

「インドの介護に関する研究」の取り組み

九州大谷短期大学 専攻科 福祉専攻 中村京子

はじめに

日本の高齢化は欧米諸国に比べ早いスピードで進行し、今や世界一の長寿国となった。

国際連合協会は、高齢者が総人口の占める割合（高齢化率）が、7%を超えた時点から高齢化社会、14%以上を高齡社会といい、20%以上を超高齢化と定義した。現在、日本は27.47% {(2018年)提供先:グローバルノート}を超えている超高齢化である。同様の動きとしてイタリア23.31%、ポルトガル21.89%と引き続いていく。著者の研究対象であるインドの、高齢化率は6.18% (2018年) で間もなく高齢化社会に突入する。先進諸国に比較すれば、ゆっくりとした速さではあるが、13億以上という人口の規模から7%は1億人である。日本の10倍の数となる。また日本においては戦後の不況から高度成長期を迎え、その後1970年に高齢化社会に突入している。このように経済の安定した後に向かえる高齢化社会は対策がまだ立てやすいと考えられるが、インドにおいては絶対的貧困が十分に解消されないままに高齢化社会へと突入する。またインドは「介護」という概念はなく、「お手伝い」の領域で調理や清掃等を行っている。介護スキルは無に等しい。ほとんどの人はその危機感も希薄である。インドの高齢化は高齢化社会に入る前に取り組まなければならない重要な案件であると考えている。

著者は2013年から2019年の今日まで「これまで日本が培った生活支援技術をこれから高齢化社会を迎える海外インドに異文化と生活習慣を鑑みた生活支援技術モデルを開発し伝授する」研究に取り組んできた。そして、この度、日本政府が打ち出した「アジア健康構想」の一環である、「インドの技能実習生送り出し教育機関」の事前プログラムとして、内閣府から

インドで「日本式介護」の導入（2020年3月実施予定）の担当者として依頼を受けた。これを機会にこれまでの研究の経過をまとめたのでここに報告する。

インドの紹介

1. インドの概要

面積は約329万平方キロメートルで世界第7位、約日本の9倍の広さとなる。人口は約13億5000万人（1位中国に次ぐ、2020年には世界一となる見込み）構成は28の州と7つの連邦直轄地である。統治機構は三権分立、議会制民主主義、連邦制、の3本柱になっている。国家元首は大統領であるが実権は持たず、行政は首相を中心に州政府が行っている。地形は南アジアに位置し、北に世界最高峰のヒマラヤ山脈が連なり、東にベルガル湾、南にインド洋、西にアラビア海が広がっている。ミャンマー、バングラディッシュ、ブータン、ネパール、中国、パキスタン、スリランカ、モルディブと8国と国境を接している。地形は山岳、河川、砂漠、高原、デルタ地帯等、と変化に富む。インド中央部を東西に走るウインディヤ山脈を境に北インドと南インドに二分される。

2. 歴史と宗教

インドの歴史は紀元前2500何頃のインダス川流域で発生したインダス文明から始まる。紀元前1500年ごろにはアーリア人が進出し、哲学と社会制度を発展させ、ヒンドゥー教やカースト制度が生まれる。

紀元前500年ごろブッタによって仏教が興り、しばらくはヒンドゥー教との共存が続く。しかし紀元後600～1200年ごろイスラム勢力の進出があり、インド北部の区域を支配する。イスラム教が衰えると内乱が興り、イギリスとフランスがインドにおける勢力争いを始め、イギリス軍がフランス軍を破りイギリスの植民地となる。1947年マハトマ・ガンディーは「非

暴力、不服従」を掲げて独立を果たす。ヒンドゥー教とイスラム教の融和を説いたガンディーは次年ヒンドゥー教徒によって暗殺される。その後は非同盟運動が進められた。現在の宗教の数はヒンドゥー教徒80.5%、イスラム教徒13.4%、キリスト教徒2.3%、ターバンを頭に巻くシク教徒1.9%、仏教徒0.8%、ジャイナ教徒0.4%である。

3. 人口動態と高齢化

高齢化率は6.18%（2018年）（出典：世界銀行調査）であるが、2025年には12%と予測されている。急速に高齢化に入った日本に比べれば、緩やかではあるが、近い将来、確実に高齢化は迎えることになる。（図1参照）、13億以上という人口の規模から7%は1億人である。日本の10倍の数となる。医療の発展から病気などで死亡する人が減少し平均寿命は1980年53.8歳から2016年は68.8歳と伸びている。しかし、日本84.2と比較すると15歳の差がある。インドの主要な宗教であるヒンドゥー教やイスラム教では子作りが奨励され、農村部を中心に早婚、多産の傾向がある。宗教上の理由から産児制限は国民の反発となる。しかし、5歳以下の乳児死亡率は47.7人/1000人と高いことから保健衛生の低さと女性の教育の低さが原因と考えられる。図2は国際連合経済社会局人口部が発表している「人口推計」のグラフである。左側から2010年、2050年の推計である。2010年の人口ピラミッドは理想的な三角形を描いているが、徐々に釣りがね型になり高齢化社会と進んでいく。

インドは都会と田舎との差が大きく、すでに高齢化に突入している州は多くある。

インドの人口構成の特徴は、インドは現在、高齢者は1億人に対しているが、若い労働人口の割合は25歳以下が半数以上で8億8500万人である。日本・中国は少子化の道をたどるが、インドはこれからも20年間の増加の経過を得て、その後は横ばいになる。世界でもっとも労働人口の豊富な国になる。（図2参照）

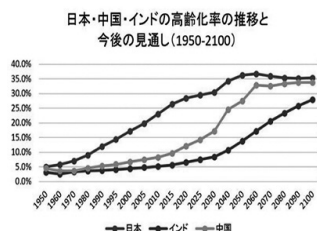


図1 高齢化推計

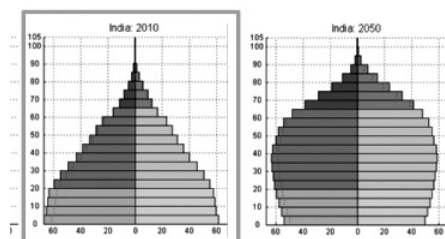


図2 人口推計

インドの保健家族福祉省によると60歳以上の高齢者の8割は農村に住み、かつ3割が政府の定める貧困層の基準を下回るといふ。

4. インド文化の特徴

1) 多様な民族と言語・識字率

インドでは長い歴史の中で多様な民族が共存し、混じり合って生きている。インドは多民族国でアーリア族・ドラヴィダ族・モンゴロイド族そのほかでも約100はあると言われている。言語も憲法で公認された言語では21種類有り、少数部族等の言葉を入れると400以上の言語が存在するといわれている。連邦公用語は民族が多い分はヒンドゥー語、英語他である。インドの多言語は紙幣の裏側に、ヒンドゥー語と英語以外に15の言語で額面が記載されている。インドでは、生まれた時から多言語環境で複数の言葉、を使い分ける習慣がある。初等教育は地域の言葉に加え、公用語で、高等教育は英語で行われている。大学やビジネスで出会うインド人は、ほぼ全員英語が通じる。しかし高等教育を受けていない人は、インドでは多く、識字率(図3参照)は世界の下位であるが、1991年48.2%から2018年と74.4%急上昇している。(図4参照)これは行政が学校教育100%を目指しているためであるが、いまだにインドでは児童労働、ストリートチルドレンの問題が深刻であり、識字率も名前が書ける、読める程度ともいわれている。特徴は若年者(15～24歳)や男性が高く、高齢者・女性が低い。これは男尊女卑の風習から女性の教育の低さが考えられる。

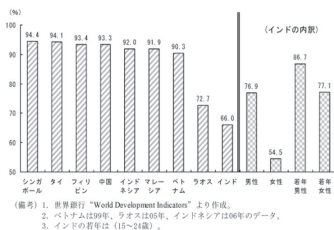


図3 識字率性差・年齢差

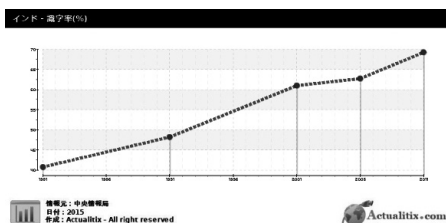
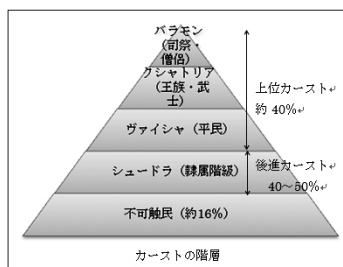


図4 識字率

2) カースト制度

『カースト制度』の由来は紀元前1500年頃にアーリア人がインド北部進出時に、風土病感染予防として人種隔離政策がとられたのが原型であるといわれている。先住民族の支配のために創られた。アーリア人とドラヴィダ人（先住民）の混血の度合いの身分階級制度である。カーストによる差別自体は1950年の憲法で禁止されているが、5000年以上続いた慣習は簡単には消えることはない。カースト制度は主に4つの階級とノンカーストに区別される。（図2参照）上位からブラフミン（司祭）、クシャトリヤ（王族、武士）、ヴァイシヤ（牧夫、農家、商人、職人）、シュードラ（農場労働者、使用人、人夫）の4つとその下にアシュートという不可触賤民のカーストに属さない者があった。職業にも「浄・不浄」によって序列がつけられ、汚物や動物の生死、罪などに関する仕事が不浄のものとして下の階級の人の仕事と当てがわれる。カースト制度の特徴として、上のカーストは下のカーストを見下し、カーストは一生変えることはできない。カーストは親から子へ継承され、他のカーストとの婚姻は不可能とされている。また現世で良いことをすれば輪廻転生で上位のカーストへ生まれ変われると言われ

図5 カースト制度



る。他宗教から入った場合はシュードラ（奴隷）にしかねない。現世でいい事をするべく上のカーストへの奉仕が信仰されている。そして、下位のカーストの中で学識が高い人の自殺者が多いことが指摘されている。現在の介護は「肌に触れる」ことから下位の職業とみなされている。

3) 食文化の多様性と制約

インドは民族や言語と同様に食生活にも多様性が見られ、また宗教的に厳しい制約がある。人口の半数は菜食主義であるといわれている。8割以上のヒンドゥー教徒は牛を神聖なものとしているため牛肉を食べない。その次に多いイスラム教徒は豚肉を穢れたものとして食べない。またアルコールはご法度である。仏教、ジャイナ教は動物や魚の殺生をしてはいけないと説いている。特にジャイナ教徒は不殺生を徹底している。食事の中心は野菜であり、穀物、野菜、乳製品、豆類が、中心となる。そのために肉類では鶏肉、羊肉が一般的である。

主食も地域で特徴があり、北インドは小麦粉で作った「チャパティー」「ナン」、南インドは米を主食としており、カレーやおかずとご飯を手でこねて食べる。しかし味付けは統一されたインド特有のマサーラー（植物の実、種、葉、根から創った香辛料）による。

5. インドと日本の関係及び経済状況

インドにおける対日世論調査（2013年外務省）から現在の日本とインドの関係を「非常に良好」「良好」を80%、「日本はインドにとって信頼に足る」を95%のインド人が答えている。歴史から見ても関係は強い。仏教はインドから中国を通じて日本に伝わった。インド古来の修行法を受け継いでいる。その後もインドと日本は文化的な交流を続けた。第二次世界大戦中、イギリス軍としての加わったインド国民軍とともに戦った仲である。インドの独立後も良好な政治的関係を保っている。日系企業、特に車関係はインドに製造施設を持っており、インド経済の発展により、インドは日

本の企業にとって大きな市場となっている。

1991年経済自由化路線に転換後経済危機を克服、高い実質成長を達成している。2010～2011年度8.4%回復し、現在、インドの経済率は7%を維持続けて急成長しているというものの、いまだに貧富の差が大

きく、一人当たりのGDPは1,741ドルと非常に低く、日本39,000ドルと比較すると1/22である。(図6参照) 国の社会保障制度や公的な医療保険も整備されていない。このような現状でインドの高齢化は進むことになる。

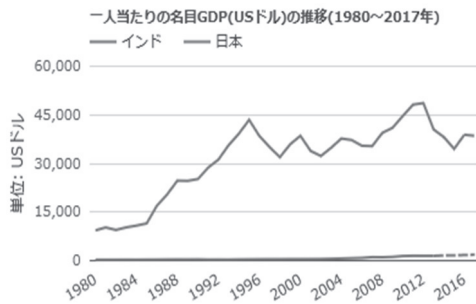


図6 GDP (出典：世界銀行)

6. インドの高齢者に関する先行研究

発展途上国のインドを題材にした高齢者の動向や保障に関するものはあったが「介護」の先行研究は、ほとんど見られなかった。

『新興諸国における高齢者の生活保障システム』調査研究報告書(2009年アジア経済研究所)によるとインドでは60歳以上を高齢者と定義される。インドでの高齢者政策を主管する社会正義・エンパワメント省によるとインドにおける高齢者の特徴として①高齢者の大多数が農村部に居住 ②高齢者人口の女性化③80歳以上の高齢者の増加④貧困線以下の高齢者が多い(30%)と言っている。

「高齢者の大多数が農村部に居住に対して」はインドでは国勢調査は10年に1度実施される。それによると1981年の国勢調査と20年後の2001年の調査と比較すると農村部は6.8%から7.7%、都市部は5.4%から6.6%と高齢化が進んでいる。都市部より農村部への上昇がはやい。

「高齢者人口の女性化」は社会正義エンパワメント省の調査によると

2001年のインド全体の人口の性比は男性1000人に対して女性933人であるのに対して、60歳以上人口の性比は2001年に男子1000人に対して農村部で1026人、都市部で1038人、全国1029人となっている。「この男女の違いは男女の平均的な結婚年齢は男子のほうが長生きをする。第2に離別（死別・離婚）ののち女子は再婚を控える社会的な風潮・規範がある。」¹⁾と太田は言っている。

社会保障の領域は、皆年金も皆保険も実現していない。インドでは取り組みを州独自に行っているが、インドにおける高齢化の進行と地域格差」（2005年：西川）の研究から取り組みに差が生じ、インドの中でもケーララ州での取り組みが他州より充実している。という結果が出ている。

また「国際連合経済社会局人口部が発表している「ケーララ州は、2001年に老年人口比率（65歳以上）はすでに7%を超えている」という報告がなされている。

研究目的

テーマは「異文化と生活習慣を鑑みた生活支援技術のモデル開発」である。

本研究は、世界で一足先に高齢社会を迎えた我が国が行う介護の国際貢献である。日本の高齢社会は他国で類を見ない速さで到来した。それに伴い介護教育も暗中模索したものの、今では世界に誇る介護教育システムと介護を専門職として育て、国家資格者として世に出した。日本が培った介護の知識・技術・そして精神をこれから高齢化社会を迎える世界の国々に貢献することは介護教育に携わる介護教員の義務ではないかと考える。介護という概念がなく、知識もスキルもないインドの介護スタッフに提供することで「利用者の安全・安楽」、「介護者の身体負担の軽減」また「インド独自の介護」として発展することを目指す研究である。

「研究取り組み」の経過

研究過程Ⅰ 聖隷クリストファー大学

2013年12月25日～12月29日

訪問先：ニューデリー・オールドデリー

目的：インドの福祉・介護の現状調査

方法：高齢者施設視察及びインドの日本大使館からの情報収集

成果・・・経済の不安定・システムの不備・就労条件の悪さ・児童労働・人身売買・障害者が多い、

問題は何か
腰痛

研究過程Ⅱ 科学研究費助成事業

2014年12月・2016年9月・2017年3月 訪問先：南インド ケーララ州

目的：生活支援技術：ボディメカニクス及び移動移乗の研修会開催のため

方法：①アンケート調査（知識及び意識）

身体負担75% 腰痛62%
ニーズの明確化か：身体負担の軽減
研修会項目決定：ボディメカニクス

②生活支援介護技術研修会
（ケアスタッフ約20名ワークショップ形式）

課題：民族性の理解
実際の介護の問題を探求

「介護の実際」に参加し観察
する必要がある。

研究過程Ⅲ 九州大谷短期大学 特別奨励特別研究奨励措置

2019年10月5日～10月12日 訪問先：ベンガル州 コルカタ

目的：参加観察 介護の問題点を探求する

方法：コルカタのマザーテレサ施設でスタッフと一緒に実際のケアを行う。

これからの研究

内閣府⇒ERIA委託事業

2020年3月（予定）

訪問先：アルナーチャルプラデーシュ州・ナガランド州・ミゾラム州のいずれか

目的：日本に送り出される技能実習生に対して、「日本式の介護」を習得するための予備知識として

方法：生活支援介護技術演体験型演習

7. インドに関する研究の経過と成果

【研究過程Ⅰ】

～訪問調査より～

1) 視察の目的

インドの文化・生活習慣を鑑みた生活支援技術の提供を考えるためにはインドの歴史から生まれた文化や習慣、インドの「人」「生活」を肌で感じ、直に施設の現状を知った上で、生活の支援を考えなければならない。またこれからは「国際福祉交流」を発展し、具体化するために現状把握や福祉の施設の視察は必要と考える。

今回の調査をインドの首都である都会的なニューデリーとインドの古い文化が残っているオールドデリーの視察とした。

2) 視察場所

・高齢者施設

R施設及び同系列の救急病院

G施設

・インドの日本大使館（情報収集）

（１）高齢者施設《R施設》への視察（１時間30分）

管理者：S.P

利用者：14名 年齢（推定 75歳ごろ）男性12人、女性2人

居室状況：1階：4人部屋 1R、1人部屋 6R

2階：3人部屋 1R、仕切はないスペースに1人

スタッフ：4名

男性1人、女性1人：住み込み 女性2人通い、月給5,000ルピー（日本円で約7500円）

写真 1



住宅街の中にあり、一見普通の民家と変わらない場所に立地してつい見落としてしまう。看板にて、表示されているのが、作りはコンクリート作りで部屋の中は宗教の品で飾られていた。排泄の臭いが若干感じられた。一人部屋はドアなどの仕切りはあったが、4人部屋や2階はドアや仕切りはなくプライバシーはほとんど守られていない。2階は男女同じ部屋であった。

経営費用は、代表（管理者）と会うことができなかったため明確ではないが、スタッフの責任者、が経営する救急車及び医院の収入と利用者の家族からのわずかな収入からであった。確かなことは責任者と会うことができなかったために不明である。いずれにしろ国の保障はない。入居者はいろんな州の出身者であった。

現場を見て感じたことは、動けない人は抱え上げ、虚弱でも歩ける人は一人で歩かせる等、介護スタッフ個々で行い共通した基本的な介護技術の手順はないようだった。しかし施設の問題は介護レベルの向上の必要性というより、毎日の生活資金をどうするか段階であった。

利用者もスタッフも好意的で利用者は、「ナマステ」・・こんにちは「アパテナン カヤーン ザ カナン」・・お体大丈夫ですか・・とヒンズルー語で声掛けると笑顔で接して喜んでいてくれるのが感じられた。冗談で「お土産は？」等と催促されたため、近くの駄菓子やお菓子などを買って配ると笑顔で顔の前で手を合わせて喜ばれる。一人の男性の利用者は、訪問している間中、布団を頭からかぶり顔を見せてくれなかった。その人以外の利用者は我々が訪問したことを喜んでいた。

スタッフは4人であり、2人は住み込み24時間体制で対応する。通いの2人も決められた勤務時間はなく、殆ど12時間くらいの労働時間であった。定まった休みはないが「用事があった時に休む程度」というも不満そうな表情はなかった。「この仕事は好きですか？」との問いには、笑顔で「ええ、とても好きです」と即答された。

ほとんどが歩ける利用者で認知症と思われる人は多くいたが認知症の人に特別な対応はされていなかった。

（2）同経営の救急車及び医院への視察（1時間）

民間の高齢者施設「R施設」から30分くらい離れたところに管理者がいると聞き、話を伺おうと尋ねる。しかし管理者：S.P とは、会うことはできなかった。民家から外れた所に30台の救急車が無造作に駐車されていた。救急車の中は見学することが出来なかったため、救急車の設備等は見

ることはできなかったが、我が国の救急車の管理に比べ無造作な管理のために整備はほとんどできていないのではないかと推測出来た。医院は、診療所程度で、医師が一人と運転手2人いた。また、入居者男性約80歳で認知症を持った人が1人。民間の高齢者施設R施設の入居者であったが、他の入居者とうまくいかずにこの施設に入所しているという。施設内は残念ながら見ることはできなかったが、外観から、衛生的や整備が十分とは伺えない。

(3) 高齢者施設《G施設》への視察

管理者：医師G.P)

写真2

利用者：112名 平均
年齢（推定70～100歳）
男性41人、女性71人

居室状況：戸や仕切り
もないフラットの部屋に
多人数の男女混合で敷き
布団風のを敷きその
上に座り、寝て生活して



いる。密度は高い、一人当たりの広さは十分ではない。環境も衛生も十分とは言えず、着衣も着たままではないかと伺える。（写真2は居室の様子である）

スタッフ：医師1人、看護師1人、ケアワーカー、ソーシャルワーカー計18人（資格制度はない）

12時間勤務または住み込み者は24時間体制で給料は3,000～40,000ルピー（日本円で4,500円～60,000円）である。

当施設の利用者の多くは認知症で徘徊して家に戻れなかったり、貧困で路上生活をしている人や倒れている人を職員が町をパトロールで保護している。「路上で死ぬよりここで死んだほうがましでしょう」と管理者が話される。（家族が捜しに来て500人は帰宅した。）日本での老人ホームのよ

うに毎日の日程や年間行事が決められている様子はなく、ただ収容されていると感じた。しかし入居者の表情はよく、幸せ、ハッピー、楽しいとの言葉が聞かれた。職員との会話やかかわりも良く、温かい雰囲気である。

運転資金は国からの補助はなく、個人財産や、企業から寄付を募ったりして賄っている。食糧等は寄付からが殆どであるが、職員の給料の支払い分が寄付から得なければならない。多くは払えないために職員の数が少ない。また、仕事がきついことから職員が辞めてしまう等の問題がある。

施設を始めるきっかけはオーナーの自分の周りの貧しい人の為に何かをしたいと思った。資金が必要なのでビジネスとして学校を始めた。そして、一番貧しい人は認知症の人と思い、施設を創った。最初はケアをする人がいなく自分がケアをした。働く人が少ない。人を探すのが大変である。「人がいなければ自分でケアをやります。10年間のうちに500人なくなり葬式も自分でやった」と話される。

介護技術の実際の場面では食事介助はおかずとごはんを混ぜる。しかしインドの文化では手でカレーとご飯を混ぜて食べる習慣があるため嫌がる様子はない。

(4) インドの日本大使館 (1時間30分)

目的は、高齢者の福祉領域に関する資料や情報収集であった。日本人のS氏が対応、今年の4月から厚生労働省の職員として赴任。

インドはこれから(約10年後)発展する。いろんな意味で需要が大きいと言われ派遣されたことを話され、我が国の企業や、ビジネスがインドへの進出を期待していることが伺える。

大使館からの情報をまとめると「インドの社会的問題は障害者、児童労働、人身売買、であり、高齢者以前の問題である。高齢者の福祉の位置づけができていない。60歳以上(インドでの高齢者の規定は60歳である)はインドの人口13億の内、約1億人であり、きれいなピラミッド型を保っている。乳幼児の死亡率が高いため平均寿命は60～65歳位である。現在は15歳以下の労働市場をどうするかが課題となる。福祉や介護という概念は

なく、介護と医療が一緒になっている。介護は高齢者より障害児を対象にしている。医療は都市にはそれなりの施設があるが、農村にはそういう施設がない。制度化はされていなく政府の取り組みはNGO等の民間の団体に依存しているのが実情である。

家族の在り方はまだ日本の昭和30年代を思わせる。結婚は殆どが見合い結婚で顔も見ず結婚式を迎える。本人の意思より家族間のつながりや助け合いが強い。(カースト制度がまだ存在している) 年金も殆どない。(州によってはあるがあっても1000円程度／年である)

家の在り方は男子中心であり、男性が5%位は多い。女子が生まれると間引きをすることもある。昔と比較すると女性が働くようになり、また大家族が、核家族化している。家族で担ってきたことが、できなくなりつつあるが、まだ高齢者の世話は、多くのケース家族で見ている」

写真3



以上がインド大使館S氏からの情報収集である。(写真3は大使館の入り口)

ニューデリーにおける高齢社会の現状や問題を知る手掛かりまではいかなかったが、大きく活動している施設としてG施設を紹介された。

(5) インドの国立総合病院を視察(1時間)

病院: AII MS All INDIA

国が経営する病院である。非常に大きい、立派な病院であった。町の中心地で地下鉄を降りると歩いて5分位のところに立地されていた。驚いたことに地下鉄駅から病院までの路地に入院患者の付き添い家族が陽だまりで寝入っていた。遠方から来ているために、帰らずに生活している。また一人の家族の受診に大家族ともども付き添う。1人の患者に7人の家族の

付き添いと会う。病院は相当広く、設備自体の質は分からないが、診療科も揃っており、規模的には日本の大学病院ぐらいで「この病院は誰でも来られる」とのことだった。しかし数は少なく、遠くから列車に何時間もかけて受診に来なければならない。

(6) オールドデリーの町の現状

町全体が埃っぽく、樹木が埃で白い。地下鉄の駅や町に機関銃を持った軍人が立ち、街でも行きかう。路上で生活しているのか寝ているだけなのか老人が敷物の上に横たわっている。道路の中央の安全地帯に洗濯ものを干しているホームレス。尿の臭いがするスラム街。露店でアイスや果物、お菓子を売っている児童労働。車が渋滞で停車している中を縫うようにして寄ってきて、物乞いをする身体障害者や妊婦達。芸を見せてはお金を請求する裸足の幼い子ども達。目があったら、車が動こうとしても追いかけようとする。現地の人から自立を促すためには施しをしない、そのためには目を合わせてはいけないと言われ、見ないふりをしたが、本当に本人のためなのか考えさせられた。騒音、警笛、ごみでいっぱい路上。交通手段としてリキシャと呼ばれる、人力車で3～4人を乗せて汗だくで漕ぐ老人。オートリキシャと呼ばれる三輪車の乗り合い。トイレではチップをもらおうと待っている女性。みんながその日1日を生きること必死なのである。戦後の日本がこうであったのではないかと思わせる。

考察

1. 福祉・介護は全般を考える。

高齢者の施設での入所者は特別に重度の人や要介護者が入所しているわけではなく。何かの事情で家族が介護することが困難な人が集まっている。高齢者施設、障害者施設、知的障害者と別れてはいるが、今後の福祉を考えるのは高齢者に特化するのではなく、障害者を含めたうえで介護全般を考えていく必要がある。

また生活支援技術は日本での介護福祉士が大事にしている人間の尊重、

自己選択・自己決定・自立支援等は程遠いものを感じた。

しかし、その反面、日本が持たない無償の人間愛のようなものを感じた。介護福祉の精神である「人間の尊重」は我々では入れないインドの文化がある。インドの生活習慣から腰に負担をかける動作が多い、利用者のための介護のレベルの向上というよりスタッフの負担の軽減のための生活支援への提供を考えてみる必要があると考える。

2. 認知症の理解と地域でのサポートの必要性

認知症の老人が、徘徊して帰る自宅がわからないで路地にいるのを施設のケアワーカーがパトロール車でつれてくる。施設のパンフレットに出身地別と人数を表記し尋ね人を出している。それを家族が見つけ迎えに来るという状況である。施設から引き取られた人はいいが、そうでない人はホームレスや意識がなく路地で亡くなったりする。もっと認知症への理解を深め、国や地域で見守るシステムを創ることによって改善できるのではないかと考える。

3. 高齢者政策が起動していない。

はじめに行った施設は家族から若干の費用は入るが、オーナーの私財産（救急車稼働収入）を使用したり寄付や我々が視察した時の寄付金から賄っていると言われる。次の施設もオーナーが別収入（学校）から得た収入や企業家の寄付や募金だけで賄っている。利用者や家族は無料としている。全面的に民間と家族、ボランティアに頼っている。また働いている人も定まった休日はなく、住み込みは24時間体制、通いも12時間労働である。給料も5000ルピー（日本円 7,500円）で殆どボランティアに近い。後に訪問した施設では、「介護職がほしいが労働が厳しいので集まらない」と話された。就職が少なく、労働人口が多いにもかかわらず集まらないのは、深刻な問題である。

独立後インドで高齢者に関する国の総合的政策として1999年の「全国高

高齢者政策」が打ちだされている。高齢者の経済保障面での支援、医療や栄養面で支援、等をまとめている。高齢者自身による老後の備えの自覚と共に、家族による高齢家族員のケアを促進することを目指し、又家族のケアを補うように、ボランティア団体やNGOへのサポート等についても政策を打ち出している。このほか、全国高齢者政策の効果的な実施や全国高齢者評議会の提言を実行するために、省庁間委員会も設置されている。しかし、現実には高齢者に関する取り組みは前進していない。それは貧困や農村の保健ミッションによる貧困層への医療サービス等を優先された結果であろう。どちらにしろ、インドが経済的に豊かになれば解決するのではないだろうか。

インドはヒンドゥー教、キリスト教等、宗教があるためボランティアとして成り立っている。しかし今後は専門職として確立し、政策をシステム化していかないとこれから来る高齢化社会に対応できない。介護技術の向上や専門職の意識の改善の提供は現状からはかなり困難である。期待は薄い。交流を重ね、情報を提供しながら、インドの風土や生活習慣を肌で感じながら、あせらずに長いスパンで計画を修正しながら一緒に考えていく必要性を感じた。

インドへ日本の介護生活支援技術を提供することを考えた事前の視察であったが、現状では支援技術の提供というより経済的不安定、システムの不備、就労条件の悪さ等問題点が多く見つかった。インドの路地で生活したり、平日にもかかわらずこどもが働いている姿を目の前にして、専門的な技術の前に「今日生きるため食べるものが必要」とされている。厳しいカースト制度からか経済の格差が大きい。今後、有料の施設、又他地方の施設の視察を重ねながらいつか必ず迎える高齢化に向けて対策を考える必要性を改めて感じた。

まとめ

- ・経済の不安定・システムの不備・就労条件の悪さ・児童労働・人身売買・障害者が多い。
- ・高齢者福祉の位置づけができていない
- ・介護という概念がない
- ・「専門的な技術（自立支援・尊厳）」の前に今日生きるための食べ物が必要とされている
- ・日本が「なくしたもの」がインドにはある。

以上のことから

このインドに日本が一番大事にしている「尊厳」、「自立支援」等の理念を伝授する等とは傲慢である。日本にはないインド特有の精神があると気付く。我々がまず、すべきことは、宗教的・奉仕的な精神を尊重しつつ、過酷な労働条件のもとに「この仕事が好き」と言っているケアスタッフのための支援が必要と考えた。そこで生活習慣の「胡坐」「洗身介助スタイル」等や基本動作を考慮しない移動や移乗から「腰痛」が以前から問題とされ、急務ではないかと考えられた。

【研究過程Ⅱ】 科学研究費助成事業

研究フィールドを南インドのケーララ州の福祉施設とした。ケーララ州はすでに高齢化が7%を超えたインドの中でも最も高齢が多い州と言われている。ケーララ州はインドの南西海岸に位置する小さな州であるが、アーユルヴェーダのような伝統的な慣習などでも有名ところで、すべての州の中で最高の識字率（90%）を持ち教育に関する意識は高いといわれている。インドの看護教育のほとんどがケーララ州で行われていると評価されているが介護教育はまだない。そのSEIREI ASHA BHAVANという知的障害の施設を借りて介護の研修会を実施した。

2014年12月 知的障害者施設「SEIREI ASHA BHAVAN」の施

設長へ研究の目的及び協力依頼のために訪問する。

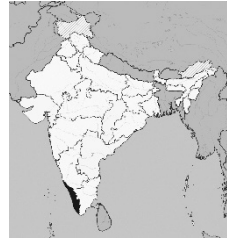
図 6

2016年 9 月 アンケート調査（意識・技術の知識）及び事前調査

2017年 3 月 生活支援技術（ボディメカニクス・移動・移乗）

研修会開催

研修会後～6月 教材：DVD パンフレット作製・贈呈



生活支援技術の原理原則の知識を知り、スキルを上げることを研修会の目標とした。テーマと内容を検討するためにアンケート調査を行うこととなった。

『アンケート調査』

目的：①研修会開催のための事前調査（意識調査及び基礎知識）

②教育（看護）を受けた人と受けていない人の比較をして、介護教育の必要性を検証する。

時期：2016年 8 月～9 月（回収）

対象：南インド・ケララ州の福祉施設 A. B. C.

D 4 施設53名回収

回収調査数53名に対し有効回答数42

内訳＜看護師資格有23名。資格無19名＞

資格無19名の内訳（ケアワーカー 5 名、指導者 3 名、その他11名）
インドではまだ介護という概念がないため、ここでケアワーカーと答えているのは調理や掃除を主に行う人であり日本で使うケアワーカーという意味とは異なる。



方法：アンケートは英語及びマラヤーナム語（現地語）に翻訳し、わかりやすいようにイラスト（図5）を入れた。回答は答えやすいように○をつけて選ぶ簡単なものにした。

＜意識調査の結果＞

「年齢」は10代8%、20代72%、30代2%、40代9%、50代9%と比較的若い人が多い。

「介護が好きか」との問いには、53名の内44名が好き、どちらでもないが7名、嫌いがわずか2人であった。看護師とそれ以外の者との相関は χ^2 検定を行ったところ看護職の方が有意に多かった（ $\chi^2=5.536$ df=1, $p<.05$ ）。

「体の負担」は「ある・少しある」が53名内41名（77%）で体の負担を訴えている。看護師資格の有無で分析したものは、看護師資格以外の人の方が割合は高かった。また、「負担の部位」は腰部が62%上腕17%足13%であった。

＜基礎知識の結果＞

「ボディメカニクス」の正解率は62%、「車いすの位置（健側）」の正解率は92%、移乗時の「自立支援」では、移乗時に・できるところは自分でしてもらい、できないところを介助する47%、・全て抱え上げる43%と、約半数が自立支援の意識がない。看護師資格の有無では表1に誤答の多かった質問を示した。「対象者に近づく」の χ^2 検定は看護職の誤答者が有意に多かった。（ $\chi^2=3.876$ df=1, $p<.05$ ）

表1 介護技術の理解度と職種間相関

	有効 回答数	正解数 (%)	誤答数 (%)	職種間 相関
立ち上がりの方向	53	26(49.1)	27(50.9)	n.s.
BM：体を小さくまとめる	49	20(40.8)	29(59.2)	n.s.
BM：対象者に近づく	53	32(60.4)	21(39.6)	$p<.05$
自立支援介護	52	29(55.8)	23(44.2)	n.s.

※ BM とはボディメカニクスの略

考察

目的①に対して

＜意識調査＞では10歳代と20歳代が80％と比較的若い層であったが、「身体的負担」を感じた人は75％であり、中でも「腰痛」の訴えは62％で半数以上のケアスタッフが訴えている。それは「どのような時か」の質問では動けない人を抱え上げる時が62％であった。これらから基本的な動作の知識を身に着けることで、軽減できる問題と考えられる。それでいても「介護の仕事が好き」という人が83％と高値であり、「介護方法の工夫で利用者を安全にまた負担が少ない方法を知りたいか」という問いには「はい」と100％が答えた。質を高めたいという意識がつよいことから*研修会の必要性があると確信する。

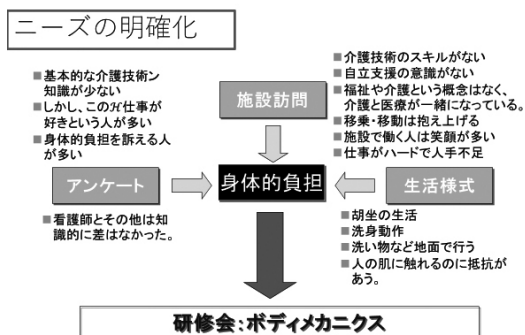
＜基礎知識調査＞では一部を除いて「ボディメカニクス」の基本的な知識は低いと考えられるが、「車いすの正しい置き方」等の正確率が高いことから、実際、長年の経験からの技術の知識は自然と身に付いている。しかし、「自立支援」では約半数が抱え上げる介助（全介助）と答えていることから身体的な負担及び介護事故が起こる可能性は十分考えられる。*ボディメカニクス・基本的な技術を学ぶ必要があると確信する。

目的②に対して

看護師と資格の有無による分析では、看護師のほうが「介護が好き」と答えており、「腰痛」の率も低かった。これは専門教育を受けていることが背景にあると思われる。しかし、「ボディメカニクス」の知識を問う問題においては、看護師とそれ以外の人たちの2郡で大きな相違は見られなかった。今回調査した介護技術の内容は日本の介護福祉士であれば100％正解を出せるような、基本的な問題しか出していない。看護教育の課程において、必ず学んでいる内容だと思われるが、看護職とその他の職種で介護の理解度に有意差の出るものが少なく、介護技術で看護が優れているとは言えず、誤答が多いものさえあった。これらのことから、看護教育に頼るのではなく、*介護独自の教育の必要性が示唆された。

ニーズの明確化

施設訪問・アンケートの結果・また生活様式から考えて、身体負担が急務であると考え研修会をボディメカニクスとした。



『研修会開催』

チーム結成

日本の介護は「社会と人間」「心とからだ」そして「介護」という3つの構成で成り立っている。それぞれの領域にはその専門の教員がいるようにプロジェクトチームにも社会福祉士・看護師・保健師・介護福祉士と専門の研究員を結成した。現役の介護教育とそこに現場の介護の教育担当をしている介護福祉士を入れることでな情報も得ることが出来た。



写真4

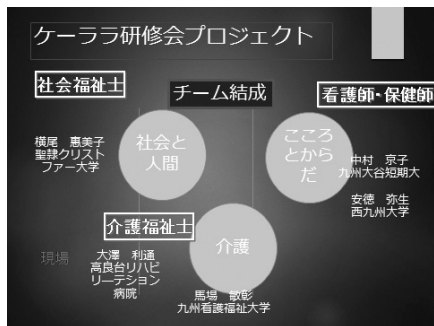


図6 プロジェクトチーム

研究目的及び方法

研究過程1で行った視察及びアンケート調査の結果を踏まえ、また生活習慣である。胡坐・洗身介助の方法など腰痛の要素が多いことを顧慮して、検討を重ねた結果、「インドに合った技術の開発する」以前に基本的な動作や原理原則の訓練をすることにより身体負担を軽減することが急務と考え、



写真5

研修会は腰痛予防、ボディメカニクス、体位変換、移乗介助と決定する。

目的：①基本的な動作を身に着けることでケアスタッフの身体負担の軽減・介護事故の防止につながる。

②異文化、生活習慣を鑑みた生活支援技術を考案し体験的学習を通して、生活支援技術を伝授する。

日時：2017年3月4日10時～15時30分

会場：ケーララ州「SEIREI ASHA BHAVAN」

参加者：ケアスタッフ等 20名程度

講師：研究者（介護福祉士養成教員）3名

内容：①日本の文化及び介護教育・高齢者の動向の説明。

②ボディメカニクスの講義及びデモンストレーション、体位変換、移乗介助、車いす操作、スライディングシートの活用及びインドでの生活場面での応用

※説明は日本語→英語→マラヤーナム語と2重の通訳とした。言語を補うものとしてパワーポイントのスライドを活用した。

結果・考察

講義及び演習は言語の問題があるため、スライドとデモンストレーションを組み合わせ、受講者に理解しやすいように工夫を行った。しかし、3言語を介しての研修は、伝える・理解してもらうことに時間を要し、進捗

に影響を及ぼした。ボディメカニクスの講義内容については、「腰痛問題」には関心が高いと伺えた。しかし、文化の違いから解決すべき課題が浮き彫りになった。例えば、当初「グループ演習」を計画していたが、参加者が消極的だったため、全体的に講師のデモンストレーションで理解してもらう方法に変更した。これは、「既婚者の男性の身体に独身女性が触れるのに対して抵抗がある」、「股を広げることに抵抗がある」等が要因であった。文化や民族性の違いが演習を行うにあたって影響した。主目的である「ボディメカニクスの習得」については、方法を示すだけでなく、その根拠を簡潔に説明し実演した。研修会直後のアンケートでは全員が「good」という評価であった。体位変換や移乗介助を含め、演習による体験的な「習得」は不十分であったが、ボディメカニクスについてはエビデンスや方法の理解は少なからずできていることが確認できた。

研修会の事前調査では53名の全員が希望していたが、施設の人員不足や、今回の会場周辺地域は交通が不便のため受講を望むものの参加は難しいという声もあった。開催地はもとより、施設で開催する場合は、就業中に交代で参加できるように、数カ所の会場で開講するような方法も今後検討する必要がある。さらには、今後、研修会を開催するためには前述した課題を検討するとともに、今回の研修会の効果の追跡調査が必要であると考ええる。



『DVD・パンフレット作製・贈呈』

図7 DVD表示

研究目的及び方法

今回の、DVD・パンフレット制作は、研修会の教育だけではなく継続した教育ができることを目的に製作した。特にボディメカニクスの技術は、すべての生活場面に必要な技術といえる。自然な何気ない動作の中にも身に付けなければならないように研修会内容と同じ項目で作成した。

以上のことから民族性の理解が必要であり、実際、施設で介護に参加し、一体感を感じる必要がある。

【研究過程Ⅲ】 九州大谷短期大学 特別奨励特別研究奨励措置

2019年10月5日～10月12日

訪問先：ベンガル州 コルカタ

目的：参加観察 介護の問題点を探求する

方法：コルカタのマザーテレサ施設でスタッフと一緒に実際のケアを行う。

マザーハウスのスケジュール

5：50～6：50	ミサ（マザーハウス2階）
7：00	朝食（マザーハウス1階）
7：30	各施設へ移動
8：00	午前のボランティア活動開始
10：00	ティータイム
12：00	午前のボランティア活動終了
12：00～15：00	正午から15：00までは全施設訪問禁止
15：00	午後のボランティア活動開始
17：30	午後のボランティア活動終了
18：30～19：30	聖体賛美式（アドレーション）

〈ホームステイ〉：インドの実生活を知るためにホームステイを選択する。持ち家があることから中富裕層ではないかと伺える。玄関の外には鉄格子で鍵があり、家自体が外部から入ることができないように塀と鉄格子で囲まれている。治安の悪さがうかがえる。リビングにはカラーテレビがあり、冷蔵庫もあったがエアコンや自家用車はまだない。

〈マザーハウス〉：ホームステイから裏路地を歩いて15分ほどのところにあった。裏側には修道院があり、シスター達が100人程くらしている。1人日本のシスターがいた。

毎週 月曜・水曜・金曜の午後3時にシュシュババン（マザーハウスから徒歩5分）でボランティアの登録を行う。登録日でない日はDAYPASS（1日登録（仮））をおこなう。ボランティアの施設は自分で希望してもい

いが、最終的にシスターが決定をする。一度決めたら同じ施設で最後まで行く。午前と午後と別でもよい。著者はDAYPASS（1日限り）にプレムダーン（愛の贈り物）、本登録してからは午前にシュシュババン（子供の家）午後にニルマン・ヒルダイ（死を待つ人の家）で参加観察を行った。午前のシュシュババンは徒歩5分であるが、午後のニルマン・ヒルダイはバスで30分ほど行ったところであった。

マザーテレサ施設の現状

〈シュシュババン〉

孤児の家ではあるが、ほとんどが障害を持った子供たちであった。おやつ・遊び・おむつ交換・勉強・食事の介助が主な実習内容であった。

ケアスタッフの対応：マザーテレサ施設にはシスター・見習いと思われる白いサリーを着た若い(十代)シスターと雇われているケアスタッフがいる。シスターと見習いシスターは技術としては同じであうが、笑顔や対応もよく愛情を感じる。しかしケアスタッフは態度や介護が少々乱暴であった。

オムツ介助：子供の施設では三角オムツでオムツカバーはつけていない

〈ニルマル・ヒルダイ〉

マザーテレサが最初に作った施設として有名である。死に行く人を最後に暖かいスープをあたえ、からだを拭いてあなたは生きてき

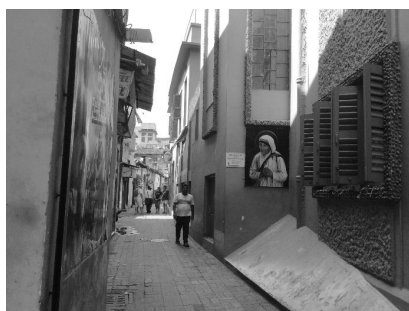


写真6 マザーハウス



写真7 ボランティア仲間

て価値あることを示らせ、看取り、埋葬はその人の宗教で見送ったことで知られている。今は死を待つ人と思われる状態の人は1人から2人で、点滴などもなく紙おむつで寝たきりの状態であった。後の人は普通の老人ホームと変わりはない。

食事介助：自力で摂取できる人は手で食べる（インドの食文化）介助がいる人はスプーンを用いる。日常的にカレーとご飯をこねて食べる文化から内容（おかずとごはんを混ぜて、スプーンの裏でつぶしてやる。日本は主菜・副菜・子付け・お茶等いくつかに分かれるが、ステンレスの大きな器のみで食事を混ぜる。食事中にお茶や水分がなく、食事をした後配る。また自立の利用者は手で食べ、食後に手を洗うように水と桶を持ちまわるお手を出される。

排泄：成人の利用者はお揃いのワンピースを来ている。（施設で手作り）下着はつけていない、自力で排泄ができない人（死を待っているように感じた）は紙おむつである

日課：成人は女性だけで50名（男子は別室）大きなフロアーに50ベッドが並んでいて、そのフロアーの隅にみんなが集まるテーブルと長椅子があり、座るところは決まっている。レクリエーションやリハビリ等はなく食事と昼寝がほとんどである。

結果

利用者への対応として、シスターや若い見習いシスターと雇われているケアスタッフとは差があった。背景に教育や宗教、信念、があるのだと考える。そのことについては、利用者への日本の介護の基本、「尊厳」をインドに取り入れるには我々の驕りではないかと案じていたが、ケアスタッフへは伝授する必要がある。

食事介助や排せつ介助はインドの文化や生活習慣を尊重し、理解を深めた。今後の活動に生かすことができる。

【これからの研究】内閣府⇒ERIA委託事業

2020年3月（予定）

訪問先：アルナーチャルプラデーシュ州・ナガランド州・ミゾラム州の
いずれか

目 的：日本に送り出される技能実習生に対して、「日本式の介護」を
習得するための予備知識として生活支援介護技術演体験型演習
を行う。

今回、敬心学園が内閣府との協議により、ERIAからの委託事業として「介護人材の育成還流」に関する事業の一環として、インドの「実証講座」を行うこととなった。著者がフィールド担当となり、3月には「日本式介護」をインドの看護学生を対象に教授する。インドの特色（生活習慣や文化）を鑑みて、日本との違いに戸惑わないように予備知識としてプログラムまた自立支援と尊厳の理解を講座に取り組む。ERIAの事業は1年間（2020年10月まで）終了するが、実証講座受講後の実習生の追跡調査からプログラム作成から実証講座実践での成果の確認を実証講座プログラムの改善、新たな課題を提起し、これからの実証講座プログラム開発をし、今後の発展につなぐことを目的にしている。

おわりに

著者は、2013年から2014年の科研：「インドにおける生活支援技術モデル開発」と、インド人のためのインドの生活支援技術の開発に取り組んできた。インドのケアスタッフを集め、ボディメカニクスの研修会を実施した。インドの介護に関する国際貢献は他にはない。今回の事業もその継続と考えている。前は現役のケアスタッフの意識を上げることに力を注いだ。インドには職業としての介護がなく困難を極めた。今回は技能実習生を対象にして、日本の施設でしっかり介護を修得し母国に帰って「インド人のためのインドの介護」を確立する。そのためには日本式の介護を修得さ

せるところにある。

参考文献：

- 1) 太田仁志 宇佐美広耕一：「信仰諸国における高齢者の生活保障システム」 調査研究報告書2009年
- 2) 西川由比子：「インドにおける高齢化の進行と地域格差」城西経済経営紀要2006年24巻
- 3) 中村京子 横尾恵美子：「ニューデリーの高齢者施設及び介護の現状調査報告」 日本生活支援学会誌 第6号 2017年3月
- 4) 中村京子 横尾恵美子 安德弥生 大澤利通 馬場敏彰：「インドにおける介護生活支援モデル開発」の取り組み～介護養成校の国際貢献のはじめとして～