

## A. 研究目的

高齢化は、わが国や欧米諸国だけでなく、台湾でも急速に進みつつある。台湾の現在の高齢化率は 10.7%（2010 年）とわが国（23.0%）の半分を下回る水準であるが、2060 年に 39.4%と同じ年のわが国とあまり変わらない水準（39.9%）に達する見通しである（行政院経済建設委員会「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」（2012 年）による）。そのため、医療・年金・介護など的高齢化に関係が深い施策の充実が求められている。

台湾の介護制度として、「我國長期照顧十年計畫」（以下、十年計画）に基づく高齢者介護制度が 2008 年から実施された。その 2008 年から 2011 年までの成果と課題を元に、現在はその「我國長期照顧十年計畫第二期中期計畫」（2012 年～2015 年、以下、第 2 期中期計画）が実施されている。これと平行するように、介護サービスの地域差を縮小させるための「長照服務網計畫」（以下、介護サービスネット計画）も実施されている。そして、2016 年の実施を目指して、介護保険に係る新しい法律も検討されているところである。

本研究では、台湾の現在の介護制度である「十年計画」の 2008 年から 2011 年までの成果と課題、現在の「第 2 期中期計画」と「介護サービスネット計画」の内容概要を取り上げる。そして、介護保険制度に関する法律の検討状況とともに、台湾でスタートしている認知症対策の概要についてまとめる。

## B. 研究方法

本研究では、台湾の介護制度に関する文献や当局からの公表資料を収集する一方で、平成 25 年 2 月に行われた台湾ヒアリング、平成 26 年 1 月と 2 月に行った台湾の専門家の意見交換で得られた情報をもとに、分析を行った。

（倫理上への配慮）

本研究は、公表された文献資料またはヒアリングで得られた情報をもとに進めたため。これらの情報は制度に関する情報で個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

本研究で明らかになったことは以下のとおりである。

- ① 高齢化が進行している台湾では、「我國長期照顧十年計畫」に基づく税方式での高齢者介護制度が実施されている。その成果として、(1)直轄市・県市政府の「介護管理センター」が介護サービスに関する窓口となったこと、(2)多様な介護サービスを整備し、特に地域ケア、居宅ケアを優先して整備したため、これらの介護サービスの利用が大幅に増えたこと、(3)低所得者を中心に自己負担を抑えたこと

などである。

- ② その一方で、(1)介護管理担当者が 1 人で担当する利用者が 150 人から 200 人と多いこと、(2)在宅ケアでは、訪問介護にサービスが集中し、デイケアの利用が少ない、(3)介護サービスの提供状況に地域格差があること、(4)介護マンパワーが質、量ともに十分でなく、労働条件もよくないため、人材が定着しないこと、(5)家族介護が多く、「外籍看護工」による介護が多いことなどが課題である。
- ③ このような中、「我國長期照顧十年計畫」は「第 2 次中期計畫」（2012 年～2015 年）が策定、実施されている。主な改定のポイントは、(1)この計畫の対象に 50 歳未満の障害者を加えていくこと、(2)介護事業所の管理体制の整備、(3)介護サービスの地域差の縮小、(4)介護マンパワーの育成策の企画、(5)「外籍看護工」の就労許可などの審査制度の整備などである。
- ④ 「第 2 期中期計畫」の一環として、「長期照顧服務網計畫」（介護サービスネット計畫）が 2012 年から実施されている。この計畫は、台湾の介護サービス提供体制の地域差をなくし、介護保険実施のための基盤整備をすることを目的としている。計畫では、直轄市・県市政府レベルの「大区」、住民に最も身近な行政単位である郷・鎮政府レベルに「小区」、その中間の「次区」と設定し、各レベル別に介護サ

ービス基盤の整備目標を立てている。特に、地域ケアおよび在宅ケアの整備を優先し、介護従事者の労働条件を改善や介護に従事する医療及び福祉関係者の教育・訓練計畫を制度化することなどを目標にしている。

- ⑤ 台湾の次の介護制度の柱として「長期照顧服務法」（介護サービス法）があり、その検討が進められている。草案が立法院に提出され、審議が止まっていたが、2014 年 1 月に入り、新しい草案が提出され、2014 年の成立を目指している。
- ⑥ 認知症対策も台湾の介護政策の課題である。認知症に詳しい医師も不足しているほか、グループホームなどの施設も十分ではない。2013 年 6 月に「失智症防治照顧政策綱領」を策定され、(1)人々（住民および医療・福祉関係者）が認知症に関する知識を深めること、(2)早期発見・診断・治療を目指したケアのネットワークを構築すること、(3)マンパワーの育成、(4)関係省庁の連携などの政策目標を掲げている。認知症対策は台湾ではこれから進めていく段階である。

#### D. 考察

台湾の介護制度は、「十年計畫」の実施による成果がある一方で、介護サービス提供体制、介護マンパワーなどの点で課題があり、これに対応する形で「十年計畫」を改定した「台

2 期中期計画」が実施されている。わが国と異なり、その対象者に障害者を含めていく方向にある。台湾の介護保険が全住民を対象にする方向で検討中であることを考えると、支え手を増やすこと、「介護」は高齢者に限るニーズではない、という考えが背景にあるものと思われる。介護サービス提供体制では、台湾全体での供給体制の拡大と台湾内の地域差の縮小が課題となっており、2016年の介護保険の実施までに、一気に整備を進めようとする姿勢を感じる。しかしながら、わが国の経験を参考に、「介護サービスネット計画」が十分達成されたとしても、介護サービス提供体制が十分でないのでは、という懸念も聞かれている。認知症対策はまだスタートラインに立ったような状態にあるといえよう。

#### E. 結論

台湾の介護サービス提供体制の整備は、これまで制度化、整備されたものの充実が中心であり、わが国を含む諸外国をはじめから参考にする側面は小さい。しかし、わが国の介護サービス（例：グループホーム）を、非常に予算と人手がかかる仕組みと認識して、台湾の制度を考えているところも感じられる。その場合、予算やマンパワーに制約がある中で効果的なサービス提供体制を実現させる、ということができることが望ましいが、そうではない結果になると、介護保険を実施した時にこれが十分に機能しない恐れがある。

わが国の経験を振り返ってみると、高齢者福祉制度の中で、介護サービスの基盤を整備したり、民間事業者の参入を可能にする制度を作ったりするなど、介護保険を実施する前に介護提供体制に時間をかけることができた側面があると思われる。こうした点は、わが国の介護制度構築で評価すべき点であろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- ・小島克久「韓国と台湾の介護制度の特徴：制度構築プロセス等からみた日本との共通点と相違点」、『第9回社会保障国際論壇』（中国・浙江大学）、2013年8月26日。
- ・小島克久「台湾の介護制度の現状と課題」、『東アジア介護保障セミナー』（岡山県立大学）、2013年11月16日。

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

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」

分担研究報告書

## 韓国における介護保障制度の現状と課題

分担研究者 金 貞任 東京福祉大学

研究要旨：本研究では、韓国の介護保険制度である「老人長期療養保険」の現状、政策の動き、課題について分析を行った。

「老人長期療養保険」は 2008 年に実施された韓国の介護保険であるが、保険者は国民健康保険公団、被保険者は 20 歳以上の者であり、要介護認定の後に介護サービスを利用する。ただし、要介護と認定されるのは日本の要介護 3 のレベルの者までである。介護サービスは、在宅と施設があるが、日本の介護老人保健施設にあたる施設と、リハビリを専門とするサービス、地域密着型サービスはない。

「老人長期療養保険」は「3 等級」と呼ばれる最も下位の要介護度の基準の緩和、低所得者の自己負担の減免などが行われる一方で、「認知症対策」として、認知症の相談などに対応する施設の設置、早期発見・治療の基盤づくりなどを行っている。

「老人長期療養保険」の実施により、介護事業者や介護従事者は増えているが、①介護従事者の待遇の向上、②サービスの質の確保、③要介護度と利用できるサービスのバランス、④健全な介護保険財政、⑤要介護者の生活にあったケアプランの作成などが課題となっている。このように、韓国の介護制度は、介護従事者の待遇の問題などでは、日本と共通した課題を抱えている。しかし、要介護認定や認知症対策では、日本と内容が異なるところがあるため、ここから明らかになった課題への対応には、日本と異なるものとなっている。また、日本のようなケアプラン作成、ケアマネジメントを行っていないため、介護サービスの利用が必要なものになっているか否かが明確でないところがあり、この点も今後の課題である。

### A. 研究目的

韓国の高齢化率は、2013 年で 12.2% となったが、2040 年で 32.5% に達する見通しである。しかし、高齢者の子どもとの同居率は、急速に減少している。そのため、韓国は、人口と

家族を取り巻く環境が先進諸国や日本に比べて圧縮された少子高齢社会を迎えている。

韓国政府は、少子高齢社会に対応するために、低出産高齢社会基本計画（セロマジプラン）を 2006 年度から実施している。介護制度

としては、2000 年度から介護保険制度の導入の検討が始まり、2008 年で老人長期療養保険制度（以下、介護保険制度と称する）が実施された。

介護保険制度の実施に関して、日本に比べると韓国のほうが制度の導入の準備期間が短期間であり、介護保険制度の長所も多いが改善しなければならない課題も山積している。

本稿では、韓国の介護保険制度の現状や実施状況を中心に上げ、介護保険制度の課題をまとめた。

## B. 研究方法

本研究では、韓国の介護制度に関する文献や当局からの公表資料を収集する一方で、平成 26 年 1 月に行ったヒアリング（制度情報、制度運営に関する内容）などで得られた情報をもとに、分析を行った。

（倫理上への配慮）

本研究は、公表された文献資料またはヒアリングで得られた情報をもとに進めたため。これらの情報は制度に関する情報で個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

本研究で明らかになったことは以下のとおりである。

- ① 韓国の介護保険である「老人長期療養保険」は、国民健康保険公団（韓国の健康保険の統一された保険者）を保険者とし、被保険者は 20 歳以上の者である。財源は、介護保険料、政府の国庫補助、中央・自治体の医療給付補助金などである。介護保険料は、健康保険料の 10%未満となっており、2012 年度以降は健康保険料の 6.55%である。国庫補助は介護予算の当該年度の 20%となっている。サービス利用者の自己負担額は、入所施設が 20%、在宅サービスが 15%であるが、低所得者などは半額に減免される他、生活保護受給者は無料となる。
- ② 要介護認定は、重い順に 1 等級、2 等級、3 等級（認定外として、等級外 A と B）であり、3 等級は日本で言う要介護 3 に相当する。日本のような介護支援専門家によるケアプラン作成などは行っていない。そのような中、在宅サービス、施設サービス、特別現金給付が利用できる。ただし、日本の介護老人保健施設にあたる施設と、リハビリを専門とする通所リハビリと訪問リハビリのような種類のサービス、地域密着型サービスはなく、介護サービスの種類は少ない。
- ③ 介護保険制度を実施して以降の政策動向として、2009 年度には、(1)低所得者の自己負担の 50%減免、(2)介護保険料の引き

上げ、(3)短期入所施設の利用日数の変更(1回90日で年180日から月15日以内へ)、が実施された。2010年度には、(1)要介護3(中度)の者が施設入所可能、(2)ケアワーカーの国家資格化(国家試験の義務化)などが行われ、2011年度には、認知症対策の強化(軽度の認知症患者を3等級に認定する基準緩和、家族ヘルパーの利用制限などが行われている。2012年度と2013年度には、3等級の基準緩和が行われている。

- ④ 認知症対策として、「認知症管理法」に基づく、中央認知症センター(ソウルの総合病院に1ヵ所)、地域認知症相談センターの設置(保健所に設置)、広域認知症センターの設置(韓国で16ヵ所設置予定)が行われている。この他に、認知症の薬剤費用補支援、認知症の早期発見。治療の基盤整備、認知症に関する正しい知識の普及なども進められている。
- ⑤ こうした中、要介護認定者、介護サービス利用者は増加傾向にあるが、要介護認定者は、2010年で高齢者の5.7%にとどまっている。等級別では3等級の割合が増加傾向にある。介護サービスの利用に関して、在宅サービスの利用が6割、施設入所が4割である。3等級では在宅サービスの利用が7割程度となる。介護事業所は大幅に増加しており、介護従事者も2011年で28.6万人であるが、ケアワーカー

一の賃金は低いものが多く、非正規雇用が多い。

- ⑥ 介護保険財政を見ると、介護給付費よりも介護保険収入の方が多く、黒字基調ではある。しかし、介護予算の20%と決められた国庫補助金は実際には基準に基づく全額よりも少なくしか支出されていない。

#### D. 考察

韓国の少子・高齢化と家族を取り巻く環境は、先進諸国が経験したことがないスピードで進行している。高齢者の介護は、公的サービスが不十分だったので、「同居は福祉の含み資産」と表現されたが、高齢者の子どもとの同居率も、非常に速いスピードで低くなって、それらのプロセスが圧縮されている。

介護保険制度の現状と実施状況を中心に検討した結果、次のような介護保険制度の課題が考えられる。

第1に、介護保険の健全な財政を維持していくことである。それは、高齢者だけでなくそのほかの者で介護が必要な者に対して安心して介護サービスが受けられるシステム作りにつながる。

第2に、要介護と利用できるサービスのバランスである。現在、3等級の者が多くなっているが、彼らが利用できる介護サービスは1等級や2等級の者より制限されている。今進んでいる、3等級の評価基準だけを低くす

ることは、制限されたサービスを多数の要介護者に提供することであり、要介護者に適切なサービスを提供しているとは言い難い。

第3に、ケアワーカーの介護の質の向上と福利厚生への検討である必要である。現在ケアワーカーの就業形態、賃金の水準では、若年者が専門家として従事することは困難な状況である。専門教育を受けた若年者が介護労働に参加できるように介護労働環境を整えることにより、介護サービスの質の向上も可能である。

第4に、介護サービスの種類の検討である。現在の介護サービスは、身体的介護が中心であるが、身体的機能の維持や向上のためには、リハビリテーションの効用に着目する必要がある。要介護認定者と家族は、モデルケアプランの内容通りに介護サービスの供給者と契約している訳ではない。現在の公団の職員は、書類上の状況を考慮しながらモデルケアプランを作成しているが、サービスが必要な要介護者の自宅を見る形でケアプランを作成することが不可欠であろう。

#### E. 結論

韓国では、2008年に介護保険実施したが、日本と異なる内容がある。介護従事者の待遇の問題などでは、日本と共通した課題を抱えている。しかし、要介護認定や認知症対策では、日本と内容が異なるところがあるため、ここから明らかになった課題への対応には、

日本と異なるものとなっている。また、日本のようなケアプラン作成、ケアマネジメントを行っていないため、介護サービスの利用が必要なものになっているか否かが明確でないところがあり、この点は今後の課題である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

- ・金 貞任「韓国の介護保障システムの現状と課題」、『東アジア介護保障セミナー』（岡山県立大学）、2013年11月16日。

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

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」

分担研究報告書

## 韓国の家族介護療養保護士の現状と課題

分担研究者 増田 雅暢 岡山県立大学

研究要旨：本研究では、韓国の介護保険制度（老人長期療養保険制度）の保険給付の中で、特別な給付制度である家族介護療養保護士制度の現状と課題について分析したものである。なお、家族介護療養保護士とは、制度上の正式な名称ではなく、筆者が説明の都合上、便宜的に名づけた。家族介護療養保護士とは、療養保護士（日本のホームヘルパーに類似）の資格を取得して訪問療養事業所に登録し、同居または別居の家族に対して介護サービスを提供して、介護保険から報酬を受ける者をいう。事実上、要介護状態の家族への介護を介護報酬で評価していることになるので、ドイツ介護保険制度にある現金給付の介護手当制度と同様の性格をもつ。

日本では、介護手当は介護保険の保険給付には入らなかった。また、訪問介護員が同居の家族の介護をして、保険給付を得ることは原則として禁止されている。

一方、韓国では、制度実施当初から、同居または別居の家族に介護を行う介護療養保護士に対して介護報酬の支払いを認めた。算定対象時間は、同居家族に対する場合は、1日最大90分まで、別居家族に対する場合は、1日最大4時間までとされた。しかし、当初から、介護サービスを提供せずに介護報酬を受給しているのではないかと、という不正受給問題がつきまとった。保健福祉部（日本の厚生省に相当）では、家族介護療養保護士の評価を制限することとし、2011年8月からは、同居・別居を問わず、家族に対しては1日最大60分まで、月20日以内（ただし、65歳以上の配偶者、認知症の場合には従来通り90分まで）となった。

筆者は、本年1月、ソウル市内において家族介護療養保護士の方2名にインタビューする機会を得た。2人とも、父親または夫が要介護状態となり介護を始めた過程において、介護療養保護士の資格をとり、献身的に介護を行っている様子がうかがえた。2人は、この仕組みにより一定の収入を得ることができることは評価していた。しかし、実際の介護時間は1日60分に限らないので、評価する時間の拡大を望んでいた。

保健福祉部によると、この制度については現在でも、廃止論と擁護論の2つの意見がある。筆者は、家族介護療養保護士のインタビューを経た上で考察すると、①家族介護療養保護士の資格を得て、介護サービスを提供していること、②介護報酬の評価範囲は縮小されており、保険財政



への負担とはならないこと、③同居家族のニーズに応えていること、から擁護論の立場である。さらにいえば、家族の介護を評価するほか、介護費用の補填になり、実際の介護時間を踏まえて、もう少し評価を高めても良いのではないかと考える。

#### A. 研究目的

韓国の介護保険制度（老人長期療養保険制度）は、日本やドイツの制度を参考にして創設されているが、「日本の制度の良い点は取り入れ、悪い点は回避する」という「後発のメリット」を生かそうとして創設された。したがって、似た点もあるが、違いも多い。

保険給付の内容面でも違いが多い。韓国の制度では、在宅・施設サービスともその種類は限定的である。それに比べて、日本の保険給付対象サービスの種類は極めて多い。地域密着型サービスを含めると、居宅サービスだけで20数種類となる。他方、日本になくて、韓国にあるものが、現金給付の制度化である。日本では、介護手当の創設をめぐる喧々諤々（けんけんがくがく）の議論の結果、導入されなかった。韓国では、ドイツの介護手当の影響もあるが、ドイツほど本格的ではないが、「韓国的な制度」として導入されている。

韓国の現金給付としては、2種類がある。ひとつは、家族療養費支給制度である。これは、島やへき地など訪問介護サービス提供機関が著しく不足している地域、または、身体的・精神的な理由等から外部のサービスを利用できず家族などから介護を受けている場合、その家族に療養費を支給する制度である。一番

重い1等級の要介護者の場合、月額15万ウォン（約1万5千円）である。実際の利用者は極めて少ない（2010年7月現在で747人）。

もうひとつは、家族介護療養保護士である。後述するように、これは正式名称ではなく、筆者が便宜上つけた名称である。2012年時点では、全訪問ヘルパーの35%は、家族介護療養保護士となっている。

この制度については、創設当初から議論があり、途中、評価方式が変更されて現在に至っている。そこで、これまでの動向と最近の現状についてまとめることとする。

#### B. 研究方法

本研究では、韓国の介護保険制度に関する文献収集や当局からの公表資料を収集する一方で、平成26年1月に、ソウル市内で行った家族介護療養保護士に対するヒアリングで得られた情報を参考に分析を行った。

（倫理上の配慮）

本研究で用いた文献資料には、個人に関する情報を含まれていない。家族介護療養保護士に対するヒアリングは、「人の疾病の成因及び病態の解明並びに予防及び治療の方法の確立を目的とする疫学研究」及び「社会の理解と協力を得つつ、医療の進歩のために実施

される臨床研究」ではなく、結果にも氏名・住所等の個人を特定できる情報は排除しているので、倫理面の問題は生じなかった。

### C. 研究結果

本研究で明らかになったことは以下のとおりである。

- ① 家族介護療養保護士とは、療養保護士(日本のホームヘルパーに類似)の資格を取得して訪問療養事業所に登録し、同居または別居の家族に対して介護サービスを提供して、介護保険から報酬を受ける者をいう。同居家族介護療養保護士とよぶ研究者もいるが、別居家族の介護も対象となる。事実上、要介護状態の家族への介護を介護報酬で評価している。
- ② 日本では、訪問介護事業者の指定基準の中で、「指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供をさせてはならない」と定められている。同居家族への訪問介護の提供は、5つの条件(たとえば、利用者が指定訪問介護のみでは必要なサービスの確保が困難と市町村が認める地域に住んでいること、身体介護を主な内容としたサービスであること等)のすべてを満たす場合に限り、市町村が基準該当サービスとして保険給付の対象とすることができるとしている。この例外規定は、2重、3重ものしぼりをかけているの

で、事実上実施は困難と考えられる。一方、韓国では、制度実施当初から、同居または別居の家族に介護を行う療養保護士に対して介護報酬の支払いを認めた。算定対象時間は、同居家族に対する場合は、1日最大90分まで、別居家族に対する場合は1日最大4時間までとされた。

- ③ これにより、介護保険制度に合わせて2008年1月に創設された療養保護士の資格が人気を集めたことは言うまでもない。韓国保健福祉部(日本の厚生省に相当)では実施1年目では、療養保護士の必要人員を約4万8千人と推定したところ、実際には33万4千人が養成された。教育機関の乱立、教育水準の質などが問題となり、2010年には国家試験が導入された。それでも増加し、2012年6月時点では、109万人に達している。
- ④ しかし、当初から、介護サービスを提供せずに介護報酬を受給しているのではないかと、という不正受給問題がつきまとった。保健福祉部では、家族介護療養保護士の評価を限定することとし、2011年8月からは、同居・別居を問わず、家族に対しては1日最大60分まで、月20日以内(ただし、65歳以上の配偶者、認知症の場合には従来どおり)とした。こうすると、家族介護療養保護士の収入は、大幅に減る。
- ⑤ 筆者は、本年1月、ソウル市内において

家族介護療養保護士の方 2 名にインタビューする機会を得た。ひとは、40 代の女性で実の父親の介護をしている。もうひとは、60 代の女性で自分の夫の介護をしている。2 人とも、父親または夫が要介護状態となった過程において、療養保護士の資格をとり、家族介護療養保護士として介護報酬を得ている。要介護者である家族のために、献身的に介護を行っている状況がうかがえた。介護報酬が 1 日 1 時間、月 20 日の算定に限定されているとしても、それ以上の介護を在宅で行っている。2 人は、この仕組みによって一定の収入を得ることができることは評価している。しかし、実際の介護時間は 1 日 60 分に限らないので、評価する範囲の拡大を望んでいる。

#### D. 考察

韓国の保健福祉部によると、この制度に関する見解は、廃止論と擁護論の 2 つに分かれている。廃止論の理由は、不正受給の温床ではないか、家族の負担を加重させているのではないか等である。擁護論の理由は、家族の紐帯感の増進、無分別の施設入所の抑制の機能がある等である。

家族介護療養保護士へのインタビューを経た上での筆者の考えは、ア) 介護療養保護士の資格を得て、介護サービスを提供していること、イ) 介護報酬の評価範囲は縮小されて

おり、保険財政への負担とはならないこと、ウ) 同居家族のニーズに込えていること、から擁護論の立場にたつものである。

#### E. 結論

韓国では、「儒教精神」から親孝行の観念が強いとされる。親が要介護状態になれば、子どもが介護をする。しかし、子どもにとって、介護の手間ばかりでなく、介護費用も負担となる。家族介護療養保護士の仕組みは、家族の介護を評価するほか、介護費用の補てんにもなる。もう少し評価を高めてもよいのではないかと考える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 研究報告(平成25年度)

<研究代表者、分担研究者、研究協力者>

## 1. 台湾における介護提供の地域格差分析の視点

<分担研究者>

国立社会保障・人口問題研究所  
所長

西村 周三

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 25 年度報告書

台湾における介護提供の地域格差分析の視点

西村 周三（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

台湾の高齢化率は 10.7%（2010 年）とわが国（23.0%）の半分を下回る水準であるが、今後は高齢化率が急速に上昇し、2060 年に 41.6%と同じ年のわが国とあまり変わらない水準（39.9%）に達する見通しである（行政院経済建設委員会「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」（2010 年）による）。

高齢化に伴う要介護高齢者の増加とその政策的な対応も台湾で重要な課題になっている。要介護高齢者数は、2000 年の約 18 万人から 2010 年に約 31 万人に増加している。台湾の生活水準は、全国平均では、一人あたり可処分所得で見て、日本のほぼ半分ほどの水準に達しており、地域的なばらつきを考慮すれば、日本の地方部と台湾の都市部とはあまり変わらなくなっている。

家族形態別では、子どもと同居している者は 50%にとどまり、ひとり暮らしの者も 8.5%を占めており、家族介護だけに高齢者介護を依存することは現実的でなくなってきた。

また、第一次産業(農林水産業)従事者比率の高さを、「都市部」と対比させて、「地方部」と定義すれば、図 1 に示すように、こういった県市部の高齢化率は、都市部よりも高い。全体的には、農林水産業に従事する人々の割合は 2012 年時点で 5.01%であり、日本の同様の値の約 3%と比べてあまり変わらない。

今後日本では都市部での急速な高齢化が見込まれるが、近い将来の台湾は、都市部の急速な高齢化には、いますこし時間的余裕があるように思われる。なお、表 1 に示すように、高齢化比率の高い雲林県や屏東県などは、平均的には一人あたり可処分所得も都市部よりかなり低い。

おおざっぱな見方としては、高齢化の進展、家族構成の状況、都市化の進展に関しては、日本の 10~20 年前とほぼ同じであるが、一人あたり所得という点では、15 年前の日本より低く、その結果、家族が介護に参加する度合いは日本より高いと言える。なお十分な調査によるわけでないが、いくつかのヒアリングによれば、いわゆる「嫁・姑」関係は日本とやや異なる様相を示しており、嫁だけでなく実子(男)が介護にかかわる度合いは、平均的には日本（の 15 年前）より高い可能性がある。

日本では、2000 年に社会的介護保険制度が実現した時点は、どちらかという和被介護者

の視点だけでなく、介護者(特に嫁)の負担を軽減することが、重要な動機であったと思われるが、台湾の現状では、このような声が強くないと思われることも、今後の進展を予想する鍵となるものと思われる。

こうした現状の下で、高齢者介護制度の整備に関する施策が進められており、現在は「我國長期照顧十年計畫」に基づいた税方式の高齢者介護制度が実施されている。その一方で、介護保険制度の検討が進められている。その検討にあたってはわが国やドイツ、韓国といった介護保険制度を採用している国を参考に準備が進められている。

以下では、地域格差という観点、あるいは都市部と地方部との対比という観点から、台湾における今後の介護保障の展開を見る。すでに農林水産業従事者比率が、日本に迫ってきた台湾にとっては、都市部と農村部で、どのような介護施策をとるかは、日本の先行事例を、台湾が今後どのように取捨選択するのかという観点から興味深い。

また現在日本では、日本において実現してきた国民皆保険制度や国民全体への介護保障制度（介護保険制度あるいは税による保障制度）のいずれが、台湾のような新興国に適しているのかという観点からも興味深い。

## 2. 二つのアプローチ

本稿では、台湾の介護に関連する各種の統計データを分析する一方で、平成 26 年 3 月に行った、台湾ヒアリング（屏東県衛生局での聞き取り、屏東県のグループ・ホーム、雲林県斗六市のグループホームとデイサービス施設（小規模多機能施設）、古坑のデイサービス施設 1 箇所、新北市淡水郊外の安養施設(日本の特別養護老人ホームに相当) などの聞き取りで得られた情報と組み合わせて検討する。特に各種統計データとの照合をしつつ、地域間の分析を行うことが、本稿の主たる目的である。

### (1)台湾の行政区

地域別という場合、「地域」の定義がさまざまあり議論もさまざまであるが、介護サービスの提供主体という観点からの分析にとって意味があるのは行政単位なので、まず簡単に台湾の行政区画を示す。

現在台湾では「地方制度法」の規定に基づいて、第 1 級行政区分の 5 直轄市（台北市、新北市、台中市、台南市、高雄市）ならびに第 2 級行政区分の 3 省轄市（基隆市、新竹市、嘉義市）と 14 の県からなる。この区分は 2007 年に改正された法によるもので、人口 200 万以上の県市を上記の直轄市並みの財政処置が講じられることになり、福祉や介護に関する権限に関して、この直轄市と県とが、一定程度の独立性を発揮できることとなっている。

### (2)地域別に見た高齢化の状況

台湾の高齢化は、現時点では、日本のほぼ 20 年前の状況と類似しており。これまでは主に地方部で進行してきた。こういった地域では、後に示す大都市部の場合とは異なり、非

営利の慈善団体などの運営になる施設運営が多い。しかしながらそこで採用されるサービスの形態は、必ずしも旧来型とは限らず、日本の最新の事例にならった小規模多機能施設や認知症者の開放的な介護と言った、最先端のサービスも含まれている。

ただ、やはり農村部を中心に、依然として家族介護がかなりのウエイトを占めることも事実である

高齢化は、大都市部でより、地方部で進んでいるが、従事者の確保も比較的容易であることもあって、都市部に比べて、地方部での各種サービスの利用可能性は低くはないように思われる。

現時点(の税財源による、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。これはとくに大都市部において顕著である。ただし、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は地域差がある。都市部と地方とで、需給がどちらで逼迫しているかの推測はきわめて難しい。外国人労働者の利用などが、利用者の意図的な選択の結果なのか、それともやむをえない苦肉の策なのかといった点の解明が難しいからである。

### 3. 介護制度の将来

台湾は現在、「介護保険」制度の採用を検討しているが、そのさい、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。ただ保険者は、地方自治体ではなく、保険者は中央健康保険局を想定している。これは県の規模が、日本と比べてそれほど大きくないこと、各県の財政力に大きな差があることが原因しているものと思われる。

財政力の差異が大きい一方で、過疎地域を多く含む、地方自治体の高齢化に対する対応が、後れをとっていると断定することはできない。たとえば南部の屏東県は、多くの過疎地域を抱えるが、過疎地域に適した、効率的な提供体制を工夫しており、高齢者タウン構想を計画して、一種の町おこしを計画する地域もある。もっともこれは、少数民族が居住する地域以外の過疎地が、日本のように、山間部を多く抱える地域ではないことも影響しているかも知れない。

しかしながら今後過疎地域を中心に、より高齢化が進展したときに、どのような対応をとるかは、台湾にとって大きな政策課題である。

### 4. 結論

台湾は、リーマンショックなどの影響により、一時的に経済の停滞が見られたが、経済発展の趨勢は停滞するようには見えない。この結果、第一次産業従事者の占める比率は急速に下がりつつあり、農林水産業に従事する者の全就業者に占める比率は5%程度に低下している。そしてこれは急速な都市化と軌を一にしている。



したがって若年者は都市に集中する一方、高齢者は、地方に残る傾向にある。このため今後の介護需要は、一見すると地方部で拡大すると考えるのが、常識的な見方であるが、現状は必ずしも、そのように展開するとは思えない。その理由の一つは、農村部などでは、インフォーマル・セクターが残存していることがある。いわゆるソーシャル・キャピタルが豊富である可能性を無視できない。地域コミュニティのつながりなどは、比較的強く、地域での助け合いが今後も機能する可能性はある。

このため、むしろ都市部において、家族介護の提供者が不足するなかで、高齢化が進めば、都市部で、より需要が増すことも考えられる。都市部の一人あたり可処分所得は地方部よりも高いので、場合によっては、都市と農村との間で、保険料を同じに徴収した場合に、不公平感が増すことも考えられる。

いずれにせよ、介護サービスに対する需要は、単純に高齢者数の数だけで決まらない。施設・居宅内での外国人労働の利用など、日本と比べて、より多様な利用の差異をもたらす要因がある。したがって、介護保険制度が実現したとしても、日本で分析されているさまざまな現象が、そのまま台湾で生じるとは限らない。

今後の推移に注目することは、日本の経験を照射するという観点だけでなく、日本が台湾から学ぶという観点からも重要となろう。居宅サービスの提供のあり方、近隣居住者の援助などをも含む家族介護のあり方、主に民間非営利団体に委ねている施設の建設・運営の動向に注目する必要があるだろう。

図1 老年人口比率と農林水産業従事者比率の相関

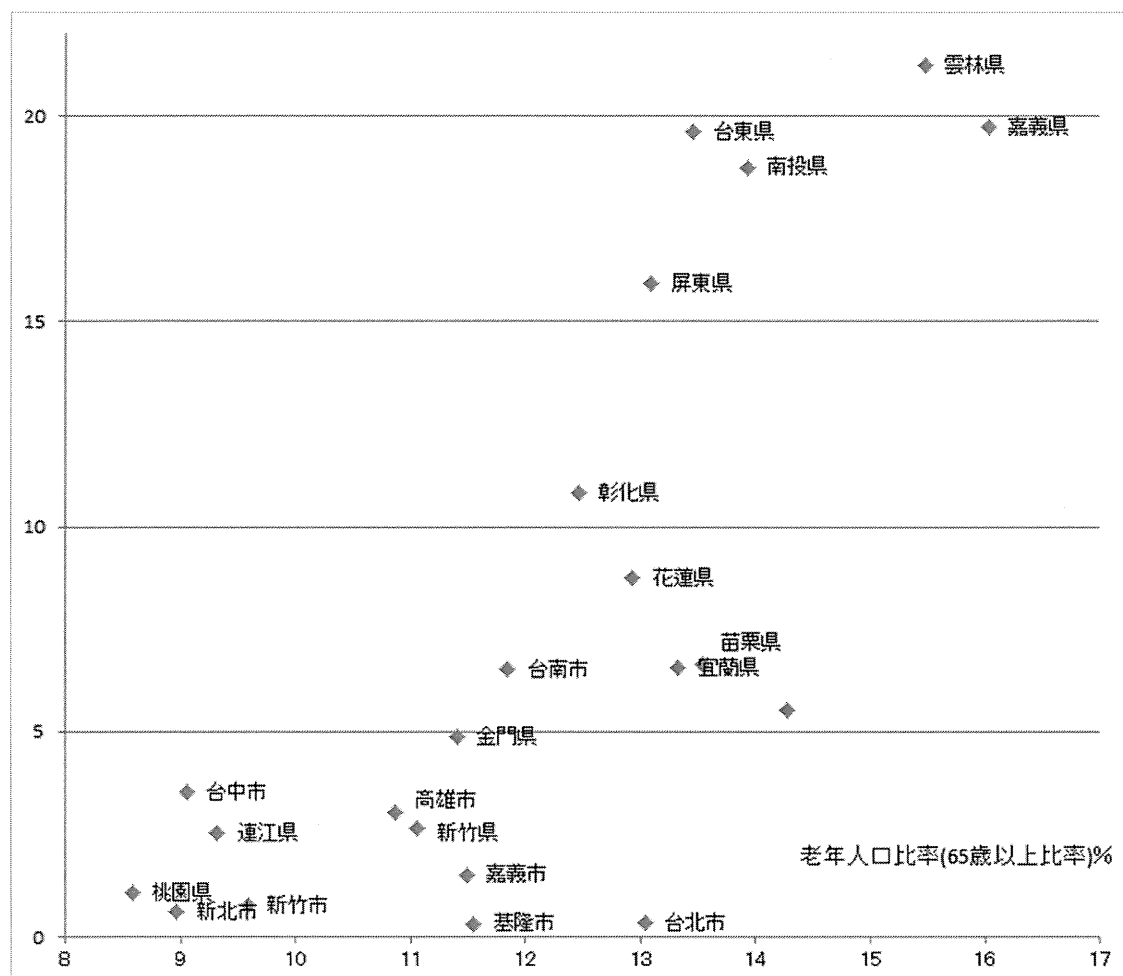


表1 行政区別 高齢化率と平均1人あたり年可処分所得

县市名	平均1人あたり 年間可処分所得	高齢化率
新北市	279239	8.97
台北市	381561	13.04
台中市	265316	9.06
台南市	245524	11.85
高雄市	270996	10.87
宜蘭県	227574	13.33
桃園県	273295	8.58
新竹県	304977	11.06
苗栗県	233604	13.54
彰化県	218099	12.47
南投県	214423	13.94
雲林県	225436	15.49
嘉義県	236381	16.04
屏東県	235938	13.1
台東県	223482	13.47
花蓮県	270372	12.94
澎湖県	235343	14.28
基隆市	265936	11.55
新竹市	334118	9.59
嘉義市	245468	11.49
金門県	268720	11.41
連江県	348707	9.32

## 2. 台湾における介護制度の構築動向

<研究代表者>

国立社会保障・人口問題研究所  
国際関係部第2室長

小島 克久