

ベトナムの高齢化の現状と日本の支援の可能性

A STUDY OF AGING IN VIETNAM AND POSSIBLE FUTURE ASSISTANCE UTILIZING JAPAN'S EXPERIENCE

三木 博文*・長井 圭子*

Hirobumi MIKI and Keiko NAGAI

As a result of social and economic development and improvement of public health, growth of aging population has been accelerating in developed countries and some developing countries including Vietnam. It is estimated that growth of aging population of Vietnam is more rapid than that of Japan. Therefore, the government of Vietnam recognizes that some actions should be taken to address the issue of forming an age-friendly society. This article firstly presents an overview of the current situation of aging-related policies and issues in Vietnam. Secondly, the relevant experience in Japan is summarized, focusing on social welfare and health system. Finally, some possible options of development assistance in the field of aging in Vietnam by Japan are suggested. In light of some socio-cultural similarities to Vietnam, Japan could introduce some models such as comprehensive community care system. The assistance may also include the areas of establishment of policy evidence and human resource development.

Keywords : *Aging society, Social security services for the elderly, Human resources for the elderly care, Comprehensive community care system, Active aging*

1. はじめに

社会経済の発展や公衆衛生の向上により、先進国のみならず、一部の開発途上国においても高齢化が進行している。国連の推計によると、ベトナムは2017年に高齢化社会^{注1)}に突入することが予測されている。高齢化社会から高齢社会^{注2)}への到達年数（倍加年数）は、日本が24年であったのに対しベトナムは16年と、高齢化はかつての日本を上回る速さで進むと予測されており、高齢者を支えていく社会づくりに向けた取り組みを早急に行うことが必要との認識が、ベトナム国内の関係者の間にも広がりつつある。

本稿では、ベトナムの高齢化対策に関連する調査（国際協力機構（以下、「JICA」）からの受託^{注3)}）によって収集・整理した情報を参考にするとともに、日本の経験について振り返ることにより、保健医療、福祉分野における日本の高齢化対策の経験を活かした支援の可能性について考察する。

2. 世界の高齢化

(1) 世界と日本の高齢化率

世界的に見ても、先・中進国、およびアジアを中心とした開発途上国を中心に人口の高齢化は進んでおり、2010年の国連推計によると65歳以上の高齢者人口は約5億3,000万人（高齢化率7.7%）で、2050年には14億9,000万人（同15.6%）に達すると予測されている¹⁾。

表1に示すように、日本の倍加年数は他の先進国と比較しても類を見ない早さであり、2008年には超高齢社会^{注4)}に突入し、2013年の高齢化率は25.1%と、世界で最も高い数値となっている。

表1 主要国の高齢化率の推移²⁾

国名	到達年		倍加年数 (年)
	高齢化社会 (年)	高齢社会 (年)	
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1975	46
イタリア	1927	1988	61
アメリカ	1942	2014	72
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1978	114

* 株式会社コーエイ総合研究所 地域・社会開発部

注1) 65歳以上の高齢者人口の割合が7%以上14%未満

注2) 65歳以上の高齢者人口の割合が14%以上21%未満

注3) 「ベトナム国社会保障分野情報収集・確認調査」
(2013年12月から2014年5月まで)

注4) 65歳以上の高齢者人口の割合が21%以上

(2) ASEAN^{注5)} 諸国の高齢化

ASEAN 諸国においても、高齢化は急速に進んでいる。シンガポールやタイではそれぞれ 1999 年と 2002 年に高齢化社会に突入している。ベトナム、ミャンマー、カンボジア、インドネシアは高齢化率が 5 から 6% 台と高齢化社会への突入が目前となっており、いずれの国においても倍加年数は日本と同等もしくはそれを早回ると予測されている³⁾ (表-2)。

3. ベトナムの高齢化

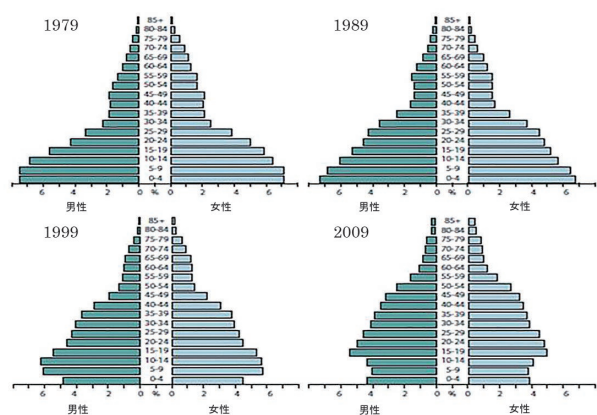
(1) 人口動態、高齢化率および高齢化の状況

ベトナムの人口は 2003 年に 8,000 万人を超えたが、人口増加率は低下傾向にあり、1990 年に 2.00% を下回り、1999 年に 1.50%、2012 年には 1.06% となった⁴⁾。人口ピラミッドの形態も変化してきており、図-1 に示すように、多産多死型から少産少死型へと変化してきている。

国連推計によると、2010 年における 65 歳以上の人口は 582.3 万人、高齢化率は 6.54% であり、2017 年には高齢化社会への突入が予測されている。また、倍加年数は 16 年で、ASEAN 諸国においてブルネイに次ぐ速度で高齢化が進行すると予測されている (表-2)。

表-2 ASEAN 諸国の高齢化率の推移実績と予測³⁾

国名	2010 年 高齢化率 (%)	高齢化率		倍加年数 (年)
		7% (年)	14%(年)	
シンガポール	9.01	1999	2021	22
タイ	8.87	2002	2022	20
ベトナム	6.54	2017	2033	16
ミャンマー	5.09	2022	2046	24
カンボジア	5.03	2023	2048	25
インドネシア	5.01	2023	2045	22
マレーシア	4.84	2021	2045	24
ラオス	3.73	2039	2057	18
フィリピン	3.72	2035	2070	35
ブルネイ	3.66	2020	2032	12

図-1 人口ピラミッド推移 (1979・1989・1999・2009 年)⁵⁾

(2) 高齢化政策

高齢化の進展に伴い、2009 年に、ベトナム政府は高齢者に関する法律 (以下、「高齢者法」) を制定し、2010 年 7 月より施行した。同法は高齢化対策を包括的に規定した法律で、全 6 章 31 条で構成され、高齢者の権利と義務、高齢者の世話に関する家族や国・社会の責務、高齢者の社会参加およびベトナム高齢者協会 (Vietnam Association of the Elderly、以下、「VAE」) の役割などに関して規定している。

高齢者法の実施に関する政令やガイドラインが制定されるとともに、高齢者の文化・社会・教育・経済・政治活動への参加促進や義務と権利の実行、心身の健康確保、生活の質の向上を目標に掲げる「高齢者国家活動計画 2012-2020 に関する首相決定」が 2012 年に制定された。この国家活動計画において、関連各省庁の役割などが規定され、これを受けて各省庁が発布した省令などに基づき、具体的な高齢化対策が実施されている。

(3) 高齢化対策に係る政策実施体制

高齢化対策は分野横断的な課題であるため、2004 年に設置された国家高齢化委員会 (Vietnam National Committee on Aging、以下、「VNCA」) が、国レベルにおける取り組みを統括している。VNCA は、高齢者の権利や義務、および高齢者ケアなどに関するガイドラインや計画などの政策策定に関する首相補佐機関であり、副首相を委員長として関連省庁などの幹部が委員となっている。定期的に各省・郡を訪問し、高齢者法や関連政策の実施状況をモニタリングし、その結果を取りまとめて首相に報告するとともに、年 1 回のセミナーを開催して関係者間での連携を図っている。

年金や高齢者の保護など、社会保障分野は労働・傷病兵・社会省 (Ministry of Labour, Invalid and Social Affairs、以下、「MOLISA」) が担っており、関連する政策や法制度を策定するとともに、関連省庁や地方機関、VAE などと連携して、政策実施状況のモニタリングや調整などを行っている。

ベトナムの高齢化対策において大きな役割を果たす VAE は、社会における高齢者の役割向上に対する活動のほか、高齢者の実態調査や高齢者のケアに関する支援などを行う社会経済団体で、1995 年に設置された。中央から全国コミューンに至る全ての行政組織に存在し、全国の高齢者の約 90% が加入しているといわれている。地方の VAE は省・市などの労働・傷病兵・社会局 (Department of Labour, Invalid and Social Affairs、以下、「DOLISA」) と協力して高齢者の名簿を作成し、長寿祝金の配布を行ったり、老人クラブを運営したりするなど、現場レベルにおいて重要な役割を担っている。

保健医療に関しては保健省が担当しており、高齢者の疾病予防、診療サービスなどに関する政策を策定し、実施を監督、推進している。

注 5) 東南アジア諸国連合の略

(4) 社会保障・福祉サービス

ベトナムにおける高齢者の社会保障・福祉としては、老齢年金や老齢福祉手当、長寿祝金、医療費の無償化、公共交通機関および施設の利用割引などがある。

1) 老齢年金

老齢年金は社会保険制度に組み込まれており、ベトナムの社会保険は強制加入と任意加入に分けられている。強制加入対象者は、3 カ月以上の雇用契約を結んでいる労働者、公務員、軍・公安の職員、雇用契約に基づき海外で従事する労働者などが該当する。一方、任意加入対象者は、自営業者および農業従事者などである。いずれも、15 歳以上 60 歳未満の男性、15 歳以上 55 歳未満の女性が対象となっている。給付の対象は、原則として男性 60 歳以上、女性 55 歳以上で保険料拠出期間が 20 年を超える場合となっている。

現在、任意加入対象者における加入率は 0.12%⁶⁾と低く、持続可能な財源確保と安定的な運営のために社会保険法を改定している。改定案では、強制加入に 1 カ月以上の雇用契約を結ぶ労働者も含める、給付対象年齢を男性 62 歳、女性 60 歳に引き上げるなどの変更が検討されている。

2) 老齢福祉手当

2000 年 3 月に、年金を受け取っていない 90 歳以上の高齢者を対象とした老齢福祉制度が設置され、2002 年よりこれに基づく老齢福祉手当の支給が開始された。社会状況、生活状況などから受給開始年齢や支給額は段階的に見直され、現在は 80 歳以上の高齢者を対象に月 180,000 ベトナムドン（以下、「VND」、約 860 円）^{注 6)}が支給されている^{注 7)}。2014 年 1 月より、月 270,000VND（約 1,300 円）に増額となる予定であったが、2014 年 2 月時点では月 180,000VND のままとなっていた。

3) その他のサービス

長寿のお祝いとして、90 歳の高齢者には省人民委員長、100 歳の高齢者には国家主席から、金品が贈答される。また、70、75、80、85、95、100 歳には、省人民委員長から祝金が支給される。

さらに、60 歳以上の高齢者は、船、列車、飛行機などの交通機関の利用料は少なくとも 15%、文化遺産、美術館、観光施設などへの入場料は少なくとも 20% の割引を、それぞれ受けることができる。

(5) 医療サービス

80 歳以上の高齢者や、貧困で身寄りのない単身高齢者は無料で医療保険に加入でき、基本的には無償あるいはごくわ

ずかな自己負担で医療サービスが受けられる。また、高齢者法の定めにより、80 歳以上の高齢患者は優先的に治療を受けることができるとされている。予防サービスとしては、高齢者は年一回以上の健康診断を村レベルの診療所などで受けることになっている。

先進国同様、ベトナムにおいても経済成長に伴う生活習慣や食事の変化などから、疾病・死亡における生活習慣病を含む非感染性疾患（Non-communicable Diseases、以下、「NCD」）の割合が高くなってきている。世界保健機構によると、ベトナムでは全死亡における NCD による死亡の割合は 75% となっている⁷⁾。一般に、高齢になるほど生活習慣病の罹患リスクは上昇する傾向にあり、医療機関においても、高齢の生活習慣病患者が増加しているとのことであった。今後の高齢化に伴い、NCD による疾病負荷はさらに増大することが予測され、ベトナムでは生活習慣病の診療および予防を強化すべく、2020 年までに主要な国立病院とすべての省病院に老年科を設置することを目標としている。これに伴い、老年科における診療サービスの具体的な内容や基準の設定、老年学を修得した医師や看護師の育成などが課題になっている。

(6) 介護・福祉系サービス

1) 高齢者介護の認識

高齢者法において、高齢者のケアはその子孫、または扶養の義務がある者が行う必要があると記述されており、ベトナムでは高齢者の面倒は家族が担うという認識が強く、親を介護施設などに入居させるのは親不幸という意識が根強く残っている。

一方、近年、ハノイやホーチミンなどの都市部を中心に、子どもたちに時間的余裕がない、物理的に離れている、高齢者自身が同世代の人々との生活をしてみたいなどの理由から、高齢者施設や介護ができる家政婦などへのニーズも増えつつある。

2) 介護・福祉系施設

高齢者のための介護・福祉系施設として、社会保護施設と民間の有料老人ホームがある。

社会保護施設は全国に 432 施設設置されており、基本的には、障がい者や孤児など、社会的に保護を必要とする人を対象としている。その中には、高齢者のみを対象とした施設もある⁸⁾。身寄りのない高齢者や戦争功労者およびその家族は無料で入居でき、それ以外で入居を希望する者は利用料を支払う。ホーチミンの施設では、有料利用の希望者が増えてきているとのことであった。

民間の有料老人ホームは、比較的裕福な高齢者を対象としており、ハノイ近郊を中心に 10 カ所程度設立されている（表－3）。

注 6) 1 ベトナムドン = 0.0048 円 (JICA 精算レート 2014 年 8 月 http://www.jica.go.jp/announce/manual/form/consul_g/ku57pq00000kzv7m-att/rate_2014.pdf)

注 7) 貧困高齢者や障がいをもつ高齢者はそれぞれ 2 倍、2.5 倍額が支給されるなど、高齢者の身体状況、家庭状況などにより支給額は異なる。

表 3 社会保護施設と民間有料老人ホーム概要⁹⁾

	社会保護施設	民間有料老人ホーム
入居対象	戦争功労者、身寄りのない高齢者、障がい者、孤児など	比較的裕福な高齢者
施設数	全国に 432 施設 35 の高齢者のための介護施設を含む	ハノイ 8 カ所、 ホーチミン 1 カ所、 ゲアン省 1 カ所
申請・許可	省 DOLISA	省 DOLISA
利用料	無料 (有料で希望者へのサービスを提供している施設もある)	有料 250 ～ 650 米ドル / 月
医療サービス	医療棟がある施設は一部の医療行為が可能。重症化の場合は病院へ搬送。	許可を得ている施設もあるが、一般的には病院へ搬送。
人材	中級看護師 ^{注 8)} 、 Ho Ly ^{注 9)}	中級看護師、Ho Ly

3) 介護人材

ベトナムでは高齢者介護の専門職はなく、今のところ、新たな職種を創設することは検討されていない。高齢者が入院する場合、医療行為^{注 10)}以外のケアは家族が担うのが一般的であり、家庭においても、家族、中でも女性が介護の役割を担うことが多い。介護者は、仕事を辞めて親や配偶者の介護に専念することもあり、もともと貧困世帯だった家庭に要介護者がでると、さらなる貧困に陥る場合もある。介護・福祉系施設では中級看護師が介護やケアを担い、日常生活の支援は Ho Ly と呼ばれる人材が行っている。Ho Ly は中等教育修了程度の人材が多く、就職後の実地訓練以外には専門的な訓練などを受けていないことが多い。彼らの主な業務内容は、排せつ介助や排せつ物の処理、および身の回りの世話などとなっている。

介護人材に対する認知度は低いものの、病院で、家族に代わって高齢者の介護をする Ho Ly に必要な知識や技能を習得させるための研修ガイドラインが制定されたり、介護を支援する人材を育成して活用するパイロット事業が非政府組織 (Non Governmental Organization、以下「NGO」) によって実施されたりするなど、専門性を備えた人材を育成する必要があるとの考え方は、徐々に広まりつつあると考えられる。

また、日本・ベトナム経済連携協定 (以下、「日越 EPA」) によって、介護福祉士の候補者が渡日し、看護学校関係者などの間では関心が高まっており、将来ベトナムにも同様の職種が必要になってくるとの意見も聞かれた。

注 8) 2 年課程の看護教育を修了した看護師。この他、3 年課程卒の短大看護師、4 年課程卒の大卒看護師がいる。

注 9) 3) に後述する。

注 10) 日本の看護師と異なり、ベトナムの看護師は医師に指示された医療行為を補助するのが主な役割である。

(7) 高齢化対策に向けた課題

1) 政策実施体制

ベトナムでは高齢者法をはじめ、高齢者関連の政令やガイドラインは比較的整備されている。しかし、それら政策の地方への普及が遅れていたり、具体的な実施方法などが示されていないことがあったりするために、進捗がはかばかしくない場合も少なからずある。政策レベルにおいても、例えば、保健分野を担当する保健省と福祉分野を担当する MOLISA が分立しており、高齢化対策と言う分野横断的な取り組みにおける円滑な連携が実施されているとは言い難い状況にある。

政策実施状況のモニタリングは省庁ごとに実施されているが、例えば保健省では、予算や要員の制約から、ごく一部の省を対象とするにとどまっており、俯瞰的に現状や政策実施の進捗を把握する体制となっていない。また、政策策定や進捗状況、成果を客観的に裏付けるに足るデータはほとんど整備されていない。高齢者の状況を示す大規模調査は少なく、最も大きな調査の 60 歳以上のサンプル数は 2,800 程度である。ベトナム社会保障 (Vietnam Social Security、以下、「VSS」)、統計局、各病院などにおいて定期報告あるいは通常業務の一環として収集されている高齢者の社会経済状況、健康状態、保健医療サービスの利用状況などに関するデータは、高齢者に特化した形での集計が行われておらず、材料はあるが有効利用できる形に加工されていない状況と言える。

2) 社会保障サービス

老齢年金や老齢福祉手当など、なんらかの扶助を受けている高齢者は全体の半数以上いる⁸⁾が、住民登録や ID 管理の制度が整備されていないなどの理由で、地方では扶助対象者を正確に特定できていなかったり、地方間や機関間の連携が不十分であるために重複支給が発生したりしている。また、サービスの受給資格などに関する広報や啓発が行き届いていないために、対象者が自身の受給資格を認識せず受給していないケースもある。こうした加入者管理における課題に対応するため、VSS は加入管理の IT 化による一元化に着手することを検討している。

また、国際労働機関 (ILO) によると、現行の社会保険制度を、改革しないまま運用した場合、2030 年代には年金財政は立ちいかなくなると言われている。このため、先述の社会保険法改定が検討されているが、今後は、上記の加入者管理に加え、年金制度への加入率の向上や徴収方法など、さらなる対応策が必要となってくることが想定される。

3) 保健医療サービス

保健省は、老年科の設置や健康診断の実施など、高齢者のための保健医療サービスに関する政策に取り組んでいるが、現場レベルにおいては、感染症や子どもの栄養、妊産婦の健康など、短・中期的かつ対象人口がより多い健康問題が優先される傾向にあり、高齢化の進行に対する危機感はずしも高いとは言えない。

このため、例えば、老年科の設置に関しては、施設・設備の整備は進んでいる^{注11)}が、全体的な人材不足などから、老年科のサービス提供を担う人材の育成は追い付いていない。限られた人件費の中で、より優先度が高いと認識される診療科に人材が配置されるのは自然なことである。母子保健や感染症など、長らく優先課題となっている分野に関しては、定時報告や統計の制度が整備されている。一方、高齢者に関してはこうした制度は十分に整備されておらず、高齢者の生活習慣病が増えていると感じていても数値として具体的な傾向が把握されず、具体的な対策に結びついていないと考えられる。

4) コミュニティおよび介護・福祉系施設による高齢者およびその家族への支援体制

近年、労働力人口の都市部への流入などにより、地方部では高齢者だけの世帯や単身高齢者、孫と高齢者だけの世帯が増えてきている。コミュニティによっては、VAE や NGO による自助グループ活動など、高齢者の支援体制が整備されている地域もあるが、これらは地方人民委員会の取り組み姿勢などにも左右され、地域差があるのが現状である。また、家庭での、家族によるケアが最善とする価値観は、そう簡単には変わるものではなく、今後、コミュニティにおける高齢者とその家族への支援体制の整備が必要になると考えられる。日本の経験（4.（1）および（2）に後述）を振り返ると、経済活動や産業構造の変化などから、今後、ベトナムにおいても、親世代と同居できない、あるいはほしくないという世帯が増加するとともに、高齢化の進展に伴い、支援や介護を必要とする高齢者が増加することが予想される。このため、住み慣れた土地での生活を希望する高齢者が生きがいを持って安心して暮らせるよう、また、介護を担う家族の負担が軽減されるよう、老人クラブや女性同盟、保健ボランティアなど、コミュニティにおける既存のリソースを活用しつつ、行政と住民が連携して支援体制を構築・強化することが、有効になると考えられる。

一方で、現在はまだ限定的である施設における介護へのニーズは、平均寿命の延伸による高齢者のさらなる高齢化や家族構成の変化などに伴い、今後増加することが予測される。計画投資省によれば、こうした施設は、公的資金ではなく民間セクターを活用して整備することを検討しているが、設立基準や監督機能、人材育成、貧困層への配慮など、利用者が必要なサービスを安心して受けられる体制を整えることも重要となってくる。

5) 介護人材

介護・福祉系施設における中級看護師や Ho Ly の業務は、従来、家族が担ってきたことから、いわゆる「だれでもできる

仕事」との認識が強く、待遇は決してよいものではないうえ、心身にかかる負担が大きいことなどから離職率は高く、人材の定着は課題の一つとなっている。

日本でも同様の問題に直面しているが、専門性や業務内容に相応しい待遇や社会的地位を得られるような対策を取らなければ、今後増加すると予想されるニーズに応じた人材育成が困難になる可能性もある。

4. 日本の高齢化対策概要（保健医療・福祉分野）

（1）高齢化率の推移

一般に、高齢化の要因は、平均寿命の延伸による 65 歳以上人口の増加と少子化^{注12)}の進行による若年人口の減少に分けられる。

日本は戦後、生活環境の改善、食生活・栄養状態の改善、医療技術の進歩などにより子どもや青年の死亡率が大幅に改善され、平均寿命は男性 69.31 歳、女性 74.66 歳（1970 年）から男性 79.94 歳、女性 86.41 歳（2012 年）へと延伸した¹⁰⁾。また、第二次ベビーブーム（1971 年から 1974 年まで）以降は出生数、出生率ともに減少傾向にあり、合計特殊出生率^{注13)}は、1975 年に 2.00 を下回り、1993 年に 1.46、2005 年には 1.26 と過去最低を記録し、2012 年は 1.41 と持ち直したものの、少子化傾向が続いている¹¹⁾。

この結果、1950 年には 5% に満たなかった日本の高齢化率は、1970 年に 7% を超えて高齢化社会となり、1994 年には 14% を超えて高齢社会に突入した。高齢化率はその後も上昇を続け、2013 年 10 月 1 日現在、25.1% と、世界のどの国も経験したことのない超高齢社会となっている。高齢化率は、2035 年には 33.4% に達し、2042 年以降、高齢者人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、2060 年には 39.9%、すなわち国民の約 2.5 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となる社会が到来すると推計されている¹²⁾。

（2）高齢化対策の歩み

日本の高齢化対策の流れを表 4 に示す。1963 年に、老人の福祉・医療の増進を目的に老人福祉法が制定された。これに先立ち、1961 年には国民皆保険・皆年金が達成された。1973 年には老人医療費公費負担制度が始まり、老人医療費の無料化が導入され、高齢者の受診率が急増した。その結果、翌年の 1974 年度の国民医療費の伸び率は、前年の 16.2% を大幅に上回る 36.2% にも及んだ¹³⁾。急速な高齢化率の上昇も相まって、老人医療費は増加をつづけ、医療保険財政を次第に圧迫するようになり、老人医療費の無料化はわずか 10 年で終わりを告げた。1983 年には老人保健法が制定され、患者の一部負担が導入された。

1980 年代には、家族が介護やケアの負担を回避するために本来退院できる高齢者の受け入れを拒否し、病院での入院が長期化する、いわゆる「社会的入院」が社会問題となった。

注11) 2013 年に保健省が 15 省を対象に実施した調査によると、2 省が老年科を設置、3 省が他科と併設、6 省が老年科の設置はないが高齢者専用病床設置、4 省がいずれも未設置であった。

注12) 合計特殊出生率が、人口置き換え水準（人口の増減が起らないとされている数値で、日本では平成 24 年度に 2.07 となっている）を持続的に下回った状態

注13) 一人の女性が一生の間に生む子どもの数。

この結果、医療費はさらに膨れ上がったため、入院の長期化を抑制するため、1989年には「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）が、1994年にこれを見直した新ゴールドプランが、さらに1999年にゴールドプラン21が策定され、高齢者介護・福祉サービス基盤の整備に関する具体的施策が推進された。

1995年には高齢社会対策基本法が制定され、「就業・所得」「健康・福祉」「学習・社会参加」「生活環境」「調査研究」「国民の意見反映」の6つの高齢社会対策の基本的施策が規定された。そして1996年には、これに基づいて、政府が推進する高齢対策の中長期にわたる基本的かつ総合的な指針である、最初の高齢社会対策大綱が定められた。2001年12月に見直された高齢社会対策大綱では「健康づくりの総合的推進」「介護保険制度の着実な実施」「介護サービスの充実」「高齢者医療制度の改革」「子育て支援施策の総合的推進」が掲げられた。

また、高齢化の進展に伴って、要介護高齢者が増加し、介護期間も長期化したことに加え、核家族化が進行して家庭内

での介護が困難になったり、介護する家族も高齢化したりするなど、要介護高齢者をめぐる状況も変化したことから、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みが求められ、介護保険制度が創設された。従来老人福祉法および老人保健法の管轄であった介護部門は別の財源で賄うこととなり、2000年に介護保険法が施行された。これによって、サービス提供者が多様化して選択肢が増え、高齢者の介護および福祉サービス利用に対して保険が給付されるようになり、家族など介護する者の負担軽減が図られてきた。しかし、要介護認定者の増加に伴い、サービスに対して支払われる介護給付費も年々増加し、これに合わせて3年ごとに改定される保険料も上昇している。

2005年の介護保険法改正では介護予防が重視され、施設給付について食費などが対象外になる、低所得者層への補足給付を行うなどの見直しが行われた。

（3）近年の高齢化対策に関する具体的取り組み

2012年の高齢社会対策大綱では、介護および保健医療分野において、「地域包括ケアシステム」を2025年をめどに構築することを中心に、関係者が連携して高齢者の健康を維持し、生活を支える仕組み作りを目指している。

1) 健康づくりの総合的促進

日本では、国民の健康づくりを推進して生活習慣病の罹患を予防する、一次予防^{注15)}に重点を置いた「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が2000年から2012年まで実施された。これを見直し、健康寿命の延伸や生活習慣病の発症および重症化の予防（疾病の二次予防）にも取り組むべく、健康日本21（第二次）が2013年より実施されている。これに基づき、各地方自治体は健康教育、健康診断、訪問指導などの健康増進事業を推進している。

健康増進事業の一環として、要介護状態になることを予防する、あるいは要介護状態になったとしても地域において自立した日常生活を送れるよう支援するため、地域包括ケアシステムのなかで介護予防を推進する取り組みが行われている。市町村レベルにおいて、各地域の特性に合わせ、高齢者の運動・口腔機能の向上、栄養改善、認知症・閉じこもり・うつ予防などに係る地域ぐるみでの介護予防事業が実施されている¹⁵⁾。

2) 介護保険制度の見直し

2013年の介護サービス利用者は介護保険開始当時（2000年）の約3倍の471万人となり、高齢者およびその家族の生活を支えるうえで重要な制度として機能している。利用者の増加に伴い、介護給付費も2000年の約3倍の6,530億円となる¹²⁾一方、必要な質・量の介護従事者を確保するため、待遇の改善が課題となっており、多様なサービスを効率的に提供する仕組みが必要となってきた。このような背景の中、2012年の介護保険法一部改正では、医療と介護の連携強化、介護人材の確保とサービスの質の向上、保険者である市区町村の主体的な取り組みの推進などが盛り込まれ、地域包括ケアシステムのさらなる強化が図られている。

表－4 高齢者保健・福祉政策の流れ¹⁴⁾

年代	高齢化率	主な政策
1960年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960年)	1961年 国民皆年金と国民皆保険の達成 1963年 老人福祉法制定
1970年代 老人医療費の増大	7.1% (1970年)	1973年 老人医療費無料化
1980年代 社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化	9.1% (1980年)	1982年 老人保健法の制定 1989年 ゴールドプランの策定
1990年代 ゴールドプランの推進	12.0% (1990年)	1994年 新ゴールドプラン策定 1995年 高齢社会対策基本法制定
介護保険制度の導入準備	14.5% (1995年)	1996年 高齢社会対策大綱制定 1997年 介護保険法成立 1999年 ゴールドプラン21策定
2000年代 介護保険制度の実施	17.3% (2000年)	2000年 介護保険施行 2008年 後期高齢者 ^{注14)} 医療制度施行

^{注14)} 前期高齢者とは65歳から74歳までが該当し、後期高齢者とは75歳以上の高齢者のことを指す

^{注15)} 一般的に一次予防は生活習慣の改善などの「健康増進」や予防接種による「疾病予防」など、二次予防は健診などによる「早期発見」や重症化の予防のための「早期対応」、三次予防は再発の予防などの「リハビリテーション」のことを指す

3) 介護サービスの充実

地域包括ケアシステムの実現に向け、訪問看護と訪問介護との連携を図った「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つ「複合型サービス」などの地域密着型サービスの充実が図られ、サービス付き高齢者向け住宅など的高齢者の住まいの整備や有料老人ホームの適切な運用のための支援が実施されている。

また、地域における高齢者支援の中核を担う、地域包括支援センターでは、医療、介護の専門家などが協働で高齢者の自立支援にむけ個別事例のケアを検討するなど地域課題の解決に向けた取り組みも行われている。

4) 介護人材の確保

近年の介護サービスの課題としては、介護従事者の確保が困難であることや離職率が高いことが挙げられている。これに対し、介護報酬改定において介護職員の賃金引上げなど、介護職員の処遇改善に取り組むとともに、積極的な就職支援を行うなど、新規参入を推進している。

また、ホームヘルパー研修の見直しにより、介護職員初任者研修が創設され、在宅・施設を問わず必要となる知識、技術を持つ人材の育成にも取り組んでいる。この他にも、介護支援専門員（ケアマネジャー）の質の向上を図るため、研修指導者用のガイドラインが策定され、それに沿って実務研修や現任者研修が行われている。加えて、地域包括支援センターでは介護支援専門員に対する助言・支援が行われ、地域のケアマネジメント機能の向上が図られている。

5) 後期高齢者医療制度の導入

2013 年度の 75 歳以上の医療費は、約 15.0 兆円（2008 年度から 3 割増）と推計されており、今後も増加傾向となる見通しである¹⁶⁾。これに対応するために 2008 年に導入された、後期高齢者医療制度では、保険料の納付先（健保組合など）と利用者（市町村）が都道府県ごとの広域連合に一元化された。加えて、現役世代と高齢者の費用負担関係が現役世代 4 割、高齢者 1 割（残り 5 割は公費負担）と明確化され、都道府県ごとの医療費水準に合わせた保険料が高齢者全員によって公平に負担されるようになった。

今後は、現役世代からの支援金、高齢者が支払う保険料や患者負担分、低所得者への配慮、公費負担の在り方などについて、社会保障制度改革国民会議の議論などを踏まえ検討していくこととされている。

5. ベトナムの高齢化対策に向けた日本の支援の可能性

日本より早い速度で高齢化が進むと予測されるベトナムでは、社会経済開発計画 2011 - 2015 において「ソーシャル・セーフティー・ネット強化による、社会保険・医療保険・社会介護政策の整備」を掲げるなど、早急、かつ効果的な高齢化対策の必要性が認識されている。

日本は 1970 年以降、高齢化の進展に伴い、様々な高齢

化対策に取り組んできた。しかしながらこれらの施策においては、老人医療費の無料化や老人保健法の例に見られるように、高齢化や社会経済状況の変化を見据えた長期的な対策ができてきたとは言い難く、進行する高齢化に対して後追いの施策となっており、試行錯誤を伴ってきたことは否定できない。つまり、日本における高齢（化）社会に対応するための社会保障システム構築にかかる経験には、成功のみならず、その糧としての様々な教訓も蓄積されている。

現在のベトナムは、急速な高齢化に加え、経済発展や産業構造の変化による労働人口の都市部への流入、家族介護を最善とする家族観など、1970 年代の日本と状況が類似している側面があると言える。社会・文化的に相互に理解可能な点も多い日本の過去の経験は、今後ベトナムが取り組んでいく高齢化対策にとって有益となると考えられる。日本の過去の取り組みの成果やその過程から得られる教訓を分析することにより、中長期的なリスクをできる限り回避し、ベトナムの国の状況に合わせた高齢化対策の検討を行うことで、より効率的に社会保障システムを構築することが期待できる。

以下、ベトナムの高齢化対策における様々な課題に対する日本による支援の方向性を考察する。

(1) 政策実施体制の整備

省庁間、特に、高齢者対策においては保健省（医療）と MOLISA（福祉）との連携が必ずしも円滑とは言えない状況において、日本の協力の可能性としては、分野横断的課題である高齢化対策の戦略、政策および行動計画の策定および実施を円滑に推進するための仕組みづくりへの支援が考えられる。日本では、地域包括ケアシステムの構築や後期高齢者医療制度における地方自治体の裁量が大きく、自治体の中で医療と福祉の連携が強化されている。ベトナムにおいても、地方分権化が進められており、日本の地方自治体における取り組みから得られる知見は多いと考えられる。

また、日本では 1996 年から高齢社会白書が取りまとめられるようになり、高齢者の実態や政策実施、サービスの提供・利用状況などが全国レベルで把握できるとともに、施策実施のモニタリングや評価、見直しなどに活用されている。ベトナムにおいても、必要なデータは定期的な統計調査や業務報告などにおいて収集されているため、これを、高齢者に焦点を絞って定期的に集計、分析することによって、政策エビデンスとして活用することが可能である。この過程において日本の経験は大きく貢献すると考えられる。さらに、日本では高齢者に関する多種多様な調査・研究が実施されており、これらの成果や調査・研究手法の活用も、ベトナムにおける高齢化対策の政策エビデンスの形成に貢献しう。

(2) 社会保障サービスの整備

ベトナムにも老齢年金や老齢福祉手当など制度は存在するものの、重複支給や未受給のケースがあるなど、運用の効率

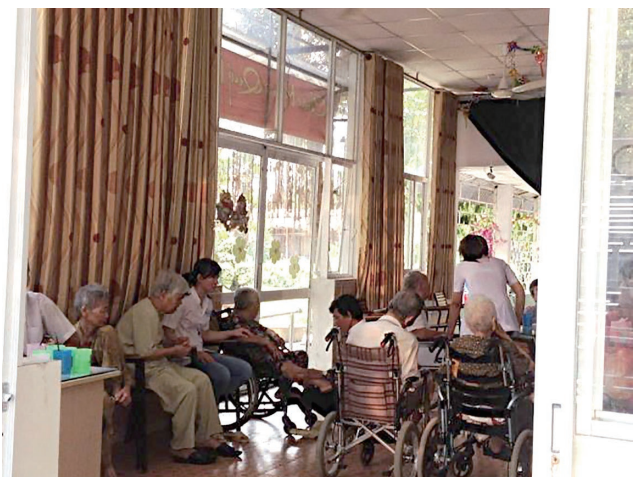


写真-1 高齢者ケアを行う中級看護師
（民間老人ホーム）



写真-2 介護予防運動を行う高齢者
（民間老人ホーム）

性に課題を残している。今後 VSS における IT による加入者の管理が進むならば、日本の民間 IT 関連企業による利用者管理システムの導入やその運用に関わる支援はこれらベトナムの課題の解決に資するものと考えられる。一方、IT 化や管理体制の強化などへの支援を進めていくにあたっては、日本における、いわゆる年金記録問題、年金横領問題、公的年金流用問題などから得られた教訓も参照し、避けられるリスクは避けたいうえで効率的な支援を行う必要があるとともに、ベトナムへの支援を通して得られた経験を日本で活用することも可能と考えられる。

(3) 保健医療サービスの拡充

一般的に NCD に対する投薬、治療は長期にわたるため、医療費は嵩んでいく。将来的な医療費の増加を抑制するためには、予防対策への投資が効率的であり、日本では、妊産婦を対象とした栄養指導に始まり、学校や職場における健康診断や保健指導など、胎児の頃から高齢者に至るすべての年代において、NCD の一次予防の取り組みが行われている。加えて 2000 年からは健康日本 21 が実施されるなど、生活習慣病の予防に重点が置かれた対策をとってきた経験もある。全死亡における NCD による死亡の割合が 75% と高く、NCD 対策に早急に取り組む必要があるベトナムにおいて、これらの予防対策事業に対する日本の経験を活かした支援は有効であり、高齢者の健康寿命の延伸や、中長期的な医療財政の負担軽減に貢献することが期待できる。

(4) コミュニティおよび介護・福祉系施設による高齢者およびその家族への支援体制の強化

日本では、高齢者が住み慣れた地域で、医療、介護、予防、生活支援サービスを一体的に受けられる、地域包括ケアシステムの構築が推進されている。ベトナムにおいても高齢者のみの世帯は増加傾向にあり、在宅ケアへの支援や、コミュニティでの支え合いが、今後ますます重要になってくると考えられる。

よって、地域包括ケアシステムを、ベトナムの地方行政や地域社会に適合する形に応用することによって、高齢者や介護する家族の孤立を防ぐとともに、介護やケアの負担を軽減させることが可能になると考えられる。例えば、ボランティアの活用や地元保健所と行政機関との連携によって、家族やコミュニティに対する介護教育を行うことで、介護者の負担軽減を図るような支援や、介護者が仕事を続けられる体制を整備する支援は、貧困層のさらなる貧困化を防止することにもつながり、貧困対策にも資することが期待される。

一方で、富裕層を中心に今後増加することが予想される施設介護へのニーズに対応するため、民間事業者による介護事業や介護施設の開設・運営を促進するとともに、安全性やサービスの質を担保する制度や基準などの整備のための支援においても、日本のこれまでの経験や教訓を活用していけることが考えられる。これに関しては、日越 EPA 制度による日本からの帰国者や、ベトナムにおける事業展開を検討する日本の事業者などを活用し、官レベルのみならず、民間レベルにおける協力も可能であろう。

(5) 人材育成

老年科の設置・増加に伴い、高齢者ケアや慢性期ケアに関する専門性を持った看護師やリハビリに関わる人材などの需要はますます高くなっていくことが予想されるが、全体的な人材不足などから、老年科のサービス提供を担う人材の育成は追い付いていない。JICA はかねてよりベトナムにおいて保健人材育成に関する技術協力を実施し、多くの成果を挙げており、それらの技術協力と連携し、高齢者ケアに関する看護師を育成していくなどの保健人材の能力強化を図る支援は効果的であると考えられる。

また、ベトナムでは介護に関する専門知識・技術を持った人材はほとんどいないうえ、介護を担う人材の離職率も高いことが問題になっている。この点については、ベトナムの保健人材の育成体制や役割分担、配置状況を踏まえたうえで、日

本の経験を活用し、ベトナムにおける介護人材の将来像について検討することが肝要である。具体的には、介護人材の育成方法や役割、職能範囲の設定、他の職種との関係性など、制度面の整備支援に加え、介護に関する専門知識や技術などの能力向上を支援し、ベトナムにおける介護またはケアの質の向上を目指すことなどが考えられる。

(6) その他の分野

日本でいう前期高齢者に当たる年齢層で元気な高齢者が多い現在のベトナムでは、高齢者の豊富な人生経験や知識・技能を活かし、社会に貢献できるような環境を整備し、「活力のある高齢者像の構築」を目標の一つに掲げた日本のゴールドプラン 21 のような、高齢者の生きがいの多様化や促進と、それによる地域の活性化に重点が置かれた施策の導入を支援することも考えられる。これによって、世界的に推進されている「アクティブ・エイジング」^{注16)}の実現、および中長期的な高齢化対策にも貢献しうる。

6. おわりに

世界の長寿化は公衆衛生政策と社会経済発展のひとつの成果といえるが、その進展に伴い、アクティブ・エイジングの考え方に沿って、高齢者を取り巻く様々な環境を多面的かつ包括的に整備し、高齢者自身の健康を維持し、社会参加を促進するような社会づくりが重要となってきた。

今後、日本が高齢化対策分野への支援を展開していくうえで、日本の経験をただ移転するのではなく、ベトナムの文化や社会経済状況における日本との類似点と相違点や、日本の経験において得られた教訓を十分に考慮したうえで協力を実施していく必要がある。しかしながら、ベトナムをはじめ、これから高齢化に向かう開発途上国に対して日本の高齢化対策への理解を促し、協力関係を構築するために有用な、体系的に整理され英語化された情報の発信については、今後整備の余地がある。さらに、高齢化対策を専門とした国際協力人材も不足している。今後、政府からコミュニティに至る各レベルでの支援を行うための知識や専門性を備え、相手国・地域の立場や現状を十分に理解した技術協力を推進できる人材の育成、あるいは、国際協力分野の人材との連携による国内人材の活用などの工夫が求められる。

日本がベトナムの高齢化対策に係る支援を行う場合、以下のようなインパクトをもたらす可能性もあると考えられる。

- 急速な高齢化が進み、将来の医療費の増大も予想されるなか、早期に高齢化対策に取り組むことで、医療費や社会福祉費の増大が抑制され、国家財政の健全化に貢献する

- ベトナムでの保健・介護人材の育成支援により、日越 EPA 制度などを通じた、日本の看護・介護人材不足を補うなど、日本社会へも貢献する
- 他の ASEAN 諸国でも高齢化が今後深刻になってくることが予想されるなか、ベトナムにおける支援モデルが将来的に他の ASEAN 諸国に普及したり、ベトナムによる周辺国への協力の可能性が広がったりする

最後に、高齢化先進国の日本は、自国内の高齢化対策のさらなる充実化を図っていくとともに、ベトナムや他 ASEAN 諸国における高齢化対策分野の国際協力の先駆者となっていくことが望まれる。

謝辞：ベトナム国社会保障分野情報収集・確認調査の実施にあたりご支援、ご協力いただいたベトナムおよび日本両国の関係機関、ならびに本稿の執筆に際しご理解、ご協力いただきました JICA に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 総務省統計局：世界の統計 2014、日本統計協会、2014
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：人口の動向 日本と世界 人口統計資料集 2014、厚生労働統計協会、2014
- 3) UN, Department of Economic and Social Affairs: World Population Prospects: The 2012 Revision (online), available from <<http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>>, accessed 2014-08-08.
- 4) The World Bank: World DataBank, World Development Indicators (online), available from <<http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx>>, accessed 2014-08-08
- 5) Ministry of Planning and Investment, General Statistics Office: Viet Nam Population and Housing Census 2009 Age-Sex Structure and Marital Status of the Population in Viet Nam, 2011.
- 6) Nguyen Thi Lan Huong: Social Protection Reforms in Vietnam, Ministry of Labor Invalids and Social Affairs, 2011
- 7) World Health Organization: Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011, 2011
- 8) Vietnam National Committee on Aging: Assessment on Implementation of the Law on the Elderly in Viet Nam, 2013
- 9) JICA: ベトナム国「看護教育分野情報収集・確認調査」ファイナル・レポート、2014
- 10) 厚生労働省：平成 24 年簡易生命表の概況（オンライン）、<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life12/>>、2014 年 8 月 13 日アクセス
- 11) 厚生労働省：平成 24 年（2012）人口動態統計（確定数）の概況

^{注16)} 世界保健機関が提唱する「人々が歳を重ねても生活の質が向上するように、健康、参加、安全の機会を最適化するプロセス」
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_jpn.pdf

(オンライン)、

<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei12/index.html>>、2014 年 8 月 12 日アクセス

12) 内閣府：平成 26 年版 高齢社会白書、2014

13) 総務省統計局：国民医療費 > 平成 23 年度国民医療費 > 統計表 > 年度次 > 2011 年度 (オンライン)、

<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001115498>>、

2014 年 8 月 12 日アクセス

14) 厚生労働省老健局総務課：公的介護保険制度の現状と今後の役割、2013

15) 介護予防マニュアル改訂委員会：介護予防マニュアル改訂版、三菱総合研究所、2012

16) 厚生労働省：平成 25 年版厚生労働白書－若者の意識を探る－、2013