

(2)「長期照顧保險法制給付方式及給付項目之評估」行政院經濟建設委員會
(2009年5月)

計畫責任者：李玉春教授（國立陽明大學衛生福利研究所）

要旨

- この研究は、台湾で介護保険制度を実施する場合の制度設計に関する提案を行うためのものである。介護保険制度の原則の他、とりうる制度設計の選択肢を検討した。文献の検討、研究者等へのアンケート調査、専門家会合を行った。
- 制度設計の提案内容は以下の通り

| 項目 | 制度設計 |
|-------------|--|
| 対象者 | 全住民とする（年齢や要介護の種類より、介護が必要というニーズに重点を置くべき） <u>台湾は日本のような障害者福祉が整っていないため、障害者を対象外にすると別に制度を構築する必要があり、介護サービスが縦割りになる。</u> |
| 給付設計の原則 | 保険財政面で持続可能であること ニーズ、普遍性、費用対効果、家族の負担を考慮すること |
| 要介護認定 | 要介護者と家族のニーズを考慮 認知症の者の他、最低でも2項目のADLsやIADLsの喪失が少なくとも6ヶ月以上継続している者を「要介護」とする 検討の時間がある場合、ADLsやIADLsの喪失に変わる多面的な評価方法を導入する。 <u>日本は総合的な評価方法をとっているが、ドイツのようなADLsに基づく評価方法が世界では一般的。今後は日本のような評価方法が研究される方向。</u> |
| 要介護等級と支給限度枠 | 実施当初はドイツのような4等級（要支援、要介護1～3）とし、要介護度別に支給限度枠を設ける（超過分は全額自己負担、支給限度枠は介護ニーズ、費用、介護サービスの利用可能性をもとに決める） 介護報酬は全民健康保険の仕組み（従事者の賃金、労働時間、生産性をもとに決める）と同様のものとする |
| 給付の種類 | 実施当初は現物を主とし、現金を従とする。両者からの選択、混合受給を可能にする。 現金給付はその後廃止するか、条件を設ける。 現金給付を受ける場合、介護技術の訓練を義務づける、家族介護の質が良くない場合は、現物給付に置き換える。 |

| | |
|---------------|--|
| | 現金給付は現物給付の40～45%相当にする。 施設利用の室料、食費等は給付に含めない |
| 給付のパッケージ | 利用者本位で、多面的ですきまのないサービスを提供する 施設、地域、居宅ケアの他、レスパイトケア、移送、配食等のサービスを行う 給付の範囲は国民の意向と現実の利用可能性を考慮 介護保険では利用者本位の包括的なケアに重点を置くこと |
| 健康保険との連携、役割分担 | 健康保険は「急性期の治療」、介護保険は不可逆的な状態の人の「お世話」が役割である。発症から6ヶ月以内の「亜急性期」は健康保険で対応し、いわゆる社会的入院は介護保険で対応すべき |
| 外籍監護工問題 | 実施当初は外国人ケアワーカーの雇用、介護保険の利用は自由な選択によるものとするが、しかるべき基準を検討する 施設等で介護サービスを提供するために雇用される外国人ケアワーカーの割合の規制を拡大する。 |
| 今後の検討 | 要介護の基準、給付の細かい内容、健康保険との連携等を検討する |

(3) 「因応長期照顧保険法制企画検視『我国長期照顧十年計画』成功及發展方向」行政院經濟建設委員会 (2009年5月)

計画責任者：詹火生教授 (弘光科技大学)

要旨

- 台湾では、「十年計画」に基づく税財源の介護制度が実施されているが、この制度の対象になっていない者もいる。また、政府は介護手当も支給しているが、経済的な困窮を依然として存在する。地方政府は地域、居宅ケアを最低限提供することになっているに過ぎない。その背景には、スキルのある人材の不足、人材育成の仕組みが不十分であること、介護サービスそのものが不足していることがある。
- これを踏まえ、今後の課題として以下のことを提起する。

| 分野 | 内容 |
|--------|---|
| 法制度 | 複数の法律にまたがっており、ひとつの法律で明確にする必要がある。そのために、介護保険法、介護サービス法の制定が必要である。 |
| 制度構築面 | 25ヶ所ある介護管理センターを制度化すべきである。健康保険制度との役割分担を明確化する |
| 対象者と範囲 | 全国民を対象とする。要介護者と家族のニーズを考慮 |

| | |
|-----------|---|
| | 給付の範囲等を明確にする |
| マンパワー | マンパワー育成の仕組みを整える。学校での教育と介護サービスの資格を明確にする。 |
| 介護サービスの需給 | 地域をベースにした提供体制をとり、介護サービス基盤の地域差をなくす。特に山間部等には介護費用の給付を手厚くする。地域でのケアの拠点を整備し、予防に力を発揮させる。 |
| 保険財源 | 一部自己負担を導入し、モラルハザードを防ぐ。社会経済的に困窮した人への支援を行う。健康保険の経験を参考にして、健全な保険財政を維持する。 |

(4) 「長期介護保険法制財源之評価」 行政院経済建設委員会 (2009年5月)

計画責任者：鄭文輝教授 (南華大學非營利事業管理系)

要旨

○ 台湾の介護保険を実施する上で、財源について、各国の経験を参考にしながら、検討を行った。

○ 以下のことを提起する。

1. 2011年の介護費用は591.66億台湾元(対GDP比0.46%)であり、全民健康保険が8分の1、政府支出は178.84億台湾元に達する。国民ひとり当たりでは72台湾元である。
2. 介護保険からの給付は、1人当たり、出来高基準が考えられる。しかし、介護サービスの内容、地域的な問題、特別に必要な介護サービスという要素も考慮する必要がある。
3. さまざまな財源で費用をまかなう。保険料と税で9割、1割を自己負担等とする。
4. 介護サービスを利用するごとに負担する自己負担割合は、1割を原則とし、中低所得者は5%、低所得者は無料とする。自己負担には上限を設ける。
5. 保険料の計算と徴収は全民健康保険にあわせる。
6. 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。
7. 保険料率は実際の財務データに基づいて決定する
8. 給付や負担のバランスを調整する仕組みを導入する

※ 日本はさまざまな財源を持っている。台湾の状況に合っている面がある。

※ 保険財政は3年に1度見直しを行い、保険料率をその中で調整し、基金も持っている。台湾の制度で準備金を有することの参考になる。

※ 自己負担割合は日本を参考にするが、施設ケアは15%にすることもあり得る。

(5)「長期照護保険法制組織体制及保険対象之評估」行政院經濟建設委員會(2009年5月)

計画責任者：楊志良教授(亜州大学)

※行政院衛生署長(第13代；2009年8月～2011年2月)

要旨

- 台湾は税財源が少なく、介護制度を実施するには、社会保険方式の方が適切である。各種の資料等の分析等を通じて、介護制度の仕組み等に関する検討を行った。
- 以下のことを提起する。
 - 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。
 - 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。
 - 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」のふたつを成立させることを提起する。
 - 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」をおく。
 - 全民健康保険とはとぎれのない形での連携をすべきである。

(6)「長期照護保険法制服務提供及人力之評估」行政院經濟建設委員會(2009年5月)

計画責任者：陳惠姿教授(輔任大学)

要旨

- 台湾の介護保険を実施する上で不可欠な介護サービス提供体制の充実について検討した。
- 以下のことを提起する。
 1. 地域ケアを第一に、居宅ケア、施設ケアがこれに続く、という原則。
 2. 十分かつ適切な組み合わせで各種のケアを提供するためには、いくつかの課題を推進する必要がある。
※日本の場合、施設ケアの割合が低下し、地域・居宅ケアの割合が増加。このことが参考になる。
 3. 地域ケア、居宅ケアの充実には、長期と短期の整備目標が必要であり、地域ケアではデイケア、デイサービス、リハビリテーション、移送サービスを提供する。

※日本のデイケア、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を参考

4. また、グループホーム、ケア付き住宅等の新しいケアも整備する必要がある。

※日本の経験を収集している

5. マンパワーも、プロフェッショナル、ボランティアの両方を含めて充実させる必要がある。

6. 民間企業やNPOの活用、外国人ケアワーカーの活用の戦略も必要である。

※民間企業の活用の留意すべき点の例として、日本のコムスン事件を取り上げている。

(7) 「長期介護保険法制サービス輸送及照顧管理之評估」 行政院經濟建設委員會 (2009年5月)

計画責任者：吳肖琪教授(國立陽明大學衛生福利研究所)

要旨

- 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等について、検討を行った。
- 以下のことを提起する。

| 分野 | 内容 |
|---------------|--|
| 介護サービスの提供まで | 介護保険制度の保険者が以下の手順で行うべき。 要介護認定の申請、受付、訪問調査、要介護認定、ケアプラン作成、介護サービスの提供、評価 要介護申請窓口は1つの県市で複数設ける |
| 訪問調査とケアマネジメント | 訪問調査とケアマネジメントの資格は、制度実施の3年前に実施し、4年目で独立して業務を開始する。 |
| 要介護度の評価方法 | 現在のADLsとIADLsの他にCMAIによる包括的な評価方法を用いる。 |
| 介護サービスの質 | 介護サービスの質の評価を行うために、介護サービス法を制定する。 |
| 政府の対応 | 関係する制度の立案等を進めること |

- 諸外国（ドイツ、日本、韓国、オランダ等）の状況

| 分野 | 共通点 | 相違点 |
|-----------------|--|---|
| 要介護認定からサービス提供まで | 国が基準を決める 単一のプロセスで行う 評価指標が全国共通 ケアプランの作成に当事者が | ドイツは訪問調査からスタート 国により要介護認定の組織が異なる 要介護認定の段階が異なる (1 |

| | | |
|-------------|--|---|
| | 関わる | 段階または2段階) 要介護認定の日数、ケアプラン 作成者と要介護認定者が同一化 否か |
| ケアマネジメント | 全国共通の制度である国が多い 公的な部門に属する場合が多い（日本は事業者でも良い） さまざまな職種の者が担う | 教育訓練を行う国とそうでない 国がある 資格認証は日本だけ |
| 要介護度 | 介護の必要によりいくつかの 段階に分けられる。 要介護のニーズを評価 | ADLsやIADLsを基準にする国 とそうでない国がある |
| 介護サービスの質の管理 | 法に基づいて行う国が多い 一定の基準をおいて行う | 第三者評価、内部評価で行うか が国により異なる |

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表(平成24年度)

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書 籍 名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|--------------------|------------------------------|----------------|-------|-----|-------|-------|
| 小島克久 | 海外介護保険事情 —台湾の動向 | 公益社団法人 全国老人 保健施設協 会 | 平成24年版 介護白書 | TAC出版 | 東京 | 2012年 | 14-19 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|-------|---------------|--------|--------|-------|-------|
| 増田雅暢 | 施行4周年の韓国の介護保険 | 週刊社会保障 | 第2695号 | 36-37 | 2012年 |
| | | | | | |
| | | | | | |

研究成果の刊行物・別刷り

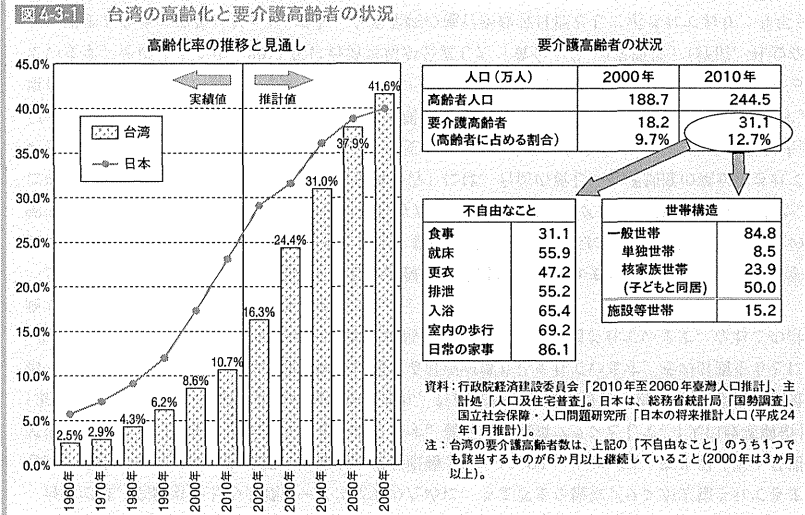
第3節 海外介護保険事情—台湾の動向

台湾でも少子・高齢化が急速に進んでいることは、わが国でよく知られるようになってきました。台湾の高齢者介護制度は、「我國長期照顧十年計畫」というプランなどに基づいて税財源で実施されています。その一方で、より質の高い介護サービスを普遍的に提供することなどを目指して、介護保険制度の創設も進められています。台湾の介護保険案の概要などは平成22年版のこの白書でも紹介したところですが、今回の白書では、新しい動きやデータを加えつつ、さらに紹介をしたいと思います。

1 台湾の高齢化と要介護高齢者の現状

(1) 台湾の高齢化と要介護者の増加

台湾では2010年に新しい人口推計が公表されました。それによると、台湾の高齢化率は2010年の10.7%から2060年の41.6%へと大きく上昇する見通しです。わが国の高齢化率の見通し(2010年の23.0%から2060年の39.9%へ)とあわせて考えると、台湾の高齢化がいかに急速に進む見通しであるかが分かります。高齢化の進行は、要介護高齢者の増加も意味します。要介護高齢者の数は、2000年で約18万人、2010年で約31万人となっています(主計処「人口及住宅普查」)。彼らの中では、「日常の家事」、「歩行」、「入浴」に不自由のある人が多いのですが、家族形態別では、子どもと同居している人は50%にとどまり、ひとり暮らしの人も8.5%となっています(図4-3-1)。



(2) 台湾の高齢者介護の現状

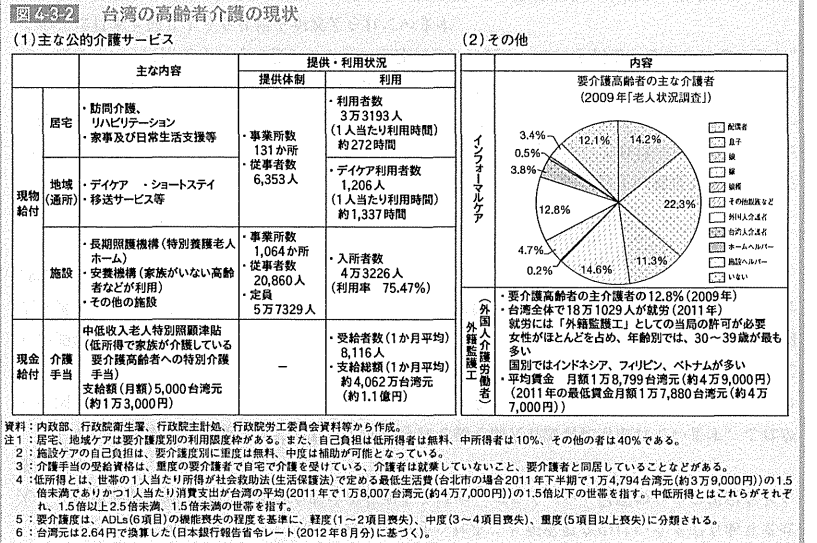
台湾の公的な高齢者介護制度は上記のプランと「老人福利法」(老人福祉法)などに基づく税財源による制度で、居宅、地域(通所)、施設ケアが提供されています。わが国の介護保険と同じような要介護認定があり、一部自己負担もあります(自己負担の割合は、所得水準により異なります)。こうした制度による高齢者介護サービスの現状を内政部の統計で見てみましょう。介護事業所の数は、2011年末現在で、居宅(地域)ケアで131か所(従事者数6,353人)です。その利用者は、居宅ケアで3万3193人(1人当たり約272時間)、地域ケアであるデイケアで1,206人(1人当たり約1,337時間)です。施設ケアの事業所は1,064か所(従事者数2万860人)で、5万7329人の入所定員に対し、入所者数は4万3226人(利用率75.47%)にとどまっています。

また、台湾では家族による介護を受けている低所得高齢者に「中低収入老人特別照顧津貼」(高齢者特別介護手当、毎月5000台湾元(約1万3,000円))が支給されていますが、その受給者は2011年で8,116人(月平均)です。

これらの数値は、上記の要介護高齢者数(2010年、約31万人)を大幅に下回っています。つまり台湾では、公的な高齢者介護サービスの提供や利用が少ないといえます。

一方で、台湾では家族介護、外国人介護労働者(外籍監護工)による介護が一般的です。内政部「老人状況調査」(2009年)によると、高齢者の主な介護者として、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割を占めています。また、外国人介護労働者も約13%を占めています。このことは、外国人介護労働者の数にも現れており、2011年には約18万人が要介護者の家庭で就労しています。

台湾の高齢者介護はインフォーマルケアが担っている面が強い一方で、介護サービスが誰でも利用できる形での介護制度の構築も急務になっています(図4-3-2)。



2 台湾の介護保険制度の構築への動き

台湾では、高齢者などの介護サービス充実のために、さまざまな施策プランが実施されてきました。省庁ベースでは、内政部「加强老人安養服務方案」（1998～2007年）、衛生署「老人長期照護三年計畫」（1998～2001年）などがあります。総合的な政策プランとして、「人口政策綱領」（2006年改訂）では、高齢者介護の充実が示され、行政院經濟建設委員会「2015年國家發展願景第一階段三年衝刺計畫」でも、社会保障に関する計画が盛り込まれています。その計画をもとに「我國長期照顧十年計畫」が定められ、現在の高齢者介護制度が実施されています。なおこの計画では、介護保険の検討も明記されていました。

2008年に就任した馬英九総統の下でも介護保険の検討は進められました。彼の1期目の選挙公約に介護保険の実施が含まれていましたが、総統就任後の2008年には、行政院が介護保険の制度化を明らかにし、翌年にはその検討を行うための介護保険準備グループが設置されました。このグループが公表した「長期照護保險企画報告」には、台湾の新しい介護制度の案が示されています。それによると、台湾の介護制度は、介護サービスの基準などを定める「長期照護服務法」（介護サービス法）と介護保険の法律である「長期照護保險法」（介護保険法）が柱になっています。現在、前者の法律案が審査中であり、この法律の成立後に、後者の法律を成立させる予定になっています。そのような中、2011年に台湾当局が公表した「黄金十年 國家願景」（経済、社会などに関する今後の政策ビジョン）でも、介護保険の施行が政策目標として示されており、今年5月からの馬総統の2期目の政策課題にもなっています。この後半では、これらの法律案の概要を紹介したいと思います。

3 台湾の新しい介護制度案 —「介護サービス」と「介護保険」の枠組み案—

(1) 「長期照護服務法」による介護サービスの枠組み

法案が審査中の「長期照護服務法」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ます。その主な内容は図4-3-2の通りですが、その中からいくつかを取り上げてみましょう。

まず、介護、介護事業者、介護従事者などの定義があります。特に介護とは、「心身の機能喪失が6か月以上に達し、その状態が安定した者に、ニーズに基づいた生活及び保健医療のケアを提供すること」とされています。また心身障害についても定義があり、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分かります。

次に、介護サービスの種類は、①居宅ケア、②地域（通所）ケア、③施設ケア、④その他、の4つに分類されています。①と②は日本でいう居宅ケアです。そ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合わせて、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）に分かれています。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ています。また、広告の内容、料金表示の義務なども盛り込まれています。

介護従事者は、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）が必要なことが盛り込まれています。また、介護サービスへの従事にあたっては、介護事業者への登録（1か所に限定）が義務づけられています。

介護サービスの利用者にとって、自分の権利が守られることが重要なはいうまでもありません。介護事業者は利用者に契約書を渡す義務があるほか、プライバシー保護のための規定などもあります。

そしてこの法案では、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ます。これがわが国との大きな違いです。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ことが挙げられます。個人看護者にはこの法律は適用されませんが、この法律に定める当局が定めた訓練を受ける義務があります。安全で質の高い介護サービスの確保が目的です。また、外国人介護者を雇用する場合、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ます（図4-3-3）。

(2) 「長期照護保險法」（介護保険法）の内容

この法律案の概要は平成22年度の白書でも紹介したとおりですが、若干の補足を加える形で簡単に上げたいと思います。介護保険では全住民が被保険者です。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が理由です。介護保険の利用には要介護認定が必要ですが、その基準はADLsやIADLs等を基準にします。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段階です。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ります。この辺は日本と同じような仕組みが考えられています。

給付の種類は、現物（介護サービス）と現金（介護手当）の2種類です。前者は、居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケアです。後者は、自宅で介護を行う家族への経済保障ですが、現物給付との選択です。給付水準は現物給付の30～40%相当が予定されています。

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、保険料率に直すと0.58～1.23%です。この介護費用は保険料と自己負担でまかなうことが考えられており、その比率は9:1です。これは介護保険財政全体での比率であり、介護サービスを利用したときの自己負担割合として、次の2案があります。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ります（図4-3-3）。

図4.3.3 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長期介護十年計画の実施(介護サービス体制を確立させる)
- ②「長期照護服務法」(介護サービスに関する法律)の制定
- ③「長期照護保険法」(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

- 「長期照護服務法」(案)
- ①主な用語
 - ・長期照護(介護)：心身機能の喪失が6か月以上に達し、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

「長期照護保険法」(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か月 ※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「長期照護服務法草案說明」、行政院經濟發展委員會他「長期照護保險企画報告」より作成。

4 台湾の介護制度における課題(マンパワー育成)

最後に台湾の介護制度における課題をひとつ紹介したいと思います。台湾でも介護マンパワーの確保が大きな課題です。その背景には、介護従事者の労働条件が良くないこと、人々が外国人介護労働者を好むことがあります。台湾当局では、台湾の人によるマンパワーの育成を進めており、2003年からは介護従事者を希望する人に基礎および専門的な訓練を行っています。また、2010年からは医師や看護師などを対象に介護に関する知識や技能、異なる職種間の連携に関する訓練の制度を実施しています。

また、台湾では介護サービス提供体制の地域差もあります。山間部や離島での介護サービス提供体制の確立のために、2009年からこれらの地域の現状にあった介護サービスの提供、マンパワーの育成などを進めています。特に山間部で介護に従事する場合、その地域の言語を理解する方も求められます。

小島克久(国立社会保障・人口問題研究所)

実施4周年の 韓国の介護保険

岡山県立大学教授 増田雅暢



介護保険実施 4周年シンポジウム

式名称は、老人長期療養保険であるが、本稿では、介護保険と
言い換えることとする。

本年(2012年)は、韓国では、2008年7月に介護保険制度が実施されて以来、4周年であった。そこで、韓国における介護保険者である国民健康保険公団は、6月28日、国民健康堂において、「老人長期療養保険4周年2012年国際シンポジウム」を主催した。筆者は、このシンポジウムにパネラーとして招待され、発表する機会を得た。本稿では、シンポジウムの内容を振り返りながら、韓国の介護保険制度の現状を紹介したい。なお、韓国の制度の正

式名称は、老人長期療養保険であるが、本稿では、介護保険と
言い換えることとする。
国民健康保険公団(以下、「公団」という)は、介護保険実施後1年目から、今回と同様のシンポジウムを開催してきた。ひるがえって日本の状況を見ると、介護保険実施10年目にあたる2010年においても、保険者や行政機関による記念のシンポジウム等が開催されることはなかった。90年代後半におけるマスコミあるいは福祉・医療関係者の「介護保険への熱心な反応」を知っている筆者としては、一抹の寂しさを禁じ得なかったが、日本では介護保険が高齢者

の日常生活にすっかり溶け込んでしまつたことや、混沌とした政治情勢から記念事業どころではないという状況の表れかもしれない。
4周年シンポジウムは2部構成であり、第1部は、「介護保険制度と健康保険との効率的な連携方策」というテーマのもとに、筆者が、日本の介護保険における介護予防事業の現状と評価について、認知症介護研究・研修センター長の本間昭氏が、日本の介護保険制度における医療と介護の連携の現状と課題について、ハレム大学教授のリョ・ヨンキョン氏が、韓国の介護保険における医療的ニーズの管理方策について発表した。この3人の発表に対して、ソウル国立大学教授のキム・ホンス氏など3人のパネリストが意見を述べた後、会場参加者との質疑応答がなされた。
第2部は、「介護保険の未来発展方策」というテーマのもとに、厚生労働省老健局介護保険計画課課長補佐の西沢栄晃氏が、日本の介護保険の動向と示唆点について、韓国の保健福祉

韓国の介護保険の現状

チャン課長の発表をもとに、韓国介護保険の現状と課題を整理すると次のとおりである。
2008年7月実施までに、7年間の準備期間があった。すなわち、2001年8月、金大中大統領(当時)による制度創設の発表。20003年3月、検討企画チームの結成。2004年3月、実施企画団の設立。2005年7月からパイロット事業の実施。2007年4月、関連法案の可決成立。2008年、介護保険実施。
2008年12月と2012年

パネリストや会場参加者からの質問

介護予防事業については、パネリストから、家族が望んでいるのかどうか、家族は要介護者が介護施設に入所することを望んでいるのか、また、地域社会で行うことが望ましいが、公団と地方自治体との関係はどう考えるのか、等の意見が出された。会場参加者のうち施設経営者からは、介護報酬の水準が低いために経営困難であること、利用者の一部負担の問題から療養病院に入る要介護者が多いことの問題、要介護認定率に地域格差が甚だしいため独立した認定機関を設置することの必要性、療養保護士の団体関係者からは、療養保護士の処遇改善の必要性が強調された。
これらの質問に対して、チャン課長は、介護保険の認定者の範囲の拡大により在宅サービス利用者の拡大が見込まれることや、独立した認定機関をつくる考えはなく、公団職員の認定能力のアップを図ること、療養保

護士の処遇については、適切な施設・事業所も多く、こうした施設等をモデルにするよう誘導する等の答えがなされた。
政府が民間機関に委託して行った満足度調査によると、韓国の介護保険に対する利用者の満足度は高いという結果になったという。日本では、実施後4年目には介護保険の将来的な持続可能性が問題となり、介護予防重視システムへの転換等を盛り込んだ2005年改正が行われた。これに対して、韓国の介護保険は、課題はあるものの制度的には安定した運営が行われている。
パネリストの一人から、これまで日本が韓国のベンチマークであったが、今後は韓国介護保険が日本の参考になるのでは、という発言があり、会場から拍手が起こった。日韓相互に介護保険の比較研究を行い、お互いの制度改善につなげるとともに、高齢社会にあざわしい介護保障システムを持つ国として、OECD諸国をリードする存在になれば素晴らしいことであらう。

本稿は、石田肇(福岡大学名誉学長)、土田武史(早稲田大学教授)、松野美智子(大分大学教授)、大庭久(日本大学名誉教授)、菊池馨(早稲田大学教授)、岡田山(早稲田大学教授)、清原真(高崎市長)、若杉敬明(東京経済大学教授)、川淵孝一(東京医科歯科大学大学院教授)、江口隆裕(筑波大学大学院教授)の順にご執筆いただいています。

時事評論

5月を比較した最近4年間の変化は、要介護認定者数は21万4千人から32万5千人へ、介護サービス事業所は7889か所から1万4995か所へ、財政支出は5731億ウォンから2兆7714億ウォンへ、と拡大している。
全高齢者に占める介護サービス受給者の割合は5.7%と、現時点ではOECD諸国の平均値の10%に及ばないが、将来的には、高齢化の進行により急増する。
家族の介護力が低下するなかで、介護保険はどこまでカバーするのか、社会的コンセンサスや財政の持続可能性などの視点から検討する必要がある。
認定基準については、2012年7月に現在の介護度3の判定範囲の下限値を55点から53点に引き下げるにより、2万4千人の認定者増を見込んでいる。戸外の活動困難者や認知症の人たちの認定拡大につながるだろう。

介護予防事業については、実際にはほとんど行われていないため、その内容や実施主体、財

政負担等を検討するため、本年度下半期にモデル事業を検討している。
在宅サービスでは、90.5%が訪問介護であり、デイサービスは7.7%にすぎない。サービス利用の多角化を進める必要がある。療養保護士については、50歳以上の者が47%であるが、処遇改善や勤務条件の改善を図る必要がある。デイサービスの活性化については、送迎費用をどうするか等の課題がある。介護事業所の評価については、消費者視点中心の評価制度とし、その結果を公開する。
介護施設・事業所については、介護保険の実施とともに供給拡大となり、施設に空きがある状態となっている。また、療養病院と介護施設の役割分担を明確にする必要があり、療養病院はリハビリや認知症患者を中心に対応し、介護施設は医療管理システムの改善を図る。財政支出については4年間で大幅に増加しており、無駄を省くために、介護事業所のモニタリングシステムの改善や監督の強化、評価基準の見直し、運営の透明化等

の日常生活在りすっかり溶け込んでしまつたことや、混沌とした政治情勢から記念事業どころではないという状況の表れかもしれない。

部(注:日本の厚労省に相当)療養保険制度課長のチャン・ホヨン氏が、韓国の介護保険制度の発展方向について発表した。この2人の発表に対して、延世大学教授のセオ・ヨンジュン氏など3人のパネリストが意見を述べたのち、会場参加者との質疑応答がなされた。
全体としては、終了予定時刻を1時間近く超過する熱心な雰囲気でのシンポジウムであった。

平成24年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

総括研究報告書・分担研究報告書

「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」

研究代表者 小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

印刷・発行 平成25年3月

