OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	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
Author(s)	渡辺, 長; 河森, 正人
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2018, 44, p. 297-316
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/68303
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

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―

渡　辺　　長・河　森　正　人

目　次

１．はじめに
２．方法
３．結果
４．考察
５．おわりに

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―

渡　辺　　長・河　森　正　人

1．はじめに

世界人口の超高齢化は、21 世紀においてまさに最大の特徴と言えよう。そもそも高齢化は、20 世紀初頭に先進国から始まったが、現在はアジアを中心とする新興国においても顕在化しつつあり、国の経済成長や社会保障政策に大きな影響を与え始めている。近年の高齢化の傾向は、特にアジアにおいて顕著である (Population Division 2007, Chanitta 2009)。

日本は世界で最も早く少子高齢化を迎えた国であるが、今後は他の多くのアジア諸国も日本同様、もしくはそれ以上のスピードで高齢化が進んでいくと推測されている[1] (Oizumi 2006)。その中でもタイは、総人口が約 6,912 万人のうち、65 歳以上の高齢者は約 614 万人と、人口の 8.9%を占めており、東南アジア地域の新興国の中では最も高齢化が進んでいる。平均寿命は男性 69.5 歳、女性 76.3 歳。高齢者の主な死因は、第一位が悪性新生物 (死亡率 402.5 ／ 10 万人)、第二位が心疾患 (175.3)、第三位が脳血管疾患 (110.9) であり、先進国同様、長寿化に伴う生活習慣病を起因とする死因が上位を占めている (山下 2008)。

こうした高齢者の慢性疾患に伴う ADL 機能の低下により、在宅での長期的な身体ケアを提供する介護者の需要が急速に高まる一方、タイの高齢者ケアを支えているのは専ら家族であり、夫の介護を行っているのは妻、妻の介護を行っているのは子供であるのが実情である (Knodel 2008, United Nations 2008, Chris 1998)。しかし近年の急速な経済成長に伴い、タイ農村部においても、家族構成が変化してきている。

Knodel (2008) によれば、子供と同居している家族の割合は、1986 年では 77%だったが、2007 年には 59%まで低下している。またいわゆる高齢者夫婦や一人暮らしの割合は 1986 年では 11%だったが、2007 年には 25%まで上昇している。一体誰が将来、高齢者の長期的ケアを担うのか――今タイでは、この介護問題が非常に大きな社会問題へと発展しつつある。

その反面、タイでは深刻な労働力不足にも直面している。国連人口募金 (2011) によれば、高齢化の深刻化に伴い、2020 年には、介護者 106,000 人、看護師 33,880 人、理学療法士 3,708 人もの人材が不足すると予測されている。このように、高齢化に対する社会保

障制度が未整備で、労働力も不足するタイにおいて、伝統的にVillage Health Volunteer (以下、ヘルスボランティアと略) と呼ばれる地域住民組織が、「医療従事者」と「地域住民」を結ぶ架け橋として重要な役割を果たしている。

1978年のアルマアタ宣言において、「ヘルスボランティアの活用は、最低限度の国民皆保険を実現する為に欠かすことが出来ない方策である」と言及されて以来、ヘルスボランティアは多くの発展途上国にてその育成と促進が盛んとなり、アジア諸国の健康推進事業においても中心的役割を担ってきた (Sranacharoenpong 2009, WHO 2007)。

タイにおけるヘルスボランティアは、1970年代に、主にマラリヤやデング熱をはじめとする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 (Kauffman 1997)。タイは敬虔な仏教国であり、この活動は「他者を助ける」という、タイ人特有のボランティアリズム精神にも大きく支えられている。各農村に一人以上、必ずヘルスボランティアは在籍し、リーダーの指揮のもとチームとして活動しており、一般的には一人につき約5〜15世帯のケアを担当している (WHO 2007)。

厚生労働省 (2014) によればタイ全国において、保健省により約100万人のヘルスボランティアが養成されている。彼らはタイ社会においては高い身分である準国家公務員として扱われ、月額600バーツ (約1800円) の報酬を得ている[2)]。その役割は多岐にわたるが、高齢者ケアにおいては1) 定期的な在宅訪問、2) 定期的な健康診断、3) タイマッサージ、4) リハビリテーション、5) 栄養指導、6) 家族への介護アドバイスなどが期待されている。

一方それとは別に、高齢者ケア専門に携わるボランティアの養成が2003年より社会開発・人間安全保障省によって開始され、2014年時点で約8万人が登録されており、現在もその数は増え続けている。彼らも月額600バーツ (約1800円) の報酬を得ており、その役割は上述のヘルスボランティアと同様、定期的な在宅訪問、基本的介護である。このボランティアの配置は要介護者との比率において概ね1:15を目安として整備が進められている[3)] (図1)。

彼らに対する介護研修として地域の高齢者施設を在宅支援の拠点として位置づけ、そこで在宅介護に関する研修を実施することも検討されている。また保健省の設定する6つの基準を満たしたタンボン (地方行政組織) は介護推進自治体として認証され、「タンボン 介護プログラム」を彼らに展開している (厚生労働省 2014, 海外情勢報告 2016)。

このように、タイでは国民の長寿化、生活習慣病の蔓延化、家族構成の変化によって、高齢者ケアを担うボランティアの需要が急速に高まっている。一方、この高齢者ケアに携わる両ボランティア (以下、高齢者ボランティアと略) の実態に迫る調査研究報告については、これまでほとんどなされてこなかったのが実情である。そこで筆者は、今後のタイの高齢者ケア対策を講ずるにあたり、高齢者ボランティアの基本的属性、彼らの教育プログラムおよび活動内容などを明らかにすべく、アンケート調査を実施したので

ここに報告する。

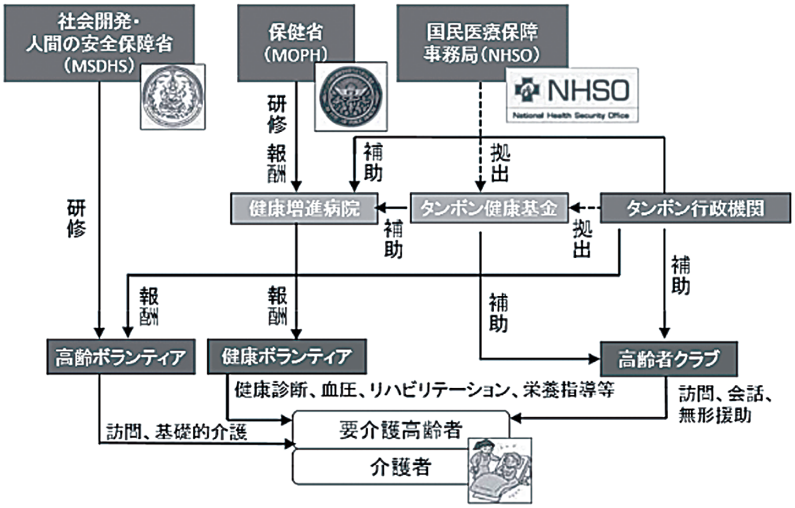

図 1 コミュニティケアの仕組み
(海外情勢報告 2016『社会保障施策』より引用)

2．方法

2-1. 対象エリア

タイで最も高齢者人口が多いナコンラチャシマ県ムアング地区に位置する地域の保健医療機関である Primary Care Unit(PCU) で実施した。この県は 32 の地区で構成されタイで最も大きい面積 (20,494 km²) を誇り首都バンコクから北に 260 キロ、タイ東北部に至る入り口に位置する (図 2)。人口統計局 (2016) によれば、ムアング地区の面積は 755.6km²、人口は 213,844 人、うち 60 歳以上の高齢者は 28,356 人 (高齢化率 13%) でタイ最大である (Banloo 2009)。このムアング地区に 7165 人の高齢者ボランティアが登録されている (Ministry of public health 2013)。

図 2 ナコンラチャシマ県
(Wikipedia 2017 より引用)

2-2. 対象

ナコンラチャシマ県ムアング地区にある PCU に所属するヘルスボランティア (7165 人) のうち、高齢者ケアに 1 年以上携わっている者を対象とした。抽出方法は、まず当該地区にある 25 か所の PCU のうち、6 箇所無作為に選び、その後各 PCU の人数規模に比例させ、計 402 人のヘルスボランティアを無作為に選ぶ二段階抽出法で実施した (図 3)。

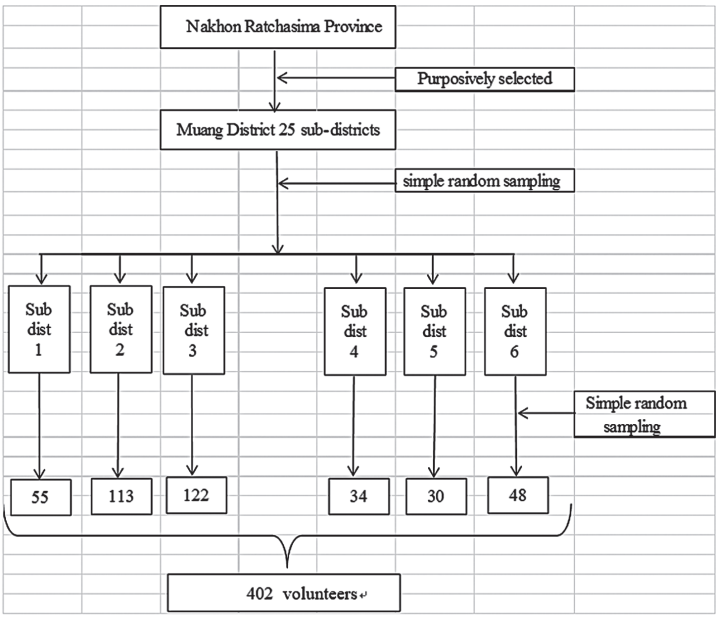

図 3 高齢者ボランティアの抽出方法

2-3. 調査方法

無記名式・自記式質問紙調査にて、2014 年 2 月に調査を実施した。タイ国マヒドン大学より研究倫理委員会より承認を得たのち、公文書をムアング地区の保健局へ送付し、正式に研究を実施する許可を得た。

ムアング地区の PCU 責任者に本研究の目的を伝えると共に、研究補助者 (10 名) に本研究のデータ収集の方法や注意点を説明した。その後、各自治体の高齢者ボランティアリストを入手し、それに準じて各 PCU で質問紙を配布しデータ収集を実施した。本研究の実施にあたっては、事前に対象者へタイ語で本研究の目的、手順及び秘匿性の保証について説明した上で実施した。またデータ記入にあたって、不明な箇所や間違いがあった場合は研究補助者がその場で対象者に聞き取りを行い、明らかにするようにした。データ分析は SPSS(ver.16) にて実施した。

調査内容は、高齢者ボランティアの「基礎情報」(年齢、性別、結婚歴、教育歴、職業、世帯収入、経験年数、活動時間)、「社会的情報」(家族構成、高齢者ケアの経験、ボランティア以外の役割、ボランティアへの推薦人) に加え、「対象者が有する疾患」、「参加した教

育プログラム内容」、「希望する教育プログラム内容」、「提供しているケアの内容」(IADL、ADL、その他) また自由記入方式にて「高齢者ケアで直面している問題点」、「高齢者ケアで行政に対し希望すること」とした。

2-4. 倫理的配慮

本研究はタイ国マヒドン大学倫理委員会より承認を得ている。(COA.No.MU-IRB:2014/005.0601) 倫理審査規定に則り、対象者には調査依頼説明書を配布の上、口頭にて質問用紙には無記名、回答は任意であること、調査協力が個人の評価や不利益にならないことを事前に説明し承諾を得た上で実施した。

3．結果

3-1. 高齢者ボランティアの基本的属性

表 1 は高齢者ボランティアの基本情報である。性別は 9 割以上が女性であり、年齢の中央値は 55 歳であった。また 6 割以上が既婚者であり、最終学歴については、約半数が小学校のみの卒業であった。職業については、無職の割合が 3 割と最も高く、世帯収入は 300 ～ 600 ドルが 4 割程度と最も多かった。ボランティア経験年数は 6 年以下が 3 割以上で最も多く、1 日の活動時間は 7 割以上が 1 － 2 時間のみであった。

表 1. 高齢者ボランティアの基本情報

対象者の情報	**数**	%
性別 (n=415) 男性 女性 **年齢構成** (n=414)	 21 394	 5.1 **94.9**
≤ 50	130	31.4
51- 60	174	**42.0**
> 60	110	26.6
中央値 = 55.0, 四分位偏差 = 6.5, 最小 = 23.0, 最大 = 80.0		
結婚歴 (n=415)		
独身	36	8.7
既婚	277	**66.7**
離婚	23	5.5
未亡人	63	15.2
別居	16	3.9
最終学歴 (n=415)		
小学校	213	**51.4**

中学校・高等学校	128	30.9
職業訓練校	39	9.4
大学	34	8.2
職業		
農業	60	14.5
商業	116	28.0
公務員	10	2.4
会社員	99	23.9
無職	130	**31.3**
世帯収入（ドル） (n=387)		
300 以下	118	30.5
300-600	145	**37.5**
600 以上	124	32.0
中央値 = 360, 四分位偏差 = 180, 最小 = 10, 最大 = 2,700		
ボランティア経験年数 (n=387)		
6 年以下	136	**35.1**
7-10	127	32.8
11 年以上	124	32.0
中央値 = 10.0, 四分位偏差 = 3.5, 最小 = 1.0, 最大 = 33.0		
1日の活動時間 (n=415)		
1-2 時間	317	**76.4**
3-4 時間	68	16.4
5-6 時間	26	6.3
7-8 時間	4	1.0

表 2 は高齢者ボランティアの社会的情報である。7 割以上が核家族に属しており、8 割以上がボランティアになる以前に高齢者ケアの経験を有していた。ボランティア以外の社会的役割としては、約 3 割が高齢者クラブに属していたものの、半数近くがボランティア以外の属性を持たなかった。高齢者ボランティアになったきっかけについては、6 割以上が自己決定であり、友人からの推薦は 4 割に満たなかった。

表 2．高齢者ボランティアの社会的情報

対象者の情報	**数**	%
家族構成 (n=411)		
核家族	294	**71.5**
多世代家族	117	28.5
高齢者ケアの経験 (n=405)		
有	330	81.5

無	20	4.9
在宅高齢者なし	55	13.6
ボランティア以外の役割		
ボランティアのみ	197	**47.5**
高齢者クラブ	134	32.3
協働クラブ	68	16.4
職業団体	40	9.6
宗教団体	17	4.1
教育委員会	12	2.9
その他（村役人など）	68	16.4
ボランティアへの推薦人 自己決定 友人	 260 154	 **62.7** 37.1
医療関係者	93	22.4
家族	43	10.4
その他（健康保険組合）	18	4.3

3-2. 高齢者ケア教育プログラム情報

表 3 はボランティアが受講した教育プログラムに関する情報である。8 割以上が過去に教育プログラムを受けていた。うち 7 割以上は 1~3 回のみであり、3 回以上受けたものは僅か 3 割に満たなかった。なお、実施された研修のうち 6 割以上はタンボン健康基金が主催していた。

表 3. 高齢者ケア教育プログラム情報

教育プログラム情報	**数**	%
研修経験の有無 (n=415)		
有 無	338 77	**81.4** 18.6
研修参加回数 (n=310)		
3 回以上	86	27.7
1-3 回	224	**72.3**
中央値 = 3.0, 四分位偏差 = 1.0, 最小 = 1.0, 最大 = 20		
研修の開催組織※ (n= 338)		
タンボン健康基金	213	**63.0**
社会開発・人間安全保障省	99	29.3
PCU	73	21.6
JICA(Japan International Cooperation Agency)	4	2.0

表 4 は受講した高齢者ケア教育プログラムの内容である。受講者が最も多かった教育は「運動・体操」「糖尿病」(8 割)、次いで「栄養」(6 割)、「うつ病」(5 割)。また、7 割が 2013 年 (2014 年 2 月時点) に最終受講していた。なお今後、受講希望の教育も「運動・体操」(5 割)、「糖尿病」(5 割)、「栄養」(4 割) と提供されているプログラムと一致しており、この 3 点に、受講者が非常に興味と必要性を感じているといえる。

表 4．高齢者ケア教育プログラム内容

教育プログラム情報	数	%
受講した研修内容※ (n= 338)		
運動・体操	276	**81.7**
糖尿病	266	78.7
栄養	225	66.6
うつ病	161	47.6
応急処置法	151	44.7
リスク管理	141	41.7
健康習慣	132	39.1
住宅環境	128	37.9
認知症	123	36.4
褥瘡	103	30.5
嚥下障害	76	22.5
移乗技術	31	9.2
服薬管理	27	8.0
最後に研修を受けた年 (n=333)		
2013	239	**71.8**
2012	43	12.9
2011	33	9.9
2011 以前	18	5.4
希望する研修内容※ (n= 387)		
運動・体操	214	**55.3**
糖尿病	176	45.5
栄養	157	40.6
応急処置	121	31.3
リスク管理	102	26.4
健康習慣	101	26.1
認知症	100	25.8
うつ病	97	25.1
移乗技術	80	20.7
服薬管理	72	18.6
住宅環境	69	17.8
褥瘡	65	16.8
嚥下障害	55	14.2

※複数回答

3-3. 高齢者ボランティアが担当している疾患種類と割合

表 5 は、ボランティアがケアしている高齢者の疾患の一覧とその割合である。7 割以上は糖尿病と褥瘡、半数以上は高齢に伴う運動機能低下を有する高齢者を担当していた。一方、うつ病、認知症等の高齢者は比較的少なく 2 割程度であった。

表 5. 高齢者ボランティアが担当している高齢者の疾患種類

担当高齢者の疾患種類※ (n= 387)	数	%
糖尿病	310	**75.8**
褥瘡	305	74.6
廃用症候群	234	57.2
心疾患	92	22.5
うつ病	86	21.0
認知症	81	19.8
脳卒中	71	17.4
移動困難	67	16.4
膝関節症	53	13.0
癌	46	11.2
高脂血症	23	5.6
骨折	21	5.1
聴覚・視覚障害	19	4.6
慢性肺疾患	17	4.2
その他（腎不全）	1	0.2

※複数回答

3-4. 高齢者ボランティアが提供しているケアの内容と頻度

表 6 は高齢者ボランティアが提供している Instrument Active Daily Living (以下 IADL) に関するケアの頻度を示している。全般的に IADL に関する生活援助は提供されており、中でも「買い物」、「部屋の片づけ」、「通院」においては 7 割が実施していた。ADL に関するケアでは 6 割以上が「座位保持」、「移乗動作」、「歩行」の介助を実施していた。その他のケアでは約 9 割が「血圧測定」、8 割が「血糖測定」、「運動・体操」、「家族指導」、「精神的支援」を実施していた。一方、「更衣・入浴」「トイレ」「食事の介助」「褥創治療」「おむつ交換」といった直接的なケアについては、ほとんど実施されておらず、特筆すべき点といえよう。

表 6. 提供しているケアの内容と頻度（%）

IADL ケアの種類 (n=415)	毎回	時々	あまりしない	全くしない
買い物	24.0	48.3	5.8	21.8
食事準備	22.8	38.8	7.0	31.3
部屋の片づけ	24.5	42.0	5.8	27.7
散歩	9.0	42.0	5.6	43.4
通院（付き添い）	18.9	48.3	2.7	30.1
服薬管理	19.4	41.5	4.1	35.0
ADL ケアの種類				
座位保持	15.5	55.1	7.3	22.1
移乗動作	10.2	50.5	5.1	34.2
歩行	13.8	53.4	7.0	25.7
更衣動作	6.8	38.6	2.2	52.4
入浴動作	8.0	30.6	3.4	58.0
トイレ動作	7.0	41.0	5.3	46.6
食事介助	3.4	12.4	0.2	84.0
整容動作	15.0	37.4	4.1	43.4
その他のケアの種類				
血圧測定	45.6	42.7	7.0	4.6
血糖測定	32.3	47.6	6.6	13.6
家族指導	36.2	45.6	7.0	11.2
褥瘡治療	5.1	18.7	0.7	75.5
精神的支援	50.7	34.2	2.9	12.1
家屋調整	22.6	51.2	4.6	21.6
運動・体操	20.4	56.8	4.9	18.0
マッサージ	9.2	44.4	4.9	41.5
おむつ交換	4.6	17.2	1.5	76.7
補助具指導	15.5	39.6	2.9	42.0

3-5. 高齢者ケアで直面している課題（自由記入方式）

表 7 は高齢者ケアを実施する上でボランティアが直面している課題である。担当の在宅高齢者が協力的でないことや、家族の協力が得られないといった意見が多数あった。また高齢者は糖尿病や褥瘡、認知症、寝たきりなど多くの諸問題を抱えているが、時間的制約があり十分なケアを行えないこと、マンパワーが不足していること、またボランティア側の知識・技術が不十分であるとの意見もあった。

表 7. 高齢者ボランティアが高齢者ケアで直面している問題（自由記入方式）

高齢者ボランティアが直面している問題	数
・高齢者が非協力的である	41
・高齢者家族からのサポートが得られない	11
・高齢者ケアの提供不足（ADL 訓練、メンタルサポート、おむつ交換など）	10
・ケア不足によりうつ病に発展する高齢者の増加	7
・ボランティアがケアを提供する時間の制約	7
・聴覚障害、寝たきり、認知症、うつ病等の高齢者ケアが困難	7
・エクササイズの機会不足	6
・高齢者家族によるボランティアの受け入れ拒否	4
・一人暮らし高齢者宅の介護者不在	4
・地域で高齢者が急速に増えてきている	3
・ボランティアの高齢者ケアの知識・技術不足	3
・執拗な性格の高齢者がいる	3
・病院に通院するための交通手段がない	3
・地域に家や身寄りのない高齢者がいる	2
・若いヘルスボランティアの獲得が困難	2
・高齢者の偏食傾向が強い	1
・地域の高齢者世帯数の把握が困難	1
・高齢者ケアによる疲労感	1

3-6. 自治体に対する高齢者ケアに関するリクエスト（自由記入方式）

表 8 は自治体に対する高齢者ケアに関するリクエスト一覧である。金銭的サポート、ボランティアに対する教育プログラムの充実、高齢者に対する福祉用具について多数の要望があった。これらと並び最も多かったのは、高齢者が通院するための交通手段の確立や、緊急時の救急車の配備についてであった。

表 8. 自治体に対する高齢者ケアに関するリクエスト（自由記入方式）

高齢者ケアに関するリクエスト	数
高齢者ケアに対する金銭的サポート	23
高齢者ケアで必要な福祉用具	11
・血圧計	9
・車椅子	8
・高齢者情報管理のためのパソコン	8
・歩行補助具・杖	7
・血糖測定器	5
・体重計	2
高齢者が通院するための移動手段の確立（救急車含む）	23
高齢者ボランティアに対する教育プログラムの充実	15
障害を持った高齢者に対する在宅環境の改善	9
ヘルスボランティア不足の解消	8
医療従事者による在宅診療機会の増設	8
高齢者宅を訪れた際の手土産代の補助	7
高齢者に対する定期的なアクティビティの提供	6
マスメディアによる国民の高齢者問題への意識向上	5
ヘルスボランティアに対する報酬の提供	2
高齢者に対する精神的サポートの提供	1
高齢者に対する理学療法の提供	1
地域住民による高齢者ケアへの参加率の向上	1

4．考察

4-1. 高齢者ボランティアの特徴

実に 9 割以上の高齢者ボランティアは女性であり、半数以上の最終学歴は小学校であった。これはタイのヘルスボランティアに関する先行研究の結果と一致している (Nualnetr 2012, Kitti 2012)。その理由として 6 割以上が既婚者であり、かつ高齢者ケアの経験者が 8 割を超えていることから、女性の方が子育てや高齢者のケアに携わる機会が多く、高齢者ボランティアになることへの抵抗が少ないことが挙げられる。

また初等教育のみを受けた女性は、高等教育を受けた女性に比べ、都市部へ就労に出ず地域に残る可能性が高く、無職の割合も 3 割以上と高いことからボランティアに従事する時間的な余裕がある点が挙げられる。更に 7 割以上が核家族に属していたことから、高齢者世帯もまた老々介護や一人暮らしの状況であることが予測され、介護者の不在や家族の介護疲れの問題が潜在していることが示唆される。ボランティアになったきっか

けについては、意外にも自己決定が 6 割以上と最も多く、ボランティアの友人に誘われた者は僅か 4 割に満たなかった。そのため、今後は友人を核としたプロモーション活動をより広く展開していくことが、新規ボランティアを獲得していく上での有効な手立てとなりうる可能性がある。

また、この高齢者ボランティアの最大の特徴として、年齢が高いことが挙げられる。表 1 からもわかるように、約 7 割がすでに 50 歳以上、年齢の中央値は 55 歳となっている。これは、30 ～ 40 代のヘルスボランティアが多数派である先行研究 (Kitti 2012) とは大きく異なる結果であり、今回の調査対象地域であったタイ東北部においては、ボランティア自身の高齢化に加え、なかなか新たな人材を確保できていない実情が浮き彫りになっている。

その要因として、若年層では学歴も上がり、就学、就労の機会を求め、都市部へ出てそのまま定住するケースが増加していること、また地域に残ったとしてもボランティアの仕事にやりがいを見出せず就きたがらないということが挙げられる (Knodel 2008, UN 2008, Chris 1998)。

今後ますます需要の高まる在宅介護において、十分供給できるだけのボランティアを確保すること。これが今、日本のみならずタイにおいても差し迫った喫緊な課題といえる。

4-2. 高齢者ケア教育プログラム

過去に高齢者ケアに関する教育を受けた者は 8 割以上にのぼる。その反面、実際のボランティア経験については 6 年以下が 4 割弱、過去 3 回以上プログラムに参加した者は 3 割に満たなかった。

受講した教育内容については、「運動・体操」「糖尿病」が最も多かったが、これは今後希望する受講内容とも一致していた。このことから、地域の在宅高齢者の多くが、糖尿病を始めとする生活習慣病や生活不活発病を患っていることがうかがえる。また教育プログラムの主催者側も、こうした地域のニーズを把握した上で、適切なプログラムを作成しているといえる。

高齢者ボランティアの教育プログラムの意義として、Nualnetr (2012) は、「在宅医療の質を高めるためにはボランティアに対するトレーニングが欠かせない」、また Kitti (2012) は「地域で糖尿病を始めとする生活習慣病を予防していくには、ボランティアの知識と技術を向上させる継続的な教育機会が重要である」と述べているように、ボランティアの高いクオリティを保つためには、定期的かつ幅広い教育が必要とされる。

なお、この教育プログラム内容の改善案の提出先としては、6 割以上が参加していたタンボン健康募金が最も効果的である。

4-3. 対象疾患と提供しているケア内容

7 割以上が糖尿病と褥瘡、約 6 割が廃用症候群を有する高齢者を担当している一方、

うつ病や認知症の高齢者の担当は 2 割程度と少数であった。

高齢者ボランティアが提供しているケアについて、バイタルチェックと IADL を中心とした生活援助が主であり、ADL (入浴、更衣、トイレ、食事) 、褥瘡治療、オムツ交換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ことが明らかとなった。

高齢者ボランティアが実施しているケアが、生活援助に集中している理由としては、教育プログラムが教室での机上の理論に終始し、身体介護の実技練習が取り入れられていない可能性があること、またボランティアであるが故に、排泄や清拭といった身体介護まで行うことに、心理的抵抗があることが考えられる。

しかし実際には、直接的身体介護も求められる場面が多いため、教育プログラムの中で、身体介護の重要性とやりがいを伝えると共に、より実技を中心としたプログラムを組んでいくことが求められる。これは要介護高齢者の介護を日々実践する家族の中に、正しい介護方法を浸透させていく上でも重要となる。

また、7 割以上が褥瘡高齢者を担当しているにも関わらず、適切な処置が取られていない可能性がある点については、医療資格を持たない高齢者ボランティアにどこまで医療的措置を求めるのか、また認めるのか未だ明確な線引きがなく、各 PCU の裁量に任されているのが現状であるため、今後の議論が待たれる。

4-4. 高齢者ケアで直面している問題と行政に対する要望

表 5 にあるように、高齢者ボランティアのうち 7 割以上が糖尿病や褥瘡、半数以上が廃用症候群、そして約 2 割が心疾患、うつ病、認知症、脳卒中などを有する高齢者を担当している。このように、ボランティアには様々な疾患や症状への対応が求められている中、マンパワーが不足し、ケアの知識や技術も未熟であり、十分に応えることができていないのが現状である。

そのため、多様な教育の提供や、新たなボランティア獲得に向けたプロモーションは、これらの課題を解決していく上での要となる。また、意外にも「高齢者自身や家族が協力的ではない」という意見が散見された。これらは、ケアの概念や高齢者との接し方の方法が、高齢者ボランティア達の間に十分浸透していないことが背景にあると思われる。教育プログラムでは、方法論に終始することなく「ケアとは何か―」、その意義についても追及し、継続的に伝えていくことが求められる。

行政に対する希望については、金銭的サポート、ボランティアに対する教育プログラムの充実、高齢者に対する福祉用具について多数の要望があったが、最も多かったのが、「高齢者が通院するための交通手段の確立」と「緊急時の救急車の配備」についてであった。

これは、高齢者ボランティアの所属する PCU では、マンパワーのみならず、予算や備品、高齢者へ配布する福祉用具についても不足していることを示している。また、通院や緊急時における病院への交通手段については、家族が近隣で車を所持する知人に依頼し、送迎してもらっているのが現状である。これらの点を改善するためには、こうした

現状を絶えず地方政府や社会へ訴え予算を獲得していく努力が要される。

5．おわりに

タイにおける介護事情は、これまで家族を中心とし支えられてきたが、要介護高齢者の増加と所帯状況の変化に伴い、家族介護力が低下し、次第に日本同様、家族の介護疲れや介護うつといった、二次的問題が発生することが懸念される。そのため 1978 年のアルマアタ宣言で提言された自助と自己決定に則るプライマリーヘルスの概念を今後は高齢者の在宅介護の中で実践していく方策が求められている。

一方、家族と共に在宅介護を支えている高齢者ボランティアによる介護も、未だ統一されたアセスメントに基づくものではなく、介護の知識や技術レベルはまだまだ個人差が大きい。その結果、要介護高齢者のニーズと高齢者ボランティアが提供する介護に、ギャップが生じており、サービス公平性の観点からも大きな課題となっている（JICA 人間開発部 2013）。その解決法として、ボランティアに対する体系的な教育プログラムの早期確立が望まれる。

また、高齢者ボランティアの年齢中央値が既に 55 歳であることを考慮すると、新規ボランティアの確保・養成が急がれる状況にあり、友人などからコミュニティを通じてボランティアを募るなど、効果的な手段を講じていく必要がある。さらに将来的には家族介護の質を向上させることを目的とした介護指導要綱を作成し、高齢者ボランティアがその指導を担うことも期待される。

タイの要介護高齢者が、今後も地域で増加していくことは明白である。それに伴い、その介護を直接的に支えている高齢者ボランティアに求められる役割も益々拡大していくため、その実態を明らかにする調査研究や彼らを地域リーダーとして養成し、より効果的に用いていくための実践研究は将来の介護対策を講じる上で必要不可欠であり、今後も継続して行われるべきものである。

また真に要介護高齢者のニーズに即した質の高い介護を実現していくためには、家族やボランティアによる介護に依存するだけでは不十分である。要介護高齢者の身体的・精神的状態および社会的な状況も踏まえ、適切なアセスメントに基づいた体制を国家主導のもと構築していくことこそ、将来におけるタイの高齢化社会を支える礎となるといえよう。

謝辞

本研究で調査協力者を御紹介頂いたマハラットナコンラチャシマ病院のヌアンパン様、調査にご協力頂いた高齢者ボランティアの皆様、そして研究に丁寧なアドバイスをして下さったマヒドン大学のジラポン先生に深く感謝申し上げます。

注

1）「高齢化社会 (65 歳以上が人口の 7%)」から「高齢社会 (14%)」へ進展するのにかかる年数を倍化年数と呼ぶ。日本と他のアジア諸国における倍化年数を比較すると、日本が 24 年かかったのに対し、他のアジア諸国は、韓国 19 年、シンガポール 22 年、インドネシア 22 年、タイランド 20 年と日本を上回る速度で高齢化が進行している。

2）ヘルスボランティアに対する月々 600 バーツの報酬や活動経費の給付財源はタンボン (地方行政組織) により賄われている。

3）高齢者ボランティアに対する月々 600 バーツの報酬や活動経費の給付財源は一時的に中央政府が負担するものの、基本的にタンボン (地方行政組織) により賄われている。大半の事業が最初の２年間のみ中央から財政措置され、その後自治体に移管されるため、持続可能性に課題を抱えている。

参考文献

Banloo S. and Sutthichai J. (2009) *Situation of Thai Elderly*, Bangkok, TQP Ltd.

Chanitta S., Sankoon C. and Paiboon B. (2009) Development model of Health Care Management for the Elderly by Community Participation in Isan, *The Soc Sci*. 4(5), pp.439-42.

Chris, N., Reike, T., Robbert, S., et al. (1998) Cancer and caregiving, the impact on the caregiver's health, *Psycho Oncology*, 7(1), pp.3-13.

独立行政法人国際協力機構 (2013)『タイ王国要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト詳細計画策定調査報告書』JICA 人間開発部 .
(http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12148417.pdf, 2016.11.10)

Jones, G., Prasartkul P., Knodel, J., Bundhamcharoen K., Chandoevwit W., Punpuing S., et al. (2011) *Impact of Demographic Change of Thailand*. Bangkok: UNFPA.

Kauffman, K.S. and Myers, D.H. (1997) The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. *Int J nursing studies*, 34(4), pp.249-55.

Kitti S. and Rhona, M.H. (2012) Diabetes prevention education program for community health care workers in Thailand, *J Community Health*, 37(3), pp.610-8.

厚生労働省大臣官房国際課 (2014)『国際的な Active Aging (活動的な高齢者) における日本の貢献に関する報告書』(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000-Daijinkanboukokusaika-Kokusaika/0000044928.pdf, 2016.11.10)

厚生労働省 (2016)『2016 年海外情勢報告：東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (タイ)』(http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/17/dl/t5-12.pdf, 2017.07.30)

Knodel, J. and Chayovan N. (2008a) *Population aging and the well-being of older person in Thailand*, Bangkok, UNFPA.

Knodel, J. and Chayovan N. (2008b) Intergenerational relationships and family care and support for Thai elderly, *Ageing Int*., 33(1-4), pp.15-27.

Narain, J.P. (2007) *Role of Village Health Volunteer in Avian Influenza Surveillance in Thailand*, New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia.

Nualnetr N. and Sakhornkhan A. (2012) Improving Accessibility to Medical Services for Persons with Disabilities in Thailand. *J APDR*, 23, pp.34-47.

Office of Women's Affair and Family Development and Human Security in collaboration with United Nations Development Program (2008) *Thailand Gender Disaggregated statistics*, Bangkok, UNDP.

Oizumi, K., Kajiwara, H. and Aratame, N. (2006) *Facing up to the Problem of Population Aging in Developing Countries*, Tokyo, JICA.

Population Division, Department of Economic and Social Affairs. (2007) *World Population Aging*, New York, United Nations.

Primary Health Care Division, Ministry of Public Health (2013) *Health Information system: Village health volunteers who get payment*. (http://www.thaiphc.net/phc/main/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=54, 2015.01.14).

Sranacharoenpong K., Hanning, R.M., Sirichakwal P., et al. (2009) Process and outcome evaluation of a diabetes prevention education program for community healthcare workers in Thailand, *Educ Health* (Abingdon), 22(3), pp.335.

United Nations (2012) *World Population Prospects: The 2012 Revision*, New York, United Nations.

Wikipedia (2017) *Mueang Nakhon Ratchasima*. (http://en.wikipedia.org/wiki/Mueang_Nakhon_Ratchasima_District, 2016.8.1).

山下護 (2008)『タイの高齢者事情と今後の課題』国際長寿センター . (http://www.ilcjapan.org/chojuGIJ/pdf/12_02_4.pdf, 2017.06.25)

The role of Elderly Volunteers and the Educational Issues Pertaining to Elderly Care
—A survey of Elderly Volunteers in Northern Thailand—

Osamu WATANABE and Masato KAWAMORI

The trend of population aging in the 21st century is especially prominent in Thailand. Therefore, age-related diseases such as diabetes and hypertension have become the top ranked causes of mortality. As the elderly's functional limitations increase, the assistance of elderly volunteers has become more essential.

This study was carried out in February 2014. In total, 402 self-administered questionnaires were distributed to the elderly volunteers engaged in elderly home care in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The questionnaire mainly focused on socio-demographic factors, training programs, and the content of the care provided.

The results of the questionnaire showed that almost all the elderly volunteers were female (94.9%) and most had training experience in exercise courses (81.7%) and diabetes courses (78.7%). Regarding providing care, the majority offered IADL care and checked vitals; however, ADL (or Essential Daily Care) was not provided.

Therefore, it is important to create a systematic program for elderly volunteers whereby they learn both the skills to administer chronic disease care and essential daily care.