアの介護施設居住者の割合は高い。早い高齢化のスピードに呼応して、介護システムの量と質を確保することは喫緊の課題である。

人口が高齢化するメカニズムとしては、①寿命が延びて、より高齢まで長生きできることにより高齢者の割合が大きくなる、②若者が移動していなくなり若者の割合が小さくなる、そして③出生率が下がり子どもの割合が小さくなる、という3つを挙げることができる。①について、各国の介護制度の構築を俯瞰すると[22]、当初は福祉として提供された高齢者支援が、医療の進展に伴い高齢者が増え、介護制度の構築を促した、という歴史的なパターンがある。医療の進展は介護制度の前提であり、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを達成し、慢性疾患対策も含めた質の高い医療が提供されることがまずは必要であるが、医療制度と介護制度に対してどのように資源配分するのかは各国の状況に合わせて最適解を見つけないといけない。

②の移動の影響は、国際移動もさることながら、国内移動、特に大都市への人口集中により、例えば韓国の非大都市部の一人暮らし高齢者の割合は日本よりも高く、中国やベトナムなどでは上海やハノイといった大都市の周辺部での一人暮らし高齢者の割合が日本よりも高い状況となるなど[3]、「多くの子どもの囲まれて過ごすアジアの高齢者」というイメージは過去のものとなりつつある。さらに、若い時に外国や国内大都市部に移動し高齢になり戻ってきた時に十分な貯金もなく健康の問題も抱える、といった事例も生じており、移動者の健康を長期的に捉える必要性が、今後ますます重要になるであろう。

③の少子化は、実はアジアで深刻な問題になりつつある。日本では2023年の合計特殊出生率は史上最低の1.20を記録したが（概数値）、韓国、香港は、それぞれ0.72、0.75と世界で最低水準であり、タイは1.0、シンガポールも1.1と低い。これまで高出生と言われていた国々も

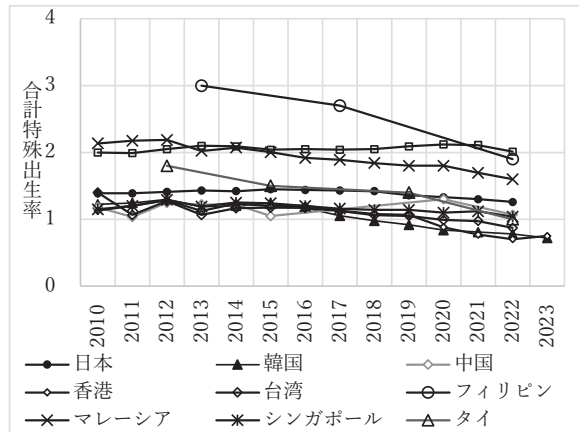


図8 東・東南アジアにおける合計特殊出生率の近年の変化

資料：人口動態統計（厚生労働省，日本），Vital Statistics（韓国統計庁），統計年鑑（中華民国統計资讯网，台湾），Vital Events（政府統計處人口統計組，香港），NDHS（Philippine Statistics Authority），Vital Statistics（Department of Statistics Malaysia），Births and Fertility（Singapore Department of Statistics），Time-point Population Change and Family Planning Survey（General Statistics Office, Vietnam），MICS（National Statistics Office of Thailand）

急速に出生率は低下しており、カトリックの影響で地域の中でもとびぬけて出生率が高かったフィリピンですら、2022年に1.9となった（図8）。新型コロナウイルス感染症パンデミックの影響もあるが、すでにアジアは少子化社会になったと考えるべきである。

出生率が下がれば次世代の人口は減り、「若者が高齢者を支える」という構造が成り立たなくなる。そのような意味で、高齢者介護を家族に担わせる、という施策は持続可能性に欠ける。また日本でそうであるように、子どもを産み育てる環境を整備することがますます重要性を増し、その分、高齢者に対する施策との資源配分が問われるであろう。日本では「老々介護」と言われ、批判もされるが、元気な高齢者が元気でない高齢者の手助けをする、お互いに助け合う、という発想の転換は、介護サービスの社会化、制度化と共に、今後アジアで必要になってくるであろう。

日本、韓国、中国はすでに人口減少社会となった。東南アジアではもう少し先ではあるが、国連人口部の推計によれば、アジア全体で人口減少が始まるのは2055年とされている。今後人口が減るなかで、生まれる子ども数を増やすことと同時に、高齢者が元気で長生きすることは、人口減少対策にもなる。量・質ともに充実した介護制度により、高齢者の健康を保持し、元気で活躍できる社会の構築は目指すべき方向であろう。

利益相反

利益相反はありません

謝辞

本稿は、厚生労働行政推進調査事業費補助金地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」(20BA2001, 令和2-4年), 「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」(23BA1003, 令和5~6年度)の成果である。

引用文献

- [1] United Nations. World population prospects. Online edition; 2022.
- [2] Kevin Kinsella, Wan He. An aging world: 2008. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 2009. <https://www.census.gov/library/publications/2009/demo/p95-09-1.html> (accessed 2024-06-10)
- [3] Hayashi Reiko, et al., edited. Demand and supply of long-term care for the older persons in Asia. ERIA Research Project Report 2018, No.08. 2019. <http://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/> (accessed 2024-06-10)
- [4] Hayashi Reiko, Komazawa Osuke. Health and long-term care information in ageing Asia. ERIA Research Project Report FY2022 No.07. 2022. <https://www.eria.org/publications/health-and-long-term-care-information-in-ageing-asia/> (accessed 2024-06-10)
- [5] WHO. Global health estimates 2019. 2020. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> (accessed 2024-06-10)
- [6] Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 1971;49(4):509-538.
- [7] 内閣府. 令和元年度障害者統計の充実に係る調査研究事業報告書. 2020. Cabinet Office. [Reiwa gannendo shogaisha tokei no jujitsu ni kakaru chosa kenkyu jigyo hokokusho.] 2020. <https://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/tyosa/r01toukei/index-w.html> (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [8] Dept. of Economic and Social Affairs, United Nations. The aging of populations and its economic and social implications. ST/SOA/Series A/26. New York: United Nations; 1956.
- [9] United Nations. Report of the world assembly on aging. Vienna, 26 July to 6 August 1982. A/CONF.113/31; 1982. <https://www.un.org/en/conferences/ageing/vienna1982> (accessed 2024-06-10)
- [10] United Nations. Report of the second world assembly on ageing, Madrid, 8-12 April 2002. A/CONF.197/9. 2002. <https://www.un.org/en/conferences/ageing/madrid2002> (accessed 2024-06-10)
- [11] Myo Nyein Aung, et al. Health research policy and systems effectiveness of a community-integrated intermediary care (CIIC) service model to enhance family-based long-term care for Thai older adults in Chiang Mai, Thailand: a cluster-randomized controlled trial TCTR20190412004. *Health Research Policy and Systems.* 2022; 20(Suppl 1):110. doi: 10.1186/s12961-022-00911-5
- [12] 余乾生. 中国の高齢者權益保障法について. *社会保障研究.* 2022; 8(2):245-248. doi: 10.50870/0002000143 Yu Qiansheng. [Information of the law for the rights of the elderly in China.] *Journal of Social Security Research.* 2022; 8(2):245-248. doi: 10.50870/0002000143 (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [13] 菅谷広宣. シンガポールの医療保障と介護保障(下). *健保連海外医療保障.* 2020; No.125: 51-71. Sugaya Hironobu. [Singapore no iryo hosho to kaigo hosho ge.] *Kemporen Kaigai Iryo Hsho.* 2020; No.125: 51-71. (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [14] 石橋潔. 介護保険と家族—純粋化する愛情—. *佛教大学総合研究所紀要.* 2001;8: 115-131. Ishibashi K. [Insurance for elderly care and the family : The purification of affection.] *Bulletin of the Research Institute of Bukkyo University.* 2001;8: 115-131. <http://archives.bukkyo-u.ac.jp/rp-contents/SK/0008/SK00080L115.pdf> (accessed 2024-06-10)
- [15] 商務部服務貿易和商貿服務業司. 中国家政服務行業發展報告 2017.
- [16] 首相官邸健康・医療戦略推進本部. アジア健康構想・アフリカ健康構想 取り組み紹介. *Kenko / Iryo Senryaku Suishin Hombu, Prime Minister of Japan and His Cabinet.* [Asia kenko koso / Africa kenko koso torikumi shokai.] <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiry-ou/torikumi/index.html> (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [17] 小出顕生. タイの医療・医療費保障制度. *健保連海外医療保障.* 2020; No.125: 27-38. Koide Akio. [Thai no iryo / iryohi hosho seido.] *Kemporen Kaigai Iryo Hosho.* 2020; No.125: 27-38. (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [18] 林玲子. 新型コロナウイルス感染症流行と2020年のアジアにおける死亡減少. *人口問題研究.* 2022;78(4):493-508. Hayashi Reiko. [COVID-19 and Mortality Decline in Asia in 2020] *Journal of Population Problems.* <https://doi.org/10.50870/00000436> (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [19] 厚生労働省. 令和5年(2023)人口動態統計月報年計(概数)の概況. 2024. Ministry of Health, Labour and Welfare. [Reiwa 5 nen (2023) jinko dotai tokei geppo

- nenkei (gaisu) no gaikyo.] 2024. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf> (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [20] The Standard. Hong Kong sees 6,063 Covid-19 cases on Saturday as most outdoor patients relocated. 19 Feb, 2022. <https://www.thestandard.com.hk/breaking-news/section/4/187349/Hong-Kong-sees-6,063-Covid-19-cases-on-Saturday-as-most-outdoor-patients...> (accessed 2024-06-10)
- [21] 石井伸弥. 新型コロナウイルス5類移行を経て認知症支援を振り返る. 厚生労働省中国四国厚生局令和5年度認知症セミナー. 2023. Ishii Shinya. [Singata corona virus 5 rui iko o hete ninchisho shien o furikaeru.] Kosei Rodosho Chugoku Shikoku Koseikyoku Reiwa 5 nendo ninchisho seminar. 2023. https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chiikihoukatsusuishin/seminar_20230719.html (in Japanese) (accessed 2024-06-10)
- [22] 林玲子. 日中韓少子高齢化施策の推移と実態—比較の視座から—. 人口問題研究. 2023;79(4):280-304. Hayashi Reiko. [Policy trends and situation of low fertility and population ageing in Japan, China, and South Korea: A comparative perspective.] *Journal of Population Problems*. 2023;79(4):280-304. <https://doi.org/10.50870/0002000188> (in Japanese) (accessed 2024-06-10)