

投稿：論文

## タイにおける高齢者介護システムの現状と課題： 低・中所得国における制度構築に着目して<sup>1)</sup>

三好 友良\*<sup>1)</sup>，奥井 利幸\*<sup>2)</sup>

### 抄 録

急速な人口の高齢化が進むタイでは、高齢者介護ニーズの高まりに対し各種対応が進められている。既往研究においては、中央政府の介護政策に関する動向やガバナンスについての分析がいくつかなされているが、昨今のタイにおける現状として、中央政府以外の介護提供者の動きも活発化している。そのため本稿では、既往研究のレビューと国勢調査の分析、当該機関への聞き取りなどから、タイにおける高齢者介護の現状を包括的に整理し、今後検討が必要な課題を明らかにすることを目的とする。結論として、タイ政府は急速に拡大する介護ニーズに対応するため、各種ボランティアを基盤としたコミュニティベース高齢者ケアシステムの整備を進めており、また、民間介護事業者や地方自治体など、中央政府以外の介護提供者の役割が高まりつつある。しかしながら、民間介護事業者のケアの質を含め、ボランティアによる介護の限界や家族介護者の負担等、さまざまな課題に直面していることが明らかとなった。また、これらの課題は、ほかの低・中所得国にも共通しており、今後、政策・研究面での対応が必要である。

キーワード：タイ，高齢者介護，ボランティア，介護市場，地方自治体

社会保障研究 2021, vol. 5, no. 4, pp. 545-556.

### I はじめに

現在、人口の高齢化は世界的に進んでおり、高齢者介護に関する諸課題を各国（特に政策対応のスピードを上回るスピードで高齢化が進む低・中所得国）に突きつけている [Feng (2019)]。そし

て、低・中所得国における高齢化のフロントランナーの一つとなっているのがタイである。2017年時点でタイの高齢者数は、約1131万人、高齢化率（60歳以上人口）は16.7%となっており、急速に高齢化が進んでいる [NSO (2018)]<sup>2)</sup>。そして、長寿化と生活習慣の変化から、心疾患や脳卒中などの非感染症疾患（NCD）が拡大しており、そのよう

\*<sup>1)</sup> HelpAge International アジア太平洋事務所

\*<sup>2)</sup> 野毛坂グローバル

<sup>1)</sup> 本研究の実施にあたり、プンイトー市の職員の方々をはじめ、快くヒアリングにご協力いただきました皆様に感謝の意をお伝えしたい。また、貴重なコメントをいただいた2名のレフェリーに、この場を借りて御礼申し上げます。本稿の内容及び意見は筆者らに帰属するものであり、所属団体の公式見解を示すものではない。また、本稿の内容に関する一切の誤りは筆者らの責に帰するものである。

<sup>2)</sup> タイでは60歳以上が高齢者と定義されている。65歳以上人口の割合は11.4%である [NSO (2018)]。

な慢性疾患に伴う日常生活動作（ADL）の低下によって、長期的な介護ニーズも急速に増加しつつある〔Sasat (2018)〕。その一方で、高齢者の介護は長らく家族によって担われてきたが、家族構成の変化等からその傾向にも変化が起きつつある。

世界保健機関（WHO）の『高齢化と健康に関するワールド・レポート』は、経済水準にかかわらず、すべての国において持続可能で公平な高齢者のための介護システムを整備すべきである、と提唱している〔WHO (2015a)〕。タイにおいては、依然として家族によるインフォーマルケアが高齢者介護の多くを占めるものの、過去10年の間に徐々にコミュニティを基盤とした高齢者介護システムが整備されつつある。

これまでのタイ政府の取り組みについては、既往研究において、中央政府の政策に焦点を置き、その政策動向の把握が進められている〔河森 (2016)；スワンラダー (2017)；Prachuabmoh (2015)〕。しかしながら、高齢者への介護は、中央政府による公的なサービスだけでなく、民間事業者や非政府組織（NGO）、また家族/親族によるインフォーマルなケアなど、さまざまなアクターから提供されている〔落合 (2013), WHO (2015a)〕。昨今のタイにおける高齢者介護の現状としても、民間事業者によるサービス提供が増加し、公的なサービス提供においても、中央政府だけでなく地方自治体による独自の取り組みが試行されている。そのため、中央政府による高齢者介護政策の動向だけでなく、地方自治体における取り組みや、民間事業者、家族からのケアも併せ、包括的に高齢者介護の現状をとらえていく必要がある。

そのため、本稿では、既往研究及び政府レポートのレビューと国勢調査の一つである高齢者生活実態調査（Survey for Older People in Thailand）の分析、関係省庁・地方自治体への聞き取りなどから<sup>3)</sup>、タイにおける高齢者介護システムの現状を整理し、今後検討が必要な課題を明らかにしていく。また、それらの検討を踏まえ、高齢化が進むほかの低・中所得国への政策的示唆を導出するこ

とを目的とする。

## II 高齢者の介護状況

2016年時点におけるタイの平均寿命は75.5歳（男性：71.8、女性：79.3）、健康寿命は66.8歳（男性：64.0、女性：69.8）である〔WHO (2019)〕。女性の方が男性よりも長生きする傾向にあるものの、健康寿命との差が10年近くあり、その間の医療・介護ニーズの高まりが推察される。タイ政府は、高齢者を健康状態と日常生活自立度に則り3つのグループに分類している。それによると各グループの割合は、自立高齢者（Well Elder）が79.5%、半自立高齢者（Home Bound Elder）が19.0%、非自立高齢者（Bed Bound Elder）が1.5%である〔ナッタデット・山口 (2020)〕。割合としては、自立した高齢者がほとんどであり、介護を必要とする高齢者の割合は少ない。しかしながら、ERIA (2019) の推計では、2015年から2035年の20年で、介護を必要とする高齢者の数は倍に増加すると予想されている。

つづいて、高齢者の介護が誰によって担われているかを概観する。2017年の高齢者生活実態調査によると、日常生活において介護を必要としており介護者がいる高齢者は約155万人（全高齢者の13.8%）とされている〔NSO (2018)〕。なお、ここでいう介護とは、食事、入浴、歯磨き、衣服の着脱、排泄後の清拭等の日常的動作の介助を指している。介護者の内訳を見てみると、一番大きな割合を占めているのが、子供（娘（40.6%）/息子（12.7%））であり、その次に配偶者（32.2%）、兄妹/甥姪/孫等の親族（9.5%）と続いている〔同上〕。娘が介護者の約40%の割合を占めており、高齢者介護において重要な役割を担っていることがうかがえる。また、配偶者も介護者として大きな役割を担っている。2007年の調査と比較すると、配偶者の割合は、28.0%から32.2%へ約4ポイント増加している。特に、市部農村部別で見ると、農村部で約3ポイント、市部では約7ポイント

<sup>3)</sup> 2020年2月にタイ社会開発・人間の安全保障省職員、2019年12月に保健省職員、また2019年6月から12月にかけて、複数の基礎自治体へ筆者（奥井）がヒアリングをおこなった。

表1 主な有償/無償ボランティア制度の概要

運営・統括省庁	取組名	対象者/役割	有償 or 無償
保健省	保健ボランティア	住民/公衆衛生, 母子保健, 栄養, 健康増進, バイタルチェック, マッサージ, 高齢者や障害者見守りなど	無償ボランティア (経費分として少額支給)
社会開発・人間の安全保障省 (基礎自治体に移管済)	高齢者在宅ケアボランティア	高齢者/生活支援, 介護, 服薬支援や医療機関受診の際の同行等	基礎自治体によるが無償ボランティアが多い (パイロットプロジェクト実施時は社会開発人間の保障省から少額の手当支給)
社会開発・人間の安全保障省	社会開発・人間の安全保障ボランティア	福祉サービスの必要な住民/福祉サービスの実施 (将来は, 障害者支援/高齢者支援の専門性を持つボランティアを養成予定)	有償ボランティア
国民医療保障事務局 (NHSO)	タムボン介護基金の下で運営されている取り組み		
	ケアギバー: 保健省の指定する高齢者ケアに関する70時間の研修を受講後ケアギバーとして登録	ケアプランにもとづく介護, 生活支援, バイタルチェックやマッサージ, リハビリテーション等	有償ボランティア

出典：ナッタデット・山口（2020）および社会開発・人間の安全保障省へのヒアリングをもとに筆者作成。

も上昇しており、子供に頼るのではなく、夫婦間、特に妻が夫の介護を担うケースが増えていることが推察される〔三好（2019）〕。

### Ⅲ 高齢者介護政策の概要

#### 1 高齢者介護政策の変遷

本節ではタイの高齢者介護システムの根幹となっている中央政府の政策の全体像を示す。まず、高齢者政策に関する政府の基本方針となっているのが、2002年に策定された第二次国家高齢者計画2002-2021である。1982年から2001年までを対象とした第一次計画を引き継ぐ形で策定された同計画が、現行の高齢者福祉政策の指針となっており、20年間にわたる長期計画となっている。高齢者の経済的支援や社会参加に主眼を置いた同計画の基本的なビジョンは、高齢者が何らかの理由で困難な状況に陥った場合、高齢者を支える担い手は第一義的に「家族」と「コミュニティ」であり、政府による福祉はあくまで補完的に提供されるべきである、とされている〔大泉（2008）；スワンラダー（2017）〕。2009年に同計画は改正され、その際に高齢者介護についても言及がなされた。また、その際に在宅介護を基盤としたコミュニティベースでの介護サービスの必要性が強調され

た〔Prachuabmoh（2015）〕。

その後、基礎自治体や宗教団体、国際機関によって高齢者介護に関する試験的な取り組みが行われ、2016年に政府が全国的なパイロットプログラム（Development of a Public Health LTC System for Dependent Older People in LTC Subdistricts）を開始した〔ADB（2020）〕。当該プログラムの目的は、要介護高齢者の生活の質の向上を目指し、在宅/コミュニティでのケア体制を整備することである。地域の医療システムと連携しながら基礎自治体（Sub-district Administrative Organization/Municipality）に高齢者介護事業の管理責任が委ねられており、国民医療保障事務局（NHSO: National Health Security Office）が予算を支出する「タムボン介護基金」を活用することで、研修を受けた住民がケアギバーとして高齢者介護にあたっている〔TGRI（2018）；Satat（2018）〕。プログラムの詳細は後述する。

#### 2 ボランティア制度の概要

タンボン介護基金を活用し、在宅を中心とした高齢者介護を行う「コミュニティベース高齢者ケアシステム」の具体的な概要を解説する前に、その根幹となりタイにおける高齢者ケアや公衆衛生上重要な役割を果たしているボランティア制度に

ついて確認しておく。主な4つのボランティア制度の概要が表1である。

まず、タイにおけるボランティア制度の最初の取り組みとして、保健ボランティア (Village Health Volunteer) が挙げられる。保健ボランティアの活動は、1970年代に主にマラリアやデング熱等の感染症予防を目的とした、プライマリーヘルスケアを推進するために組織されたのが始まりである。現在も保健省の活動として継続され、全国で約100万人の保健ボランティアが養成されている [Sasat 2018]。村落内の全年齢層を対象としており、その主な活動内容は、村落内での衛生教育、定期的な家庭訪問による栄養・食事指導やバイタルチェック等のごく基礎的な医療行為、タイマッサージ等である [Sasat (2018); 渡辺・河森 (2018)]。活動の管轄は基本的には、コミュニティレベルにある保健省の出先機関である健康増進病院<sup>4)</sup> (Sub-district Health Promotion Hospital, 日本の保健所に相当するイメージ) である。交通費など経費として毎月1000バーツ (1バーツ = 3.0~3.5円程度) の活動費が支給されている。

次に、高齢者への保健/衛生や生活支援/介護活動を対象とした高齢者在宅ケアボランティア (Home Care Volunteers for Elderly) の活動がある<sup>5)</sup>。当活動は、フォーマルな介護従事者の不足などから、コミュニティにおける高齢者支援を目的として、2003年に社会開発・人間の安全保障省のパイロットプロジェクトとして開始され、2007年に全国に展開された。2018年時点で、約8万人<sup>6)</sup>の当該ボランティアが活動している [ナッタデット・山口 (2020)]。ボランティアの活動内容としては、上述の保健ボランティアと同様、定期的な

家庭訪問によるバイタルチェック等の基礎的な医療行為や服薬支援、タイマッサージから、医療機関を受診する際の同行等も含まれる [(渡辺・河森 (2018); Sasat (2018))。活動にあたっては、各基礎自治体を通じて社会開発・人間の安全保障省から毎月600バーツ程度の活動費が支給されていたが、現在は本制度の主管が基礎自治体に移管され、手当てが支給される場合は基礎自治体独自予算で支給されている。

また、社会開発・人間の安全保障省では現在、有償ボランティアとして、ある程度の手当を支給する社会開発・人間の安全保障ボランティア (Social Development and Human Security Volunteer) を新たに組織化している。一般的な社会開発ボランティアのほかに、専門性を持った「障害者支援分野社会開発・人間の安全保障ボランティア」や「高齢者支援分野社会開発・人間の安全保障ボランティア」が、今後有償ボランティアとして育成予定であり、省予算での手当支給を計画している。現時点では人口1000人あたり1名程度にとどまっているが、今後拡充予定である<sup>7)</sup>。

上記のボランティアによる活動では、要介護高齢者への在宅での介護も行っている事例もあったが、その対象や活動内容は限定的であった。そして、在宅介護ニーズの高まりから2016年に、上述のコミュニティベース高齢者ケアシステムのパイロットプログラムが開始された。その一環としてNHSOによりタムボン介護基金が設立され、新たに有償ボランティアによるケアギバー<sup>8)</sup> (Care Giver) の活動がはじまった [TGRI (2018); Sasat (2018)]。ケアギバーの対象は、寝たきり、または自力での外出が困難な要介護高齢者に限定されてい

<sup>4)</sup> バンコクを除く。また、そのほかの基礎自治体でも自治体に移管されている事例もある。

<sup>5)</sup> 一部の基礎自治体では、独自システムとして「高齢者障害者ボランティア」として活動している地域もある。

<sup>6)</sup> 一人のボランティアが保健ボランティアと高齢者在宅ケアボランティア、またケアギバーを兼務していることがよくあるため、それぞれのボランティアの数字については、二重でカウントされている。

<sup>7)</sup> 2019年1月の社会開発・人間の安全保障省職員への筆者 (奥井) ヒアリングより。

<sup>8)</sup> 本稿では、ボランティアによる高齢者介護に焦点を当てているが、420時間の研修を受けた介護士 (Paid-Care Giver) 制度も存在し、職業としての介護士の養成も進みつつある。介護士は、主に民間事業者や病院で勤務しているが、有償ボランティアであるケアギバーにおいても一部この資格を持つ者もいる。有償ボランティアであるケアギバーをボランティアとして位置付けるかは、議論のある部分である。後述するように、今後手当を拡充し、有償の労働力とする意見もある一方で、手当てを支給せず完全なボランティアとして活動している基礎自治体もある。ケアギバーの有償化については、今後も継続的に追っていききたい。

る。ケアギバーになるためには、保健省で学歴などの資格が定められ、また70時間の研修が必要である。後述するようにケアマネージャーによりケアプランが作成され、そのケアプランが認定された後、ケアプランに沿った介護サービスが提供される。ボランティアではあるが、有償であるため、ケアギバーにはタムボン介護基金を財源として手当が支払われる。そのため、特に地方部のボランティアにとっては副収入源となりうる。

### 3 コミュニティベース高齢者ケアシステムの概要

#### (1) 制度の概説

上述したように第二次国家高齢者計画では、基本的に家族とコミュニティによる在宅介護が政府の基本方針となっている。そして、それを補完する形で、コミュニティベース高齢者ケアシステムの整備が進められている。システムの大枠としては、上述の通りNHSOが制度設計と財源の確保を行い、事業の主管は基礎自治体となる。実際の事業の実施は基礎自治体が行う場合と保健省管轄の健康増進病院が運営する場合があるが、現時点では後者が圧倒的に多い。基礎自治体が事業を実施する場合には、ケアギバーへの手当支給基準に弾力性が認められており、将来的には基礎自治体への実施主体の移行への誘導が示唆されている。また手当支給額はNHSOの基準に加え基礎自治体が追加支給することもできる<sup>9)</sup>。

年々、パイロットプログラムへの参加する基礎

自治体及び予算は拡大しており、2019年予算年度を例として挙げると、NHSOの運営するUniversal Coverage (UC) スキーム<sup>10)</sup>から9.1億バーツ（その内、タムボン介護基金に7.6億バーツ、地域医療機関に対して1.5億バーツ）の予算配分がなされている〔NHSO (2019)〕。タムボン介護基金に支出された予算は、主にケアギバーへの手当やケアサービスに伴う消耗品の購入にあてられている。また、地域の医療機関を統括する保健省は、ケアマネージャー/ケアギバー用の研修ガイドラインの作成や、研修の実施面における技術的なサポートを担っている。

具体的な介護サービス開始のためのプロセスとしては、介護を必要とする本人や家族から要望を受けたケアマネージャー<sup>11)</sup>が高齢者の要介護度(NHSOの基準に則ったADL評価や健康状態、社会生活の状況(一人暮らし、世話をする人がいる、本人のニーズなど))に合わせてケアプランを作成する。そのケアプランは、タムボン介護基金の運営委員会<sup>12)</sup>で承認されたのち、担当のケアギバーがケアプランに沿って週数回の家庭訪問や、一部地域で開設されているデイケアセンターへの通所によってリハビリテーション等の介護サービスが提供される。要介護認定は4段階<sup>13)</sup>によって行われており、要介護度によって、サービス提供に要する予算割当も段階的に設定されている。ケアメニューは高齢者のニーズや容体、ボランティアのキャパシティーによって内容を変えることができ、定期的に見直される。

<sup>9)</sup> 手当は、月額定額の場合と従量制(1時間あたり50バーツの場合がある。またNHSOの予算に基礎自治体独自に追加支給している場合もある。介護時間によっては月額3500バーツの収入になっている基礎自治体/ケアギバーもある。参考までに、保健省の規定では、1-4人の高齢者の担当で~600バーツ/月、5~10人の高齢者の担当で~1,500バーツ/月となっている〔MOPH (2018)〕。

<sup>10)</sup> タイの医療保障制度の詳細については、河森(2016)を参照されたい。

<sup>11)</sup> 基礎自治体や健康増進病院の看護師が担うことが多い。基礎自治体が主管の場合は基礎自治体の看護師が、健康増進病院が主管になる場合には、健康増進病院の看護師が主に担う。看護師だけでなく、公衆衛生士や理学療法士等もケアマネージャーになることができる。

<sup>12)</sup> 基礎自治体首長を委員長として、自治体/保健省職員や保健ボランティア、村・コミュニティの代表者などにより構成される。

<sup>13)</sup> バーゼルA D Lインデックス評価に基づき、以下の4つのグループに分類されている〔MOPH (2018)〕。グループ1:部分的には動くことができる。食事や排泄に一部問題がある。認知機能障害はない。グループ2)認知機能障害がある。グループ3:動くことができない。食事や排泄に問題がある。重症疾患を患っている。グループ4:重症疾患を患っており、終末期の状況にある。

2018年時点で、全国約19万3000人の要介護高齢者が対象となっており〔ADB (2020)〕、約1万3000人のケアマネージャーと約7万2000人のケアギバーが研修を受講し、高齢者ケアにあたっている〔TGRI (2019)〕。

## (2) 制度の特徴

コミュニティベース高齢者ケアシステムでは、ファイナンスと地域の意思決定及びサービス提供においてタムボン介護基金が重要な役割を果たしている。当該基金の源流となっているのは、地域コミュニティの健康増進や福祉の向上を目的とするさまざまな事業を支援することを目的として、2006年に創設された「タムボン健康基金」である。NHSO、基礎自治体、住民のマッチングファンドによって運営されており、現在も地域保健活動に活用されている。

コミュニティベース高齢者ケアシステムにおいては、NHSOの支出によるタムボン介護基金が活用され、他職種・住民参加による基金の運営を通じて、地域の実情に応じた意思決定とサービス提供が尊重されている。しかし、河森 (2016) がタムボン健康基金について指摘するように、基金の用途は基礎自治体に委ねられており、(中略) 介護の社会化が全国一律に起こるわけではないことに注意しておく必要がある〔河森 (2016) p.49〕。タムボン介護基金においても、基礎自治体ごとによつて運用が行われており、差異が生じているのかは今後の研究課題である。また、注意が必要なのは、対象となっている高齢者は、自営業者などを対象としたUCスキームに加入している人たち、つまり公務員およびその家族、民間企業の従業員用の医療保険でカバーされている人はこのシステムの対象外である〔永井・奥井 (2019)〕。

ここまでシステムの概要を見てきたように、コミュニティベース高齢者ケアシステムでは、NHSOが制度設計をして、基礎自治体がタムボン介護基金を活用し、保健省の技術的なサポートと連携しながらケアマネジメント制度を整備することが目指されている。そして、住民に最も近い存在である基礎自治体と健康増進病院が、各種ボランティア

を活用し、高齢者や家族介護者へのサポートを行っているのが特徴である。また、現場レベルでは、保健ボランティアと高齢者在宅ケアボランティア、ケアギバーを兼務している人々も多く、各種の取り組みを通して、住民レベルでの高齢者ケアに対する専門化が進んでいる。また、ケアギバー制度によって地域住民、特に元気な高齢者へ社会参加や就労機会が提供されるとともに、有償のケア労働力の確保が図られている点も特徴である。

## IV 最近の動向と検討すべき課題

前節では中央政府による高齢者介護施策に注目したが、冒頭で述べたようにタイにおける高齢者介護の動向として、中央政府以外のアクターの活動も活発に行われている。本節では、それらの動向と合わせて今後検討が必要な課題を整理する。

### 1 介護市場の拡大とケアの質の問題

介護ニーズの高まりに伴い、バンコク首都圏の都市部を中心に民間事業者（民営介護施設から私立病院内の高齢者介護施設、さらには住み込みヘルパー紹介・派遣など）による介護市場への参入が増加している〔スワンラダー (2017)〕。特に、小規模でインフォーマルな介護施設が急増していると報告されているが、それらの多くは介護施設として登録されておらず、提供されているケアの質が疑問視されている〔Lloyd-Sherlock et al. (2020a)〕。

また、施設での介護だけでなく、有償のケアギバーを雇用し在宅でケアサービスを提供してもらうケースも増加しつつある〔Sasat (2018)〕。しかし、在宅介護に従事する者の多くはミャンマー等からの外国人家事労働者であり、彼/彼女たちに対する介護技術や安全面での研修は極めて限られている〔Pothisiri and Loichinger (2018)〕。施設ケアにおいても在宅ケアにおいても、提供されている介護サービスに関するデータは極めて限定的であり、その実態は不明な部分が多い。高齢者の尊厳を守ったケアサービスを提供し、介護従事者の

人権を守るためにも、事業者の登録を促進し、監督する仕組みが必要である〔Lloyd-Sherlock et al. (2020a)〕。

また、民間事業者の参入が増加しつつあるものの、多くの高齢者や家族はそのような市場サービスにアクセスできていないのも現状である。バンコク首都圏や都市部に所在し、経済的に余裕のある家族の場合、介護市場からサービスを購入する選択肢がある。しかしながら、中間所得層以下の場合、市場から介護サービスを購入するのは難しい〔スワンラダー (2017)〕。社会的・経済的に恵まれない高齢者には、県単位の広域自治体である Provincial Administrative Organization 所管 (12箇所)、もしくは社会開発・人間の安全保障省所管 (13箇所) の公的施設への入所が可能であり、現在 3000人程度の高齢者が生活している〔同上〕。しかしながら、受け入れ規模の少なさから、多くの高齢者が入所待ちをしているのが現状である〔Sasat (2018)〕。

## 2 基礎自治体における独自の取り組み

高齢者の居場所づくりやリハビリテーション、家族介護者のレスパイトケアの観点からいくつかの地域でデイケアセンターが設立されつつある。しかしながら、その多くは国立病院等の限られた医療機関に付属する形で開設されており、サービスの受益者は現実的には数が限られた国立医療機関の周辺住民に限られてしまっていた〔奥井 (2020)〕。そのため、前節で概観した政府のコミュニティベース高齢者ケアシステムの整備に加え、一部の基礎自治体において独自の先進的な取り組みを試行する動きがある。

その代表例が、バンコクから約40km北に位置するパトゥムターニー県ブンイトー市の取り組みである。ブンイトー市では、NHSOのタムボン介護基金に加え、従来は保健省の管轄である健康増進病院の基礎自治体への移管を受けて、UC予算の活用のほかに美容クリニックやアンチエイジングのような有料医療サービスによる収益確保を行

なうなど、さまざまな活動により自治体独自財源を活用している。それによって、基礎自治体が主体となって高齢者デイケア/デイサービスセンターや高齢者福祉センターを設立している。また、医師や看護師、理学療法士などの専門職も自治体が独自に雇用し、ボランティアの活用とあわせて、地域の実情に合わせた包括的な高齢者ケアサービスを運営することが目指されている。基礎自治体が主体となることで、遠くの国立病院に頼ることなく、地域住民のきめ細かなニーズの把握や多様な地域リソースの活用ができるのみならず、送迎車の運用など医療・福祉両面からの支援も可能となる。そのため、多くの高齢者がきめ細かなニーズに応じたサービスを受けることができる<sup>14)</sup>。

ブンイトー市が、このような先進的な取り組みが行えた背景としては、マクロ的な要因として、タイにおける地方分権化の流れの中で、予算と権限が基礎自治体に移管されつつあることが挙げられる。そして、ブンイトー市独自の要因として、市が高齢化問題に意欲的に取り組み住民参加型の議論を重ねたこと、また、市長が強いリーダーシップを発揮したことが重要な要因である〔奥井 (2020)〕。今後、地方分権化の流れで高齢者介護分野における基礎自治体の役割が大きくなると予想される中で、ブンイトー市の取り組みは一つのモデルを提示している。しかしながら、どのようにこのモデルをほかの地域、特に都市部に広めていくかは今後の課題である。スワンラダー (2017) が指摘するように、コミュニティベースによる高齢者ケアシステムは、基本的に人間と人間のつながりの強い農村地域あるいは小規模の都市部において、比較的形成されやすい。その理由の一つとして、地域においてリーダーシップを発揮できる人材がシステム存続の必要条件になっているからである。ブンイトー市も郊外の小規模都市であり、市長の強いリーダーシップや、市の意欲的な活動が大きな原動力になった。基礎自治体によって高齢者介護に取り組む姿勢に大きなバラツキが

<sup>14)</sup> 一部地域においても基礎自治体がデイケアセンター用の送迎車を運用しているケースがある。しかしながら、多くの地域において高齢者の医療/福祉機関へのアクセスは課題である。

ある中で、どのように基礎自治体主体のモデルを広めていくかは、高齢者介護だけでなくタイの地方自治における今後の課題である。

### 3 ボランティアケアの成果と限界

保健ボランティアから伝統的につづく地域住民による保健活動は、高齢者への介護においても重要な役割を果たしている。しかしながら、ボランティアによるケアの提供はいくつかの課題に直面しているのも現状である。課題の一つがボランティアによって提供できるサービスの限界である。ボランティアによる家庭訪問プログラムは全国に普及しているが、実際にボランティアの訪問を受ける高齢者の数は限られている。過去1年間に各種ボランティアの訪問を受けた高齢者について、2014年と2017年の高齢者生活実態調査を比較すると、全国で35.3%から17.9%に17.4ポイント、バンコクでは、4.5%から1.8%に2.7ポイント減少している〔NSO (2015・2018)〕。注意が必要なのは、同調査は高齢者全体を対象としており、その多くは健康で至急には医療/社会的なケアが必要ない高齢者であるということである。しかしながら、全国的にボランティアの訪問を受ける高齢者は減少傾向にあり、急増する高齢者に対して、ボランティアの活動が追いつけていない状況がうかがえる。特にバンコクにおいては、ボランティアによる訪問は非常に限定的である。上述したように、コミュニティベースでの高齢者ケアは、農村部や小規模な都市部では大きな効果を発揮するが、バンコクのような大都市部において、どのように支援が必要な高齢者にアプローチするかは大きな課題である。

また、ボランティアに求められるケアのニーズは多岐に渡るが、ボランティアの活動にどこまでの役割を求めるかも重要な論点である。高齢者が在宅ケアボランティアによって提供されるサービスの主な内容は、バイタルチェックと生活支援が中心であり、入浴、更衣、トイレ、食事、オムツ交換、褥瘡のガーゼ交換などといった直接的な身体介護についてはほぼ実施されていない〔三好(2019)；渡辺・河森(2018)〕。また、ケアギバー

についても、バイタルチェックやリハビリテーションなど身体機能の維持・回復を目的としたものが中心で、直接的な身体介護は対象とされていない。そのため、身体介護についてはボランティアに頼ることが出来ず、依然として家族が担わざるをえない。ボランティアの観点からは、できるだけケアを提供したいと考えているものの、各自の仕事や家庭、コミュニティでのほかの役割等の制約があるため、提供できるケアにも限界があるとの声も聞かれる〔Suwaranda et al. (2014)〕。ボランティアの活動にも限界がある中で、どのように地道な活動を支え、高齢者・家族介護者のニーズに対応するかが課題である。

### 4 家族介護者の負担と支援の必要性

上述したように、ボランティアによる週に数回の訪問はあるものの、介護の負担は家族、特に娘や妻にのしかかっているのが現状である。タイにおける相互扶助や仏教思想の基、老親の介護に喜びをもつ声もあるが〔Knodel et al. (2013)〕、介護提供による時間的制約や、介護者自身の健康上の問題など介護負担の高さもうかがえる〔Watanabe et al. (2019)〕。上述したように、要介護高齢者が増加する中で、家族介護者の負担もますます増加していくと考えられる。加えて、身体的な介護だけでなく、認知症等の認知機能障害への対応も家族は迫られつつある。2016年に約62万人いた認知症とともに暮らす人々は、2037年には約135万人と倍に増加すると予想されている〔TGRI (2018)〕。

また、コミュニティで活動するボランティアに対するキャパシティ・ビルディングは、非常に体系的に実施されているものの、主介護者である家族への支援はほとんど行われてこなかった〔ADB (2020)〕。2017年の高齢者生活実態調査は、家族介護者の研修受講の有無についても調査しており、その結果、公式・非公式問わず、今まで介護に関する研修を受けたことのある介護者はわずか7.4%であった〔NSO (2018)〕。高齢者の介護ニーズが複雑かつ広範にわたり介護者の負担が大きくなる中で、家族介護者への技術的な研修や支援がより重要になる。

加えて、コミュニティベースでの高齢者介護は、あくまで家族介護者がおり、補完的にボランティアが支援を提供することが前提とされている。そのため、周りに面倒を見てくれる者がいない高齢者や、家族が介護をする意思のない家庭では、高齢者が享受できる介護は非常に限定的となる。社会的・経済的に恵まれない高齢者に対しては、公的施設への入所が可能であるが、上述したように多くの待機者がいるのが現状である。また社会開発・人間の安全保障省の方針としても、前述のように在宅介護を中心としており、定員を増員する予定はない<sup>15)</sup>。また、Thai Red Cross Societyや、The Foundation for Older People's Development (FOPDEV)、The Duang Prateep FoundationなどのNGOも恵まれない高齢者に対しての支援を行っているが、これらの団体の活動もバンコクやチェンマイの都市部、一部地域に限定されている。家族介護者がいない高齢者に対して、どのような支援を提供するかも大きな課題である。

## V 考察：ほかの低・中所得国への政策的示唆・共通の課題

本節では、ここまでの整理を踏まえ、タイの経験から同様に高齢化が進むほかの低・中所得国への政策的示唆を考察したい。タイの経験がそのまま他国に当てはまるわけではないが、制度構築を進める上で検討すべきポイント/共通の課題を提示する。

まず一つ目に、コミュニティにおけるボランティアの活動の重要性である。タイ政府の高齢者介護に対する基本方針は、「本人の自助努力」と「家族」や「コミュニティ」の最大限の活用であり、政府による直接的な支援は限定的である。この姿勢は、「ネオリベラルな高齢化対策を公言しているとも、あるいは、家族やコミュニティなどの伝統的な社会単位に依存しているとも受け取れる」〔速水 (2019) p.19〕。しかし、タイ北部の高齢者ケアを研究する速水が指摘するように、行政は

強力に「コミュニティ」を統治の対象として動員している〔同上〕。また、本稿で論じてきたように、政府は単に伝統的な社会単位に依存するのではなく、半世紀前から保健ボランティア活動を端緒に、行政と住民の協働によるコミュニティケアの基盤を整備してきた。高齢者在宅ケアボランティアやケアギバーの活動も、伝統的に行われてきた保健ボランティアの活動が基盤となり、そこに生活支援やリハビリテーションの要素が加えられたものである。また、ケアギバーや社会開発ボランティアのように、有償ボランティアの活用もなされている。ボランティアによるプライマリーヘルスケアの活動が、将来的な高齢者介護にも寄与するという点は、ほかの低・中所得国、特に現在医療システムを構築中の国々の参考になる。しかしながら、タイの経験から分かるように、ボランティアのキャパシティーにも限界がある。そのため、どのようにコミュニティレベルでのボランティアのキャパシティーを支援し、マクロな医療・介護制度と連携していくかが課題である。

そして、低・中所得国での高齢者介護においては、政府・基礎自治体や地域医療機関・コミュニティのバランスが重要なテーマとなっていくと予想される。その際に論点となるのが、地域住民によるボランティアを中心としたコミュニティでのケアに、政府がどのように関与するのか、またコミュニティの裁量を認めるのかという点である。タイの場合、全国的にコミュニティベース高齢者ケアシステムの整備が進められつつあるものの、タムボン介護基金の運営は基礎自治体等に任せられており、サービス提供においてコミュニティの一定程度の裁量が認められている。また、政府の政策に加え、プンイトー市のように基礎自治体が独自の取り組みを行う余地も残されている。政府としては、これまで政策対象ではなかった高齢者介護分野において、基盤となる制度は整えつつも、各基礎自治体にその運用やプラスアルファのサービス提供を任せるといった地方分権の流れが進んでいるようである。タイを含め多くの低・中所得

<sup>15)</sup> 2020年2月のタイ社会開発・人間の安全保障省職員への筆者（奥井）ヒアリングより。

得国では、地域ごとに家族形態や生活様式、またケア行為の根幹を成す宗教など、さまざまな要因が大きく異なる。そのため、地域ごとのケアのあり方を尊重しつつ、コミュニティの力を活かしたケアを提供できるかがポイントとなる。

次に、民間介護市場の拡大と監督の必要性である。上述のようにタイにおいて民間介護事業者が増加しているが、その傾向はタイだけではない。政府が民間事業者の参入を促した中国だけでなく〔Feng et al. (2018)〕、アルゼンチンや南アフリカ等のほかの中所得国においても、介護ニーズを満たすために民間介護事業者（特に居宅型介護施設）が急増している。そして、それらの増加する介護施設では、ケアの質が問題視されており、高齢者の人権問題として対応が求められている〔Lloyd-Sherlock et al. (2020a)〕。今般の新型コロナウイルス感染症の拡大、そして欧米地域での介護施設における被害の大きさから、低・中所得国における介護施設でのケア環境についても注目が集まりつつある〔Lloyd-Sherlock et al. (2020b)〕。今後、家族やコミュニティを離れ介護施設で生活する高齢者は増加していくと予想される。介護ニーズの受け皿として施設は大きな役割を果たしてくと考えられるが、量を拡大するだけでなく、ケアの質についても検討していかなければならない。加えて、介護市場にアクセスできない人々、特に家族介護者がおらず経済的に困窮している高齢者に対して、どのようにアプローチするかも重要な課題である。

最後に、家族介護者への支援の必要性である。上述の通り、いまだに多くの介護負担は子供（特に娘）が担っているのが現状である。そして、その傾向はほかの低・中所得国においても顕著である〔Razavi & Stab (2018)〕。介護者であると同時に、自身が介護を必要とする可能性の高い女性に対して、どのような課題に直面し、支援を必要としているかの検討が必要である。特に、前節で述べたように、ボランティアによるリハビリテーション等の支援はあるものの、身体介護については、そのほとんどを家族介護者が担わなければならない。また今後、タイを含めほかの低・中所得

国においても、認知症とともに暮らす人々の数が急増していくことが予測されている〔ADI (2015)〕。今後、ますます家族介護者の負担が増加していくと予想される中で、どのように家族介護者を支援するかは、各国の課題であると同時に国際協力上の課題でもある。

## Ⅵ おわりに

本稿では、タイにおける高齢者介護システムの現状を整理し、各介護提供者の実態とその課題を考察した。要介護高齢者の介護については、子供（特に娘）がその役割の多くを担っているものの、配偶者が介護を担う割合も増加している。そして、タイ政府は急速に拡大する介護ニーズに対応するために、コミュニティベース高齢者ケアシステムの整備を進めている。また、民間介護事業者や基礎自治体など、中央政府以外のケア提供者の役割が高まりつつある。しかしながら、民間介護事業者のケアの質を含め、ボランティアによる介護の限界や家族介護者の負担等、さまざまな課題に直面していることが明らかとなった。そして、タイの経験を踏まえほかの低・中所得国への政策的示唆・共通の課題を考察した。本研究では、高齢者介護におけるさまざまなアクターの動向に注目したため、医療システム内の課題（中間ケアの不足等）や介護財政上の諸課題については触れることができなかった。それらの課題については別稿に譲りたい。

（令和2年5月投稿受理）

（令和2年11月掲載決定）

## 参考文献

- Alzheimer's Disease International (ADI) (2015), *World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia*, ADI.
- Asian Development Bank (ADB) (2020), *Country Diagnostic Study on Long-Term Care in Thailand*, ADB.
- Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA) (2019), *Demand and Supply of Long-term Care for Older Persons in Asia*, ERIA.
- Feng, Z., Li, Q., Glinskaya, E., Zheng, N., and Wiener, J. (2018) "Building a Long-Term Care Delivery system

- with a Balanced Mix of Services,” In Glinskaya, E., and Feng, Z. eds., *Options for Aged Care in China: Building an Efficient and Sustainable Aged Care System*, World Bank.
- Feng, Z. (2019) “Global Convergence: Aging and Long-Term Care Policy Challenges in the Developing World,” *Journal of Aging & Social Policy*, Vol. 31, No. 4, pp. 291-297.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI) (2018), *Situation of Thai Elderly 2016*, TGRI. (in Thai)
- (2019), *Situation of Thai Elderly 2018*, TGRI. (in Thai)
- 速水洋子 (2019) 「高齢者ケアをめぐる共同性の再編－北部タイの郊外村の事例」森明子編著『ケアが生まれる場－他者とともに生きる社会のために』, ナカニシヤ出版, pp. 19-37.
- 河森正人 (2016) 「東南アジアの福祉と国家についての一考察－タイの事例を通じて」, 『海外社会保障研究』, Vol. 139, pp. 43-53.
- Knodel, J., Kespichayawattana, J., Wiwatwanich, S., and Saengtienchai, C. (2013) “The Future of Family Support for Thai Elderly: Views of the Populace,” *Journal of Population and Social Studies*, Vol. 21, No. 2, pp. 110-132.
- Lloyd-Sherlock, P., Sasat, S., Saneer, S., Miyoshi, Y., and Lee, S. (2020a) “The Rapid Expansion of Residential Long-Term Care Services in Bangkok: a Challenge For Regulation,” *School of International Development, University of East Anglia, Working Paper 55*.
- Lloyd-Sherlock, P. (2020b) “Rapid Response: Covid-19: why we need a national health and social care service. Care homes for older people and COVID-19: this is not just an issue for high-income countries,” *BMJ* 2020, April 15. < <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1465/rr> > (最終閲覧日：2020年8月3日)
- Ministry of Public Health (MOPH). (2018) *Financial Practice Guidelines about budget receiving, money collection and payment of health service fees for caring for the dependent elderly and public health service fees from local health insurance funds or areas of service units under the Ministry of Public Health*. MOPH. (in Thai)
- 三好友良 (2019) 「タイにおける変わりゆく家族の形と高齢者ケア－中所得国における高齢化と家族介護に着目して」, 『社会福祉学』, Vol. 60, No. 2, pp. 110-123.
- シムムラング・ナッタデット・山口佳小里 (2020) 「タイの高齢化と介護ニーズ－介護人材の確保・育成に関する動向」, 『地域ケアリング』, Vol. 20, No. 1, pp. 52-56.
- 永井史男・奥井利幸 (2019) 「タイ社会の高齢化と介護サービスの制度化－地方自治体を中心に」, 『所報』, 2019年12月号, 盤谷日本人商工会議所, pp. 27-34.
- National Health Security Office (NHSO). (2019) *Fund Management Manual: National Health Insurance Fiscal Year 2020*. NHSO. (in Thai)
- National Statistics office (NSO) (2015) *2014 Survey of Older Persons in Thailand*. NSO. (in Thai)
- (2018) *2017 Survey of Older Persons in Thailand*. NSO. (in Thai)
- 奥井利幸 (2020) 「進むタイの少子高齢化と地方分権－横展開の期待集まる自治体主導型ケア施設」, < [https://dotworld.press/thailand\\_aging\\_decentralization/](https://dotworld.press/thailand_aging_decentralization/) > (最終閲覧日：2020年3月12日)
- 大泉啓一郎 (2008) 「社会福祉制度改革－国家介入なき福祉戦略」, 玉田芳史・船津鶴代編著『タイ政治・行政の変革1991-2006年』, アジア経済研究所, pp. 287-314.
- 落合恵美子編著 (2013) 『親密圏と公共圏の再編成－アジア近代からの問い』, 京都大学学術出版会。
- Prachuabmoh, V. (2015) “A Lesson Learned from Community-Based Integrated long-term care in Thailand” *Asian Pacific Journal of Social Work and Development*, Vol. 25, No. 4, pp. 213-224.
- Razavi, S. and Stab, Silke. (2018) “Rethinking Social Policy: a Gender Perspective from the Developing World,” In Shaver, S. ed., *Handbook on Gender and Social Policy*, Edward Elgar.
- Sasat, S. (2018) “Thailand”, In Chulalongkorn University. ed., *Research Project on Care for Older Persons in ASEAN+3 The Role of Families and Local and National Support Systems*, Chulalongkorn University.
- スワンラダー・ウォーラウエット (2017) 「タイ－高齢化とコミュニティ・ベース高齢者ケア」, 金成垣・大泉啓一郎・松江暁子編著『アジアにおける高齢者の生活保障－持続可能な福祉社会を求めて』明石書店, pp. 162-172.
- 渡辺長・河森正人 (2018) 「高齢者ケアを担うボランティアの役割と教育的課題－タイ東北部の高齢者ボランティアに対するアンケート調査より」, 『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』, Vol. 44, pp. 297-316.
- Watanabe, O., Chompikul, J., Kawamori, M., Pimpisan, N., Visanuyothin, S. (2019) “Predictors of Family Caregiver Burden in Caring for Older People in the Urban District of Nakhon Ratchasima Province, Thailand,” *Journal of International Health*, Vol. 34, No. 4, pp. 217-228.
- World Health Organization (WHO) (2015a), *World report on Ageing and Health*, WHO.
- (2019), *World Health Statistics 2019*, WHO.

(みよし・ゆうすけ)  
(おくい・としゆき)

## **Building a Long-Term Care System in Thailand: Challenges of Policy Development in Low- and Middle-income Countries.**

MIYOSHI Yusuke<sup>\*1</sup> and OKUI Toshiyuki<sup>\*2</sup>

### Abstract

In Thailand, where the ageing population is rapidly growing, various measures are being taken to meet developing needs for long-term care (LTC). Previous research has reviewed some of the trends related to, and governance of, LTC policies administered by the central government. However, the number of care providers other than the central government has been growing in Thailand in recent years. The purpose of this research is to comprehensively describe the current situation of LTC in Thailand based on a review of previous studies, an analysis of the national census and interviews with the relevant institutions. In order to meet the country's rapidly expanding care needs, the Thai government is developing a community-based care system for older people with the assistance of various volunteers. In addition, non-central government care providers, such as private care providers and municipalities, are taking on more prominent roles. However, this research revealed that various challenges are presented by these alternative providers, including the quality of care offered by private care providers, the limitations of volunteer care and the burden placed on family caregivers. These challenges are also common to other low- and middle-income countries and will require future policy and research responses.

Keywords : Thailand, Long-term Care for Older People, Volunteer, Care Market, Municipality

---

\*1 HelpAge International Asia Pacific Regional Office

\*2 NOGEZAKA GLOCAL