



高齡化に関する アジア国会議員・専門家政策対話



マレーシア・クアラルンプール
ダブルツリーヒルトン

2016年10月11日～12日



目次

開 会 式	7
主催者挨拶 谷垣禎一 JFPF 会長 代読 児玉良則 在マレーシア日本大使館公使	9
セッション1 人口転換と高齢化	13
人口高齢化がマクロ経済に及ぼす影響 松倉力也 日本大学経済学部所助教（日本）	15
アジアの人口転換と高齢化の展望 ディエゴ・パラシオス UNFPA インド駐在代表	17
セッション 2 国会議員の役割：高齢化における政策と対策	19
高齢化のベトナム：現状と課題 グエン・ヴァン・ティエン 高齢化専門家／前国会議員（ベトナム）	21
マレーシアの高齢化対策と政策形成における国会議員の役割 タン・シュリ・ダト・アブドゥル・カリド・ビン・イブラヒム議員（マレーシア）	23
国会議員の役割：高齢化における政策と対策 ノラ・ムラット IPPF 東・東南アジア／オセアニア地域局長	25
セッション3：健康長寿と社会参画：高齢化社会に向けての具体的な対策	27
東アジアの国々のアクティブ・エイジング ミナ・カン 梨花女子大学教授（大韓民国）	29
マレーシアにおける健康長寿と社会参画 サフラー・ジャファー 保健省家族保険開発局長（マレーシア）	31
健康長寿と社会参画：高齢化社会に向けての具体的な対策 リー・チャンカイ議員／ESCPH 副議長（中国）	33
セッション4：高齢化に向けた社会保障制度	35
高齢化のための社会保障制度・マレーシアの事例 トゥンク・アイゼン・トゥンク・アブドゥル・ハミド マレーシア・プトラ大学老年学研究所長（マレーシア）	37
シンガポールにおける持続可能な健康と社会ケアに向けて ウン・ウェイ・チョン Tsao 財団 The Hua Mei Centre for Successful Ageing（HMCSA）主任医師（シンガポール）	39
視察報告	41
民間高齢者施設訪問 聖フランシスコ・ザビエル貧民救護修道女会 高齢者の家	43
国立介護施設訪問 ルマ・セリ・ケナンガン国立養護老人ホーム	44
マレーシア・プトラ大学第3世代（高齢者）大学	45
総括セッション	46
提言と推薦事項	47
結論	48



高齢化に関する アジア国会議員・専門家政策対話

マレーシア・クアラルンプール
2016年10月11～12日

プログラム

10月10日(月) 参加者到着

10月11日(火) **第1日目**

8:30-9:00 受付登録 (場所: ホテルダブルツリー10階「ハイビスカス・ルーム」)

主催者挨拶

谷垣禎一 JFPF 会長

9:00-9:20 代読 児玉良則 在マレーシア大使館公使

ホスト挨拶

ダト・スリ・ハジ・アフマド・フスニ・モハマド・ハナズラー議員/AFPPD マレーシア議長 (マレーシア)

(場所: ホテルダブルツリー10階「ハイビスカス・ルーム」)

9:20-9:30 集合写真

9:30-10:45 コーヒーブレイク (場所: 「ハイビスカス・ルーム」ホワイエ)

記者会見 (場所: ホテルダブルツリー10階「フランジパニ・ルーム」)

セッション 1: 人口転換と高齢化

9:45-10:45 松倉力也 日本大学経済学部助教 (日本) [30 min]

ディエゴ・パラシオス UNFPA インド駐在代表 [30 min]

10:45-11:15 Q&A [30 min]

セッション 2: 国会議員の役割: 高齢化における政策と対策

11:15-12:15 グエン・ヴァン・ティエン 高齢化専門家/前国会議員 (ベトナム) [20 min]

タン・シュリ・ダト・アブドル・カリド・ビン・イブラヒム議員（マレーシア） [20 min]

ノラ・ムラット IPPF 東・東南アジア/オセアニア地域（ESEAOR）局長 [20 min]

12:15-12:45 Q&A [30 min]

12:45-13:45 昼食 （場所：ホテルダブルツリー11階「マカンキッチン」）

セッション 3: 健康長寿と社会参画：高齢化社会に向けた具体的な対策

ミナ・カン 梨花女子大学教授（大韓民国） [30 min]

13:45-14:45 サフラー・ジャファー 保健省家族保健開発局長（マレーシア） [30 min]

リー・チャンカイ議員/ESCPH 副議長（中国）

14:45-15:15 Q&A [30 min]

15:15-15:30 コーヒーブレイク （場所：「ハイビスカス・ルーム」ホワイエ）

セッション 4: 高齢化に向けた社会保障制度

15:30-16:30 トウンク・アイゼン・トウンク・アブドゥル・ハミド マレーシア・プトラ大学老年学研究所初代所長（マレーシア） [30 min]

ウン・ウェイ・チョン Tsao 財団（シンガポール） [30 min]

16:30-17:00 Q&A [30 min]

19:15 ホテルロビー集合

20:00 AFPPD マレーシア主催ディナーレセプション
（場所：ブルマン・シティーセンター&レジデンス）

10月12日（水） 第2日目：視察

08:30-09:00 ホテルロビー集合

09:00-09:30 移動

『Little Sister's of the Poor St Francis Xavier Home for the Elderly (Sister Agnes) - NGO』

09:30-10:30 視察とブリーフィング
（場所：3 Jalan 5/96 off Jalan Sekuci, Taman Sri Bahtera Batu 5 Cheras, 56100 Cheras, Kuala Lumpur）

10:45-11:15 移動

11:15-12:15	『Rumah Seri Kenangan Cheras, Km18 Jalan Cheras Kajang, Jabatan Kebajikan Masyarakat Malaysia』 視察とブリーフィング (場所: KM 16, JalanCherasKajang, 43000 Kajang, Selangor DarulEhsan)
12:30-13:00	移動
13:00-14:30	Cruise Tasik Putrajaya ランチ (場所: Jeti Putra, Jambatan Putra Presint 1, 62000 Putrajaya)
14:45-15:15	移動
15:15-16:00	マレーシア・プトラ大学老年学研究所『University of the Third Age Kuala Lumpur and Selangor @ UPM, Serdang- Positive Ageing』 ブリーフィングとプレゼンテーション (場所: Institute Gerontology, Malaysian Research Institute on Ageing, University Putra Malaysia 43400 UPM, Serdang, Selangor DarulEhsan)
16:00-16:10	展示 総括: アジアの多様性を踏まえた高齢社会対策の提言
16:10-17:10	(場所: Institute Gerontology, Malaysian Research Institute on Ageing, University Putra Malaysia 43400 UPM, Serdang, Selangor DarulEhsan)
17:15-17:45	移動
10月13日(木)	参加者帰国

集合写真



開 会 式

主催者挨拶

谷垣禎一 JPPF 会長

代読 児玉良則 在マレーシア日本大使館公使



各国からご参集の人口と開発に関わる国会議員並びに専門家の皆様、また国連人口基金（UNFPA）および国際家族計画連盟（IPPF）の代表の皆様、この度は「高齢化に関するアジア国会議員・専門家政策対話」にご参集賜り、心より感謝申し上げます。

本事業は、JPPF 事務局を務めます公益財団法人アジア人口・開発協会（APDA）と「AFPPD マレーシア」との共催で開催されるもので、アフマド・フスニ・モハマド・ハナズラー AFPPD マレーシア議長、アブドゥル・カリド・ビン・イブラヒム議員、マリアニ・イット上院議員をはじめ、マレーシアの皆様には主催国としてご尽力賜りましたことに、心より感謝申し上げます。

皆様ご存知の通り、マレーシアは AFPPD 創設メンバーであり、APDA は AFPPD の法的・制度的基盤として、その設立を支援するために設立されました。その後も AFPPD マレーシアと APDA は 35 年にわたる密接な協力関係の中で、アジア・太平洋地域における人口と持続可能な開発問題の解決に向け努力してきました。

現在、APDA は、アジア各国の人口と開発に関する国内委員会と連携し、高齢化における日本の経験の移転などの問題に関する事業を行うとともに、アフリカ・アラブ地域などとの地域間連携にその活動の焦点を移し、活動を続けております。

これまでの各国政府、NGO、UNFPA、IPPF そして人口と開発に関する国会議員活動の成果とも言えますが、アジア太平洋地域においては人口転換が進展し、その結果、日本に続きこれからアジア地域においても急速な高齢化の進展が予測されます。私たちは、この人口安定化に向けた過程として避けて通れない高齢化の問題に適切に対応するために、これまで 2014 年、2015 年と日本にアジア諸国の国会議員を招へいし、セミナーを行うとともに、長野県などの地方視察を実施し、日本の経験を紹介しました。

マレーシアはイスラームの理念であるウンマ（共同体）を実現すべく努力を続けられており、日本の国民皆保険制度（UHC）とは異なっておりますが、事実上の UHC を達成し、人種・国籍に関わらず基礎的な医療が受けられる体制を構築されてきました。

本年はこれまでの実績を踏まえ、アジアにおいて具体的にどのような対応が可能かを探るため、東アジア諸国とは異なった文化的背景にあり、日本とは異なるモデルとしてのマレーシアの経験、成果と残された課題について学び、その活用を考えたいと思います。

これまでの検討の中で、高齢対策というのは、各国、各文化、各宗教に根差した死生観と深く関わる問題でもあり、画一的に制度構築をすれば良いというものではないということが明らかになってきております。

今回のワークショップには、アジア約 12 カ国（カンボジア、中国、インド、インドネシア、ラオス、フィリピン、スリランカ、タイ、ベトナム、マレーシア、シンガポール、日本）から国会議員および高齢化に関する専門家、計約 25 名に加え、国際機関、メディアなど多くの方々にご参加いただいております。

ぜひ多様な背景を持った皆様方が、この分野で一流の専門家とひざを交えて、密接な協議を行っていただくことで、アジアの多様性を踏まえた高齢対策の構築に貢献できれば、国際人口問題議員懇談会としても、これに過ぎる喜びはありません。

わずか 2 日のプログラムではありますが、熱心にご討議いただき、このプログラムの成果を各国にお持ち帰りいただき、同僚国会議員とご協議賜りたいと念願しております。プログラムの成功を確信し、開催のご挨拶といたします。



共催者挨拶

ダト・スリ・ハジ・アフマド・フスニ・モハマド・ハナズラー議員
AFPPD マレーシア議長（マレーシア）



まず、谷垣禎一 JFPF 会長に感謝を申し上げ、今回参加いただいた国会議員をはじめとする皆様を歓迎致します。人口高齢化の分野での革新的なアイデアや経験が共有できるプラットフォームとして、このような対話は非常に重要です。

人口高齢化が進み、今や世界人口の12%が60歳以上であり、2050年にはその比率が22%にまで増加し、20億人増加すると言われています。現在、高齢者の65%がアジアに居住し、その割合は2050年までに80%増加すると予測され、まさしく人口高齢化は地球規模で解決されるべき喫緊の課題となっています。

本会議は、人口と開発に付随する諸問題に対して、国会議員として政策およびプログラムを形成し、適切な対処をとるための能力向上のためのプログラムです。AFPPD マレーシア議長として、様々な国の国会議員と専門家が本会合に集い、政策と研究の間のギャップを解消し、科学的事実に基づいた、具体的でより質の高い政策や法案形成に繋がればと望んでいます。

人口転換によってもたらされたアジア太平洋地域が直面する課題に対処するためには、高齢者の福祉政策と枠組みを通じたアクティブ・エイジングの達成が必要です。高齢者に対する国家政策は、高齢者が多様な背景を持っていると同時に、幅広い経験を持っている市民である事実をしっかりと認識し、快適で尊厳のある生活を享受する権利と、国家開発に貢献できるということを忘れてはなりません。

国会議員の皆様には、健康に留意した社会環境と政治・行政を推進する役割があると同時に、より良い、そして国民が利用できる費用でヘルスケアを提供し、困窮した高齢者のための適切な施設を作り、経済的に安定した生活を送れるようにし雇用機会を提供するという役割があるのです。2002年にマドリッドで行われた「第2回高齢化に関する世界会議」で採択された「マドリッド国際行動計画（MIPAA）」には、高齢者の健康、福祉、そして社会の中での役割を継続していくことが可能となる具体的措置の必要性が明確に記載されています。高齢化社会に備えるためには、社会ドメイン（世代間協力、社会的な介助、そして各組織の対応能力構築）、人間に目を向けた行政管理（高齢者に向けた法律の施行と政策設計）、そして高齢者に配慮した空間の確保や介助のための科学技術の活用などを可能にする環境作りと、そのための包括的なアプローチが必要となります。

高齢者の健康と福祉の向上のための社会保障制度の重要性に鑑み、マレーシアでは様々なセクターでの貯蓄・投資制度を導入し、老後の経済的安定とヘルスケアに備えています。低所得者や社会的弱者には、経済的援助が必要であり、それを給付するとともに、マレーシアの高齢者に対し、生涯教育活動を促進することで、高齢になっても家庭や社会、国家に対し活動的で生産的な役割を担っていただけるよう期待しています。

高齢者への支援やケアには、家族や世代間の結束が重要であり、社会的地位や性別、年齢に関わらず、それが肯定的な価値観として世代を超えて強化されるべきです。そして、そうした高齢者へのケアはホームヘルパー、ケアサービス、そして高齢者施設などの制度を通じ支援されるべきと考えています。



今後、高齢者像は、今とは異なってくると思います。より高い教育を受け、より良い生活水準や質を享受してきた高齢者が増えることから、適切なプログラムを実施するためにも現在行われている政策の見直しが必須となります。

セッション1

人口転換と高齢化

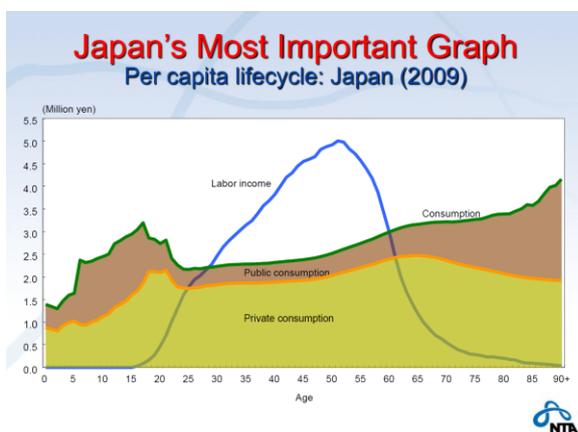
人口高齢化がマクロ経済に及ぼす影響

松倉力也

日本大学経済学部所助教（日本）



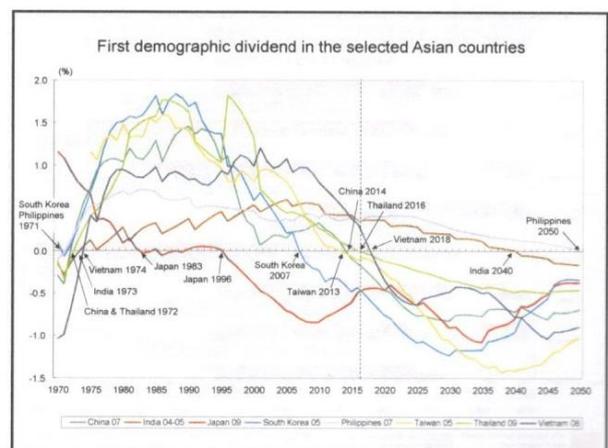
日本の人口高齢化の特徴として、①合計特殊出生率（TFR）低下による高齢者の増加と年少人口の減少傾向、②出生力低下、③死亡率の低下、が挙げられます。人類の寿命は将来 150 歳にも達する可能性があり、より多くの高齢者がより長生きすると予測されています。2035 年には 60 歳以上が日本人口の 40%を占めるといわれており、こうした人口構造の変化は消費パターンに影響を及ぼし、特に労働年齢の人口が減少することは、労働力と経済に影響すると考えられます。



2015 年～2100 年のアジアの人口推計によれば、65 歳以上の人口の急激な増加に伴う人口高齢化が予測されています。2003 年以来、NTA（国民移転勘定）の研究手法に基づき、これまで 49 か国における年齢別所得と消費を、マクロレベル（公的）とミクロレベル（私的）で統合し算出しました。

右の NTA ライフサイクルグラフに示された通り、日本の高齢者に対する公的支出は、介護保険とその他の高齢者に関わるコストの影響で、年齢が上がるにつれて増えています。

現在アジアの多くの国々では、高齢者ケアは家庭で賄われています。多くの国で、寿命の延びなどにより、その生涯に占める労働従事期間は減少し、子育て時や退職時の 1 人当たりのライフサイクル赤字（所得収支の赤字）が増加していることが明らかです。NTA は、若年層と高齢者が公的・私的財産に対し、どのように競合しているかを分析することもできます。アジアの多くの国々は、家族の強い紐帯がある一方で、公的な財政支援が存在していません。つまり家族が扶助機能を果たせなくなった場合、政府の政策やプログラムに頼ることができないと言えます。



ただアジア地域は、まだ第一人口ボーナス期、つまり労働人口が増え、従属人口（年少従属人口と高齢従属人口の両方）が少ない状態にあります。一方、中国、日本、タイ、ベトナム、台湾、韓国のような国では、第一人口ボーナス期は終了しているか、それに近い状態になっています。

この第一人口ボーナスを終えた国々が、第二人口ボーナスを享受するためには、政府がそれが可能となるようにする必要がありますが、そのためには 3 つの方法があります。まず、所得創出期間の延長です。日本では、退職年齢の引き上げによって、労働者の所得創出期間を延長し、その経済的な生産性を維持しています。次には出生力を上げることです。ただこれはなかなか困難です。中国は、一人っ子政策に終止符を打ち、出生力改善へ向けた政策へと転換しました

が、出生力を上昇に転換することはほぼ不可能といえます。3 つ目の策は、就労率の拡大です。つまり、政府は女性を労働力として活用し、全体的に労働参加率を上げることで生産性を上げようとしています。このような労働人口の確保は、経済に肯定的な影響を与えることになると考えられています。

また、年金制度を設計する時に、負担可能性（affordability）だけを念頭に置くのは好ましくないとはいえます。政策策定者は、法や制度の導入に際して、それらが人々の生活にもたらす影響を考慮する必要があります。研究や調査データは、制度改革の是非を問い、その効果や実施を研究するために有効活用されるべきです。

アジアの人口転換と高齢化の展望

ディエゴ・パラシオス
UNFPA インド駐在代表



安川順子 UNFPA-APRO 所長の代理として、ご挨拶申し上げます。UNFPA の使命、責任、および義務とそれに対するコミットメントは、国際レベル・国家レベルの様々なパートナーとの協力の下、人口問題を解決に向けることです。2015 年から 2050 年までに、アジア太平洋地域の高齢者数は 3 倍に増加するため、各国政府にはこれによって生じる様々な課題に直面するとともに、それへの対処が求められています。

ただ忘れてはならないことがあります。高齢化とは、これまでなされてきた開発、女性の社会的地位、教育、そして家族計画普及の改善といった努力の成果であるということです。適切な政策がとられれば、人口高齢化は悪いことではありません。高齢化に付随する課題を認識し、科学の進歩を活用し、科学的根拠に基づいた政策形成が大切であると言えます。

人口高齢化の理由は、出生力低下と寿命の伸びです。生活の質の改善、特により良いヘルスケア施設や生活環境の改善によって人々の健康寿命が伸びています。各国政府に対し、これから 30 年が決定的に重要な期間であり、若者に加え、高齢層へ投資するという政治的決断を求めたいと思います。将来に禍根を残さないためには、その準備を今から始める必要があります。

次に、高齢化のシナリオを 3 つご紹介します。高齢化が始まったばかりの国と、日本、シンガポール、韓国のように高齢化が非常に進んだ国の例です。まず日本では、2050 年までに高齢者比率が 33%から 43%へと増加します。現在の中国では、高齢者比率は高くありませんが、これから 20~30 年で 85 歳以上人口が急速に増加すると予測されており、人口高齢化が驚くべきスピードで進捗すると考えられています。インドとパキスタンは高齢化の進捗が比較的遅い状況にありますが、アジア太平洋地域の多くの国々では、経済的に豊かになる前に高齢化に直面します。



経済的に豊かな国であれば、高齢者のための年金制度や健康保険制度の創設など、高齢化政策を実施することができますが、開発途上国の多くはその財源も十分ではありません。しかしながら、これらの国々の高齢化率が 7%から 14%に移行し、高齢化社会から高齢社会へと移行するスピードは速く、それに対応する時間的余裕もないと予測されています。

一般に、男性の方が早く亡くなり、婚姻時の男女年齢格差があるために、アジアにおける高齢化対策として、配偶者に先立たれた女性高齢者の様々なニーズ（住環境手配、ヘルスケアや介護の課題）に corres するためには、特別な政策やジェンダー政策がより必要となってくると考えられます。アジア太平洋地域の多くの国は、第一人口ボーナスを活用するために必要となる若者への支援と投資に加えて、第二人口ボーナスで生じる高齢化人口の経済的負担を緩和しなければならない、という二重の課題の中にいると言えます。

開発努力の成果として、人々の健康上の主たる懸念は、かつて深刻な影響を持っていた感染症疾病から、生活習慣病として知られる非感染症疾患へと変化しました。各国の年金制度は様々ですが、その対象範囲を拡大し、妥当性を確認し、持続可能なものとなるよう、制度を強化していくことが必要となります。



セッション 2

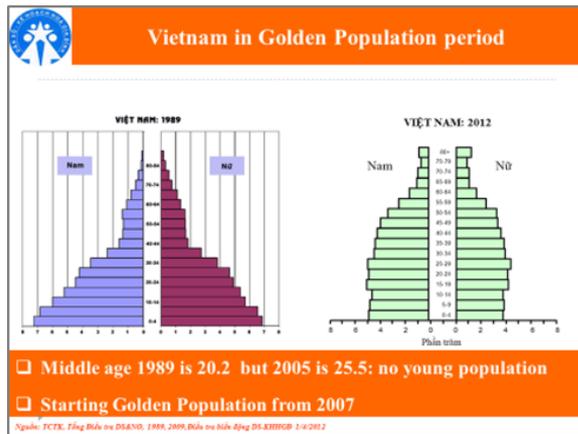
国会議員の役割：高齢化における政策と対策

高齢化のベトナム：現状と課題

グエン・ヴァン・ティエン
高齢化専門家／前国会議員（ベトナム）



ベトナムは、世界銀行の基準で低中所得状況を達成しました。生産性、識字率、そして経済発展の面で大きな進歩を果たしました。また 2011 年時点で、世界で 14 番目に人口の多い国です。しかし、その経済発展と人口増加率の減少が同時に進行し、高齢化が急速に進展しています。人口増加率は 1960 年代から下降を始め、2050 年までに人口増加が停止し、減少に向かうと言われていています。上記のスライドで明らかのように、1989 年～2012 年の短い期間に、ベトナムの人口ピラミッドの底辺がより小さくなり、長細くなっています。

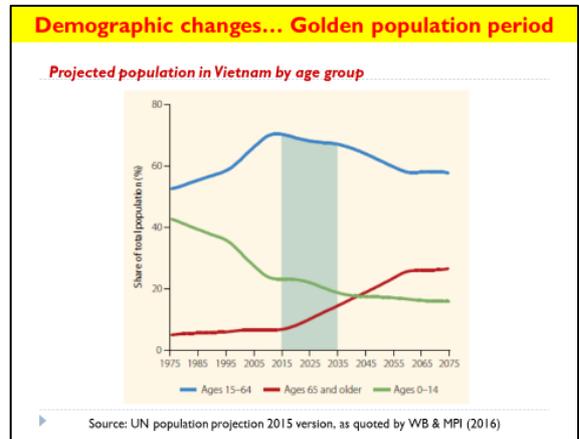


次のスライドに示した通り、この人口転換の進展に伴い、労働力人口が減少し、高齢従属人口が増加することから、経済成長が停滞を始めると予測されています。ベトナムの労働力人口は 1970 年代に増加を始め、2007 年にピークを迎えました。

2010 年～2040 年間の東アジアと東南アジア諸国の労働人口推計を見れば、シンガポール、タイ、

東アジア諸国に続いてベトナムでも同じような好ましくない変化が訪れると考えられます。

2015 年から 65 歳以上の人口が増加を始め、そのピークは 2060 年あたりになると予測されています。ベトナムは 2011 年に人口高齢化社会に入り、高齢者数の急激な増加を経験しています。このベトナムの人口構造の変化は、出生力と死亡率低下によってもたらされたものであり、家族計画導入の成果でもあります。TFR は 2003 年以来 10 年間、2.0 にとどまり、粗出生率（CBR）は 1989 年の 30.1 から 2014 年の 17.2 へと低下しました。現在、ベトナムの TFR は、東南アジアでシンガポールとタイに次いで低くなっています。急激に出生率が低下したことで、ベトナムは高齢化社会から高齢社会へ突入するまでの準備期間がとても短く（17～20 年）なります。ベトナムの高齢化対策を考える場合には、他の中所得レベルの国々に見られる現象と同じく、経済的豊かになる前に迎える高齢化という課題があるのです。



人口構造の変化は、これからもさらに進展すると考えられています。政策形成に携わる人々は、人口高齢化が急速に進み、多くの高齢者を少ない労働力人口で支えなければならない中で、公的支出が増え、より多くの介護士が必要になることを理解し、高齢化に対処するための課題と機会を見極め、迅速に健康や介護、そして減少する労働力に対する効果的な対策を打ちださなくてはならないのです。

このような人口構造の変化とともに、疾患構造が変化し感染症から生活習慣病などの非感染症疾患（NCD）へと移行しており、保健システムへの負担が増大しています。政府統計局（GSO）の国家高齢者調査によると、ベトナムの高齢者の 40%が健康保健に非加入で、民間の

ヘルスケアをあまり利用できていない状態であることがわかりました。健康状態に関しては62.7%のベトナム人高齢者が、健康状態が良くない、または非常に良くない、と答えたのに対し、良好と回答したのは5%のみとなっています。地域間、性差での健康格差もあり、地方では高齢者の健康状態がより悪く、女性も男性より健康状態が悪いと調査結果が出ています。高齢者における罹患率と障害率は高く、95%の高齢者が何らかの非感染症疾患（NCD）に罹っており、27%が日常生活における支援が必要となっています。

アジアのほとんどの国々では、政府による年金制度はまだ形成途中です。社会的な保護が存在していないため、高齢者人口は家族に依存しています。2011年の国家高齢者調査によれば、ベトナムの高齢人口のおよそ70%が地方に住んでおり、農業に従事しています。社会保障の面から見れば、70%の高齢者に年金がなく、62.3%が経済的に困窮している状態にあります。家族規模が小さくなっていく傾向にある中でも72.3%の高齢者は子孫と居住しています。また約10%は独居高齢者で、これから先の様々な困難が予想されます。

少し楽観的な視点もご紹介しましょう。高齢化の進展に伴い、高齢者のための在宅ケアや高齢者への支援器具、またヘルスケアサービスに対する需要が発生し、ヘルスケア産業、住宅、薬剤、医療器具、自動化や支援器具産業の市場が拡大しています。最近の高齢者は、退職後、より質の高いサービスを楽しむことができるようになってきています。人口高齢化に向かう中、国が正しい政策をとれば、高齢化に対処するだけでなく、利益も確保できるようになると考えています。

変わりゆく人口構造に伴って、より包括的な解決策が求められています。ベトナムでは、高齢者に関する法律、政策、プログラムが実施されています。2009年に立法された高齢者法では、高齢者と家族と国の権利および義務を明確化しただけではなく、社会保障や健康を貧しい高齢者にも適用できるようにすることを規定しています。人口構造の変化に伴いどのようなタイミングで、どの社会政策・リプロダクティブ政策を、どのように実施するかを決定するためにも、高齢化のプロセスを良く理解することは非常に重要になってきます。

国会議員は、高齢化を課題であると認識すると同時にビジネスチャンスとしても捉えるべきであろうと思います。そのような視点に基づいて、法律によって社会保障、健康保険、介護保険、また（保険金でカバーできる家族介護と在宅介護サービスといった）高齢者ケアモデルを導入し、人々が利用できるようにすることが重要です。伝統的な家族の紐帯も強化されるべきで、高齢者はそれぞれのコミュニティで社会活動を継続するべきです。

健康的な生活と高齢化への準備の両方を重視する必要があります。全ての年齢を対象としたUHCと、ヘルスケアシステムの改善の必要があります。現在主流となっている病院におけるケアと、過度の医療品への支出は、長い目で見て持続不可能です。代わりに、初診時に家庭医（ホームドクター）が適切に診断できるようにすることが効果的であり、また高齢者ヘルスケアへのさらなる政策支援が必要だと考えています。

Policy on Ageing

- > Constitution;
- > Law on the Elderly
- > National Program for elderly and many other policies (Health care, Welfare, Working...)
- > Government: National Committee for elderly
- > Elderly Association; Private sectors engagement
- > Vietnam Elderly Day (6/6)
- > Volunteer club for elderly at community..
- > Basic social protection (15\$/month, 80+)..
- > Starting family doctor system..

マレーシアの高齢化対策と政策形成における国会議員の役割

タン・シュリ・ダト・アブドゥル・カリド・ビン・イブラヒム議員
(マレーシア)



アジアのほとんどの国では人口高齢化に対する準備が十分にできておらず、それへの対策を検討するために、政策対話が重要な意味を持ちます。財政的に持続可能な、高齢者に対する社会的支援に焦点を当てた人口高齢化政策を政府が打ち出すために資するような、先駆的な報告が国会議員の皆様からなされるのではないかと、今回の会議に期待しています。

2014年のマレーシア国の総人口 30,261,700 人の内、8.9%が 60 歳以上の高齢者です。この年の出生時平均寿命は男性 72.5 歳と女性 77.2 歳です。マレーシアでも高齢社会がすぐそこまで来ていますが、その準備はできていません。その課題の主なものはヘルスケア人材の不足、若い世代の退職後の貯金不足、コミュニティにおける孤立、社会的介護制度の資金不足、老人ホームの供給不足、高齢者への雇用機会の不足が挙げられます。マレーシアでは家族の核家族化が進み、政府が実行可能な代替システムを打ち出す前に、高齢者に対する社会的支援が急速に縮小してきています。この問題は多世代共存型の住宅システムになっていない都市部で深刻になってきています。

「マレーシア人口高齢化の未来」という白書がありますが、これを国会で取り上げ、高齢者への福祉を確保するための審議を早急に行うべきだと考えています。健康、社会的なケアおよび退職資金の財源確保に焦点が当てられなければならないでしょう。従業員積立基金 (Employment Provident Fund; EPF) は危機的状況にあり、多くの高齢者は退職後貧困化する可能性が出ています。高齢者の老後のための貯蓄を増やすには、賃金を上昇させることが必要となりますので、これはかなり幅広い経済問題として考えなければならない問題であることがわかります。

現在マレーシアでは、20%の国民が 60%の富を所有しており、社会的な所得格差が拡大し、高齢化への準備に悪影響を与えている状況があります。

高齢化はビジネスチャンスでもあります。ビジネス界が高齢者のニーズに対応すれば、高齢層のマーケットに入り込むことができます。高齢消費者の数が増えており、様々な選択ができるよう情報提供が不可欠となっています。若者層と高齢者層の社会的な相補関係を強め、世代間の結束を強めるべきでしょう。

問題を解決に向けた提案の一つとして、高齢になっても働き続ける機会を妨げる、年齢による差別 (エイジズム) の撤廃があると思います。人口高齢化は全ての人に影響することで、その準備にはなるべく早くから取り組むべきです。マレーシアでは現在、高齢医療専門医を 700 名以上必要としています。2014年時点で高齢医療専門医はわずか 20 名、老年心理学の専門家も 10 名に留まっています。就業機会にもっと柔軟性を持たせ、高齢者が早期退職を迫られるという状況を是正したいと思っています。高齢労働の雇用促進にはインセンティブが必要であり、すでにシンガポールではそのような政策とプログラムがとられています。



また家庭での高齢者ケアを支援する特別介護施設を作ることが必要で、その利用可能性と実用性を模索すべきだと思います。2013年に中国では、年老いてゆく両親をその子どもが面倒をみる事を義務付けた法律が制定されました。現実的には、忠誠心や愛を法律で制定する困難さがあると思いますが、シンガポールでは、両親扶養法（Maintenance of Parents Act）として、子の責任を果たすことを法的に義務付けています。また米国では、高齢者の地域内移動、栄養、家事支援のプログラムなどが作られています。いまこれらのアイデアをいかにマレーシアへ適応するか検討しているところです。



国会議員の役割：高齢化における政策と対策



ノラ・ムラット

IPPF 東・東南アジア／オセアニア地域局長

ご挨拶の機会をいただき感謝いたします。各国で直面している高齢化問題とその課題に対処するためには、まだこの分野の政策や法律は十分ではなく、国民の代表としての国会議員の果たすべき役割が非常に大きいと言えます。

国会議員として、高齢者により優しい社会を構築するためにも、民間雇用者や市民団体により大きな役割を与え、福祉を基盤としたアプローチからさらに進み、高齢者を介護する家族にインセンティブを与えるといった発想の転換が必要となります。

高齢化とは、高齢者の数が増えると言う簡単な話ではありません。高齢化の進展は社会全体に影響するものです。最近の高齢者は、従来の高齢者のイメージと異なり、健康で経済的にも安定しており、より若い世代と比べてもあまり変わらないこともあります。現在、東南アジアでも核家族が増えてきている中で、高齢者ケアに関わる家族を支援する新しい方策が必要となっています。インドネシア語で「penyet 世代」という言葉があります。それは成人した子どもが、自分の子どもたちと高齢者を同時にケアしなくてはいけない、正にサンドイッチのように負担に挟まれた状態を表す言葉です。その状況で、ほとんどの家庭に経済的支援はなく、ヘルパーや介護業務従事者を雇えない状況に置かれています。この問題に対処するためには、新しいインセンティブと従業員への福利が必要です。国会議員は視点を広げ、包括的に、コミュニティにより配慮した方法を編み出さなくてはいけないと思います。海外の例では、高齢者が若者に無料で部屋を貸し、そこに住み込む大学生が高齢者の日常生活を助ける試みや、幼老複合型のデイケアなど、世代間交流の取り組みがありますが、これも政府の奨励とインセンティブなしでは実現が難しいものです。



最近 IPPF が委託した東南アジア 4 カ国の人口政策研究から、2 つの調査結果をご紹介します。まず第 1 に、現状の法律や政策と高齢者のニーズの間には大きなギャップがあります。第 2 に、高齢者のセクシュアル・リプロダクティブヘルスに特化した政策がありません。特に、高齢者の性にまつわる情報やデータが一般的に不足しており、より効果的な性と健康の啓発に向けて、国会議員や政府機関と共に協力して取り組み、前立腺がんや産婦人科系の疾病、その他リプロダクティブヘルス関連の疾病に対し、高齢者が適切な情報を得て治療を受けられるように改善をしていきたいと考えています。

最後になりますが、家族計画とは子どもの数を制限するためにするのではなく、家族の規模を選択し、決断するためにあるものなので、高齢化問題に対する対処としても、マレーシアで体外受精（IVF）をもっと利用しやすい値段にするよう働きかけていただきたいと思います。

セッション 3：
健康長寿と社会参画：高齢化社会に向けての具体的な対策

東アジアの国々のアクティブ・エイジング



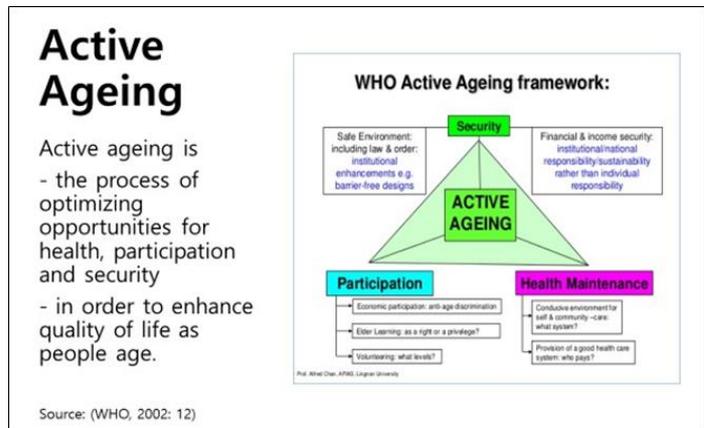
ミナ・カン

梨花女子大学教授（大韓民国）

社会老年学におけるアクティブ・エイジングというコンセプトについて、概要をご説明したいと思います。

東アジアでは、高齢化と開発という双子の課題に直面しています。特に人口構造の変化に伴う社会経済の変化が主な課題となっています。これに伴い、家族の伝統的な制度と機能も変化してきています。

私たちは2年に1度、中国、韓国、日本で、東アジア社会調査（EASS）を実施し、3国の65歳以上の高齢者の社会生活の比較分析をしています。その結果によると、幸福度と健康状態について言えば、韓国の高齢者が一番低い幸福度となっていました。同時に、韓国では高齢者の健康問題の高い比率と日常生活が制約されている現状が報告されています。



高齢者のニーズと提供されているヘルスケアのギャップに関しては、中国の高齢者が最もそのギャップを感じており（43.7%）、その次に韓国（24.3%）、最後に日本（14.1%）でした。日本では、3分の1以上の高齢者（34%）は就労していますが、中国と韓国でもそれぞれ31%の高齢者が就労しています。日本の高齢者は社会的にとっても活発で、ボランティアとしてコミュニティに参加している姿がわかります。

		China		Japan		South Korea	
		β	t	β	t	β	t
Social demographic characteristics	Gender(male=1)	-0.044	-1.415	-0.041	-1.4	-0.125	-1.957
	Living alone (Yes=1)	-0.004	-0.142	-0.084	-2.85**	-0.089	-1.585
	Household income compared	0.285	8.839***	0.128	4.017***	0.102	1.792
	Years of education	-0.067	-1.946	0.038	1.231	0.079	1.154
Participation	Age	0.082	2.489*	0.053	1.619	0.069	1.146
	Employment status (Yes=1)	-0.008	-0.239	-0.074	-2.407	-0.017	-0.292
Health	Subjective health condition	0.036	0.94	0.125	3.52***	0.047	0.664
	Chronic diseases	0.03	0.866	0.043	1.379	-0.066	-1.126
	Limitation in daily activities(Yes=1)	-0.046	-1.275	0.024	0.777	-0.002	-0.033
	Positive emotions	0.161	4.045***	0.188	5.663***	0.158	2.42*
Security	Negative emotions	-0.14	-3.654***	-0.164	-4.967***	-0.151	-2.222*
	Neighborhood environment	0.032	1.017	0.191	6.385***	0.067	1.264
	Fear of ageing	-0.011	-0.297	-0.019	-0.602	-0.155	-2.415*
	Worry of access to health care	-0.127	-3.555***	-0.034	-1.062	-0.029	-0.479
	Trust in people	0.046	1.504	0.006	0.201	0.077	1.464

幸福度には多くの変数と決定要因があります。一つに、個人と家族の責任の問題があり、他方に公的財源による社会権利の問題があり、この両方のバランスのとれたアクティブ・エイジング政策が急務となっています。また、この調査結果からは、世帯収入と、高齢化に対しポジティブな感情を持っているか、ネガティブな感情を持っているか、また近辺の環境がどのようなものか、

お年寄りにとっての幸福感の要因として大きな比率を占めていることがわかりました。

韓国の高齢者は、その他どの要因よりも、高齢化への恐怖という社会的価値観が、幸福度の大きな決定要因となっていました。韓国の場合、高齢になってからの雇用は必ずしも幸せと繋がっていません。低収入の高齢者にとってはやりたくない仕事を生きるためにやっており、一方高収入の高齢者は仕事が満足感に繋がっていました。つまり、同じ高齢者雇用といっても全

く違った側面があり、自己実現と考えることのできる仕事の方が幸福度の改善に貢献していると言えます。

これらの分析から言えることは、アクティブ・エイジングを実現するには、単なる労働参画を超えた広い理解が必要であることがわかります。ニーズに基づいたアプローチではなく、権利に基づいたアプローチによって、個人と社会の両方で高齢時代をより快適にしていく必要があります。介護費用が高騰する中で、個人や家族の果たすべき責任と、政府の支援が、バランスの取れたものとなるために、政府はアクティブ・エイジングを実現するための最善の政策を実施する必要があります。

マレーシアにおける健康長寿と社会参画

サフラー・ジャファー
保健省家族保険開発局長（マレーシア）



マレーシアで、健康長寿と社会参画を実現するには5つの壁があります。それは、(a) 昔から続く年齢による偏見、(b) 不十分な政策、(c) 様々なサービスなどを利用できるようになっていないこと、(d) サービスそのものが欠如または不足していること、(e) 各分野の関係者からの助言や関与を得ることができないことです。

保健、住宅、福祉、交通などに関連する省庁がより連携し、高齢者のために経済的にも物理的にも様々なサービスを利用できるようにしていかなければなりません。

WHO による高齢者に優しい都市とコミュニティ開発のためのカギとなる分野を見ると、高齢者と障がい者が住みよいように設計され、そのための設備が整った、適切な価格の住居の需要が増えていることがわかります。高齢者の社会参画は、その福祉を実現する上でのカギとなるもので、ボランティアや介護者支援、市民活動のようなコミュニティにおけるサービスや活動は、高齢者の帰属意識や地域の連帯感を強めます。そうした高齢者の社会参画のためには、本人が望めば労使双方の合意の下で退職後の就労機会を確保し、老後の収入を確保することが必要となります。情報とコミュニケーション技術の進展によって、高齢者でも容易に利用できる機器を開発することで、高齢者が家族やコミュニティとつながりを保ち続けられるよう支援することができます。高齢者には、彼らが支弁できる価格で、健康および社会的サービスを利用できるようにすることが必要であると同時に、高齢者に配慮した屋外空間、建物や移動手段が必要となります。



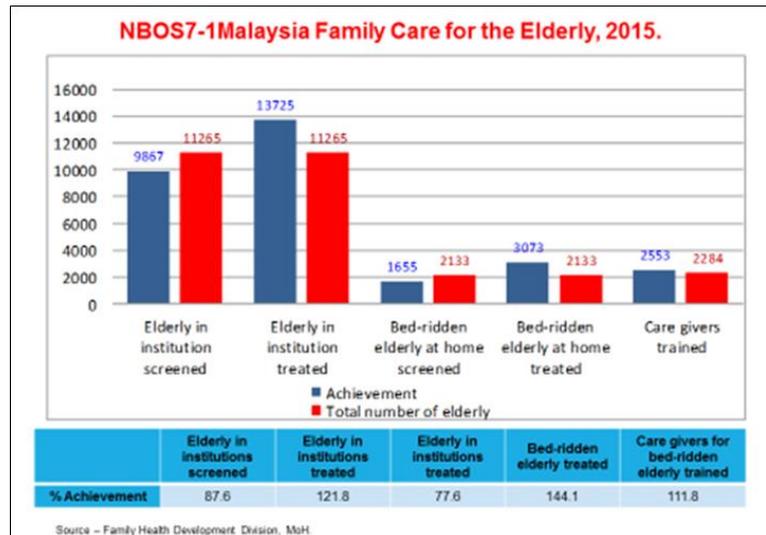
高齢者はそれぞれ違い、これが高齢者だという典型的な高齢者はいない、ということ念頭に置き、政府は健康長寿への投資を行わなければなりません。高齢者の日常活動能力を最大限に活かすことで、老後における生きがいや関心を追求し、意義と尊厳のある余生を送ることができるようになります。

マレーシア政府は、様々な国家政策、プログラム、サービスに基づいて、様々な施策を実施しています。最近の一つの例として、保健省は、高齢者介護施設を管理しています。また 1995 年には最初の国家高齢者政策が導入され、2011 年に改定されました。1997 年には、国家政策の各分野をつなぐ行動計画とともに、国家高齢者諮問評議会が設立され、女性省の社会福祉局が事務局を務めています。2008 年には、急速な高齢において増加するヘルスケアに関するニーズに応えるための人的・物質的資源を戦略的に活用するために、保健省が高齢者のための国家保健政策を制定しました。また 2012 年には都市計画局の下で、高齢者施設の配置計画のためのガイドラインが作られました。

マレーシアの高齢者に関する保健統計によれば、国立病院およびプライマリーケア診療所における高齢者の5大疾病は、高血圧、糖尿病、関節痛、視覚障害、心臓疾患です。2014 年に実施された調査によれば、外来を受診した高齢者の 90%が慢性病を患っていました。ヘルスケアが十分に行き届いていないという潜在的な課題があるという認識に基づき、2012 年には、第7次マレーシア・ブルーオーシャン戦略 (NBOS7) の下、ワン・マレーシア家族ケア (1MFC) プログラムが始まり、様々な政府機関ネットワークが協同し、資源を共有して、高齢者、障がい者、シングルマザーなどに対して、統合的な保健・社会サービス支援を行うことが可能になりました。2015 年だけでも、15,000 人以上もの施設に入居している、または在宅の寝たきりの高齢者が検査され、治療を受けることができました。

政府としては、最低限のケアの質を保障するためにも、高齢者施設をより適切に管理したいと考えています。長期的なケアサービスを整備するためには、強い政治的意思が必要で、国会議員の理解が深まることで、ぜひそうなってほしいと願っています。

最後になりましたが、高齢者のニーズに応えるためには、省庁を超えた協力と政策連携を行うことで、経費を抑え、効率性を上げ、重複を避け、しっかり取り組んで行かなくてはならないと考えています。



健康長寿と社会参画：高齢化社会に向けての具体的な対策

リー・チャンカイ議員／ESCPH 副議長（中国）



中国における人口高齢化への対策とアクティブ・エイジングの推進戦略を発表します。中国の高齢化の特徴として、その規模が大きく、「豊かになる前の高齢化」という特徴が挙げられます。2015 年末時点で、65 歳以上の高齢者が 1 億 4400 万人存在し、全人口の 10.5%を占めていました。開発途上にある中国ですが、人口高齢化は前例にない速度と規模で進展しています。

中国で採用されている人口関連の政策は、その多くが ICPD 行動計画に基づいたものとなっています。1996 年に制定され、2012 年と 2015 年に改定された「高齢者権益保障法」の立法は特筆すべき成果であると考えています。この法律によって、高齢化への対処が長期的な国家戦略の課題となり、高齢者の権利と利益を保証するための家族、政府、そして社会の義務が明確に定義されました。この法律は、その法制化を通して高齢者を保護するだけでなく、全ての市町村に居住する高齢者に、保健・医療的ケアを含む社会的保護を制度的に与えるものとなります。2016 年には、健康保険への補助が 10.6%増加し、慢性疾患への対処と治療が改善されたことが統計上明らかになっています。北京、上海および山東省では、現在介護保険制度が実験的に施行されています。

中国政府は様々なレベルで、高齢者介護と支援産業の強化を通し、高齢人口の課題に処するという、積極的な方法を採用しています。高齢者のための送金プログラムと交通支援、高齢者のための補助金といった施策は、社会保障政策として計画され、基本的にコミュニティが高齢者のケアと安全保障を担うようになっていきます。中国としては、高齢者の積極的な社会活動やボランティア活動への参加を奨励しており、2000 万人もの高齢者がボランティア活動に参加しています。

現在、一人っ子政策の見直しを行いました。その最も大きな理由は、急激な高齢化の緩和に資することにあります。これまでの政策を改善し、高齢者の雇用促進、高齢者に優しい都市建設、健康な中国、健康な高齢化プロジェクトのような新しい政策を立案するためには、より体系的な研究と取り組みが必要です。中国としては、こうした人口と開発の課題について他の国々や国際社会と共に取り組んでいきたいと考えています。

これから 10 年間は、中国の労働人口は比較的豊富ですので、扶養負担はそれほど大きくはありません。その間に経済を順調に拡大し、構造調整を行うことで、力強く前進していきたいと考えています。

セッション4：
高齢化に向けた社会保障制度

高齢化のための社会保障制度・マレーシアの事例

トゥンク・アイゼン・トゥンク・アブドゥル・ハミド
マレーシア・プトラ大学老年学研究所長（マレーシア）



東南アジア諸国の高齢化と共に、マレーシアの人口高齢化と社会保障制度についてご報告いたします。

2015年にマレーシアの60歳以上の高齢者は220万人に到達し、全人口の7.9%を占めるまでになりました。マレーシアの高齢者のほとんどが都市に居住しており、民族、出身地域別にまとまって住む傾向があります。マレーシアは、ILOのソーシャル・プロテクション・フロア（社会的保護の土台）勧告第202号を、まだ具体的に取り上げていません。

マレーシアの社会保障制度で最も課題となっているのが、高齢者の老後の所得保障問題です。保健医療の提供は、ほぼ全てのマレーシア人に行きわたっていますが、年金プログラムはインフォーマル・セクターの労働者まで行き届いていないことが多いのです。マレーシアの社会保障制度は、社会保険、社会支援、社会手当、国家積立基金、自発的退職貯金、雇用者負担対策の混成で成り立っており、国家開発プロセスの中でわずかな部分を占めるに留まっています。国家からの支援は最終手段ととらえられています。従業員積立基金（Employee Provident

Table 1: Malaysia's Pension Programs – Mapped

	Name of Program Institution	Benefit Type	Financing Type
Pillar 0: Basic benefits through social pensions or at least social assistance	Bantuan Orang Tua (Cash benefits)	Basis cash benefit of RM300 per month	General revenue
	Rumah Seri Kenangan (retirement homes)	In kind benefit	General revenue
	Pusat Jagaan Harian Warga Emas (elder daycare centers)	In kind benefit	General revenue
Pillar 1: Mandated, unfunded, defined benefit or contribution schemes	Civil Service Pension Fund	Old-age, disability, survivorship	General revenue
	SOCSO	Work injury, disability, survivorship	Employer contribution; Employer and employee contribution
Pillar 2: Mandated, fully funded, occupational or personal schemes	LTAT (armed forces)	All benefits	Employer and employee contribution
	EPF (private sector)	Lump sum/phased withdrawal	Employer and employee contribution Voluntary contribution by self-employed
Pillar 3: Voluntary, fully funded, occupational or personal schemes	PRS: Private Retirement Scheme	Lump sum, (fixed term) annuity	Voluntary premium, tax incentives RM 3,000
Pillar 4: Access to informal and other formal provisions, and personal assets	Family Basic health care Public housing	Cash and in kind benefits	Family members, budget-financed, budget support

Source: Author drawing, inter alia, on Ong and Hamid 2010, Othman 2010, and World Bank 2002.

Social Protection System in Malaysia

Source: Holzmann, 2015, p. 3

Fund : EPF) の主な課題は、その（給付水準の）適切性と対象範囲の問題であり、他方公務員年金基金における課題は、財政負担とその持続可能性と言うことができます。

マレーシアでは毎年5億リンギットが現金で高齢者へ移転され、140,000人が受益しています。2012年には140億リンギット以上が年金と退職金として、退職公務員またはその家族に渡りました。2014年のEPF加入者の積立額の平均は、54歳で平均180,153リンギットにすぎず、退職後数年を賄えるかどうかという水準にすぎません。公的年金がなければ、高齢者の所得保障は大きな問題であり、短期的、中期的、長期的戦略を考え直さなければならないと言えます。

マレーシアには国民皆保険制度に近いものがありますが、高齢者年金に関しては人口の5分の1以下の高齢者しかカバーされていないのが現状です。2012年最低退職年齢法（Minimum Retirement Age Act 2012 (Act 753)）を改訂し、退職年齢を60歳として、高齢者の就労率を上昇させました。女性の就労率も10年前と比べて増加しています。ここで、「誰が年少者と高齢者の世話をするのか？」というのかという問題が出てきます。マレーシアの公的ヘルスクエア制度は、WHOから東南アジア地域で一番効率的であると称賛されましたが、都市部では非常に混雑しているという問題があります。

これまでの私たちUPMの研究から、高齢者人口で生命保険と医療保険に入っているのはそれぞれ8.2%と4%でしかないことがわかっています。その中でも、低所得の40%にいる高齢者層は、他の層よりも低いということがわかりました。

なぜ途上国で、社会保障を拡大することが難しいのでしょうか。そこには6つの理由があると思います。

1. インフォーマル経済が大部分を占めている

2. グローバリゼーションによって不確実性が増大している
3. 対外投資推奨が小規模部門に大きな影響を及ぼしている
4. 税競争や大衆向けの施策が国家財政を制約している
5. 国内外での労働力余剰が低賃金をもたらしている
6. 公的部門の管理の非効率性

結論として言えることは、社会保障は人権であり、貧困や社会的疎外に対する基本的な社会的保護は保障されるべきであるということです。そして、それぞれの国が優先事項を定め、対象範囲や手当を持続可能な方法で拡充していくべきであるということです。

最後に、これに対応する上で、多様な方法が存在することや、民間や市民社会の関係者を取り込むことを、多くの場合、見過ごしているということを指摘しておきたいと思います。

シンガポールにおける持続可能な健康と社会ケアに向けて

ウン・ウェイ・チョン

Tsao 財団 The Hua Mei Centre for Successful Ageing (HMCSA) 主任医師
(シンガポール)

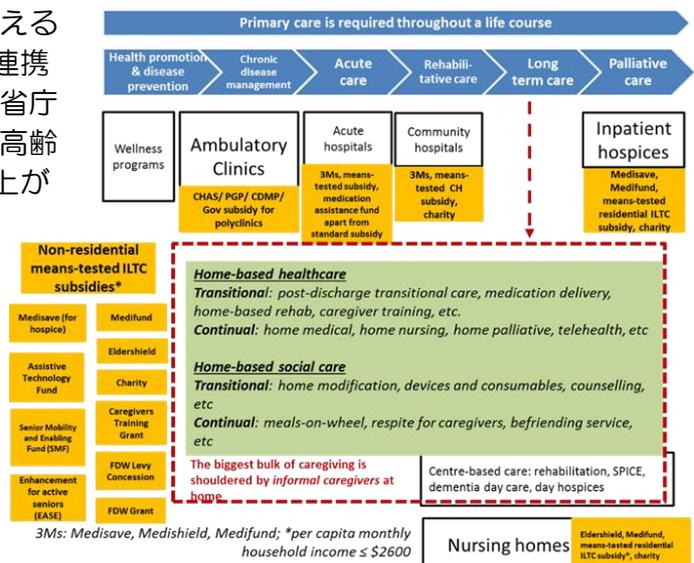


シンガポールでは 2015 年時点で、8 人に 1 人が高齢者で、その数は 44 万人ですが 2030 年には 90 万人に増加すると言われています。平均寿命は 81.7 歳を記録し、東南アジアで一番高く、健康寿命も長くなっています。2030 年には、90 万人の 65 歳以上の高齢者の内、87%は健康で自立していると予測されています。

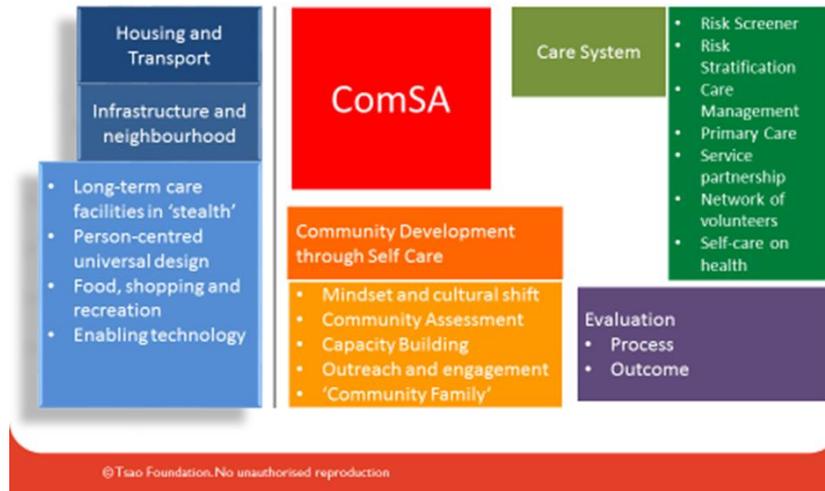
シンガポールの社会保障制度は、自立を奨励し、同時にたくさんの支援の手（Many Helping Hands）政策も実施しています。家族とコミュニティが中心的な役割を果たし、政府が最終的に保障するようになっていますが、政府の保障を受けようとする受益者は収入調査を受けなければなりません。自己負担金制度が、サービスの過剰使用に対する予防手段となっています。共働きが当然となっているシンガポールでは、外国人介護士と家事手伝い労働者に頼っています。高齢者は資産を持っていますが、収入は限られているため、この問題を改善するには、資産所有権に対する価値観を変革し、高齢者の日々の需要を充足できるだけの雇用が得られるように奨励する必要があります。政府としては、中央積立基金をはじめ、様々な健康保険制度を利用して、全てのシンガポール国民が退職後に向けて十分な準備ができていようように対策をとっています。

1984 年にシンガポールは、高齢者が抱える問題に関する委員会を立ち上げ、省庁間連携に取り組みました。その結果、1999 年に省庁間高齢者委員会が設立され、2011 年には高齢化閣僚委員会と高齢化計画事務局が立ち上がりました。2015 年には高齢化閣僚委員会が「サクセスフル・エイジング行動計画」を打ち出し、(1) 全ての年齢の人々のための村（カンポン）や都市作る事、(2) 自立の奨励、(3) コミュニティ支援を通じて高齢者にとって優しい環境を作るという、3 つの主要な対策を掲げました。

Tsao 財団は、高齢者のためのコミュニティプログラム提供し、慈善事業を通して公的な、また地域サービスを改善し、コミュニティ開発や高齢者介護制度についても取り組んでいます。そして、介護管理制度を作り、また介護者に対しても支援グループを作るといった取り組みも行っています。



THE ComSA COMPONENTS



視察報告

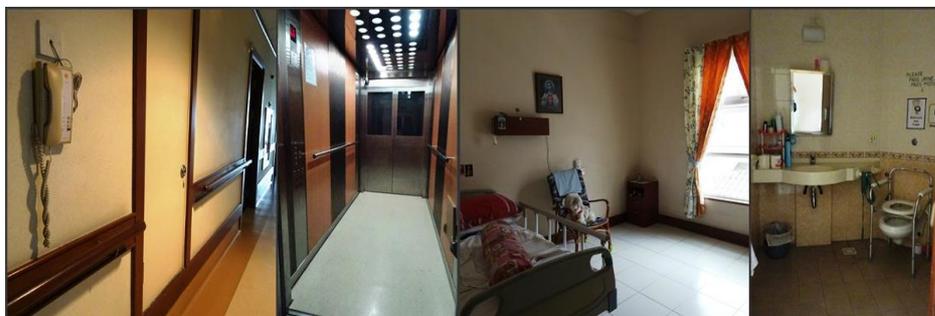
民間高齢者施設訪問 聖フランシスコ・ザビエル貧民救護修道女会 高齢者の家

マレーシア・チェラスにある聖フランシスコ・ザビエル高齢者の家は「貧民救護修道女会（the Little Sisters of the Poor (LSP)）」の下で運営されている高齢者施設です。同修道女会は、1965年に最初にペナンで高齢者施設を立ち上げ、その後チェラスにも設立しました。この施設の広さは5.6エーカーで、隣接してホスピスと退職者向け集合住宅があります。施設は12万平方フィート（11,148.37m²）の延床面積があり、最大70名まで入居可能です。



この高齢者施設は、最初に世界中にあるその修道会のネットワークからの寄付で運営されており、すべて無料でサービスを提供しています。ペナンの施設は寮のような建物でしたが、現在のチュラスの施設では入居者には個室が与えられています。建物や庭は手入れが行き届き、ボランティアによるリハビリテーションにも力を入れた介護を行っています。

シスターアグネスからは、こうした高齢者の快適さ、利便性、安全を重視した施設運営が行われるようになった背景には、2000年になり介護に対する人々の意識と考え方が変わってきたのに加え、政府の基準も変わったためとの説明がありました。



国立介護施設訪問 ルマ・セリ・ケナンガン国立養護老人ホーム

ルマ・セリ・ケナンガン国立養護老人ホームは政府によって建てられた9つの高齢者施設の中の一つで、200名収容できるように再建設され、社会福祉局の管理下にあります。同ホームには、自立向けの高齢者施設と、慢性疾患を抱える高齢者を対象とした施設の2種類があり、いずれも貧困者を対象としており、利用料は無料となっています。



マレーシア・プトラ大学第3世代（高齢者）大学

第3世代大学（U3A）は、1972年にピエール・ヴェラス教授によって退職者を対象とした夏期講座としてフランスのトゥールーズ大学で始まり、1982年にはケンブリッジ大学のピーター・ラスレット教授がU3Aの基盤となる「互いに学ぶ」という自助モデルを発展させました。今日、世界中にU3Aが存在し、その国際組織（the International Association of Universities of the Third Age : IAUTA）も1975年には設立され、UNESCOや欧州評議会に第3世代教育を代表して参加しています。

2007年マレーシア・プトラ大学（UPM）のマレーシア高齢化研究所による高齢者のための生涯教育イニシアティブ（LLIFE）のパイロットプログラムが2007年に成功裏に終了し、2008年にはUNFPAと共同でU3Aのハイブリッドプログラムを導入しました。他のU3Aのように、学位の授与はありませんが、学びたい人達が集まる活動の場所となりました。本大学は今日、独立して全ての活動と生涯教育プログラムを、他の政府機関やパブリックセクターと一緒に運営しています。



総括セッション

最後に行われた総括セッションでは、参加した国会議員および専門家が、アジアの高齢社会に向けた対策の提言を採択するために、活発な意見交換を行いました。



提言と推薦事項

合意事項

本会議を終了するにあたり、政策対話の結果として、参加者は政府に対して次の提言と推薦事項を挙げる。

- 人口高齢化は地球規模の現象であり、アジアの多くの開発途上国では、開発が低水準にあるにもかかわらず、この高齢化に対処しなければならない。さらに、アジアの国々は、それぞれ多様な経済的・政治的・社会文化・保健・環境状況にあることを認識する。
- 人口高齢化の複雑なニーズに対処するため、アジア各国のこれまでの遺産、伝統、強みを踏まえた革新的で適切かつ実用的な解決法を打ち出す。
- 高齢者の福祉を確保するために、急激な高齢化への問題・課題に対処し、機会を活用するための資源動員の優先順位を高める。
- 政策、研究、および実践の間に横たわるギャップを埋め、より洗練されたパートナーシップを構築するため、国レベルおよび地域レベルで、公的・民間・市民社会のステークホルダーと連携する。
- 政府に対し、国家開発のために短期的対策とともに長期的対策の形成を行い、まだ活用されていない高齢者の潜在的な可能性を活用するよう進言する。
- 先進国と途上国が連携し、高齢化に関する啓発をより一層拡大し、対話を通じて様々な経験や教訓を学ぶ機会を促進する。

このような幅広い共通理解を採択して本会議は終了し、参加した国会議員はこの高齢化対話の成果を各国に持ち帰り、その施行を検討し、取り組むことが約束された。これからもこのような経験共有を通じた相互協力の場となる政策対話が頻繁に行われることが望まれる。

結論

アジア太平洋地域諸国では、その人口は転換期にあり、高齢化に向かっていきます。国連による 2015 年の人口推計によると、アジアでは 60 歳以上の高齢者が 2015 年の 5 億人（12%）から 2050 年の 13 億人（25%）に増えと予測されています（下記資料参照）。多くの国が日本に続いて、急速な人口高齢化を経験することになりますが、経済開発が十分でないまま高齢化を迎えることとなります。

表 1: 地域別 60 歳以上人口及び割合 2015-2050 (単位：100 万人)

地域	2015		2020		2030		2040		2050	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
アジア	508	11.6	599	13.0	844	17.2	1,067	20.7	1,294	24.6
東アジア	270	16.7	311	19.0	435	26.4	517	31.8	578	36.9
南中央アジア	159	8.4	190	9.4	266	11.9	357	14.9	476	18.9
南東アジア	59	9.3	73	11.0	106	14.7	139	18.2	167	21.1
西アジア	20	7.9	25	8.9	37	11.6	54	14.9	72	18.3
世界	901	12.3	1,046	13.5	1,402	16.5	1,735	19.0	2,092	21.5

出所： World Population Prospects, the 2015 Revision, UN Dept. of Economic and Social Affairs (United Nations, 2016)

この状況を認識し、世界中の政府は急速に変わりゆく人口構造が及ぼす影響に対応できる政策とプログラムを形成する必要があります。JPFP、APDA および AFPPD マレーシアによって今回実施された本会議では、アジアの多様性を尊重し、それぞれの経験を踏まえた、具体的な取り組みについて話し合が行われました。