

介護研究会からのお知らせ



(在タイ日本国大使館主催「高齢者介護勉強会」)

- ❖ 日本大使館が、日系介護ビジネスの国際展開促進のため、公的機関(大使館、国際人材育成機構、JICA、JETRO、JCC)⇄民(タイ進出希望の介護事業者ほか)での意見交換を行う勉強会を立ち上げました。この勉強会は、介護関係に関する情報交換のため今後とも2~3か月に一度開催される予定です。
- ❖ 活動内容イメージ (大使館資料より抜粋)
 - (1)参加者間の情報共有
 - ①当地進出企業・公的機関の横の連携の確保
 - ②タイの高齢化の状況、タイ政府の政策、日本の支援状況の紹介
 - (2)介護の国際展開支援
 - ①タイ進出希望の介護事業者との意見交換
 - (3)今後のタイにおける介護制度の検討への貢献
 - ①タイ政府(保健省、社会開発・人間の安全保障省等)、地元介護ビジネス事業者等との意見交換
 - ②公的機関の行う事業への日系介護ビジネス事業者への視点の反映

(情報提供: IHPP 宮下裕美子様)



(タイ人医師の叙勲)

平成 27 年春の外国人叙勲で旭日双光章を受賞したバンコク病院日本人クリニック医長、副医局長レヌー ウボン医師(Dr. Renu Ubol)に 7 月 8 日バンコク都内の日本大使公邸で勲章伝達が執り行われました。

日本の医学部を卒業し、タイ国で医師として活躍されている人は約 1,000 人居られますが、その中でレヌー医師はライオンズクラブ会員としても奉仕活動を行っています。患者に対する奉仕精神を持ち続け、それを実践されている希有な存在の方です。2007 年からは、バンコクで「エルダリーケアナーシングホーム」という医療養護老人ホーム施設を運営されています。この老人ホームは、私立病院の治療費を支払うことができない困窮状況にある患者、入院の必要までではないが家に戻っても世話をしてくれる人のいない患者などを受け入れています。その中には、認知症やリハビリ中などの日本人患者も含まれています。

さらにレヌー医師は、2009 年にも外務大臣表彰を受賞されています。この賞は日本と諸外国との友好親善関係の推進に顕著な貢献があった個人、団体の功績を讃えるものです。「タイにおける日本人患者の治療、健康管理で多大な貢献があった」というのが、レヌー医師の受賞理由です。日本の医学部、歯学部を卒業したタイ人医師の中では、初めての受賞となりました。

レヌー医師は、東京外語大学で日本語を学ばれた後、京都大学医学部に入学し、卒業後は京大付属病院に勤務されました。そしてタイ帰国後はバンコク病院専属医となり、1994 年バンコク病院日本人クリニック医長に就任しました。



(NPO 法人 e-HCIK の遠隔医療活動)

この法人は、原 量宏 香川大学特任教授 (日本遠隔医療学会会長) が主宰する、香川県にある NPO 法人です。香川県が総合特区の認定を受けるに当たり設立されました。この事業の中心は全国最先端の K-MIX (かがわ遠隔医療ネットワーク) やドクターコム (在宅医療) であり、産官学連携のもとに原教授が構築したものです。この流れの中で、現在 JICA 草の根事業 (遠隔医療) として「タイにおける妊産婦管理及び糖尿病のための ICT 遠隔医療支援プロジェクト」に取り組んでいます。この法人を構成するメンバ

一には、現在 CLL クラブの「遠隔健康相談」を支援している香川大学医学部の医師や、優れた介護事業者(社会福祉法人)も居られ、支援事業も検討されています。

K-MIX などの香川県の医療ネットワークが評価され、来年開催される伊勢志摩サミットに合わせて、高松においてサミット各国情報通信相会合が開催されることになりました。

介護情報



(タイ王国の介護問題について)



1. 人口高齢化の現状と問題点

日本国の 65 歳以上の高齢者数が総人口に占める割合は 25. 1%(世界 1 位)ですが、タイ王国(以下タイ国と省略)での高齢化は、東南アジア地域の開発途上国の中では最も進んでいる状況にあり 9. 7%(世界 64 位)となっています。(参照: マレーシア 5. 36%、インドネシア 5. 22%、フィリピン 3. 9%、ベトナム 6. 58%、ラオス 3. 79%、カンボジア 5. 35%、ミャンマー 5. 22%)タイ国は 2001 年に 7%の高齢化社会に入り、その 23 年後の 2024 年には 14%以上の高齢社会になると推計されており、日本の 24 年を凌ぐスピードで高齢化が進んでいます。タイ国における介護は基本的に家族や親族によって行われていますが、少子高齢化による所帯状況の変化により、急速に変わりつつあります。この様にタイ国は、先進国並みの速さで進む高齢化に直面しています。

人口の比率からみると、タイ国では働く世代(15~64 歳)の割合が、子供(15 歳以下)と高齢者(65 歳以上)の割合を合計した働かない世代の 2 倍以下になる現象が 2015 年から始まります。経済発展を「働く世代と働かない世代の比率」でとらえると、タイ国の経済は 2015 年を境に下降に向かうこととなります。即ち、経済発展を遂げる前に高齢化が進み、先には高齢者の貧困、孤独死などの問題が待ち構えていることとなります。



2. 日本国介護の歴史(概略)

此処で日本の介護の歴史をみますと、1980 年代高齢化率が 9~10%であった時には、日本にはまだ介護施設というものはなく、認知症や寝たきりの老人は家族が面倒を見ていました。世話をしてくれる人が居ない老人達は、病院へ送られていました。それにつれ老人医療費が嵩んでいき、財政を圧迫して行きました。この状況を変える為、日本は北欧など福祉が進んでいた国々を視察しながら、福祉に対する施策として介護保険を検討するようになりました。1990 年代にはゴールドプランを打ち出し、ヘルパーを 10 万人に増やすなどの計画を立てています。そして、この頃から老人保護施設、特別養護老人ホームなどが建設されていきました。また、2000 年(高齢化率 17. 4%)から介護保険が施行されました。



3. タイ国での新しい高齢社会対策 -地域福祉支援-

タイ国においては低所得で高齢化が進展するため、タイ国の実情に即した対策が必要であります。社会保障制度ですが、公務員、国営企業従業員と民間企業の被雇用者には夫々ありますが、多くの農家や自営業は対象外にあります。全国民を対象とした、国民皆健康保険や国民皆年金制度を如何に構築するかが課題であります。医療保険では 30 パーツ医療保険制度の導入により、全国民を対象とした社会保障制度が一部構築されました。しかし、開発途上国の悩みである財政面での制約が強く、全国民を対象とした社会保障制度の構築が遅れています。高齢社会対策が遅れることは、人間の生命を危険にさらすことになりかねないので、日本国など先進国の支援協力が望まれています。2007 年から日本の JICA では、タイ国高齢化対策の技術協力を開始しています。タイ国の財政、施設、人材面など未整備の中、タイ国に残るコミュニティの力を活用し、4 年に亘って指導をしました。北タイではチェンライをモデル地区とし、チェンライ高齢者の生活習慣病である「高血圧」について、地域ボランティアの協力を得て食事、運動などの生活改善を促進する事業を行っています。また、2013 年から 4 年計画で要援護高齢者等のための介護サービスについてモデル事業をしています。

日本においても経済発展と共に農村の過疎化と都市の過密化が加速度的に生まれ、日本伝統であったコミュニティが崩壊の危機にさらされました。これに対処するため地方自治法が改正されるなど、急速に進展した高齢化が地域福祉の取り組みを本格化させました。そして日本のゴールドプランでは在宅介護の視点が強調され、主体としての市町村が重視され、在宅福祉、民間サービス

が育成されました。この様に日本で効果をあげている小学校を単位とした地域の取組はタイ国にも参考になり、寺院、教会、農村内で新しい住民組織をつくり活用すべきであります。日常生活の延長上としての小地域福祉活動は住民の意識を高め、担い手の育成、連携をつなぐ組織形成となります。

福祉の基本精神は助け合いであり、各地域で永年育まれてきた生活習慣と言えます。タイ国には、日本にない地域福祉の視点が残っているので、その経験と知恵を活かし、介護問題に取り組むべきと考えます。

ブログのご紹介

ブログ名: チェンライの市場から

<http://blogs.yahoo.co.jp/uzbekistan24>

介護ロングステイを6年半にわたり経験していらっしゃる、チェンライ在住の中西英樹さんのブログです。経験者視点でのブログは、大変参考になります。



(日本と西欧諸国における介護の実態)

・デンマーク

高齢化対策のモデル国といわれている。

現在の高齢化率は15%を超えており、2035年にピークを迎えると予測されている。特徴は、老人ホームをなくす方向での制度改革。在宅ケアを重視し、ケア付きの住宅を整備している。住宅で満足できる生活を送ることを、国や市が保証している。そのため、住宅が満足できないために退院が延期された場合、行政が病院に罰金を支払うという徹底ぶりである。

・スウェーデン

20%と高齢化が進んでいる。将来は日本と同様の高齢化が予測される。福祉大国といわれているが、それは高齢化社会になる前のことであり、今は医療費が増大し財源確保に問題がある。若者の失業率が高く、税収が減少しているため福祉予算も削られている。そのため定年を75歳に引き上げることを検討中である。

国が高齢者のサービスを積極的に提供しており、バリアフリー住宅の建設に取り組んでいる。その住宅は医療や介護サービスへのアクセスがし易い立地を選んでいる。多くの高齢者が在宅ケアを受けており、24時間対応の在宅介護サービスもある。

移民問題、EU全体の経済がどうなるか不透明など、問題を抱えている。

・イギリス

16%が高齢者で、2050年には23%になると予測されている。

福祉が充実している国として昔から知られていた。それを可能としていたのは税金が高額であるから。それを福祉につぎ込むことによって、福祉のサービスを主に社会的な弱者が享受することができた。しかし、高齢化が進んでしまうと財源がどうしても足りなくなるので、税金により費用を出す以外の方法が検討されている。

公的年金の支給額の改革にも取り組み中である。また、高齢者に元気に働いてもらう取り組みを実施しており、高齢者の就業率が高いのが特徴。

保険医療は充実しているが、財源不足である。そのため福祉サービスの提供は経済力がない人を優先していて、平等なケアとはなっていない。

英国国民は自分の住宅を大切にする傾向があり、老朽化した家に住んでいるため、転倒などの原因となっている。政府はバリアフリー化など住宅環境の改善に取り組んでいる。

・ドイツ

少子高齢化が進んでいる。2030年は29%と日本並みになるといわれている。高齢者の4%が介護を必要としている。ボランティア活動に参加している高齢者が多いのも特徴。

1995年、社会保険制度を世界で初めて実現した国。老齢基礎保障制度により最低限の生活は可能である。しかし、少子高齢化により年金制度崩壊の危機にある。このため公的年金支給年齢の引き上げを決定した。

ドイツには高所得者用の老人ホームから、低所得者向けの老人ホームまで揃っている。ただし、保険給付額が少ないことから、自宅での介護を選択せざる負えない人が多い

在宅介護を受けている人は施設ケアを受けている人の2倍に近く、公的資金は現金で給付される。

介護士の7割が施設で働いていて、3割が在宅ケアの仕事をしている。給料があまり高くなく、人気のある仕事ではない。

要介護度認定は4段階に分けられている。0度は自分で生活することができるが、3度になると24時間の介護が必要。基本的には重度の介護者の方を対象とした保険となっていて、軽度の方は保障を十分に受けられないという問題点がある。

基本的にドイツには子供が成人してから親と同居するという習慣がない。そのため介護特別休暇を取得して親の介護をしている人がいる。あるいは、介護士を雇って在宅ケアをする方法がある。外国人介護士の場合は安価で雇うことができるので、利用している人が多い。特に隣国のポーランドからの介護士がドイツで働いていることがよくある。

海外の施設を利用する場合であっても介護保険給付が適用されるので、負担は小さい。そのため多くの老人がポーランドやスロバキアなどにある安い施設を利用している

・フランス

1999年の65歳以上の割合は14%。高齢化の進行は極めて緩やかである。

高齢者介護政策が充実しており、特に、訪問介護に力を入れている。

在宅支援サービスは掃除、買い物、料理などの家事援助を行うものであり、国や県による費用の給付がある。在宅介護サービスは、医療系介護士(国家資格)が看護師の指導下で連携して実施するもので、清拭などの処置を行う。費用は医療保険財源から支出される。

介護施設も国営・民営の老人ホーム、医療付き老人ホームなど多種ある。要介護度、自立度、経済力に応じて選択されている。

在宅サービスを受けている人は60%、入居者は40%となっている。近年、在宅の割合が増える傾向にある。

・オーストラリア

世界第2位の長寿国。高齢者の割合は2007年で13%。高齢者が高齢者をケアするボランティアが特徴。

介護保険はなく、すべて基礎税で賄われている。将来も問題はないとみられている。

・アメリカ

介護に対する行政は遅れており、殆どが自宅での家族による介護。配偶者や娘がかかりきりになっている。

高齢者医療制度は、あくまでも病気を治すことに重点が置かれ、治療後の介護やリハビリの保障はない。そのため、民間保険非加入者にとっては大きな問題である。老人ホーム、ナーシングホームはすべて民間の経営する施設で、金持ちしか利用できない。

・日本

高齢化が世界で最も進んでいて、今や1/4が高齢者。2000年に介護保険を導入した。医療制度は充実しているが、医療費の財源確保に問題があり、後期高齢者(75歳以上)の医療費の10%負担を実施したが、効果はあがっていない。少子化対策として、育児環境の整備に取り組んでいる。

在宅介護は家族の負担が非常に大きく、そのため、本人から施設を希望する例が多い。

西欧諸国では在宅介護を重視し、その環境整備に重点が置かれる傾向がみられるが、我が国の介護現場は主に老人ホームである。老人ホームでは介護士がサービスを行っている。入居するか、自宅から通うかどちらでも可能。看護師が居るケースが多い。自宅に出向いての身体介護や生活援助、デイサービスを受けることもできる。

医師、看護師、介護士が、特に都市部で不足しており、国は医療従事者を増やす取り組みをしている。介護の現場は重労働であり、労働環境の整備が必要。3K職場という偏見もあるため人手不足になりやすい。高齢者の地方への移動も検討されている。

参考資料;sekai-kaigo.com 日本と世界の介護、ほか



(バーン・ミー・スック見学記) 報告: 志田義晴

・ 見学参同行者 : 山岸代表・小名木氏・竹中氏・志田

・ 通 訳 : フォンさん

・ 日 時 : 2014・8・24(日)午後2時~4時

・ 連絡先

住所 : 175 Moo6 Tambol Nongham A.Sansai ChiangMai 50290 Thailand

E-mail: cs1@villameesukresidences.com

HP : www.villameesukresidences.com

・ バーン・ミー・スック 対応担当 : GINNACHAT SODA(MINTさん) Senior Property Consultant

調査報告

・概要

ヴィラ・ミースックと呼ばれるこのエリアには、介護棟（バーン・ミースック）、売り家（一軒家）、マンション、クリニックを中心に池を有する広い庭、オーナーの自宅、プールなどがある。オーナーは脳神経外科の医師。

概略の場所は、メーajor通り、121号線との交差点から約3キロ先を左に入ったところ。静かな環境。

一軒家やマンションに住み、其処で介護を受けることもできる。そして最終的に介護施設に移るもよし、あるいは直接介護施設に入るもよし。

・売り家

5棟のうち4棟は売却済みで、一棟だけ売れ残っていた。売値は550万バーツ。136㎡の平屋。家具は付いていない。寝室が2室ある。玄関も別にありメーバーンを住まわせることも可能な造りになっている。実際に住んでいる棟は、まだない。それぞれに車3台分の駐車スペースがある。



・マンション

黄色が基調の外壁。新築3階建てのマンションは全部で28室。1~2人用。うち4室が契約済み。売価340万バーツ。日系台湾人が1室買って住んでいる。ほかにタイ人2室、ファラン1室が購入済。



レンタルも可能で、月2万バーツ。朝食付きだと24,000バーツ。ただし電気料、水道料、管理費（1階は2,800B、2・3階は2,300B）は別。

2階の中央はレセプションとラウンジ、1階中央に読書室、3階の中央の多目的ホール（カラオケ、映画鑑賞など）があるが、未完成。日・火・木曜日にヨガがあるとのこと。エレベーター、プール、フィットネスルームあり。



部屋の掃除は月1回。ランドリーは30枚で400B。小さいが厨房も付いて自分で料理することもできる。車椅子対応。バスタブ

はない。収納スペースが少ないのが欠点か。

下左の写真は廊下。向かって左側に部屋が並んでいる。右の写真は厨房設備。



・ 介護棟

写真向かって左端が玄関口。玄関右側のランドリー室では、ヘルパーらしい人たちが甲斐甲斐しく働いていた。



全部で8室、収容人員は20名。現在16名が入居しているが、すべてタイ人。1室2~3人。まったくの他人同士の組み合わせ。厨房もこの一角にある。食堂の奥には共用スペースがあり、ソファーに寝そべっている入居者が見られた。共用スペースには屋外部分があり、建物裏側にある美しい池の景色が見渡せる。市内への車送迎もあるとのこと。

下の写真は、裏側から見た介護棟(向かって右)と、オーナーの自宅(正面)。



料金は月3万~4万5千バーツ(1日1,000~1,500バーツ)。介護のレベルにより料金が異なる。おむつ代は別。

介護は24時間対応。看護婦は常時1名。介護助手は入居者4名につき1名。車椅子での庭の散歩サービスあり。病院にかかる場合は本人の希望で病院を選ぶ。施設としては指定しない。

料理はタイ料理、西洋風料理。

日本人の入居者は今のところ居ないが、歓迎するという。日本人が入居すれば、日本料理とともに日本語対応も考えるとのこと。

下の写真、向かって左は入口ラウンジ内から見たレストラン(正面のドアの奥)。

右は、レストランの窓越しに撮った3人部屋の一部。左側にベッドがもう一台ある。どうやら、この3人部屋は2人で使っているらしい。



・ クリニック

敷地の入口にあり、付近の住民も利用している。傷病すべてが対象だが、医師はこの施設のオーナーで脳神経外科が専門。営業は土曜日の9時から16時30分までと、日曜日の9時から12時まで。平日は休みとなる。詳しい話を聞くことも中を見ることもできなかった。

以上

医療情報



(日本の健康保険の海外療養費制度)

最近、海外療養費の払戻しを拒否された案件がありました。海外療養費制度について、正しい理解が必要です。

2001年1月より健康保険法が改正され、国民健康保険または社会保険などの被保険者が海外渡航中に病気や怪我で治療を受けた場合、日本国内での医療費と同じ様に保険給付が受けられるようになりました。その医療費はいったん全額自己負担して、帰国後に申請することによって海外療養費として給付が受け取ることができます。但し、この制度で支給される保険給付額は、海外で支払った医療費に対してではなく、日本国内でその治療を行った場合に予想される治療費に対しての金額となります。また海外療養費は、日本国内に住所(住民票)のある方が旅行などで短期間国外に行き、何等かの治療を受けたときに給付される制度です。長期間(約1年以上)国外に居住する場合は制度の対象外となります。

< 手続の流れ >

イ、受診した海外の医療機関で医療費全額を支払う

ロ、その医療機関で治療内容の証明書(診療内容明細書)と診療に要した医療費の明細書(領収明細書)を発行してもらう
ハ、帰国後、加入している市町村窓口へ「療養費支給申請書」と日本語の翻訳文を添付した「診療内容明細書」「領収明細書」を申請する

ニ、「海外医療費支給決定通知書」が送付される

ホ、市町村から保険給付金が払い戻される

< 医療機関からもらう書類 >

治療を受けた医療機関で、治療内容や、かかった医療費などの証明書を書いてもらいます。帰国後に手続きをすることも可能ですが、退院後時間が経過していると領収書を発行してもらえなかったり、医師に診断書を書いてもらうことが出来ない可能性が高いため、書類は現地で整えることが大切です

< 海外療養費請求申請に必要な書類 >

- * 療養費支給申請書(申請場所にある用紙)
- * 診療内容明細書
- * 同日本語訳
- * 領収明細書
- * 同日本語訳
- * 現地で支払った領収書の原本
- * 渡航期間が判るパスポートなどの写し

- * 保険証
- * 世帯主名義の銀行口座が判るもの
- * 世帯主の認印

翻訳を個人で行う場合は、各書類の一番下に住所と名前を記入し、押印します。

<払い戻し>

払い戻し額は、支給決定日の外国為替レートで円に換算されます。

<注意点>

- * 月をまたいで治療を受けた場合、「診療内容明細書」「領収明細書」を1ヶ月単位で医療機関に作成してもらいます。
- * 海外旅行保険や生命保険など他の保険に申請する場合は、それぞれ原本が必要か確認してください。
原本が必要であれば、あらかじめ医療機関に必要な枚数を発行してもらいます。
- * 外国語で書かかれている場合は、翻訳が必要です。自分で翻訳しても受け付けてくれます。翻訳者の住所、氏名、押印が必要です。
- * 書類は各自治体の窓口でもらえます。
- * 早めに申請します(申請期間を過ぎると失効するため)。
市町村への払戻金の請求ができるのは、その治療費を支払った日の翌日から起算して2年間です。書類が不備ですと、払い戻してもらえない恐れがあるので早めに手続きしてください

介護予防情報



(私の健康法) チェンマイ在住一男性高齢者からの便りです

チェンマイに住んで11年、タイ女性と結婚して10年になります。年齢は80歳です。ここ何十年と、日本在住時から続いて病気にならず、毎日元気に過ごしています。良く健康法を聞かれますが、特別なことはせず、あくまで自分のペース、リズムで生活しています。私流の見解で、何か参考になればと思い書いてみます。

病は気からということで、ちょっと乱暴ですが自覚症状(体調不良、痛み等)がない限り健康診断は受けません。この年齢まで、一度も受けた事はありません。自分の体の自然治癒力にまかせ、病院に行かず、薬も出来る限り使用しません。どんな薬でも副作用があり、体調不良となります。人によりますが、あくまで自分の判断で病院を利用してください。私の場合、60年間医者にかからず、健康保険も利用していません。老いは記憶の問題で、気にしなければ年をとらない様ですが、必ず全ての人にきます。体力の低下は避けられません。

- 1、規則正しい生活が良いと言いますが、自分の好きな様に起床、食事時間、睡眠など体調に合わせて生活します。不規則でもかまいません。(眠ければ昼まで寝ます。食事食べたい時に取ります。)
- 2、病院にはできる限り行かない。
- 3、歩く事が一番。足が弱くなると内臓すべてに影響がでる(週1回のゴルフ、猛暑日はプールにて水泳、ショッピングセンターを歩き回る、但し転倒に注意)
- 4、医食同源。バランスよい食事は、薬より重要です。(肉、魚、野菜、果物のバランス)私は体が不足している物が食べたくなるので便利。永年の習慣です。
- 5、身の回りのことは出来る限り自分でする(食事、掃除など)。体を使う。

以上とりとめもなく書きましたが、各人によって日常生活は違うと思いますので、あくまでも参考にしてください。皆様の健康を願っています。



介護研究会では御意見、御提案をお待ちしています。下記アドレス迄御連絡ください。



チェンマイ介護研究会一同

Email: scc.chiangmai@gmail.com