

れている（表1）。

表1 台湾の高齢者介護サービスの概要

1.介護サービス等の種類	
種類	内容
介護給付 (現物給付)	(1)在宅ケア(自宅で受ける介護サービス) ・訪問介護・リハビリテーション・家事及び日常生活支援 ・訪問や電話等による声かけ・配食サービス ・在宅介護サービス支援センター等
	(2)地域ケア(近隣の施設に通って受ける介護サービス) ・デイケア ・ショートステイ ・老人保護(緊急の保護を要する高齢者を保護) ・移送サービス等
	(3)施設ケア ・長期介護機構(①医療系の介護を行う施設、②養護機構(日常的に介護を必要とする高齢者が入所)、③認知症高齢者の施設) ・安養機構(扶養する家族がない高齢者等が利用) ・その他の施設
※医療系 ・在宅看護(全民健康保険から給付)	
現金給付	(1)中低所得高齢者特別介護手当(中低收入老人特別照顧津貼) 毎月5,000台湾元(約1万4000千円)を支給 (支給要件)要介護高齢者 ・重度の要介護者で、自宅で家族から介護を受けていること ・「中低收入生活手当」(低所得高齢者の社会福祉手当)を受け取ることができる低所得者であること等 (同)介護を行っている家族 ・16歳以上65歳未満の要介護高齢者と同居していること、・就業していないこと等
	(2)住宅改修及び福祉用具費用補助 最高10万台湾元(約28万円)を補助(福祉用具には別途補助基準がある)
	(3)配食サービス補助 低所得の高齢者等に1人あたり1日1回最高50台湾元(約140円)を補助

利用限度枠(在宅・地域ケア)
要介護度別
軽度(ADLs1~2項目を喪失)
月25時間
中度(同3~4項目喪失)
月50時間
重度(同5項目以上喪失)
月90時間

2.一部自己負担割合

(1)在宅、地域ケア等

所得類型	条件		一部自己負担割合		
	1人あたり世帯所得	1人あたり消費支出	在宅、地域ケア	福祉用具住宅改修	配食サービス
低所得	最低生活費の1.5倍未満	台湾の平均の1.5倍以下	0%	0%	0%
中低所得	最低生活費の1.5倍以上2.5倍未満	台湾の平均の1.5倍以下	10%	10%	10%
一般	その他		30%	30%	—

(2)施設ケア(低所得者のみ)

要介護度	条件	一部自己負担割合
	1人あたり世帯所得	
重度	最低生活費の1.5倍未満	0%
中度	上に同じ	審査により自己負担を軽減することができる

引用: 小島克久「台湾・シンガポールの介護保障」(増田雅暢(編著)『世界の介護保障』所収)をもとに筆者加筆。

資料: 内政部資料等から作成

注: 1.最低生活費とは、社会救助法(生活保護法)に基づいて定められる金額であり、生活保護をはじめ低所得者への社会福祉制度上の支援の基準となるものである(台北市の場合、2011年下半期で1万4794台湾元[約4万1万円])。所得類型は筆者の分類による。台湾の1人あたり消費費支出の月額平均は2011年で1万8007台湾元[約5万円]である。

2.一般の高齢者の一部自己負担割合は2010年に40%から30%へ引き下げられた。

3.日本円への換算は、1台湾元=2.78円(日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場」[2012年12月])で行った。

(2)台湾の高齢者介護制度の成果

「我國長期照顧十年計畫」の成果として、高齢者介護サービスの利用が広がったことがあげられる。その利用状況を内政部資料で見ると、2008年では在宅ケアを利用した者は2万2305人、地域ケアであるデイケアを利用した者は339人であったが、2012年にはそれぞれ、3万7985人、1282人へと増加している。4年間で1.7倍、3.8倍に増加したことになる。また、福祉用具等の利用も2008年の2734人から2012年の6240人へと、2.3倍の水準にまで増加している。移送サービスが非常に大きな伸びを示しており、2008年の7232人から2012年の4万6171人へと6.4倍にまで増加している。このように、「我國長期照顧十年計畫」の実施により、公的な介護サービスの利用は大きく伸びている。

表2 「長期照顧十年計畫」の成果

1. 居宅、地域ケア

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	年平均伸び率
利用者数	居宅ケア	22,305	22,017	27,800	33,188	37,985	14.2%
	デイケア(認知症高齢者ケアを含む)	339	618	785	1,213	1,282	39.5%
	福祉用具及び住宅改修	2,734	4,184	6,112	6,845	6,240	22.9%
	配食サービス	5,356	4,695	5,267	6,048	5,824	2.1%
	移送サービス	7,232	18,685	21,916	37,436	46,171	59.0%
事業所数	居宅ケア	125	127	133	144	149	4.5%
	デイケア(認知症高齢者ケアを含む)	31	39	66	78	90	30.5%
	配食サービス	166	204	201	159	169	0.4%
	移送サービス	31	42	43	39	43	8.5%

2. 施設ケア

	2008年	2009年	2010年	2011年	年平均伸び率
施設数	1,056	1,080	1,067	1,064	0.25%
定員	54,364	55,757	56,256	57,329	1.77%
利用者数	38,735	40,617	41,933	43,266	3.72%
利用率	71.25	72.85	74.54	75.47	

3. 現金給付

	2008年	2009年	2010年	2011年	年平均伸び率
受給者数(月平均)	6,519	7,263	7,862	8,116	7.5%
支給総額(月平均、万台湾元)	3,177	3,535	3,814	4,062	8.5%

資料: 居宅・地域ケアは「台湾ヒヤリング」で入手した内政部資料、施設ケア、現金給付は内政部統計処資料をもとに国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成。

介護サービスの利用の増加は、介護提供体制が充実したことも意味している。介護サービス事業所の数の動きを見ると、在宅ケアの事業所は、2008年の124カ所から2012年の

149カ所へと増加している。地域ケアであるデイケアは2008年の31カ所から2012年の90カ所へと3倍近くに増加している。利用者数が大きく伸びた移送サービスは、2008年には31カ所の事業所数であったが、2012年には43カ所となっている。

施設ケアの利用者数を上記の3種類の施設を合計した数で見ると、2008年で3万8735人であったが、2011年には4万3266人へと増加している。

現金給付の「中低収入老人特別照顧津貼」の受給者数（月平均）は2008年で6519人であったが、2011年で8116人へと増加している。月平均の支給総額も2008年の約3177万台湾元（約8500万円）から2011年の約4062万台湾元（約1.1億円）へと増加している（表2）。

(3)台湾の高齢者介護制度の課題

上記のように、台湾の介護サービスの利用は大きく伸びている。しかし、これらの数値を合計しても内政部のデータでは2011年で約11万人、別のデータである施設への入所者は約4万人であり、2010年の要介護の高齢者数の約31万人を大きく下回っている。これについては、①公的な介護制度の利用者は低所得者が優先されている、②台湾では家族などによるインフォーマルな介護が主流である、を考察することができる。

まず①について、衛生署の資料で見ると、現在介護サービスを利用している高齢者（約11万人）を分析したところ、低所得世帯の高齢者は14%にしか過ぎず、最も多いのは一般の世帯に住む高齢者の74%である。また、要介護度別では重度が52%で最も多く、軽度（28%）、中度（20%）が続いている。また、所得水準別に見ても低所得世帯で軽度が最も多くなることを除くと、同じような傾向が見られる。つまり、要介護者になるリスクは所得水準で単純に決めることができないもの、つまり、誰にでも要介護になる可能性は等しくあり得るといえる。そのため、より普遍的な介護制度の構築が必要な素地があると考えられる⁶。

次に②について、内政部「老人状況調査」（2009年）によると、高齢者の主な介護者（介護事業者を含む）として、息子が約22%、配偶者、息子の配偶者がともに約14%、娘も約11%を占め、合計すると主な介護者の約6割を占めている。また、衛生署の資料によると、家族介護者の男女別では女性の方が多いが（53.68%）、山間部などでは男性の方が多くなっている（51.33%）⁷。

上記の「老人状況調査」によると、高齢者の主な介護者として外籍監護工（外国人介護労働者）も約13%を占めている。このことは、その人数にも現れており、労工委員会のデータによると、2011年には約18万人が要介護者の家庭で就労している。

このように、台湾では、家族や外籍監護工による介護が一般的であり、家族などの介護者への支援も重要になっている（表3）。

⁶ 「台湾ヒアリング」での衛生署の説明による。

⁷ 「台湾ヒアリング」での衛生署の説明による。

また、介護サービス提供体制について、地域差の解消、介護の質の確保、マンパワーの育成などの課題がある。例えば、地域差の解消についてみると、「2016年を目標に各地域に少なくとも1カ所はデイケアセンターを設ける」という目標があるが、これをすでに達成しているのは台北など北部、西部の地域であり、南東部（特に山間部）では達成されていない⁸。このような介護サービス基盤をいっそう整備していくことも重要になっている。

表3 台湾の家族等による介護の現状

<p>インフォーマルケア</p>	<p style="text-align: center;">要介護高齢者の主な介護者(2009年)</p> <p>■ 配偶者 ■ 息子 ■ 娘 ■ 嫁 ■ 娘婿 ■ その他親族など ■ 外国人介護者 ■ 台湾人介護者 ■ ホームヘルパー ■ 施設ヘルパー ■ いない</p>
<p>外籍監護工 (外国人 介護労働者)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者の主介護者の12.8%(2009年) ・台湾全体で18万1029人が就労(2011年) 就労には「外籍監護工」としての当局の許可が必要 女性がほとんどを占め、年齢別では、30～39歳が最も多い 国別ではインドネシア、フィリピン、ベトナムが多い ・平均賃金 月額18,799台湾元(2012年の最低賃金月額17,880台湾元)

資料: 内政部、行政院主計処、労工委員会資料等から作成。拙著「台湾の高齢化と介護システム」(日本医療企画「月刊介護ビジョン」2009年7月、8月号掲載の表の一部を引用、加筆)

3. 台湾の介護制度の構築戦略と検討過程

(1)台湾の介護制度の構築戦略

台湾の介護保険の案は「長期照護保険企画報告」の中で示されているが、法制度としては、介護サービス基盤について定めた「長期照護服務法」(介護サービス法)と介護サービスの利用や財源確保について定めた「長期照護保険法」(介護保険法)の2本柱で構成されている。これらの法制度が整備されるまでの介護制度構築戦略は3段階に分けられている。各段階は特に時期を決めているわけではないが、介護制度の構築段階に基づいて3段階に分けている。

まず第1段階は「我国長期照顧十年計画」の実施であり、これにより介護制度の基本的

⁸ 「台湾ヒアリング」の一環で行われた研究会での李玉春教授(国立陽明大学)の報告資料「台湾長期照護法制」による。

なシステムを構築することである。これはすでに達成されたものである。現在は第 2 段階にあるが、ここでは「我国長期照顧十年計画」の実施により現れた課題に対応した中期計画を実施している。この計画では介護サービスをより普及させることを目指している。そして、可能であれば後述の「長期照顧服務法」の（2013 年中に）成立を目指すことになっている。最後の第 3 段階は、「長期照顧保險法」を成立させることである。これにより、社会保険方式による介護制度が完成する（図 1）。

(2)台湾の現在の介護制度案

「長期照顧服務法」と「長期照顧保險法」の審議状況であるが、前者は当局案が 1 本、立法委員（国会議員に相当）は 10 本以上提案されたが、審議そのものは 2013 年 2 月現在では進んでいない。後者についても、審議はまだ先の状態である。そのため、これらの法律の内容は今後変化する可能性もあるが、上記の 3 段階の介護制度整備戦略としての完成形として何を盛り込んでいるのかを知る意味で、二つの法律案を概観する。

① 「長期照顧服務法」による介護サービスの枠組み

この法律案では、要介護者、介護従事者などの定義の他、介護サービスの枠組みについて定めている。その主な内容をまとめると次の通りである。

まず用語の定義として、介護、介護事業者、介護従事者などを定義している。特に介護とは、「心身の機能喪失が 6 ヶ月以上に達し、その状態が安定した者に、ニーズに基づいた生活および保健医療のケアを提供すること」としている。また心身障害の定義があり、介護制度は、高齢者だけでなく障害者も見据えていることがわかる。

次に介護サービスの種類を、①居宅ケア、②地域（通所）ケア、③施設ケア、④その他、の 4 つに分類している。①と②は日本でいう居宅ケアである。これらの介護サービスを提供する事業者は、提供する介護の内容にあわせて、第一類（生活介護を提供）と第二類（生活介護の他に医療関連の介護を提供）に分かれている。介護事業者は、当局による事前の設立許可、設立後の評価が必要とされ、広告の内容、料金表示の義務などの規制もある。

介護従事者については、当局が定めた訓練や資格、6 年ごとの継続教育（資格証の更新）が盛り込まれており、介護サービスに従事するときには、介護事業者への登録（1 カ所に限定）が義務づけられている。

そして、介護サービスの利用者の権利保護として、介護事業者が利用者に契約書を渡す義務、プライバシー保護などがある。

この法案には、要介護者の家庭で雇用されて働く「個人看護者」にも触れている。その背景として台湾では、介護者を家庭で雇用することが一般的なことがあげられる。個人看護者はこの法律の適用対象外であるが、この法律による当局が定めた訓練を受ける義務は課せられている。これは、安全で質の高い介護サービスの確保が目的であると考えられる。そして、外籍監護工を雇用する場合、就業許可に必要な雇用の必要性（要介護度）に

は、この法律でいう要介護認定を活用することになっている（図1）。

図1 台湾の新しい介護制度案の概要

台湾の介護制度構築のステップ

①「長期照顧十年計画」の実施(介護サービス体制を確立させる)
 ②「長期照顧十年計画」中期計画(①の改正版)の実施(介護サービスの普及)
 「長期照顧服務法」(介護サービスに関する法律)の制定
 ③「長期照顧保險法」(介護保険に関する法律)の制定
 ①→②→③のステップで進める

「長期照顧服務法」(案)

①主な用語

- ・長期照顧(介護): 心身機能の喪失が6ヶ月以上に達し、その状態が固定した者に、必要に基づいて、生活及び保健医療のケアを提供すること
- ・身心失能者(心身機能喪失者): 日常生活の機能の一部や全部を喪失した者
- ・長照服務人員(介護従事者): この法律が指定する訓練や認証を終え、資格証を持つ者
- ・長照服務機構(介護事業者): 介護サービスの提供などを目的に設立された組織
- ・個人看護者(個人看護者): 要介護者などの家庭で直接雇用され、看護に当たる者

②介護サービス

(a)種類: 居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケア、その他

(b)事業者の分類: 第一類(生活介護を提供)、第二類(医療関係の介護も提供)

(c)事業者について
 設立には当局の許可が必要、当局が定める評価を受ける義務
 広告の内容、介護従事者の監督責任

(d)介護従事者について
 資格が必要(資格は6年ごとの更新)、事業者への登録、業務上の知り得た秘密の守秘義務

(e)利用者の権利保護: 契約書の交付、プライバシー保護など

③個人看護者

(a)指定の訓練を受ける義務を除いて、この法律は適用しない

(b)個人看護者が外国人の場合、雇用の必要性(要介護状態)の基準は、この法律に基づく要介護認定を活用

(c)介護事業者は、家族介護者や個人看護者を支援するサービスを提供することが出来る

「長期照顧保險法」(案)

項目	内容
保険者	中央健康保険局
被保険者 (被保険者数)	全住民(約2320万人)
要介護認定	・要介護認定後に、ケアプランを作成して介護サービスを利用 ・要介護度※は4等級(要支援、要介護1級～3級)、有効期間は6ヶ月 ※ADLs等を基準に決定(3案あり)
給付	・現物給付 (居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケア) ・現金給付 (現物給付との選択、現物給付の30～40%程度の水準)
財源	・保険財政全体の財源構成は、90%を保険料、10%を自己負担 ・保険料の被保険者、雇用主、政府で負担 ①被保険者負担は標準報酬方式または世帯所得への賦課 ②政府負担分は、営業税(消費税)税率引き上げなどで財源確保
自己負担	第1案 10% 第2案 施設ケアは15%、地域・居宅ケアは10%
介護報酬の給付	第1案 要介護者1人当たり費用 第2案 出来高制 第3案 第1案と第2案の混合 ※介護報酬は、サービスの提供内容、マンパワーの質、地域特性等を考慮して決める
保険者と県市政府(地方政府)の関係	第1案 保険者が要介護等級判定、ケアプラン作成に責任 サービス提供が県市政府の責任 第2案 保険者は要介護等級認定までに責任、ケアプランの作成からは県市政府の責任
ケアマネージャー	第1案 保険者(または県市政府)に所属 第2案 介護事業者に所属
外国人介護労働者との関係	外国人介護労働者を雇用している場合、現金給付は利用できない

資料: 行政院衛生署「長期照顧服務法草案說明」、行政院經濟發展委員會他「長期照顧保險企画報告」、「台湾ヒアリング記録」(2013年2月実施)より作成。

② 「長期照護保険法」の内容

この法律案では介護保険の枠組みを定めている。まず、介護保険の被保険者は全住民となっている。これは、高齢者だけでなく障害者の介護を社会全体で支えること、安定的な財源確保が考えられる。介護保険による要介護サービスの利用には要介護認定が必要であり、その基準は ADLs や IADLs 等を基準にしている⁹。その等級は軽い順に、要支援、要介護 1 級から 3 級までの 4 段階であり、その後ケアプランを作成し、介護サービスを利用することになる。このあたりはわが国と同じような仕組みが考えられている。

保険給付として、現物（介護サービス）と現金（介護手当）の 2 種類が考えられている。前者には、居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケアがある。後者は、自宅で介護を行う家族への経済保障であるが、現物給付との選択になっており、給付水準は現物給付の 30～40% 相当が予定されている。

介護保険全体の財源は 9:1 で保険料と自己負担で賄う予定である。2011 年の介護費用は 459～975 億台湾元（約 1,212～2,574 億円、対 GDP 比 0.36～0.75%）と試算されており、これをもとに保険料率を算出すると 0.58～1.23% となる。自己負担割合として、次の 2 案がある。①どの介護サービスも 10%、②施設ケアは 15%、居宅・地域ケアは 10%、です。後者は、居宅・地域ケアの利用促進が背景にある（図 1）。

(3)台湾の介護制度の検討過程

台湾の社会保険方式による介護制度が上記のような案になっているが、衛生署によると、「長期照護服務法」の検討は、台湾の既存の介護サービスの整備に重点を置くものであったので、特にわが国を含む諸外国の経験は参考にしていない。その一方で「長期照護保険法」の検討では、わが国やドイツを参考にして¹⁰いる。

上記のような案が形になるまでに、台湾当局はどのような形で介護保険の検討を進めていたのか、わが国をはじめとする諸外国の経験の何を把握し、参考にしていたのであろうか。以下では、「我国長期照顧十年計画」実施の前から行われていた介護保険の検討資料をもとに、まとめることにする。

① 衛生署での検討

衛生署での介護保険の検討は 2001 年に行われている。「我国長期照護法制建構之研究」（2001 年 12 月）によると、台湾における高齢化の進展と社会経済の変化を背景に、高齢者介護を社会でどう支えるかが問題であるとしている。その上で、わが国やドイツの経験を含めた各種の検討を行っている。「長期照護財務制度建立之研究」（2001 年 12 月）によ

⁹ ADLs を基準にすると、認知症の高齢者が要介護認定されない、という可能性もある。そのため、わが国や韓国の介護保険のような「系統樹」に基づく要介護認定の方法を検討する、という考えもある（「台湾ヒアリング」での内政部の説明による）。

¹⁰ 「台湾ヒアリング」での衛生署の説明による。

ると、台湾では高齢化が進んでいるが、高齢者の介護費用は家族が主に負担しているという認識の下、介護制度の財源方式の検討を行っている。その結果、社会の中でのリスク分散、給付と負担の公平、社会保険方式を採用している医療制度との連携のしやすさを根拠に、介護制度も社会保険方式で財源を確保することを提言している。その検討の中で、諸外国、特にわが国やドイツの経験に言及している。

2002 年に出された「我国長期介護保険制度之可行性研究－財務面探討」では、介護保険制度の仕組み方について、健康保険である全民健康保険に付属させる方式と独立した保険とする方式のオプションを提示している。これを踏まえて、わが国では、介護保険の財源の半分を税財源で賄っており、介護保険の実施には、相当な規模の税財源での財政支出を考える必要があるとしている。

② 行政院経済建設委員会での検討

台湾全体の経済政策や社会政策の企画に大きな役割を果たす経済建設委員会でも介護保険の検討を行っている。2004 年 9 月に報告書が出された「推動長期介護保険可行性之研究」では、台湾で介護保険を実施する可能性を検討している。検討にあたっては、介護保険をすでに実施しているわが国とドイツの経験を、財源、サービス提供、マンパワー育成を中心に参照している。その上で、台湾の高齢化は今後急速に進むため、介護基盤を整え、安定した財源を確保するには、介護保険を検討することはちょうどよい時期である。介護保険実施のために重要な論点として、以下の点をあげている。

1. 介護政策の方向性と検討プロセスを明確にする
2. 普遍的かつ基本的な介護サービスを提供する
3. 介護サービスの選択に当事者の自由を確保する
4. 予防の重視
5. 在宅ケアの推進
6. 健康保険制度との調整がとれた制度 等

2008 年に行政院が介護保険の検討を明らかにした翌年の 2009 年には、介護保険の主な分野別に研究が行われている。「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」（2009 年 5 月）では、台湾の介護保険制度の原則、とりうる制度設計の選択肢を検討している。「因應長期照顧保險法制企画檢視『我国長期照護十年計畫』成功及發展方向」（2009 年 5 月）では、現行の介護制度の評価と課題を検討し、特に後者は現行制度の対象外の者（若年障害者）の存在、地方政府による介護サービス提供力の不足をあげている。「長期照護保險法制財源之評估」（2009 年 5 月）では、介護保険の財源について、各国の経験を参考にしながら、検討を行っている。介護保険全体の財源構成は保険料と税で（9 割）と自己負担（1 割）としており、わが国の介護保険が保険料、税、自己負担と財源が多様なことを参考にしている。また、自己負担割合はわが国を参考にしているが、施設ケアは 15%にすることもあり得る、としている。その他に、保険料の計算と徴収は全民健康保険にあわせる、保険財

政は10～15年で均衡するような、準備金のある方式とする、等を提言している。

「長期介護保険法制組織体制及保険対象之評価」（2009年5月）では、台湾の介護制度が社会保険方式をとる理由として、台湾は税収が少ないため、安定的に財源を確保するには社会保険方式の方が適切である、としている。さらに、社会保険方式をとるメリットから、以下の点を提起している。

1. 社会連帯、公平性、リスクの分担を考えると、全国民をカバーした介護保険が望ましい（若年障害者を対象にする）。
2. 介護保険を管理する保険者は、適切な権威や責任を持った組織が担う（中央健康保険局を保険者にする）。
3. 介護制度の法的な基礎を固めるため、「介護保険法」と「介護サービス法」の二つを成立させることを提起する（現在進行中）。
4. 衛生署が所管し、保険者は中央健康保険局とする。中央健康保険局に「介護保険管理委員会」と「介護保険監理委員会」を置く。
5. 全民健康保険とはとぎれない形での連携をすべきである。

「長期介護保険法制サービス提供及人力之評価」（2009年5月）では、台湾の介護サービス提供体制の充実について検討を行っており、地域ケア、居宅ケアの重視を提言している。わが国が介護保険実施後、地域・居宅ケアの割合が増加したことを参考にしており、特にデイケア、通所リハビリテーションの普及、居宅介護支援センターの経験も参考にしている。また、グループホーム、ケア付き住宅などの整備にも言及しており、これもわが国の経験を集めた上での提言となっている。そして、介護マンパワーについて、プロフェッショナル、ボランティアのマンパワーの充実とともに、わが国のコムスン事件に言及して、営利企業の活用に留意すべき点があるとしている。

「長期介護保険法制サービス輸送及照顧管理之評価」（2009年5月）では、台湾で介護保険を実施する上での、要介護度の評価システム、ケアマネジメント、介護サービスの質の監督などについて、検討を行っている。

このように、台湾当局では介護保険の検討を複数の側面から分析している。社会保険方式をとる理由、財源のあり方、サービス提供について、わが国の経験を参考していることがわかる。

4. まとめ

本論文の結論をまとめると次のようになる。

- ① 台湾でも高齢化が進行しつつあるが、台湾の高齢者福祉の基本となる「老人福利法」は1980年の制定であった。1990年代以降民主化を背景に、老人福利法の改正、内政部や衛生署などの当局による施策プランが策定、実施された。特に2000年以降はその動き

が顕著であり、2007年に「我国長期照顧十年計画」が策定され、現在の税方式による高齢者介護制度の実施に至っている。

- ② 「我国長期照顧十年計画」に基づく高齢者介護制度は、税方式の制度であるが、要介護認定があり、「要介護」と認定されると居宅、地域（通所）、施設ケアを利用できる、というわが国の介護保険のような仕組みもある。しかし、所得によって自己負担割合が大幅に異なる他、現金給付の制度もあるなど、わが国との違いもある。
- ③ この計画による高齢者介護制度によって、介護サービスの利用は増加し、2012年で約11万人が利用しているが、要介護者高齢者の数（2010年で約31万人）を大きく下回っており、家族や外籍監護工（外国人ケアワーカー）によるインフォーマルケアが台湾の介護を支えている面がある。また、税財源の制度であるため、一般の高齢者の負担が重いこと、介護サービス提供体制に地域差があることも課題となっている。
- ④ こうした課題を受け、台湾では新しい介護制度を構築中であるが、その段階として(1)「我国長期照顧十年計画」の実施による介護サービス体制の確立、(2)「我国長期照顧十年計画」の改正中期計画による介護サービスの普及と「長期照顧服務法」（介護サービス法）の成立、(3)「長期照顧保険法」（介護保険法の成立）の3段階であり、現在2段階目である。
- ⑤ 新しい介護制度構築に向けて、台湾当局は介護保険制度の検討を進めてきた。特に、社会保険方式をとる理由、財源、サービス提供など検討の内容は多岐にわたる。そのような中、わが国やドイツの制度を検討しており、わが国については、自己負担割合やサービス提供などを参考としている。

台湾の介護保険制度の構築過程で、わが国を含む介護保険をすでに実施している国の経験を分析し、参考にしている。財源方式では、わが国やドイツ、韓国と同様の社会保険方式を採用するロジックを組み立てている。財源確保の面で、税では不十分との認識に立った判断であるといえる。保険者は中央健康保険局を想定しており、韓国の同じような医療保険活用方式である。これは医療保険制度の運営ノウハウに着目しているほか、社会の大きさが台湾に近い韓国では、自治体よりも医療保険の保険者を活用した方がよいという判断であるものと思われる。現行制度の要介護認定、要介護度はADLsに基づく方法でありドイツ式であるが、認知症高齢者の要介護認定にうまく対応できないという課題があり、わが国や韓国と同様の方法をとることも検討される見通しである。財源も保険料の他、税財源での保険料への補助、自己負担も検討されており、わが国の仕組みが参考にされている。

このように、台湾の介護保険制度はわが国の他、ドイツや韓国という先に制度を実施した国を参考にして、台湾の現状に配慮した検討が行われている。ただ、わが国や韓国が参考例を提供できない分野として、外籍監護工のあり方がある。2011年現在で約19万人近くが存在し、台湾の要介護高齢者のいる世帯にとって重要なインフォーマルケアの担い手

である。介護マンパワーは台湾の人材で育成する一方で、人手不足などを背景にある程度の規模は受け入れている戦略である。その一環として、彼らの書簡を労工委員会（労働政策を所管）から衛生署に移し、実態に合った適正な管理と手続きの簡素化などを行う計画もある。また、賃金や労働時間、就業形態といった面でどのように処遇していくかという課題もあろう。わが国では人口減少社会を迎え、外国人の受け入れも議論されることがある。すでにかかなりの規模が存在する外籍監護工のあり方をどのようにするか、という点については、人口減少社会の中で介護従事者の確保のあり方の議論に参考となるものと思われる。

最後に、台湾の社会保険方式での介護制度の検討は、現在、立法院の審議がとまっているところである。その間に案が見直される可能性もあるが、外籍監護工のような台湾独自の問題とあわせて、わが国を含む介護保険を持つ国の経験を参考にすることは今後もあり得ることであると思われる。

参考文献

（日本語）

1. 沈 潔 編著（2007年）、「中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—」,ミネルヴァ書房.
2. 大友昌子（2007年）、「帝国日本の植民地社会事業政策研究—台湾・朝鮮—」,ミネルヴァ書房.
3. 小島克久（2003年）、「台湾の社会保障」, 広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』, 東大出版会,第5章.
4. 仲村優一・一番ヶ瀬康子（1998年）,「世界の社会福祉：アジア」,旬報社.
5. 自治体国際化協会（2005年）,「シンガポールの政策(2005年改訂版)」,自治体国際化協会.
6. エイジング総合研究センター（1998年）,「都市の少子高齢化と高齢化社会対策シリーズⅠ 上海市／シンガポール」
7. 全国老人保健施設協会（2012）『平成24年版 介護白書』,TAC出版.
8. 全国老人保健施設協会（2010）『平成22年版 介護白書』,TAC出版.

（中国語）

1. 行政院衛生署（2001）「我国長期照護法制建構之研究」（2001年12月）
2. 行政院衛生署（2001）「長期照護財務制度建立之研究」（2001年12月）
3. 行政院衛生署（2002）「我国長期照護保險制度之可行性研究—財務面探討」（2002年）
4. 行政院經濟建設委員會（2004）「推動長期照護保險可行性之研究」（2004年9月）
5. 林 顯宗（2005）,「老人福利與時俱進」,『社區發展季刊』,109期,内政部社会司,2005年3月,pp.97-103.
6. 行政院經濟建設委員會他（2009）『長期照護保險規劃報告』.

7. 行政院衛生署 (2009) 「長期照護保險法」研究報告 (2009 年)
8. 行政院經濟建設委員會 (2009) 「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」 (2009 年 5 月)
9. 行政院經濟建設委員會 (2009) 「因應長期照顧保險法制企畫檢視『我國長期照護十年計畫』成功及發展方向」 (2009 年 5 月)
10. 行政院經濟建設委員會 (2009) 「長期照護保險法制財源之評估」 (2009 年 5 月)
11. 行政院經濟建設委員會 (2009) 「長期照護保險法制組織體制及保險對象之評估」 (2009 年 5 月)
12. 行政院經濟建設委員會 (2009) 「長期照護保險法制服務提供及人力之評估」 (2009 年 5 月)
13. 楊志良 (2010) 「我國長期照護現況與展望」『研考雙月刊』第 34 卷第 3 期、行政院研究發展考核委員會、2010 年 6 月。
14. 邱文達 (2011) 「衛生福利的融合綜效－長期照護的前瞻」『研考雙月刊』第 35 卷第 2 期、行政院研究發展考核委員會、2011 年 4 月。
(英語)
1. Aspalter, Christian (2001), “Conservative Welfare State Systems in East Asia”, Praeger.
2. William T. Liu and Hal Kendig ed. (2000), “Who Should Care for the Elderly? An East-West Value Divide”, Singapore University Press.
3. David R. Phillips (2000), “Ageing in the Asia-Pacific Region Issues, policies and future trends”, Routledge.

4. 韓国長期療養保険制度における 医療保険制度との関係等に関する考察

＜研究協力者＞

社会保険診療報酬支払基金審議役 岩淵 豊
（平成24年9月までは分担研究者
（国立社会保障・人口問題研究所））

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 24 年度報告書

韓国長期療養保険制度における医療保険制度との関係等に関する考察¹

岩渕 豊（社会保険診療報酬支払基金）

1. はじめに

日本における介護保険制度創設の第 1 の意義は、確実に増大が見込まれる介護費用を将来にわたって安定的に確保することであり、そのため自己責任を基本に国民の連帯・相互扶助に基づく社会保険方式が採用された。介護保険制度の検討に当たり、高齢社会福祉ビジョン懇談会は、高齢者の心身特性からみて、医療サービスと介護サービスは密接な関係にあり、両者が総合的・一体的に連携して提供される必要があること、そのためには高齢者医療制度と介護保険の実施主体を統合し、医療サービスと介護のサービスを一体的・総合的に管理し給付することが適当であると指摘した²。また介護保険導入以前には、収入の高い所得層が特別養護老人ホーム等を利用すると医療に比べ重い負担になるために病院入院を選択するケースがあったが、介護を必要とする者が長期に療養する場としての体制が十分でない上に医療費の無駄をもたらしていたという問題があった³。このため、医療と介護を通じた費用負担の均衡と、サービスの再構築が課題となった。介護保険制度導入後も、医療と介護の連携の強化は大きな課題であり、平成 24 年度の診療報酬・介護報酬同時改定においても、重点の 1 つとなった。

韓国の老人長期療養保険制度の創設に当たっては、先行モデルとしての日本の介護保険制度について幅広い検討がなされ、制度の基本構成要素である保険者・被保険者・事業者等、介護サービスの利用手続き等は、日本の制度を基礎として形成された。医療と介護の関係に関しても、日本と共通した問題意識があったことが伺われる。例えば、制度導入以前は公的介護施設に入所できる者は国民基礎生活保障対象者やそれに次ぐ低所得者に限定され、女性の社会進出や少子化進行による家族介護の限界から都市労働者の給与水準を上回る有料施設の利用料が社会的問題になっていた。また、要介護高齢者の増加に伴う老人

¹ 本論文は、標記研究事業の一環として行った韓国でのヒアリング（平成 24 年 10 月 25 日～10 月 28 日）の記録も参照しながら執筆した。韓国でのヒアリングは、韓国国民健康保険公団、韓国保健社会研究院で行った。本文中、これらの機関の名称が出るときは（例：韓国保健社会研究院の説明によると）、韓国でのヒアリング情報によるものである。

² 『高齢社会福祉ビジョン懇談会報告』（1994）

³ 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史[増補改訂版]』東洋経済新報社、579 頁以降。

医療費の急増と医療保険財政の圧迫があり、高齢者介護財政を医療保険財政から分離・運営するための新たな制度の必要性が認識された⁴。

2008年に施行した老人長期療養保険制度の保険者は、日本の介護保険の保険者の市町村とは異なり、全国単一法人である国民健康保険公団となった。国民健康保険公団は、2000年に医療保険の保険者組織を一元化した機関である。医療保険加入者は同時に介護保険加入者となり、介護保険料は、医療保険料に料率を乗じて一括徴収される。

本稿では、このような経過を踏まえて、韓国の老人長期療養保険制度における医療と介護の関係について、次の点から検討したい。

第1に、老人長期療養保険制度と医療保険制度の被保険者、保険料の徴収、保険給付の範囲、サービス提供システムを対比して両者の関係を明らかにする。

第2に、老人長期療養保険制度の創設が、医療保険にどのような影響を及ぼしたかを検討する。

第3に、韓国老人長期療養保険制度の給付における医療との連携の状況について明らかにした上で、今後の介護と医療との連携強化の可能性について現在できる範囲で考察を加える。

あわせて、台湾においては、未だ介護保険制度の導入が検討中の段階であるが、全民健康保険および「長期照顧十年計画」に基づく税財源による高齢者介護サービスにおける医療・介護関係の給付の状況を明らかにし、今後の介護と医療との連携強化の可能性について現在できる範囲で考察を加える。

2. 韓国老人長期療養保険制度と医療保険制度の関係

老人長期療養保険制度と国民健康保険の保険者は、ともに国民健康保険公団であり、老人長期療養保険制度の被保険者は、20歳以上の医療保険の加入者である（老人長期療養保険法（2007年法律第8403号）第8条）⁵。日本の介護保険の40歳以上のような年齢制限はない。被保険者を全国民とするにより財政運営の安定を図るためであり、ドイツの制度を意識したことが背景にあると考えられる。介護保険料は、医療保険料に6.55%（2012）をかけて算定し⁶、医療保険料と一体的に徴収する。介護サービス受給者は介護サービスを長期療養機関から受け、介護報酬算定基準に基づき算定される介護給付総費用の100分の20（施

⁴ 金道勲・権珍嬉（2008）「老人長期療養保険制度の制度化過程とその特徴」健保連海外医療保障、No. 79、20頁以降。

⁵ 金貞任（2009）「韓国の介護保険制度」海外社会保障研究、No. 167、69頁以降

⁶ 介護保険料率は保健福祉部長官の下におかれる長期療養委員会の審議を経て大統領令により定める（法第9条）。財政状況により毎年変動し得る。林春植・宣賢奎・住居広士編著（2010）『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房、37頁。

⁷ 2008年4.05%、2009年4.78%、2010年6.55%（国民健康保険公団資料2012年9月19日）。

設介護給付)、100分の15(在宅給付)を一部負担する(法第40条)⁸。国民健康保険公団は、長期療養保険料と医療保険料をあわせて徴収し、それぞれ特別会計で処理する(法第8条)。国民健康保険公団は、長期療養認定申請に基づく認定調査、等級判定、認定、給付も行う⁹。なお、医療保険については、日本と同様、医療機関へのフリーアクセスであり、国民健康保険公団は受診には関与しない。

次に、長期療養保険給付の内容は、在宅給付、施設給付と特別現金給付がある。在宅給付は、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護(デイサービス)、短期保護(ショートステイ)、その他(福祉用具の提供、リハビリテーション支援等)である¹⁰。

施設給付の対象となる入所施設は、老人療養施設と老人療養共同生活家庭(グループホーム)に区分される。老人療養施設は、老人長期療養保険制度の発足に伴い、既存の老人療養院(老人性疾患により療養を必要とする高齢者を対象とする入所施設)および老人専門療養院(認知症・片麻痺など中度以上の老人性疾患のため療養が必要な高齢者を対象とする入所施設)に統合され、介護給付の対象となった。ただし、医療系サービスである老人専門病院¹¹は施設給付の対象から除外されている(法第21条)¹²。

特別現金給付には、家族療養費、特例療養費と療養病院療養費がある。家族療養費は、山村地域の居住者、精神病院、伝染病などの理由で公的サービスが利用できないときに家族介護者に支給されるものである¹³。特例療養費は、長期療養事業所でない施設で給付を受けた場合に支給するものである。

療養病院療養費は、老人福祉法の規定による老人専門病院または医療法の規定による療養病院に入院した場合、大統領令で定める基準によって長期療養に必要な経費の一部を療養病院療養費として支給するものである(法第26条)。療養病院療養費は、老人専門病院と老人療養病院¹⁴に入院した場合の要介護者の付き添い手当であり、要介護者の付き添い

⁸ 金道勲・権珍嬉(2008)、24～25頁

⁹ 老人長期療養保険制度の給付を受けるためには、介護認定申請書を国民健康保険公団に提出し、国民健康保険公団は、被保険者の心身の状態等の調査を行いコンピュータによる判定(1次判定)を行って調査報告書を作成し、かかりつけ医の意見書をつけて、自治体に設置された介護等級判定委員会に提出する。介護等級判定委員会は介護サービス受給者および介護等級を判定する。これに基づき、公団は介護等級および介護給付の種類と内容が記された介護認定書および標準利用計画書(ケアプラン)を発給する。

¹⁰ 宣賢奎(2010)「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」共栄大学研究論集、第8号、13頁以降

¹¹ 急性期の治療が終わった後の高齢者を入院させ、「リハビリテーションや慮用などの提供を目的とした施設で、日本の医療型の療養型病床に相当するとされる。林春植・宣賢奎・住居広士編著(2010)『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房、193頁。

¹² 増田雅暢(2008)「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」上智大学社会福祉研究、第32号

¹³ 2010年7月現在747人と実績は少ない。孫珉景(2011)「韓国・老人長期療養保険制度の現金給付に関する一考察」佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇、第39号、11頁

¹⁴ 老人専門病院は、医療法により開設し、市・道知事から許可を得る必要がある。増田雅暢編著(2008)『世界の介護保障』法律文化社、138頁

¹⁵ 孫珉景(2011)、9頁

は家族外の者に限定されている¹⁶が、支給が保留され、介護予算が確保されれば漸次的に支給する予定となっていた¹⁷。

病院への入院は「世間体がよい」という側面があり、今後老人専門病院と老人療養病院の要介護者の付き添い手当が認められると、その介護給付が急速に増加すると予測されている¹⁹。

3. 韓国老人長期療養保険制度の創設の医療保険への影響

韓国における長期療養保険制度の創設の背景には、要介護高齢者の増加に伴う老人医療費の急増と医療保険財政の圧迫があり、高齢者介護財政を医療保険財政から分離・運営するという発想があった。また、介護施設が不足していたために多くの高齢者が病院に入院する社会的入院があり、2001年時点で、救急病院の入院患者の少なくとも14%が救急病院には不適切な患者であり、退院もしくは介護施設に移す必要があるとの調査結果もある。このため、社会的入院患者を介護施設に移すことができれば高齢者の医療費抑制につながるという考えもあった²⁰。

このような制度創設時の考え方の視点からみて、老人長期療養保険制度は韓国の医療保険にどのような影響を及ぼしたのだろうか。

第1に、老人長期療養保険の保険給付の範囲と、医療保険の保険給付の範囲の関係である。日本では、医療保険の一部自己負担と老人福祉法に基づく特別養護老人ホーム等のサービスの一部負担の相違を解消するため、介護保険の一部負担を医療保険の高齢者の一部負担と同じ1割で統一した。また、療養病床に入院する高齢者について入院時生活療養費の負担を導入し、介護施設とのホテル・コストの負担均衡を図った。

韓国においても、老人長期療養保険の創設に伴い施設給付の一部負担金が2割となったのは、医療保険の一部負担割合と整合性をとるものであった。外国を参考にした訳ではないということであるが、結果として日本と同じような形になっている。また、施設入所の食費と宿泊費は給付対象外で自己負担である。当初は給付の種類にかかわらず20%で検討していたが、在宅給付の利用を増やす観点から在宅給付の一部負担を15%にした²¹。ただし、老人長期療養保険については、介護事業者間の競争が激しく、実際には一部負担を無料に

¹⁶ 看護師のような医療専門者ではなく、入院中病室で看病・手当を担当する者。
孫珉景 (2011)、15頁

¹⁷ 金貞任(2009)、70頁

¹⁸ 制度開始当面は、家族療養費だけ支給されることになっている。金道勲・権珍嬉 (2008)、25頁

¹⁹ 金貞任(2009)、70頁以降

²⁰ スンマン・クオン(2008)「韓国における高齢者の保険医療と所得に関する諸問題」海外社会保障研究、NO. 163、35頁以降

²¹ 韓国保健社会研究院の説明(2012年10月26日)および宣賢奎(2010)「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」共栄大学研究論集、第8号、15頁

している事業者が多いが、違法である²²。

次に、日本においては、介護保険制度創設時に、医療法に基づく病院の療養病床の一部を介護保険法に基づく介護療養型医療施設（介護療養病床）とし、介護療養病床の入院患者の費用を、医療保険の対象から介護保険に移行した。この影響もあり 1999 年度には対前年度 3.8%増であった国民医療費は 2000 年度には 1.8%の減となった。韓国の老人長期療養保険制度においては、旧老人福祉法に基づく無料老人療養施設、軽費老人療養施設、有料老人療養施設、無料老人専門療養施設、軽費老人専門療養施設および有料老人専門療養施設を、新たに「老人療養福祉施設」に統合し施設給付の対象とした。しかしながら、医療法に基づく老人専門病院は対象から除外したため、医療保険から老人長期療養保険への給付対象の移行はなかった²³。

韓国の健康保険の 1 人当たり老人医療費（65 歳以上）の 2002 年から 2011 年までの推移をみると、長期療養保険制度創設後も増加を続けており、日本のような一時的な減少はみられない（図「韓国の 1 人当たり老人医療費の推移」参照）。

図 韓国の 1 人当たり老人医療費の推移



資料：韓国保健福祉家族部資料（「2011年の健康保健主要統計」）より筆者作成

ただし、対前年伸び率は 2007 年以降小さくなる傾向が続いていて、老人長期療養保険制度が何らかの形で老人医療費に影響していることが伺われる。また、韓国の老人療養施設・老人専門病院の入所定員の 2007 年から 2011 年までの推移をみると、長期療養保険制度の

²² 韓国保健社会研究院の説明（2012 年 10 月 26 日ヒアリング）。

²³ 日本の療養病床も検討されたが、結果として老人病院は医療施設として医療保険に残した（韓国保健社会研究院の説明）。

給付対象である老人療養施設入所定員が毎年 3 割程度増加し、また在宅給付である訪問介護給付費も増加傾向にあるが、一方で健康保険の給付対象である老人専門病院の入所定員は一時減少したものの若干の増加傾向にある。

韓国保健社会研究院によれば、老人長期療養保険で 1 等級に認定されても、病気があるなどの理由で老人専門病院に入る傾向がある。それらの者に対しては、老人長期療養保険からの給付はなく、健康保険のみで対応している。健康保険では介護ニーズに対応していないので、入院するとケアサービスのニーズが満たされないと考えられる。2011 年に長期療養保険の要介護度 1 等級判定者 41,326 人のうち、約 17%に当たる 6912 人が老人専門病院に入院している²⁴。

日本と比較して未だ高齢化の程度に差があること、韓国において、入院医療では保険外負担を含めた実質的な自己負担が高いため社会的入院がしにくいとされていることなどの背景の相違はあるが、今後、韓国においても健康保険給付対象の老人専門病院の入院患者に対する介護・医療の在り方が課題となる可能性がある²⁵。

4. 韓国老人長期療養保険制度の給付における医療との連携

高齢者の心身特性からみて、医療サービスと介護サービスは密接な関係にあり、両者が総合的・一体的に連携して提供される必要がある。韓国においては、全国法人である国民健康保険公団が、一元化された医療保険と、老人長期療養保険の双方の保険者となっており、その意味では医療保険制度と介護保険制度の実施主体を統合するという高齢社会福祉ビジョン懇談会の提言にも沿った保険運営体制になっているといえる。

老人長期療養保障法第 3 条は、長期療養給付提供の基本原則として、第 1 に高齢者の心身の状況・生活環境と高齢者等およびその家族の要望・選択を総合的に考慮して必要な範囲内で効率的に提供しなければならないこと、第 2 に高齢者等が家族と一緒に生活しながら家庭で長期療養を受ける在宅給付を優先的に提供しなければならないことを掲げるとともに、第 3 に高齢者等の心身の状況や健康等が悪化しないように、保健医療サービスと連携して提供しなければならないこととしている。

しかしながら、韓国保健社会研究院によれば、現実の保険給付においては、例えば老人病院と介護施設との関係での医療と老人長期療養の連携はないのが現状であり、その理由は制度間の連携がないことにあるという。また医療と介護との間だけでなく、介護サービス間での連携もなく、訪問介護サービスだけで給付の限度枠を使ってしまうことも多いとのことである。介護施設では、50 ベッド以上の施設のみ嘱託医の設置が義務付けられているが、それ以外は義務付けがない。嘱託医による症状のチェックは二週間に一度程度とい

²⁴ 韓国保健福祉家族部(2011)「長期療養保険統計年報」

²⁵ 日本においても、平成 24 年度までに廃止することになっていた介護療養型医療施設について、介護老人保健施設への転換が進まない等の理由で再び法改正を行って平成 30 年度まで存続することになったところであり、問題は継続している。

う。すなわち、日本の医療と介護の連携を参考にするという面は見られない段階にある。

日本の平成 24 年度診療報酬・介護報酬同時改定では、医療と介護の連携が改定の重点事項となった。診療報酬改定においては、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組みの推進など、医療と介護などとの機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図ることが重点項目とされ、1,500 億円が配分された。具体的には、①在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携を促進し、24 時間対応、緊急時対応を充実する、②在宅での看取りに至るまでの医療を充実する、③在宅における歯科、薬剤管理を充実する、④訪問看護を充実するなどの観点から評価の引き上げや加算の創設等が行われた。

また、介護報酬改定では、新たなサービスとして、24 時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスが導入されるとともに、ケアマネジメントについて、病院など訪問による情報連携を評価した加算や、訪問看護、定期巡回・随時対応サービス・複合型サービスについて、入院中に訪問看護ステーションが医療機関と共同し在宅療養指導した場合に加算するなど医療と介護の連携の促進を図っている。

韓国保健家族福祉部が発表した 2013 年から 2017 年までの長期療養保険の質の向上のための計画「老人長期療養保険基本計画」においては、介護サービス提供体制の効率性向上を掲げる中で、介護施設において協力医療機関と嘱託医診療活動に対する具体的基準の整備など、入所施設内での医療連携機能強化を進めること、さらには中長期的には療養サービスの質の向上のため、療養保険において医療サービスを補完できる多様な代案を検討することとされている。

介護と医療の連携の連携は進んでいないのが現状であるが、その必要性について問題認識を持ち、基本計画にも明確に方向性を掲げていることから、韓国においても、今後中長期的な政策の検討を行う中で、日本における様々な医療と介護の連携促進策が参考とされる可能性があると考えられる。

5. 台湾における医療保険と介護サービス

台湾においては、介護保険制度の導入について検討中の段階であるが、全民健康保険および「長期照顧十年計画」に基づく税財源による高齢者介護サービスにおける医療・介護関係の給付については、次のとおりである。

医療保険においては、訪問看護サービスと、施設サービス「護理之家」が中心である。訪問看護サービスは訪問看護ステーション「居家護理所」が 2005 年で 447 か所あり、約 2 万人分のサービスが提供されていたが、2011 年では 498 か所、約 4 万人分のサービスが提供されている。

施設サービスについては、衛生署が一般病院に対し回転率の悪いベッドの「慢性病床」への転用を呼び掛け、その後コスト高から「慢性病床」の増床に代えて 1991 年から「護理