

課題番号 : 28-7

研究課題名 : 日本と開発途上国の高齢者保健医療対策を相互の医療制度改革に活用するための研究

主任研究者名 : 野田信一郎

分担研究者名 : 小林潤、和田耕治

キーワード : 高齢者、地域包括ケア、Active aging、ヘルスプロモーション、認知症、介護

研究成果 : 初年度は研究班全体のワークショップを各班が協力して3回実施し、各研究計画の確認、ケーススタディおよび政策実施分析の方法の検討などを行い、NCGMの倫理委員会の承認を得た。

### 1. 地域包括ケアの提供 (野田)

計画通り、日本の地域包括ケアシステムとその政策および関連資料の収集を行い、地域包括ケアシステム構築が進んでいる兵庫県朝来市と富山県上市町でのケーススタディを行った。2県の自治体の関係者8名にキーインフォーマントインタビューを実施した。厚生労働省に対しても、同じ評価シートを用いたデータ収集を行った。朝来市においては、退院支援と地域ケア会議の構築が進んでおり、後者の機能に関しては、個別課題解決、ネットワーク構築、地域課題発見が行われるまで進んでいる。それらの促進を促した要因としては、実務レベルでリーダーシップをとれる人が医療職と福祉職の双方に存在したことが大きく、地域包括支援センターの主任ケアマネージャーを中心にケアマネージャーの育成システムを構築し、幅広い関係者を巻き込むことで地域包括ケア支援体制を構築した。上市町においては市長が国の医療介護連携推進事業を誘致したことが在宅診療、在宅看取りを促進させた要因として大きい。その事業の導入時にリーダーシップを発揮できる人が医療職と行政職の双方にいた点は朝来市に通じるものがある。2年目に行う国外の研究に向けて、研究協力機関としてタイのマヒドン大学アセアン研究所保健学部と韓国の延世大学グローバルヘルスセンターが確定した。タイでの調査をマヒドン大学の倫理審査を通じた上、関連資料の収集を開始し、ケーススタディを行う自治体の選定を関係者と協議した。また、WHO西太平洋事務局長の担当官とも協力していくことになった。

### 2. Active ageingにむけた健康づくり推進 (小林)

高齢化社会を対象としたヘルスプロモーション(HP)を考える上で、HPの両輪である住民の自発的活動であるボトムアップアプローチだけでなく、政策とその実施のトップダウンアプローチの検討の必要性が、韓国延世大学グローバルヘルスセンターとの検討で明らかになったため、保健医療政策の基盤となる各国の社会保障制度の文献による検討を行った。社会保障制度の成り立ちについて、互助・共助を基盤とした発展した日本のあり方は一般的とはいえず、本研究班の期待される成果としてのアジア地域への展開の在り方への提言のためには、対象としているアジアの分析とともに日本の分析が必要であることも改めて確認され、研究班では自助互助共助公助の考え方を海外の考え方と対比されて説明しなすことが検討された。一方HPについては、1980年代にアメリカ・ヨーロッパ・アジア地域と導入がほぼ同一の考え方によって導入されてきたために、大きな違いがないこともわかってきた。しかしながら、アジア各国、韓国、タイではこのような基盤が強固に確立される前に、HPの概念が導入されたと考えられ、タイではプライマリーヘルスケア(PHC)がHPと相互作用をもたらしていると考察された。これらの基盤となっている従来のアジアの村落が共有している考え方として、「互助」が生かされていると考えられるため、この点についてはさらなる調査を行いたい。

### 3. 認知症患者対策 (和田)

我が国での、認知症患者への対応や介護についてまとめるため、国民生活基礎調査のデータや国内での資料をベトナムの関係者を想定して作成した。また、ベトナムにおいて、高齢者入所施設、デイケア施設、訪問サービス事業所を訪問し、インタビュー調査を行った。デイケア施設では、2017年3月の時点では月水金の利用者2名のみで、認知症の有無を問わず高齢者は家族が看るという文化が背景にあることから入所者が少ないことが指摘された。訪問サービスは、日本のような訪問看護・訪問介護・訪問リハといった専門職種による訪問サービスではなく、介護スタッフを介護を必要とする家族(高齢者、乳幼児、病人)がいる自宅や病院に派遣するサービスである。認知症の診断機関や専門医の数はきわめて限られており、「誰でも年を取れば物忘れする。医者にかかる(病院に行く)ほどではない」という考え方が、一般的には主流ではないかと思われた。今後の課題としては、法整備、診断機関と専門医、コ・メディカルの人材育成、各種サービス、認知症に関する社会の認知度向上などがあげられた。

Subject No. : 28-7

Title : A study on health care and health promotion policies in ageing society for health sector reform in Japan and Asian countries

Researchers : Jun Kobayashi, Koji Wada, Shinichiro Noda

Key word : Elderly people, community-based integrated care, active ageing, dementia, long-term care

Abstract : We conducted joint workshops between the three study subgroups three times to review study plans and methods each other.

#### 1. Community-based integrated care (Noda)

We collected and reviewed relevant documents to community-based integrated care in Japan. We chose two municipalities that have well implemented a policy on the community-based integrated care system, Asago, Hyogo and Kamiichi-machi, Toyama. We conducted key informant interviews at prefecture level and municipality level in both study sites. Asago successfully established a well-structured “Community Care Meeting System.” We found that coincidental existence of two motivated people with good leadership, one from medical service and another from welfare service is one of promoting factors. We found the same factor in Kamiichi-machi that implemented a good home health care services, home health care arrangement system after discharge, and home terminal care. Each of them have several unique promoting factors. We made some arrangement for comparative case studies in Thailand and Korea in the second year. We also made collaborative relationship in this study with WHO Western Pacific Regional Office.

#### 2. Health promotion for active ageing (Kobayashi)

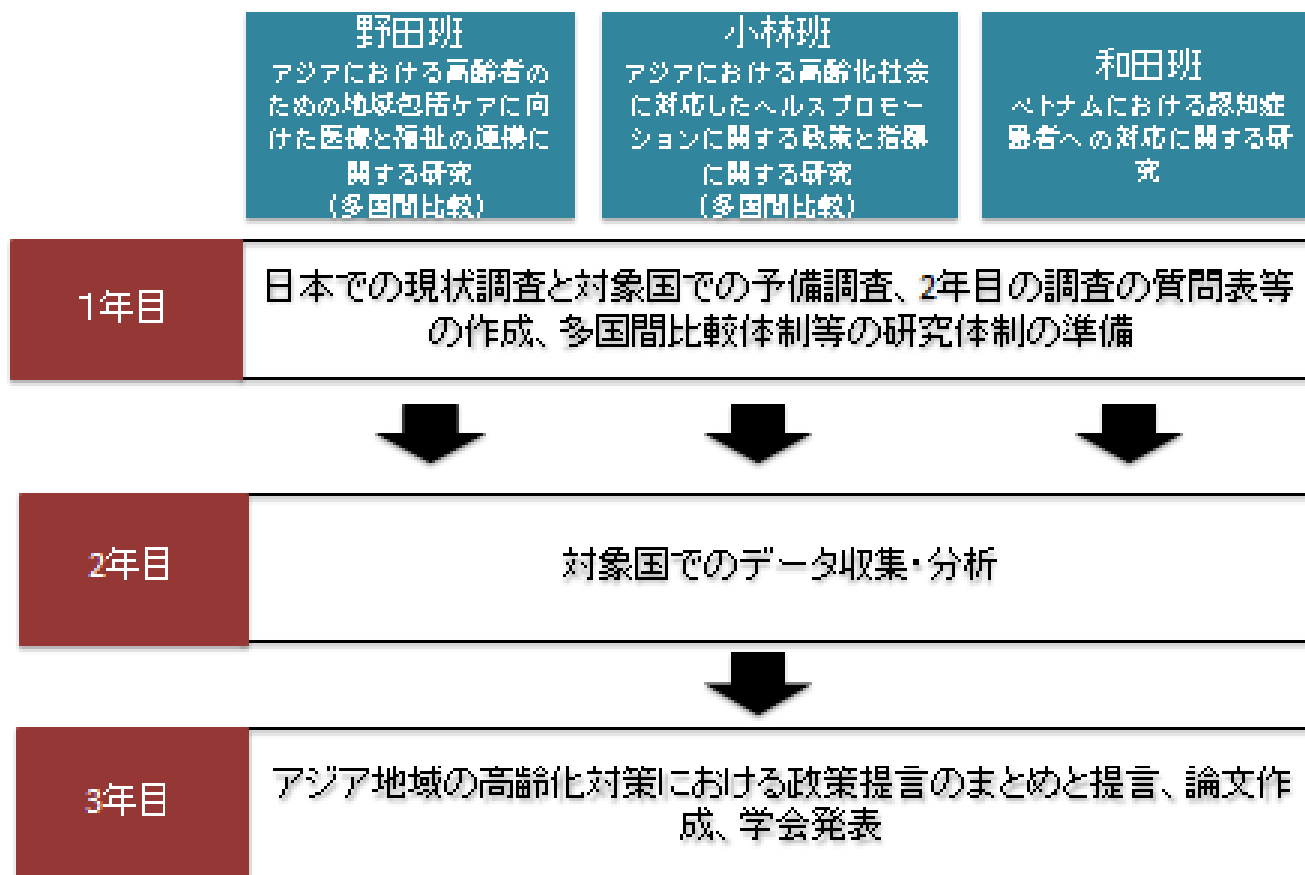
We conducted document review related to the history of Health Promotion in the world in the first year. Before analyzing this, social security concept and system was analyzed because health promotion introduced late of 1980' globally on the basis of own social security system in each country. Japanese social security concept was developed on the basis of “Go-jo” which is mutual support among family members and community members. For example, medical insurance system was developed as management of the union of members in work places. On the other hand, Scandinavian countries, which is famous countries as well developed social welfare system, established their social security system by using public assistance. Asian countries have been developing social security system now by reference to other countries such as Europe and Japan, however, we should see their own culture as background to development. Modernized health promotion has introduced several Asian countries since 1990', thus, “Active aging” concept was introduced on the basis of this movement and their own social security idea. In this point, we will investigate in the next year.

#### 3. Supporting system for dementia patients (Wada)

We reviewed the Japanese experiences in order to explain to Vietnamese counterparts and analyzed the data of Japan regarding the care of dementia patients. In Vietnam, we conducted key informant interviews with care givers and doctors, and facility visits to a day care center, elderly care facilities and home care providers. We found that there have been few customers in care facilities for the elderly; the staffs of the home care facilities were not really trained in elderly care; and most of the families tend not to take elderly members with the symptom of dementia to the doctors. We identified the issues to be solved in Vietnam for supporting dementia patients such as the development of regulations, ensuring the specialists and facilities for dementia, training health care workers for dementia, ensuring the variety of elderly care services, and raise awareness of people on dementia.

# 課題番号（28指7）日本と開発途上国の高齢者保健医療対策を相互の医療制度改革に活用するための研究

## 研究の流れ



# 1年目の進捗・成果

野田班 地域包括ケアの提供	小林班 Active ageingにむけた健康づくり	和田班 認知症患者対策
<ul style="list-style-type: none"><li>・日本の地域包括ケアシステムとの政策および関連資料のレビューおこなった。</li><li>・地域包括ケアシステム構築が進んでいる兵庫県朝来市と富山県上市町、自治体の関係者、医療・介護供者（4名x2県）にキーインタビューを実施。厚生労でも、同じ評価シートを用いた収集を行った。</li><li>・朝来市：退院支援と地域ケア会の構築が進んでいる。促進要因は、実務レベルでリーダーシップをとる人が医療職と福祉職の双方に存在、ケアマネジャーの育成システムを構築など。</li><li>・上市町：在宅診療、退院支援、在宅看取りが進んでいる。促進要因市長が国の医療介護連携推進事業を誘致、リーダーシップのある人医療職と行政職に同時に存在など。</li><li>・2年目に行うタイ、韓国の研究機関と協議。また、WHO西太平洋局の担当官とも協力していくことを合意。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・高齢化社会を対象としたヘルスプロモーション（HP）を考える上で、HPの両輪である自発的活動であるボトムアップアプローチでなく、政策とその実施のトップダウンアプローチの検討の必要性が明らかになった。</li><li>・保健医療政策の基盤となる各国の社会保障制度の文献レビュー：互助・共助を基盤と発展した日本のあり方は一般的とはいえず、対象としているアジアの分析とともに日本分析が必要であることが確認され、自助互助公助の考え方を海外の考え方と対比し説明しなおすことが検討された。</li><li>・HPの文献レビュー：1980年代にアメリカ・アジア地域と導入がほぼ同一の考え方によって導入されてきたため、大きな違いはない。しかし、アジア各国ではこのよう盤が強固に確立される前に、HPの概念が導入されたと考えられ、タイではプライマールケアがHPと相互作用をもたらしている考察された。これらの基盤となっている従アジアの村落が共有している考え方として、「互助」が生かされていると考えられるたの点についてはさらなる調査を検討。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・認知症患者を主なターゲットとして、日本の認知症施策5カ年プラン（オジプラン）などの国の介護保険制度や人材の能力強化、介護における家族や施設の位置付けについてのこれまでの取り組みをレビューした。</li><li>・ベトナムにおける認知症患者への対応について、インタビュー調査を行い、講義録としてとりまとめベトナムのデイケア、訪サービス、専門医などを問した。</li><li>・今後の課題として、法備、診断機関と専門医、コ・メディカルの人材育各種サービス、認知症に関する社会の認知度向上などがあげられた。</li><li>・ベトナムにおける調査フィールドの確保を行っ</li></ul>

課題番号 : 28-7

研究課題名 : アジアにおける高齢化社会に対応したヘルスプロモーションに関する政策と指標に関する研究

主任研究者名 : 野田信一郎

分担研究者名 : 小林潤

キーワード : Active aging, 社会保障制度、ヘルスプロモーション、ケーススタディ

研究成果 : 本研究の目的は、世界特にアジアにおいて少子高齢化社会が進展する中で Active aging (活動的な高齢化) の指標と政策もしくは関連政策実施のなかでのヘルスプロモーションに注目し、その政策とその実施を促進する要因をあぶりだすことである。国際協力として推進すべきアプローチとしての高齢化社会へ向けてのヘルスプロモーションのあり方を提言することとした。

初年度は研究班全体のワークショップを各班が協力して3回実施し各国での研究計画が行われたなかでケーススタディの方法について説明し、特に報告者が推進してきた政策実施分析の経験から本研究に適した方法を考案し提言を行った。また韓国延世大学グローバルヘルスセンターの Nam 教授とともに、本研究班の基盤となる社会保障制度とヘルスプロモーションの世界的動向について共同で検討を開始した。高齢化社会を対象としたヘルスプロモーションを考える上で、ヘルスプロモーションの両輪である住民の自発的活動であるボトムアップアプローチだけでなく、政策とその実施のトップダウンアプローチの検討が必要となった。まず保健医療政策の基盤となる社会保障制度が各国で異なっているために、文献による検討を行った。

社会保障制度の成り立ちについて、互助・共助を基盤とした発展した日本のありかたは実は一般的ともいえないことが分かってきた。古くから社会保障制度が注目されている北欧では、フィンランドのシピラが提唱した「社会サービス」の定義の一つとしてケアを提供する人と、ケアを受ける人とが対等な関係と説明され、家族やボランティアによるサービスは社会サービスと規定されないと解釈されている。一方日本の社会保障制度の参考になったドイツをはじめとしたヨーロッパ大陸諸国では、家族やボランティア団体が社会サポートの基盤と考えられている。アメリカ・イギリスでは、自己責任が基本的考え方であり、社会サービスは市場によって行われる。本研究班の期待される成果であるアジア地域への展開の在り方への提言のためには、対象としているアジアの分析とともに日本の分析が必要であることも改めて確認され、研究班では自助・互助・共助・公助の考え方を海外の考え方と対比して説明しなおすことが検討された。韓国においては、日本とアメリカを参考にして社会保障制度が確立されており、日本で構築された国民皆保険制度の基本にもなっている所得の再分配の理念が強く認識されていると考えられる。近年韓国は、保険システムの統一を成し遂げているが、中央政府のトップダウンによる成果と考えられる。この点については次年度においても詳細に分析したいと考えている。

一方ヘルスプロモーションについては、1980年代にアメリカ・ヨーロッパ・アジア地域と導入がほぼ同一の考え方によって導入されてきたために、大きな違いがないこともわかってきた。しかしながら、この基盤となる疾患の予防策、健康教育の普及という点では異なる歴史をたどっている。日本では、戦前、戦後の結核の蔓延から疾病の予防策の強化が行われ、保健システムにおいて予防と治療のラインが分けられ、予防を担う機関として保健所が制定されている。韓国、タイなどアジア各国では、このような基盤が強固に確立される前に、ヘルスプロモーションの概念が導入されたと考えられ、政策とその実施において成果をあげている。タイでは、この成功に拍車をかけていると考えられるのが、プライマリーヘルスケア (PHC) の導入であり、オタワチャーターによって設定されている5つのフォーカスのうち、コミュニティのアクションについてはPHCでの強化が相互作用をもたらしていると考察された。これらの基盤となっている従来のアジアの村落が共有している考え方として、「互助」が生かされていると考えられるが、この点についてはさらなる調査を行いたい。我々が長年調査をしているラオスの少数民族の村では、家族内の互助が基本であり、小さい村落でありながら互助は効果的に働いていないと観察結果を得ている。よって「互助」の考え方は、アジア地域で画一された固定概念ではないことも考えられ今後のさらなる研究が必要である。

課題番号 : 28-7

研究課題名 : ベトナムにおける認知症患者への対応に関する研究

主任研究者名 : 野田信一郎

分担研究者名 : 和田耕治

キーワード : 認知症、介護、ベトナム

研究成果 : 本研究の目的は、わが国の認知症患者の対応や介護での知見を生かし、ベトナムにおける認知症患者への対応能力強化を目指すことである。まず、我が国での、認知症患者への対応や介護についてまとめるため、国民生活基礎調査のデータや国内での資料をベトナムの関係者を想定して、作成した。

また、ベトナムで、長年作業療法士として仕事をしている、林由美子氏とともにホーチミン市内においてインタビュー調査を行った。インタビュー調査については講義録としてとりまとめた。今後HPなどにて公開予定である。結果概要をいかに示す。

日系企業とベトナムの私立病院との合弁で2015年に開設されたデイケアでは、保険適応はされていなかった。半日利用者10名、1日利用者10名の20名を定員とし、開設当初より3名のスタッフ（理学療法士2名・アシスタント1名）が配置されていた。サービス内容は、日本のデイケアの入浴と送迎を除いた内容とほぼ同じで、午前はリハビリテーションや小グループ活動に昼食とお昼寝、午後はリハビリテーションに加えてアロマセラピーや塗り絵といった活動の後おやつが提供されていた。開設当初の2015年は5,6名の利用者がいたようだが、2017年3月の時点では、月水金の利用者2名のみとのことであった。認知症の有無を問わず高齢者は家族が見るという文化が背景にあることから入所者が少ないことが指摘された。

訪問サービスは、すでにホーチミン市内に数社がビジネス展開しているようだが、日本のような訪問看護・訪問介護・訪問リハといった専門職種による訪問サービスではなく、介護するスタッフを介護を必要とする家族（高齢者、乳幼児、病人）がいる自宅や病院に派遣するサービスである。先ほどのデイケアは1日の利用料金が約3000円であったが、こちらの訪問サービスは24時間の介護人派遣でも1100円であった。デイケアは昼食・おやつにリハビリテーションサービス等が提供されるが、訪問サービスが相当安価で提供されていることもデイケアが利用者獲得に苦戦している一因と推察された。

大病院が多く集まるホーチミン市5区のみならず、郊外のほとんどの区でも訪問サービスが展開されていた。高齢者や入院患者、乳幼児の介護・ケアだけでなく、家事代行サービスも同時展開されていた。

ハノイ市で展開している高齢者サービス会社では、訪問サービスだけでなく、入所・通所・ショートステイなど日本と同様の多機能なサービスが展開されていた。また、通所サービスの価格は、ホーチミンのデイケア（1日利用約3,000円）と比較すると、相当安価な価格設定となっていた。75歳パーキンソン病を有する男性高齢者の方に対する訪問サービスでは、マッサージや針治療が提供されていた。

認知症の診断機関や専門医の数はきわめて限られており、「誰でも年を取れば物忘れする。医者にかかる（病院に行く）ほどではない」という考え方が、一般的には主流ではないかと思われた。作業療法士として認知症患者さんを介護する家族の相談経験からも、昼夜逆転、徘徊、暴力行為など行動の障害が出現して、家族が介護に困った状態になってはじめて専門家を訪ねてくると思われた。

ベトナムでは、認知症高齢者の介護の他に、家事手伝いとして住み込みする介護人を雇用するのは一般的である。住み込み介護人は、年に数日休みがもらえる程度の労働環境におかれているのが通常のため、こうした労働環境が当たり前のベトナムにおいては、認知症高齢者の住み込み24時間1年360日介護にストレスを感じるほどではないという文化的・経済的背景もあるようである。

今後の課題としては、法整備、診断機関と専門医、コ・メディカルの人材育成、各種サービス、認知症に関する社会の認知度向上などがあげられた。たとえば、法整備では、国の認知症施策が未整備であること、認知症に関する調査研究が少ないことがあげられた。今後ますます、介護人材育成について日本とベトナムの関わりが増えるなかでこうした課題についても引き続き取り組んでいく必要がある。

## 研究発表及び特許取得報告について

課題番号： 28指7

研究課題名： 日本と開発途上国の高齢者保健医療対策を相互の医療制度改革に活用するための研究

主任研究者名： 野田信一郎

### 論文発表

論文タイトル	著者	掲載誌	掲載号	年
該当なし				

### 学会発表

タイトル	発表者	学会名	場所	年月
該当なし				

### その他発表(雑誌、テレビ、ラジオ等)

タイトル	発表者	発表先	場所	年月日
該当なし				

特許取得状況について ※出願申請中のものは( )記載のこと。

発明名称	登録番号	特許権者(申請者) (共願は全記載)	登録日(申請日)	出願国
該当なし				

※該当がない項目の欄には「該当なし」と記載のこと。

※主任研究者が班全員分の内容を記載のこと。