

○軽減対象規模を老人総合お世話サービスの軽減水準に拡大(4人家族で職場加入者保険料基準、現行20,800ウォン→ 52,100ウォン/月)

* 現在の本人負担減免規模:88千人(全体長期療養受給者の27%:基礎・医療給与受給者60千人、次上位層8千人、低所得層20千人)

③等級外の者に対する支援強化

○長期療養保険の死角地帯を補完する次元で老人ケアサービスの受給者を段階的に拡大

- (老人総合ケア)老人ケアサービスの対象者範囲を段階的に拡大して長期療養等級外の者に対する生活支援サービス強化
- (老人基本ケア)寝たきり状態など特定の必要によって一時的に介護が必要な次上位一人暮らしの老人に清掃、洗濯、炊事支援サービスを提供

常に療養が必要	長期療養保険	長期療養保険受給者に対して在宅および施設給与サービス提供(33万人)
一時的または、特定必要による療養	老人総合ケアサービス	長期療養等級外の者を中心に家事および活動支援サービス提供(32千人、663億ウォン)
	老人基本ケアサービス	転倒のケガ等で療養が必要な独居老人に短期(2ヶ月)家事支援(6千人、18億ウォン)

○長期療養保険が認定されなかった中高リスク群を中心に転倒のケガおよび認知症予防など老人性疾患予防モデル事業推進

* 老人運動、移動補助器など筋力運動のための福祉用具貸与、転倒のケガおよび認知症予防のための家庭訪問型予防事業など多様な事業モデルを検討

2. 多様で質の高いサービス提供

①多様な在宅サービス活性化

○デイサービス、訪問看護、入浴、療養など2個以上の在宅介護サービスを必要に応じて利用することができるよう月限度額引き上げ

○在宅現物サービスの質的水準向上のための制度改善

・デイサービス:身体および認知機能改善のための多様な標準プログラム開発、普及、送迎サービス費用現実化などサービス活性化誘導

* 認知症相談センターとデイサービス事業者との連携強化、健康マッサージなど身体機能維持プログラム活性化

・訪問療養:家事支援よりは身体機能改善により多くのサービスが提供されるように給付提供内容、時間など調整

・訪問看護:サービス利用活性化のため再訪対価現実化など推進

・福祉用具:給付品目をニーズに合うように拡大するが、登載品目整備、購入、貸与分類体系再調整など管理体系合理化企画

○中長期的には家族の非公式療養負担、差別化されたサービス需要充足などのために現金給与改善方案工夫

* 家族療養費と家族療養保護士制度を現金給与改善次元であわせて検討

②療養機関サービス品質管理強化

○サービス提供内容および方法の標準化のために給付提供基準の整備

-長期療養機関、長期療養要員が給付提供時に守らなければならない最小基準と在宅および施設給付など給付類型別の細かいガイドラインを整備

○受給者の合理的な給付利用を助けるため、保険者の個人別適正給付利用計画樹立支援とサービス利用に対する相談および教育強化

○重要指標評価の結果公開、サービス結果(outcome)中心の評価指標の比重拡大など療養施設評価体系改善

-優秀施設インセンティブ方式を定率方式(前年度給与請求額の5%)で規模別、施設類型別に差別化してインセンティブ対象機関を拡大

* 中長期的にはサービス評価は独立的な評価機関によってサービス品質管理を常に(random)実施する方案を検討

○法定基準(人材、施設)を満たしていない施設整備、常習違反施設長に対する制裁強化など長期療養機関の質の管理強化

* 指定取り消し施設の再申請期間拡大(現行2~6ヶ月→1~2年)等

③療養機関従事者処遇改善

○療養施設従事者が業務に専念できるように賃金引き上げ*、従事者処遇改善努力程度を機関評価に反映** など賃金適正化方案を準備

-包括賃金制乱用防止のために、労働時間、賃金などを規定した標準勤労契約を準備し普及させる

* 業務が類似の社会福祉施設の生活指導員の賃金水準まで段階的に引き上げ検討

** 報奨金の一定比率(例:50%以上)以上を従事者処遇改善に義務的に使用

○業務負担を緩和してより安全な勤務環境を作るために療養施設従事者人材基準強化(現行2.5人当り1人から2.0人1人に強化)

* '08年以前設置された施設のうち3人または、5人当り1人の療養保護士を置くことが許された施設は'13.4月以後からは2.5人当り1人で施設基準充足するようになる予定

-新規設置訪問療養機関にだけ適用した人材基準*を従来から設置、運営されている施設('10.2.24改正以前の施設5,361ヶ所)にも適用推進

* 療養保護士3人(農漁村2人) → 15人(5人)以上、常勤20%(3人)以上

3. 介護サービス提供体制の効率性向上

①適正な長期療養機関拡充

- 入所施設は全体利用者の30%内外維持(適正規模化誘導)と、在宅サービスは
デイサービス、複合在宅事業者を中心に拡充
- 民間資源と均衡を成し遂げられるようにサービス不足地域に優先して地方
自治体、保険者中心の公共型インフラ拡充

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・入所施設(定員): ‘11年124千人→’ 17年155千人(+31千人)<ul style="list-style-type: none">* 公共施設定員: ‘11年74千人→’ 17年100千人・在宅機関(利用者): ‘11年184千人→’ 17年314千人(+130千人)<ul style="list-style-type: none">* デイサービス利用者: ‘11年15千人→’ 17年31千人 |
|---|

②療養機関管理体系改善

- 二元化された長期療養施設関連法規体系整備
 - 長期療養機関の設置基準および申告などは老人福祉法で統一して、長期療
養保険法では長期療養機関の指定関連事項を具体化
- 公団-地方自治体間で長期療養受給者および等外者情報の共有体系を
より強化して地域社会協力モデルを開発

③療養病院と施設間の役割確立

- 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
- 中長期的には療養サービスの質的改善のために療養保険内で医療サービ
スを補完できる多様な代案を検討

4. 財政管理強化

① 中長期財政危険に対応する財政管理体系の整備

○ 5年単位の長期財政展望を通じて財政支出リスク要因あるいは財政支出急増要因を常に点検、分析して財政危険に先制的に対応

* 韓国の療養サービスの現実に適合した中長期財政展望模型構築

○ 持続的保障性拡大と財政安定間均衡を成し遂げられるように支出効率化に努力するものの、

- 給付対象拡大、サービスの質の改善など国民の目の高さに合う保障性拡大に対応して適正療養保険料率決定

② 不当請求など財政の無駄の排除強化

○ 機関が自律性を持って適正な給付を請求できるようにして、錯誤および不当請求が事前、事後に点検されるように電算審査管理持続改善

* 現行RFID方式の在宅給付電子管理システムをより手軽で便利な方式で改善推進

○ 不正請求常時モニタリング システム導入* など事前予防体系を強化して、課徴金賦課、名簿公表、行政処分の継承など制裁強化

* 不正感知システム(Fraud Detection System:FDS):これまでの不正摘発資料などを基礎で不正請求感知模型を開発、'14年導入予定

③ 療養機関会計透明性強化

○ 長期療養保険法による長期療養機関に適合した財務会計基準を整備、電算システム構築および教育などを経て導入推進

V

推進時期

大課題	主な課題	課題	時期
保障性的 拡大	① 対象拡大	・3等級認定点数段階的引き下げ	'13~14
		・認知機能を強化した等級判定体系適用	'13.7~
	① 等級外支援サービス強化	・老人性疾患予防事業推進	'15.1
	② 受給者本人負担軽減拡大	・本人負担軽減基準改編	'13~14
サービスの質の改善	① 多様な在宅サービス活性化	・在宅給付月限度額引き上げ	'13
		・在宅現物給与サービス制度改善	常時
	② 療養機関サービス品質管理強化	・給付基準準備および利用支援強化	'13末
		・受給者不当要求制裁規定整備	'14
		・療養施設評価体系改善	'13
		・不適正施設に対する管理体系強化	常時
	③ 療養施設従事者処遇改善	・長期療養機関指定制改善	中長期
		・療養施設従事者勤労条件改善	常時
		・療養施設従事者勤務環境改善	常時
		・療養保護社職務教育定例化	'13
		・適正需給管理基盤作り	'14
介護サービス提供体制の効率性向上	① 適正長期療養機関拡充	・適正長期療養機関拡充	常時
	② 療養機関管理体系改善	・長期療養機関管理体系改善	'13
		・保険公団と地方自治体協力強化	常時
③ 医療と介護の役割確立	・入所施設内医療機能強化	'13	
	・入所施設内中長期医療体系改善	中長期	
財政管理強化	① 長期財政危険管理体系整備	・中長期財政展望モデル構築	~'13.3
		・適正保険料率決定および健全財政維持	常時
	② 不正請求など財政無駄防止などの管理強化	・電算審査体系改編	常時
		・課徴金賦課、名簿公表など制裁法令整備	'13
③ 養機関会計透明性強化	・長期療養機関に適合した会計基準適用	'14~	

3. 台灣資料

台湾「老人福利法」(老人福祉法)で定義される老人福祉施設

1. 老人福祉施設の法的な分類

以下の3種類である。

分類	定義
長期介護施設	以下の3つの施設 (1) 長期介護型：慢性疾患などにより、医療的な介護が必要な高齢者を対象 (2) 養護型：自立した生活が難しい高齢者が対象 (3) 認知症対応型：認知症の者で介護が必要な高齢者を対象
安養機構	介護が必要であるが、介護する家族がいない者で、自費で入所する者を対象
その他の施設	上記以外の老人福祉施設

2. 提供される介護サービスの種類

以下の通り。

分類	定義	サービス
在宅ケア	(1)家事及び日常生活介護サービス、(2)身体介護サービス等を提供	医療系のサービス、リハビリテーション、身体介護、家事援助、訪問見守り、電話での安否確認、配食サービス、緊急救援サービス、住宅環境改善サービス、その他のサービス
地域ケア	地域内のマンパワー、設備等を活用して、地域内の人々に必要なサービスを提供すること	保健サービス、医療系のサービス、リハビリテーション、福祉用具貸与、カウンセリング、デイサービス、配食サービス、教育サービス、法律相談、移送サービス、退職準備サービス、レスパイトケア、介護情報の提供や紹介、その他のサービス
施設ケア	自宅での生活が困難な高齢者等に対して介護サービスを提供	住居（居室）の提供、医療系のサービス、リハビリテーション、生活介助、食事の提供、医療機関への緊急移送サービス、社会活動、家族への支援、デイサービス、その他のサービス

台湾の高齢者介護施設等の現状

表 台湾の高齢者介護施設の状況

(各年末現在)

		2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
長期介護 機構	施設数	24	27	32	37	51	53	48	50	53
	定員	1,010	1,499	1,771	1,932	2,675	2,838	2,484	2,497	2,707
	入所者数	823	1,032	1,192	1,205	1,654	1,781	1,766	1,865	2,005
	入所率	81.5%	68.8%	67.3%	62.4%	61.8%	62.8%	71.1%	74.7%	74.1%
養護機構	施設数	813	838	869	922	949	969	963	960	947
	定員	30,304	32,826	35,850	39,135	41,020	42,359	43,523	44,741	46,630
	入所者数	21,819	23,802	26,600	28,824	30,109	31,996	33,481	34,680	35,597
	入所率	72.0%	72.5%	74.2%	73.7%	73.4%	75.5%	76.9%	77.5%	76.3%
安養機構	施設数	49	47	43	43	42	44	42	41	34
	定員	11,644	11,333	10,058	9,494	9,465	9,370	9,059	8,852	7,456
	入所者数	7,609	7,544	6,704	6,622	6,510	6,406	6,272	6,279	4,985
	入所率	65.3%	66.6%	66.7%	69.7%	68.8%	68.4%	69.2%	70.9%	66.9%

資料：内政部統計司資料より国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成

表 台湾の居宅、デイサービスの利用状況

		2009年				2010年				2011年			
		利用者数 (人)	構成比	利用者一人あたり		利用者数 (人)	構成比	利用者一人あたり		利用者数 (人)	構成比	利用者一人あたり	
				利用日数 (日)	利用時間 (時間)			利用日数 (日)	利用時間 (時間)			利用日数 (日)	利用時間 (時間)
居宅 ケア	総数	22,392	100.0%	133.0	233.7	28,398	100.0%	143.6	259.6	33,193	100.0%	143.1	271.2
	男性	9,556	42.7%	137.2	242.6	12,084	42.6%	146.0	265.4	13,947	42.0%	147.4	280.9
	女性	12,836	57.3%	129.8	227.1	16,314	57.4%	141.8	255.3	19,246	58.0%	140.0	264.2
	低所得	4,983	22.3%	135.0	258.5	5,491	19.3%	157.5	304.1	7,028	21.2%	153.4	299.7
	中低所得 一般	4,567	20.4%	143.6	250.8	5,249	18.5%	166.9	303.4	4,984	15.0%	165.3	318.7
	一般	12,842	57.4%	128.4	218.0	17,658	62.2%	132.3	232.7	21,181	63.8%	134.5	250.6
デイ サービス	総数	615	100.0%	166.9	1,145.2	898	100.0%	175.7	1,107.6	1,206	100.0%	194.4	1,337.4
	男性	208	33.8%	165.8	1,098.9	357	39.8%	156.7	940.3	433	35.9%	203.2	1,383.8
	女性	407	66.2%	167.4	1,168.9	541	60.2%	188.2	1,218.0	773	64.1%	189.5	1,311.5
	低所得	50	8.1%	110.2	756.3	68	7.6%	138.0	928.6	77	6.4%	242.0	1,377.4
	中低所得 一般	73	11.9%	154.1	902.7	65	7.2%	175.5	1,029.6	107	8.9%	160.6	1,056.0
	一般	492	80.0%	174.5	1,220.8	765	85.2%	179.0	1,130.2	1,022	84.7%	194.4	1,363.9

資料：内政部統計司資料より国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成

注：低所得、中所得、一般の区分は以下の通り。

低所得：一人あたり世帯所得が最低生活費の1.5倍未満、一人あたり消費支出が台湾の平均の1.5倍以下の世帯に住む者

中低所得：一人あたり世帯所得が最低生活費の1.5倍以上2.5倍未満、一人あたり消費支出が台湾の平均の1.5倍以下の世帯に住む者

一般：上記以外の世帯に住む者

表 台湾の配食サービス、移送サービスの利用状況

配食サービス	2009年			2010年			2011年		
	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)
総数	30,260	100.0%	104.2	29,018	100.0%	126.5	8,335	100.0%	271.8
男性	14,431	47.7%	-	15,306	52.7%	-	4,308	51.7%	-
女性	15,829	52.3%	-	13,712	47.3%	-	4,027	48.3%	-
低所得	3,148	10.4%	237.5	5,215	18.0%	166.6	3,358	40.3%	272.4
中低所得	4,303	14.2%	239.6	4,777	16.5%	190.4	2,710	32.5%	300.9
一般	22,809	75.4%	60.3	19,026	65.6%	99.4	2,267	27.2%	236.1

移送サービス	2009年			2010年			2011年		
	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)	利用者数 (人)	構成比	一人あたり 利用日数 (日)
総数	8,956	100.0%	16.5	9,413	100.0%	20.4	20,357	100.0%	9.9
男性	5,067	56.6%	-	5,370	57.0%	-	10,698	52.6%	-
女性	3,889	43.4%	-	4,043	43.0%	-	9,659	47.4%	-
低所得	918	10.3%	11.2	1,115	11.8%	13.1	2,750	13.5%	9.0
中低所得	1,010	11.3%	9.3	1,625	17.3%	13.3	2,891	14.2%	10.2
一般	7,028	78.5%	18.2	6,673	70.9%	23.4	14,716	72.3%	10.0

資料：内政部統計司資料より国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成

注：低所得、中所得、一般の区分は以下の通り。

低所得：一人あたり世帯所得が最低生活費の1.5倍未満、一人あたり消費支出が台湾の平均の1.5倍以下の世帯に住む者

中低所得：一人あたり世帯所得が最低生活費の1.5倍以上2.5倍未満、一人あたり消費支出が台湾の平均の1.5倍以下の世帯に住む者

一般：上記以外の世帯に住む者

「中低収入老人特別照顧津貼」（中低所得高齢者特別介護手当）の概要

1. 根拠法

「中低収入老人特別照顧津貼發給辦法」による（老人福利法に基づいた規則）

2. 対象者

以下の条件を満たす者

（要介護高齢者本人）

- ・ 「中低所得老人生活手当」（参考を参照）を受給していること（低所得であること）
- ・ 在宅、地域、施設ケアを利用していない、介護労働者を雇用していない、そのほかの介護関係の補助を受け取っていないこと
- ・ 要介護度が重度以上で実際に家族が介護していること
- ・ 手当を申請する自治体※に住民登録（または居住）していること

※直轄市（台北市のような大都市）または縣市（わが国の都道府県に相当）政府

（参考）「中低所得老人生活手当」とは、低所得の高齢者を対象に支給する手当。一人あたり所得が「最低生活費」の1.5倍以下の場合、月6,000台湾元、1.5倍以上2.5倍以下の場合、月3,000台湾元を支給。

（家族介護者）

- ・ 満16歳以上65歳未満であること
- ・ 以下の条件を満たす者
要介護高齢者本人と同居していること、介護される者の二親等以内の親族 など
- ・ 就業していないこと、実際に介護を行っていること
- ・ 介護される者と同じ自治体に住民登録（または居住）していること

3. 申請

居住している直轄市、県市政府に行く

4. 支給額

月5000台湾元

5. 支給状況

	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、万台元)	3,177	3,535	3,814	4,062	8.5%

資料：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。

「我國長期照顧十年計畫」(概要版)より

1. はじめに

台湾の人口高齢化は近年急速に進んでおり、長期の介護を必要とする者が著しく増加している。そのため、台湾における長期介護サービスの体系を整える必要があり、特にこの計画を策定した。

この計画は日本と（社会保険制度の国の代表とした）とイギリス（税方式の制度の代表とした）の二つの国が経験した長期介護の制度の実施について、これを参考にした。また、その他の先進国の経験も参考にして、台湾の長期介護制度の目標を定め、その実施戦略を定めた。

2. 台湾の要介護者数の見通し

この計画では、台湾の人口高齢化が急速であること、その一方で介護サービスの資源が限られていることを考慮し、介護サービスの対象を主に高齢者とする。老化の程度は個人により異なるので、高齢者ない者を排除することはしない。つまり、心身に障害がある者等もこのサービスの対象とする。よって、55～64歳の原住民、50～64歳の障害者も対象になる。特に、IADLを喪失した独居老人は、買い物、炊事等の日常生活を自立して営むことが困難であり、彼らも介護サービスの対象となる。こうした者に限定して、要介護者の推計を行うと、2007年には245,511人になるが、2010年には270,324人、2015年には327,185人となり、2020年には398,130人にまで増加する見通しである。

3. 提供する介護サービス

この計画が定義するサービスの内容は、日常生活の活動への支援である。つまり「介護サービス」と言われるものであり、以下のものを含む：在宅サービス、デイケア、家庭型のサービスである。心身の機能の回復維持を目的とした在宅介護、在宅リハビリ等の他、要介護者が自立して生活する能力を確保するための、補装具の購入、住宅改修、介護している家族への支援がある。

サービス内容と費用補助の方法には二つの原則がある。それは、(1) 一般の人々を対象にして、補助の形態は現物給付（サービス提供）で主として、現金給付はこれを補足するものとする、サービス利用の原則である。(2) 老人の介護の程度、家庭の経済状態を考慮して、合理的な介護サービスを行う。その程度は、軽度、中度、重度の3つとし、最も程度が高い者が多くの補助を得ることができる。介護サービスを利用する者は、その補助の限度額の下で利用するが、一部自己負担を支払う。その程度は、所得が高い者ほど多くなる。

要介護の程度は、失っているADLsの数を基準にすると以下の通りである。(1) 軽度：1～2項の喪失、(2) 中度：3～4項目の喪失、(3) 重度：5項目以上の喪失。また、補助の

対象となる介護サービスの毎月の時間数は、軽度で 25 時間、中度で 50 時間、重度で 90 時間とする。

3. 自己負担

一部自己負担と関連して、補助の基準は世帯の経済状態に基づいて以下のようにする。

世帯総収入が社会救助法で定める最低生活費用の 1.5 倍に達しない者	政府が全額補助
世帯総収入が社会救助法で定める最低生活費用の 1.5～2.5 倍の者	90%を補助し、残りの 10%を自己負担とする
一般の世帯（上記以外の世帯）に住む者	政府から 60%を補助し、一部自己負担を 40%とする

(1) 政府が補助する時間を超過してサービスを利用する場合、原則として全額自己負担とする。

(2) 1 時間当たりの補助 180 台湾元（物価指数で調整する）となる。

(3) 一般の世帯の自己負担はその後 2010 年から 30%に引き下げ

4. 介護制度運営の担い手

長期介護サービスの利用を希望する者は、「要介護認定」を受ける必要がある。台湾の社会福祉に関する法律についてみると、個別の資格認定や、補助に関する事務などについて、公権力を行使する機関が実施している。台湾の現在の公的サービス管理者としての権限と資源利用の効率性などを考慮すると、県市政府が、介護サービスの認定などに係る事務を担うことがふさわしいものと考ええる。

台湾の長期介護サービスの予算の確保等は、社会政策部門が担い、介護サービス制度の様々な業務（需給予測、介護サービスの資格認定、介護サービス計画の策定、介護サービスの質の監督と評価等）も担う。そのため、効率的な人材配置が求められる。介護サービスの管理者 1 人当たり要介護者を 120～200 人とする、2007 年の要介護者 24 万 5000 のうち、20%が初年度にサービス利用の申請をしたとして、246 名の管理者が必要である。これとは別に 5～7 人管理者に対して 1 名の監督指導者をおいて、地方政府の介護サービス管理センターの事業費も考慮すると、2007 年に制度の管理のために必要な費用はおよそ 1 億 5000 万台湾元になる。

5. 介護マンパワー

長期介護サービスの範囲は広く、その人材も、医学、看護、リハビリテーション等の領域の専門家が必要である。さらに、生活に係るサービスを行う人も必要である。上に述べた要介護者の推計等を元に、必要となるマンパワーの推計を行うと、2010 年には 15,047～67,049 人であり、そのうち介護サービスにあたる者は 9,600～52,117 人となる。現在の

状況から、介護サービスに従事するマンパワーの不足は深刻であり、これを解決するための人材育成が重要な課題である。

長期介護サービスの計画を立案するにあたって、施設介護については、それが不足している地域への補助を優先する。しかし、介護施設が不足していない地域では、施設介護サービスの質の向上を重視する。デイケアについては、各縣市では、デイケア施設の不足が深刻であり、中央政府は、デイケア施設に対する補助などの体系を確立させる。この他、各種サービスの利用率等の需要量を推計し、現在の供給量と比較して、不足している分の充実を行う。そしてその目標は毎年定める（2007～2016年）。

長期介護サービスの供給体制について、「民間参入の推進」も重視する。これは、民営化の他、公共サービスを民間会社が委託を受けて供給する方式も取り入れる。

6. 財政・その他

政府による費用補助の基準を今後にわたって明確にする他、政府が補助する管理経費などについても、現行制度の予算の中で明確にする。10月から制度を開始した場合、2007年に政府が必要とする経費は26.51億台湾元で、2016年には142.84億台湾元となる。2007～2016年の長期計画として、10年間の経費を推計すると、817.36億台湾元となる。

長期介護サービスに関する法令改正の他、(1)マンパワーの管理(2)長期介護サービス体系の管理等の業務を政府は遂行する。また、この制度の施行初期には、国民への啓発事業も実施する。

台湾における「介護保険制度」検討状況（政策当局の報告書の概要）

1. 行政院衛生署

(1) 「我国長期照護法制建構之研究」行政院衛生署（2001年12月）

計画責任者：郝鳳鳴（HAO Feng-ming）教授(國立中正大學)

要旨

- 台湾は高齢化が進んでいるが、社会経済の変化も大きい。そのため、高齢者介護は個人や家族で行うといったものが、社会でどう対応するかという問題になっている。しかし、高齢者介護サービスは全民健康保険と一部の社会福祉を除いて不十分である。そこで、台湾の介護制度の法制化の検討資料を示すため、日本やドイツの外国の経験を含めた各種の検討を行った。
- 主な結果は以下の通りである。

分野	内容
介護システム	<p>社会保険方式の介護制度が中心にあり、民間保険等はこれを補うもの。</p> <p>要介護者へのサービス提供を行うには、「ケア管理センター」が必要である。</p> <p>ケアワーカーや介護事業者の不足の問題を解決するには、人材の育成や事業者の管理の仕組みやこれに関係する法律が必要である。</p>
介護制度の運営	<p>日本では政府と自治体の役割が分かれており、ドイツでは保険者の参画が考慮されている。両方の仕組みをそのまま台湾に取り入れることはできず、台湾の実情のあわせるべき。</p> <p>介護制度の担当部局を衛生署内につくすることも考えられるが、中央健康保険局の一部とすることもできる。</p>
介護制度からの給付	<p>介護給付は健康保険に含められるべきである</p> <p>要介護者を介護している家族への給付も条件付きで行う必要がある。</p> <p>訪問介護と訪問看護を推進すべきである</p> <p>保険料率とこれを負担できない人への対応は、早期に検討すべきである。</p>

- 諸外国（ドイツ、日本、韓国、オランダ等）の経験から

分野	内容
----	----

制度設計	自助努力中心：アメリカ 普遍的な制度：北欧（税方式） 社会連帯を重視した制度：日本、ドイツ（社会保険方式）
財政方式	税方式：北欧、イギリス 社会保険方式：日本、ドイツ 貯蓄：シンガポール
サービス提供体制	税方式：公的な組織 社会保険方式：民間企業、NPO 等多様な主体が参入 ケアの種類：財政上の問題から、居宅ケア、地域ケアが重視 給付の方法：現金と現物。現物はプロによるケアの提供、現物は家族介護者の評価（賃金）、介護に必要なものの購入に利用できる。 医療との役割分担（社会的入院を減らす）

○台湾の介護制度（当時）

分野	内容
全民健康保険	訪問看護、訪問介護の一部を保険給付 →介護制度の構築時には医療制度との役割調整が必要（日本の経験を参考）
老人福利	居宅ケア（低所得者対象の手当を含む）、施設ケア →対象者が低所得者中心、所管省庁も複雑、老人福祉施設の設立基準がはっきりしていない
社会救助	手当、住宅改修補助 →スティグマの問題

○日本の経験から

- ・財政方式：税方式（普遍性を重視）と社会保険方式（権利性）の議論。高齢化の進展と介護リスクがみんなにあることから、社会保険方式が望ましい。ただし、供給体制の整備、保険財政安定だけを目的とした制度運営にならないこと、等に留意する必要。
- ・主管機関：単一機関の設立が望ましい
- ・保険者：ドイツを参考にしたが、自治体を保険者としたため、保険者が多数となり、財務の安定、介護リスクの分散の効果は限定的。「第二国民健康保険」の批判もある。これを考えると保険者は一つにすることが望ましい。
- ・被保険者：40歳以上として、身体障害者は対象外。障害者施策のメニューは高齢者介護のそれと異なる。介護が必要な人にサービスを提供するという平等性から考えると、この方法はよく検討する必要がある。

○制度の構築方向

- ・制度そのもの：高齢化の急速な進展を背景に、日本のような独立した制度とする。
 - ・財政方式：社会保険方式とする。それは、①租税負担の増加を避ける、②負担と給付の関係を明確にする、③権利性ととも無駄なサービス利用を控えることができる（無駄に使うと、保険料がその分上がる）。
 - ・保険者：中央健康保険局
 - ・被保険者：ケアのリスクに普遍的に対応するため、全国民とする
 - ・給付：在宅、地域ケアを重視し、在宅介護の促進等を目的に現金給付を含める。
- 等

(2)「長期照護財務制度建立之研究」行政院衛生署(2001年12月)

計画責任者：徐守徳 教授(國立中正大學)

要旨

- 台湾は高齢化が進んでおり、介護制度の構築は大きな課題である。しかし、台湾では、全民健康保険は急性期の医療費を賄うための制度であり、介護費用は主に家族が負担している。そのため、介護に関する法制度や政策はもちろん、財源方式に関する議論も重要である。本研究では、諸外国の経験等をもとに検討した結果、社会保険方式の採用を提起する。この方式は現行の全民健康保険を補足するものとなる。

○ 社会保険方式の主な根拠

- ・リスクの分散
- ・給付と負担の公平性
- ・他の社会保障制度が社会保険方式(特に健康保険)制度間の連携等がしやすい
- ・諸外国、日本とドイツの経験

(3)「我国長期照護保険制度之可行性研究—財務面探討」行政院衛生署(2002年)

計画責任者：徐偉初 教授(國立政治大學)

要旨

- 台湾で介護保険を行う場合、次のような方式が考えられる。
保険制度としては全民健康保険に付属させる方式と独立保険とする方式。

日本の介護保険では税財源からの支出が半分に及ぶ。介護保険実施の際には、相当な財

政支出を考える必要。

供給体制の整備、ニーズの見通し。

2. 行政院経済建設委員会

(1) 「推動長期照護保險可行性之研究」(2004年9月)

受託者：台中健康暨管理学院（現在の亜州大学、研究代表者：鄭文輝教授）

要旨（英文要旨より）

- 本研究は、台湾で介護保険を実施する可能性を検討することにある。介護保険を実施している日本とドイツの経験を、財源、サービス提供、マンパワー育成に焦点を当てた。
- 台湾の高齢化率は9.4%で介護保険を実施した当時の日本やドイツを下回る。しかし、台湾の高齢化は今後急速に進むため、介護基盤を整える安定した財源を確保するには、いま介護保険を検討することはちょうど良い時期である。
- 台湾の介護費用の対GDP比は2014年でも0.56%であるが、介護保険の実施には、介護サービス提供体制、マンパワーの十分な育成が必要である。
- 介護保険の検討の重要な論点をまとめると以下の通りである。
 1. 介護政策の方向性と検討プロセスを明確にする
 2. 「要介護」とは何かを明確にする
 3. 普遍的かつ基本的な介護サービスを提供する
 4. 介護サービスの選択に当事者の自由を確保する
 5. ケアマネジメントを導入する
 6. 予防の重視
 7. 在宅ケアの推進
 8. 多様なケアサービスの提供
 9. 健康保険制度との調整がとれた介護保険制度とする

ドイツと日本の介護保険の評価

	ドイツ	日本
プラス面	<ul style="list-style-type: none">・ 家庭の介護能力を支える・ 介護サービスへの就業機会を創出・ 要介護者の状態を維持させることができた	<ul style="list-style-type: none">・ 制度設計 ケアマネジメント、介護給付の限度額の設定等、適切な利用を促す仕組み 自己負担の定率制は経済力に見合った負担・ 制度運営 介護サービスの内容を選択できる

		<p>家族介護者の負担が軽減</p> <p>営利企業の参入により供給が拡大</p>
課題	<ul style="list-style-type: none"> 施設介護での給付の改善等 	<ul style="list-style-type: none"> 介護費用が急激に増加 軽度の要介護者の利用が増加、社会的入院の解消が限定的 第2号被保険者の保険料が介護費用の増加につれて自動的に増える

ドイツと日本の経験から得られること

制度 企画	<ol style="list-style-type: none"> 1. 政策の方向を決める 2. 「介護」の定義を明確にする 3. 普遍的かつ基本的な介護サービスを提供する 4. 当事者の自由選択を保障する 5. ケアマネジメントを導入し、効率的な利用を実現させる 6. リハビリテーションを重視 7. 居宅ケアを重視 8. 多様な介護サービスを提供 9. 健康保険との連携
制度 設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「介護ニーズ」を明確にする 2. 「介護」を社会で支えるリスクとする（日本がとった方向） 3. 要介護者と家族に選択の自由を確保する 4. 健康保険との役割分担を明確にする。ただし、健康保険の保険者に運営を委託することはできる（財務を明確にする） 5. 保険料は所得や賃金と関連付ける 6. 保険財政は健全な状態を守ることができるようにする（保険料率を経年的に上げていくか、ドイツのように3~6ヶ月分の基金の残高を義務づける等） 7. 独立したケアマネジメントと要介護者の自由選択（日本のケアマネジメントとドイツの仕組みを参考にする） 8. 多様な介護サービスを提供 9. 介護サービスの提供は契約をベースとし、民営のサービスを重視 10. 介護報酬は毎月の1人当たりとし、給付限度枠の中で行う 11. 給付の対象者は、日常生活に支障がある、認知症の症状がある等の者を原則とする。

「第7章 結論と建議」より

○ドイツと日本の経験の分析より

共通点	1. 「要介護」と「要介護認定」の仕組みを明確にしたこと		
	2. ケアマネジメントを導入し、マンパワーや介護サービス事業といった介護提供体制を充実させたこと		
共通点	3. 給付に居宅・地域・施設ケアと住宅改修を含み、給付の上限を設けたこと		
	4. 「要介護認定者」にサービス選択の自由を確保したこと		
共通点	5. 保険財務を独立させた介護保険にしたこと		
	項目	日本	ドイツ
相違点(両国の状況と政策判断によるもの)	保険者	市町村(自治体)	介護金庫(疾病金庫に委託)
	被保険者	40歳以上の者	全年齢
	税財源からの補助	事務経費の全額と給付費の半分(ドイツより多い)	州政府の資本支出の補助
	要介護認定	要支援、要介護1~5の6段階	中度、重度、特に重度と特別の4種類
	給付限度枠	(ドイツより)高い	低い
	現金給付	行わない(現物給付を充実)	行う(選択の自由)
	自己負担	10%	なし

○「専門家会議」(第1回:2004年3月25日)より

外国(日本とドイツ)の経験から

- ・日本では介護保険の財源(自己負担を除く)のうち、半分は税財源である。介護提供体制も良く整っており、地域差も少ない。ゴールドプラン等を通じてマンパワーを育成しており、特に最近では認知症の高齢者に対応したグループホームを整備している。
- ・日本では40歳以上を被保険者とするが、財政問題と障害者を対象にすることを目的に、被保険者の年齢の引き下げが議論されている。しかし、専門家の中には、高齢者と障害者は介護のニーズが異なるといった意見を持っている。
- ・もし、台湾がいまのまま介護保険を実施したら、マンパワーの不足と介護サービスの地域差の問題が出てくる。
- ・ドイツと日本の経験には差があり、被保険者は日本が40歳から、ドイツは全国民である。保険者について、日本は地域保険の方式をとり、権利と義務について(地域間)格差がある。台湾はこれにならわずに、全国単一の保険者とすることが望ましい。日本では予防的な給付も行っており、病状の悪化を防ぐ等の効果がある。台湾の制度設計では、保険財政、給付項目等に特に注意を要する。
- ・介護保険の実施にはマンパワーが必要である。日本でもサービス提供の不足で実施当初は給付が少なかったが、2年度以降は増加している(介護サービスが増加、普及した)。