

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

台湾における介護制度の構築動向¹

小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

はじめに

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、その後は急速に高齢化率が上昇し、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・介護などの高齢化に関係が深い施策の充実が求められており、2011 年に改訂させて「人口政策綱領」でも年金制度などの所得保障政策、高齢者の社会参加の他に、介護制度の構築が謳われている。

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、介護保険に関係する新しい法律も検討されているところである。

本稿では、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ことにする。

1. 台湾の「我國長期照顧十年計畫」の成果と課題

(1) 「我國長期照顧十年計畫」の概要

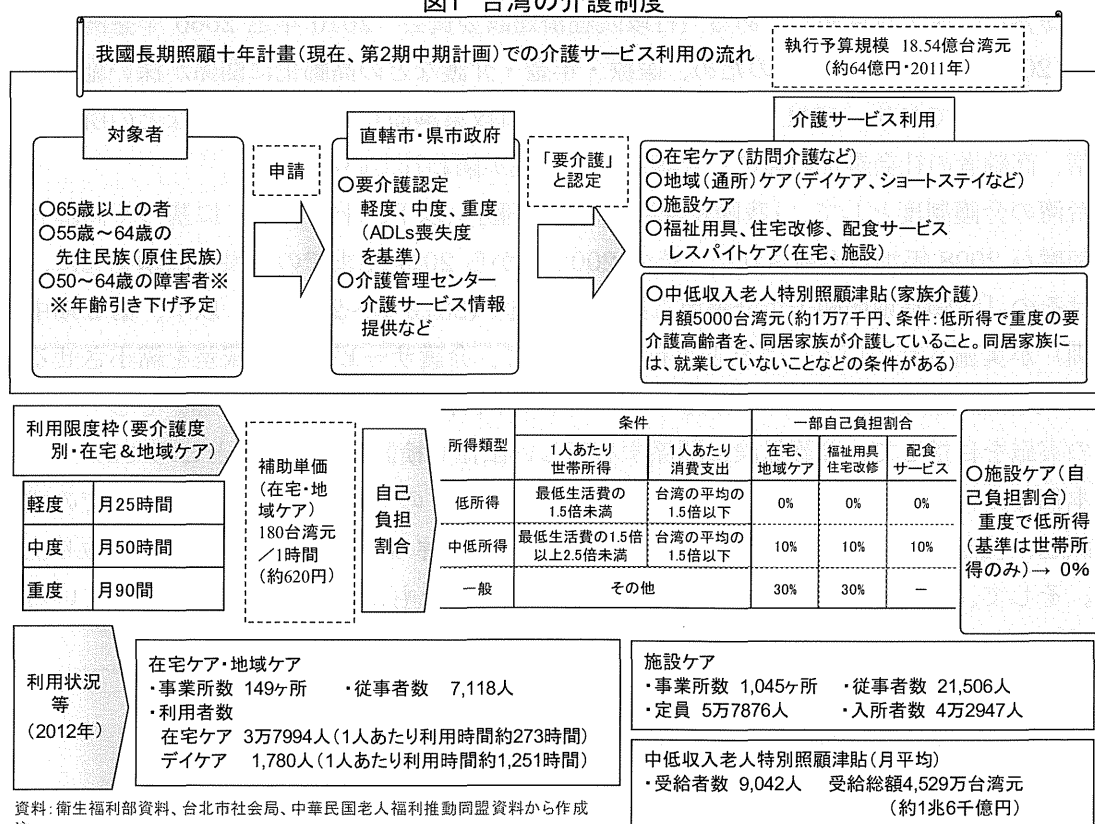
「我國長期照顧十年計畫」は、台湾の高齢者などで要介護状態になった者を対象とした

¹ 本論文は、標記研究の平成 24 年度事業の一環で行った台湾でのヒアリング（平成 25 年 2 月 19 日～2 月 22 日、以下、台湾ヒアリングとする）の他、平成 25 年度に収集した資料、台湾の専門家の来日時に行った意見交換で得た情報をもとにまとめたものである。「台湾ヒアリング」では、台湾大学法律学院、内政部、行政院衛生署等で蔡茂寅教授（台湾大学法律学院）や現地の関係者の協力の下で行った。「意見交換」（平成 26 年 1 月と 2 月に実施）は、徐明仿（中台科技大学護理学院助理教授、標記研究の研究協力者）、彭美琪（衛生福利部中央健康保険署）、李光廷（中華老人福利推動同盟顧問）等の方々で行った。ご協力いただいた方々には、この場を借りてお礼を申し上げる。

介護制度の実施計画である。この十年計画では、台湾の公的な介護制度の対象者を、65歳以上の者（一般の住民）、55～64歳の原住民族、50歳以上の障害者で介護を要する者としている。我が国と異なり、高齢者以外の障害者を一部対象にしている点に特徴がある。要介護認定などの手続きは、居住する地域の地方政府（台北などの大都市では直轄市、その他の地域では県市政府（わが国の都道府県レベルの地方自治体））に対して行う。要介護認定は、ADLs（食事、着替え等の生活動作分類6項目）の喪失の程度を元にして行われ、「要介護」と認定された場合、その程度は軽い順に軽度（ADLsのうち1～2項目を喪失）、中度（同3～4項目喪失）、重度（同5項目以上喪失）である。

「要介護」と認定された者は、施設ケア、地域ケア（通所）、在宅ケアの介護サービスを利用することができる。ただし利用限度枠があり、在宅ケアや地域ケア（デイケア）の場合、軽度では月25時間、中度では月50時間、重度では月90時間となっている。このほかに、移送、配食等のサービスがある。

図1 台湾の介護制度



これらの介護サービスの費用は税財源で賄われ、在宅ケア、地域ケアの場合、上記の利用枠1時間につき180台湾元(約620円、1台湾元=3.46円(日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場」:2014年2月適用)で換算)が補助される。しかし、全額が補

助されるのは低所得者であり、その他の者は所得に応じて一部自己負担を支払う。その割合は低所得者に次ぐ経済状態の者は10%であり、その他の者は30%である。施設ケアの場合、低所得で要介護度が重度の者は無料で入所できるが、低所得でも要介護度が中度の者については、世帯の状況を審査した上で補助を行うことができる。

また台湾には、要介護高齢者のいる世帯への現金給付制度がある。家族が介護を行っている要介護高齢者のいる低所得世帯に対して、毎月5,000台湾元(約1万7000円)の特別介護手当(中低収入老人特別照顧津貼)が支給される。手当には支給要件があり、要介護高齢者本人については、要介護度が重度であること、「中低収入生活手当」(低所得高齢者への福祉手当)を受け取ることができる低所得者であること、在宅ケア等の介護サービスを利用していないこと等がある。介護を行う家族についても、16歳以上65歳未満であること、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の条件がある(図1)。

(2)「十年計画」の成果と課題

「十年計画」によって、台湾の公的な介護制度には大きな変化があったとされている。「第2期中期計画」の中でまとめられた「十年計画」の成果は以下のとおりである。

まず、直轄市・県市政府に「介護管理センター」を設け、ここが要介護認定、ケアマネジメントの窓口となったことである。これにより、介護サービスに関する手続きが一元化された。要介護認定は「十年計画」にあるようなADLsの喪失を基準にした、台湾全土に共通したものになっている。ただし、ケアマネジメントは、我が国のような仕組みではなく、介護管理担当者は介護事業者の情報提供を行う程度である。また、介護管理担当者が1人で担当する利用者は150人から200人となっており、我が国のケアマネージャーの対利用者比(1対35、介護報酬上の基準)と比べて、人数が多くなっている。これについては、衛生署が介護保険などの介護制度の検討のために設置した「長期照護推動小組」(介護保険検討小委員会)でも、我が国のケアマネージャーと利用者の比に言及した上で、台湾では1対250から350と負担が我が国より重いことを指摘した委員がいる(2012年2月14日会議録)²。

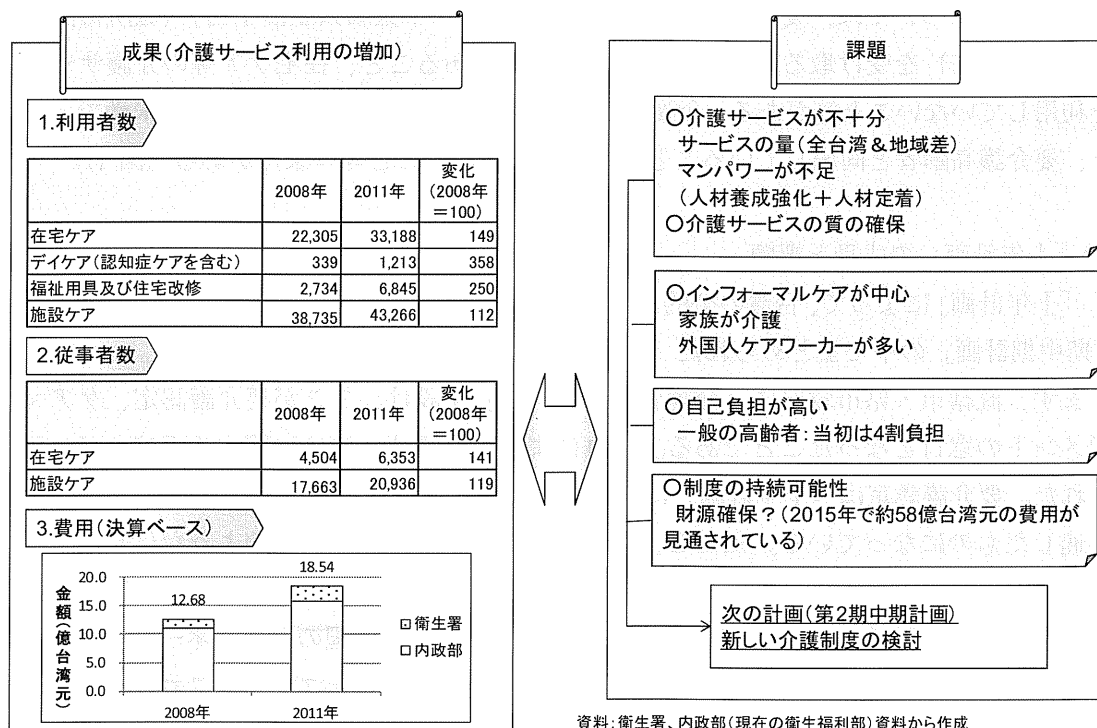
次に、介護サービスの利用について、施設ケア、地域ケア、居宅ケアで多様なサービスを提供してきた。ただし、地域ケア、居宅ケアを優先して整備したため、これらの介護サービスの利用が大幅に増えた。2008年から2011年までの3年間で在宅ケアは約1.5倍、デイケアは約3.6倍にまで利用者が増加している。また、介護に従事する者も、在宅ケアで1.4倍に増加している。しかし、居宅ケアの利用は、訪問介護に集中し、地域ケアであるデイケアの利用は少ない³。後述のように介護サービスの提供状況に地域差があり、サービス

² この指摘に対して、衛生署の回答は「専門家と協議して1対150人から200人に引き下げた」であった。

³ 李光廷顧問によると、介護サービスの利用率は訪問介護が71.2%であるのに対して、デイサービスは2.9%にとどまる(李光廷「台湾における認知症介護の動向と現状・課題」(認知症介護指導者フォローアップ研修・東京の講演予定資料)。日本では介護サービスの利用状況(要介護者のいる世帯の中で利用した世帯の割合)は、訪問系のサービスで51.9%、通所系のサービスで46.2%である(厚生労働省「平成22年

が十分でない地域も多い。また、施設ケアも利用率が 2011 年で 70%台にとどまる。これは、費用負担の他（低所得者以外は全額自己負担）、公費補助が少ないためにマンパワーが十分でなく、その結果、ケアの質が十分でないことが原因であると言われている⁴。さらに、労働条件が悪く人材が定着しないことも指摘されている。この点については、「長期照護推動小組」でも我が国の介護人材確保策に言及して、処遇の改善を訴えている（2013 年 2 月 1 日会議録）。

図2.「十年計画」の成果と課題(2008～2011年)



その一方で、高齢者の介護は家族が担う面が大きく、2009年の内政部「老人状況調査」によると、高齢者の主介護者のうち、14.2%が配偶者、22.3%が息子、11.3%が娘、14.8%が娘(息子の配偶者)となっており、主介護者の約60%を占めている。また、「外籍看護工」と呼ばれる外国人ケアワーカーを雇用する家庭が多く、その数は19万人に達している。「外籍看護工」には最低賃金が適用されないなど、介護労働力としてはコストが安い存在である。そのため、台湾の人によるフォーマルなケアが普及しにくい面がある。しかし、その人数が多いため、彼らの介護制度の中でのあり方を検討することが重要になっている。

「十年計画」における自己負担割合は、社会救助(生活保護)の対象者は無料、これに次ぐ低所得者は1割、その他の一般の要介護者は3割となっている。一般の要介護者による介護サービス利用が多くなっており、中間所得層には公的な介護サービスは割高な面が

国民生活基礎調査)。

⁴ ただし、後述の「長期照護服務網計画」によると、介護人材は施設ケアに集中しており、居宅ケアの約2倍、地域ケアの約15倍の人材が施設での介護に従事している。

ある⁵。こうした面を考慮しても、「十年計画」による政府部門からの支出は、2008年の12.68台湾元（約44億円）から2011年の18.54台湾元（約64億円）へと増加している。このことは、公的な介護サービス利用の増加を裏付けるものである。しかし、「十年計画」の計画段階ほどの支出となっていないことから、予算の確保が十分でない可能性もある⁶。今後、要介護者の増加が見通される中、持続可能な制度を構築する必要に迫られている。

このほかに、「十年計画」がすべての介護を要する者を対象にしていないこと（若年障害者が対象外であることなどが挙げられている（図2））。

2. 台湾の「我國長期照顧十年計畫第二期計畫」の概要

このような「十年計画」の成果と課題を背景に、「十年計画」の次の中期計画として第2期中期計画が策定された。この計画は2012年から2015年までの計画である。すでに述べた「十年計画」の成果や課題をもとに、この計画では4つの目標が示されている。具体的には、

- ①介護サービス提供の効率性、効果、質を向上させる
- ②介護人材の育成を強化し、介護システム全体の量と質を向上させる
- ③介護サービスを整備し、要介護高齢者の利用率を上げる
- ④心身障害の程度を評価する制度を新たに作る

以上4つである。①から③は介護サービス提供体制に関係することである。④は身体障害者を「十年計画」の対象に含めるためのものである。

その実行戦略としてまず、「十年計画」の対象者を逐次拡大することがある。具体的には、①2014年から49歳以下の心身障害手帳を持ち、かつ介護が必要な人を対象者に加える、②2015年から、介護サービスネット計画に基づいて、介護提供体制と財政状況を考慮しながら、全ての年齢の要介護者を対象にする予定である。これは、高齢者と障害者を同じ制度でカバーすることを意味する。この点について「長期照護推動小組」でも、障害者が「十年計画」の対象になることを望む意見がある。一方で、自己負担のルールについて、障害の程度や経済力による区分を求める意見や、「身体障害者權益保障法」と「十年計画」による自己負担の違いによる混乱、地方政府の負担の違いによる反発を危惧する意見もあった。最後の点について、衛生署は2012年度予算で3億台湾元確保しており、宝くじの収益を地方政府に配分することになっている、と回答している（2012年7月27日会議録）。

次に、介護サービス提供体制の充実に関するものとして、①介護事業所の管理体制を整え、介護の質を向上させる、②介護サービスネット計画を企画し、実施する（介護サービスの地域差を縮小させる）、③介護マンパワーの育成策を企画するなどがある。

⁵ 在宅ケアの場合、補助額1時間あたり180台湾元なので、3割負担でも54台湾元（約190円）であるため、重度で90時間利用しても4,860台湾元（約1万7千円）なので、金額自体は大きくないという見方もある（台湾の平均賃金は2012年で45,888台湾元（約16万円））。

⁶ 「十年計画」の計画段階（2007年）では、2008年の54.72億台湾元（189億円）から2011年の75.74億台湾元（約262億円）に増加する見通しであった。

①については、「長期照護推動小組」では介護事業者評価の検討を行うことが議論されている（2011年9月5日会議録）。②に関しては、「長期照護推動小組」の第1回会議（2009年6月29日）で山間僻地（および原住民居住地区）での介護サービスの充実を検討課題のひとつとして挙げている。第2回（2009年10月20日）以降の会議でもこのことに言及している。第9回会議（2012年7月27日）では、衛生署と内政部は地域の特性を考慮しながら、地域ケアシステムを構築すること。原住民居住地域および遠隔地における介護サービスの構築の具体策の検討が意見として出されている。

③の介護マンパワーの育成について、「長期照護推動小組」では毎回の委員会で意見が出されている。例えば、介護マンパワーの養成課程の企画（教育部に検討要請、第6回会議（2011年5月13日））、介護マンパワーの養成、就業に関する省庁間での検討、介護管理職員（ケアマネージャー）のあり方（第7回会議、2011年9月5日）、台湾人ヘルパーの育成、活用策、大学でのカリキュラムの統一（第8回、2012年2月14日）などである。介護管理職員（ケアマネージャー）のあり方では、わが国のケアマネージャーの現状に言及しており、「日本のケアマネージャーは看護師、社会福祉士、介護福祉士などさまざまな職種からなることができる。ケアマネージャーになることのできる職種は非常に多様である。よって、台湾でケアマネージャーという統一用語で呼ぶことは適当でない」としている。また、「日本では、介護人材の配置は70%がサービスに従事し、30%が管理要員である。後者のうち、10～15%は介護資格のある者となり、残りは他職種の者となる。介護人材の育成は、学校と職業訓練の2つである。前者は教育を受けた若い人であるが、中高年の介護従事者との落差を感じ、多くの人々が定着することは難しい」という指摘もしている（第8回、2012年2月14日）。こうした議論が、介護サービス供給体制の整備目標の背景にあるものと思われる。

そして、利用が多い「外籍看護工」については、就労許可などの審査制度を整備することが挙げられている。「長期照護推動小組」では、「外籍看護工」のあり方について言及する議論が見られた。「外籍看護工」雇用家庭と介護保険の給付（現物給付のみとする）の関係（第3回会議、2009年11月24日）、介護マンパワーの養成と外籍看護工の数のバランスについて（第4回会議、2010年9月27日）、外籍看護工を国内のマンパワーに代替させる方針と外籍看護工の労働条件確保、外籍監護工の管理と質の向上（適切なニーズ評価、出身国での90時間の訓練と台湾での訓練を義務化）について（第7回、2011年9月5日）、などである。要介護高齢者の多くを外籍看護工が介護している現実があり、これを急激には変えられないことがこうした議論や実行戦略の背景にあるものと思われる⁷。

さらに、2013年から介護サービスの補助を1時間あたり180台湾元（約620円）から200台湾元（約690円）に引き上げることを検討することが盛り込まれている。

これらに必要な予算として、2012年度で約21.96億台湾元（約76億円）、2015年で約

⁷ 外籍看護工は約20万人。介護市場の半分くらい（要介護者は50～60万人）を占めると言われている（2014年2月2日の李光廷顧問との意見交換）。

58.37 億台湾元（約 202 億円）が見通されている。2008 年策定の計画ではそれぞれ、約 84 億台湾元（約 291 億円）、約 110 億台湾元（約 381 億円）であったので、大きく下方修正されている（表 1）。

表1 台湾「我國長期照顧十年計畫第二期計畫」の概要

項目	内容
計画の期間	2012年～2015年
計画の目標	1.介護サービス提供の効率性、効果、質を向上させる 2.各種の人材の育成を強化し、介護システム全体の量と質を向上させる 3.介護サービスを整備し、要介護高齢者の利用率を上げる 4.(障害者を対象とするための)心身障害の程度を評価する制度を新たに作る
実行戦略	1.«十年計画»の対象者を逐次拡大する (1)2014年から49歳以下の心身障害手帳を持ちかつ介護が必要な人を対象にする予定。 (2)2015年から、介護サービスネット計画に基づいて、介護提供体制と財政状況を考慮しながら、全ての年齢の要介護者を対象にする予定である。 2.介護事業所の管理体制を整え、介護の質を向上させる 3.介護サービスの管理機能を強化させる 4.情報システムを強化する 5.介護サービスネット計画を企画し、実施する 6.介護マンパワーの育成策を企画する 7.外国人ケアワーカーの審査制度を企画する 8.2013年から介護サービスの補助を1時間あたり180台湾元から200台湾元に引き上げること検討する。
執行体制	1.介護制度の全体調整 衛生福利部 2.介護管理制度の運営 衛生福利部、労工委員会 3.介護サービスの整備 衛生福利部、労工委員会、原住民族委員会 4.介護マンパワーの育成 衛生福利部、教育部
予算	2012年:21.96億台湾元(約76億円) →2015年:58.37億台湾元(約202億円)

資料:衛生福利部資料より作成

3.「長期照護服務網計畫」(介護サービスネット計画)について

この「介護サービスネット計画」は「十年計画」の「第2期中期計画」と連携した計画であり、台湾の介護制度整備の第2段階として位置付けられている。この計画は、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。計画では、台湾全土を3段階の地域区分を設定し、各地域レベル別に介護サービス基盤の整備目標を立てている。

地域区分の設定は、「エイジングインプレイス」を第一に考え、各地域の人口、面積、交通、距離および生活圏に配慮している。実際の地域区分の単位は、直轄市・縣市およびこれを構成する郷・鎮政府の領域を基礎にしている。上位の地域区分である「大区」は直轄市・県市政府の領域を単位とした22大区が設定されている。直轄市・県市政府の単位を用いた考え方として、「エイジングインプレイス」の他、直轄市や県市政府に置かれている介護管理センターが、介護サービス提供の調整や管理を行うことを考慮したためである。一方で最も下位の地域区分として「小区」が368置かれているが、これは郷・鎮政府の領域

をそのまま用いている。人々にとって地域の最も身近な行政単位がこの郷・鎮政府であることが背景にある。そして、この領域の中で人々は在宅ケアや通所ケアを利用することが想定されているためである。この中間の地域区分として「次区」が63あり、近隣の「小区」をまとめて設定している。「小区」よりも広域ではあるが、人々の介護サービスへのアクセス、生活圏を考慮したとされている。

この地域区分をもとに、台湾の介護サービスの提供体制の状況をまとめ、介護サービスの種類ごとにこれが不足している地域を明らかにしている（表2）。その結果をもとに、この計画では、介護サービスの地域差を縮小させるための主な実施戦略として、以下のことを挙げている。

表2 台湾の介護サービス提供体制の状況(不足している地域の状況)

	地域数			主な介護サービス提供体制の状況							
				大区レベル(達成していない大区に×)				次区レベル(達成していない次区の数)		小区レベル(達成していない小区の数)	
	大区	次区	小区	施設のベッド数(要介護者1万人あたり700床以上)	福祉用具センター(少なくとも1カ所設置)	身体障害者入所施設(少なくとも1カ所整備)	認知症専門の施設(少なくとも1カ所整備)	デイケアセンターを少なくとも1カ所設置	隣接する次区2つごとに、少なくとも1カ所は認知症対応のデイケアセンターを設置	介護サービス拠点(少なくとも1カ所)	障害者サービス拠点(少なくとも1カ所)
新北市	1	7	29				×	7	2	8	8
台北市	1	5	12					2	2		
台中市	1	3	29					1		6	6
台南市	1	3	37				×	1	1	19	21
高雄市	1	5	38					4	2	12	12
宜蘭県	1	2	12				×		2		
桃園県	1	2	13						2		
新竹県	1	3	13				×	3	3		
苗栗県	1	3	18					3	3	6	
彰化県	1	2	26					1	2	14	14
南投県	1	4	13					4	2	3	3
雲林県	1	4	20	×			×	2	4	8	10
嘉義県	1	2	18					1	2		
屏東県	1	5	33					6	1	11	11
台東県	1	4	16					5	4		
花蓮県	1	3	13				×	3	3		1
澎湖県	1	1	6	×		×	×		1		
基隆市	1	1	7							2	2
新竹市	1	1	3								
嘉義市	1	1	2								
金門県	1	1	6	×			×		1	2	2
連江県	1	1	4		×	×	×	1	1	1	1
合計	22	63	368	3	1	2	9	44	38	92	91

資料:衛生福利部「長期照護服務網計画」より作成

まず、地域ケアおよび在宅ケアの整備を優先し、これらの介護サービスの利用が全体の5割以上になるようにすることである。これは、台湾の介護政策の目標にも合致するところである。あわせて、介護サービスが不足している地域に重点を置き、介護サービスを普及させることも示されている。また、認知症の人々に対する多様な介護サービス体制やサービスメニューを整備することが示されており、介護サービス提供体制の整備の中で、認知症への対応が重要であることを示している。

図3「長期介護服務網計画」(介護サービスネット計画)について

<p>○計画の位置付け目的</p> <p>台湾の介護制度確立のための第2段階としての計画(2013年から2016年)。「我國長期照顧十年計畫第2期中期計畫」に基づく計画であり、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とすることを目的。</p>													
<p>○計画の特徴</p> <p>・台湾の地域を3つのレベル※で区分。介護サービス提供体制の状況を把握した上で、各地域レベル別の目標を設定</p>		<p>○実施戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア、在宅ケアを優先的に整備(介護サービス利用の5割以上を目指す) ・介護サービスの内容の充実 ・認知症の人に対する多様な介護サービスを整備 ・介護サービスが不足している地域に重点を置いた整備を行う ・家族介護者の支援ネットワークを確立させる ・介護マンパワーの育成と定着 労働条件の改善 ・医療・福祉従事者に対する教育訓練の実施 ・「栄民の家」(退役軍人用の老人ホーム)に一部の病床をナーシングホームの病床に転換 ・地域レベル別の整備目標(下の別表)など 											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>地域レベル(設定地域数)</th> <th>行政単位</th> <th>考え方</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>大区(22)</td> <td>直轄市・県市政府</td> <td>エイジングインプレイス、現行の介護管理センターが介護サービス提供の調整や管理を行うことを考慮</td> </tr> <tr> <td>次区(63)</td> <td>近隣の郷鎮をまとめて</td> <td>介護サービスへのアクセス、生活圏などを考慮</td> </tr> <tr> <td>小区(368)</td> <td>郷・鎮政府</td> <td>人々が居住する地域の最も身近な単位(この地域内で在宅、通所ケアを利用)</td> </tr> </tbody> </table>	地域レベル(設定地域数)		行政単位	考え方	大区(22)	直轄市・県市政府	エイジングインプレイス、現行の介護管理センターが介護サービス提供の調整や管理を行うことを考慮	次区(63)	近隣の郷鎮をまとめて	介護サービスへのアクセス、生活圏などを考慮	小区(368)	郷・鎮政府	人々が居住する地域の最も身近な単位(この地域内で在宅、通所ケアを利用)
地域レベル(設定地域数)	行政単位	考え方											
大区(22)	直轄市・県市政府	エイジングインプレイス、現行の介護管理センターが介護サービス提供の調整や管理を行うことを考慮											
次区(63)	近隣の郷鎮をまとめて	介護サービスへのアクセス、生活圏などを考慮											
小区(368)	郷・鎮政府	人々が居住する地域の最も身近な単位(この地域内で在宅、通所ケアを利用)											

(別表1)「介護サービスネット計画」の地域レベル別介護サービス整備基準

	地域ケア	在宅ケア	施設ケア
大区(22)	1. 介護管理センターを設置 2. 福祉用具センターは少なくとも1カ所設置		1. 施設のベッド数は要介護者1万人あたり700床以上 2. 介護施設を少なくとも1カ所整備 3. 身体障害者入所施設を少なくとも1カ所整備 4. 認知症専門の施設(施設内の専門部門)を少なくとも1カ所整備
次区(63)	1. 介護管理センターの分室を設置 2. デイケアセンターを少なくとも1カ所設置 3. 隣接する次区2つごとに、少なくとも1カ所は認知症対応のデイケアセンターを設置 4. 福祉用具サービス拠点を少なくとも1カ所設置するか巡回サービスを行うこと		1. 施設のベッド数は要介護者1万人あたり700床以上(台湾全体の平均の5分の2に達しない地域を不足地域とする) 2. 隣接する次区2つごとに、少なくとも1箇所は、身体障害者入所施設を整備
小区(368)		少なくとも1箇所のサービス拠点	
山地、離島、遠隔地には総合的なサービス拠点を設置			

(別表2)「介護サービスネット計画」の地域レベル別介護サービス整備目標

	整備目標(整備目標地域数)
大区(22)	(1)「家族介護者支援センター」の設置(22) (2)地域に福祉用具センター(1) (3)施設のベッド数を要介護者1万人あたり700床以上(3) (4)認知症専門の施設(施設内の専門部門)の整備(9)
次区(63)	(1)介護管理センター分室(17) (2)地域にデイケアセンターを設置(24) (3)隣接する次区2つごとに、認知症対応デイケアセンターを設置(38) (4)福祉用具サービス拠点整備または巡回サービス実施(1) (5)施設のベッド数を要介護者1万人あたり700床以上(13) (6)隣接する次区2つごとに身体障害者入所施設を整備(5)
小区(368)	(1)少なくとも1カ所の介護サービス拠点(介護サービスまたは医療系の類似のサービス拠点)(92) (2)少なくとも1カ所の障害者サービス拠点(介護サービスまたは医療系の類似のサービス拠点)(91)

資料:衛生福利部「長期介護服務網計画」より作成

次に、介護マンパワーについては、①介護従事者の労働条件を改善し、定着意向をより多くの者に持たせること、②介護に従事する医療及び福祉関係者の教育・訓練計画を制度化することが目標とされている。台湾では、介護マンパワーの人数が全国的に不足し、質も向上も課題であるとされている。こうした意見を受けたものと考えられる。

介護に従事する家族への支援も目標とされている。具体的には、①家族介護者相談サー

ビス専用電話を設置する（全台湾共通）、②介護者同士の支援ウェブサイトを設置（全台湾共通）する、③家族介護者の支援団体を設立する、④介護ボランティアと家族介護者のネットワークを連結させるである。

具体的な地域レベルの目標として、「大区」では、介護管理センターの設置、福祉用具センターを少なくとも1箇所設置、が地域ケアの目標として示されている。施設ケアについては、①施設のベッド数は要介護者1万人あたり700床以上、②介護施設を少なくとも1箇所整備、③身体障害者入所施設を少なくとも1箇所整備、④認知症専門の施設（施設内の専門部門）を少なくとも1箇所整備、が示されている。「次区」については、地域ケアについては、①介護管理センターの分室を設置、②デイケアセンターを少なくとも1箇所設置、③隣接する次区2つごとに、少なくとも1箇所は認知症対応のデイケアセンターを設置、④福祉用具サービス拠点を少なくとも1箇所設置するか巡回サービスを行うこと、が示されている。ただ、②については、「長期照護保険検討小組」の議論で、日本の中学校単位（地域包括ケアのこと）ではデイケアが3~4ヵ所整備されている。この目標では十分でない趣旨の意見が述べられている。施設ケアでは、①施設のベッド数は要介護者1万人あたり700床以上、②隣接する次区2つごとに、少なくとも1箇所は、身体障害者入所施設を整備、が示されている。「小区」では、「大区」や「次区」では示されていない居宅ケアの目標が示されている。ただし、「少なくとも1箇所のサービス拠点を整備」にとどまる。この他に、山地、離島、遠隔地の「小区」には総合的な介護サービス拠点を設置することが目標とされている。これは、山間部などではもともと介護サービス提供基盤が十分でなく、その対策として在宅、通所、施設の複合型の施設整備を行おうとしていることが背景にある（図3）。

この計画は、「長期照護推動小組」でも取り上げられている。特に第9回会議（2012年7月27日）では、衛生署による「介護サービスネット計画」の概要の説明後に、介護マンパワーの需給と外籍看護工との関係、家族介護者への支援策の必要性、山間部での介護サービスの整備、介護予防、デイケアの整備目標の低さなどが意見として出されている⁸。

4. 「長期照護服務法」（介護サービス法）の検討状況

上記の「第2期計画」と「介護サービスネット計画」の実施は、台湾の介護制度整備の第2段階として位置付けられている。第2段階のもう一つの政策目標として、「長期照護服務法」（介護サービス法）のである。その内容として、①要介護者、介護従事者などの定義の他、②介護サービス事業者（種類、設立許可、事業所の評価の義務など）、③介護従事者（資格や訓練、事業者への登録など）、④利用者の権利擁護（介護サービス利用契約の締結、プライバシー保護など）について定めている。また、要介護者の家庭で雇用されて働く「個

⁸ 介護予防ではわが国の介護保険の介護予防、デイケアの整備目標がわが国の3分の1程度（日本では中学校区単位でデイケアを整備。これを参考にすると、次区で3~4箇所の地域でデイケアセンターを設置することが台湾には必要であるが、実際の目標では次区ごとに1箇所となっている）ことで、わが国の政策に言及している。

人看護者」に関する規定案もある（図4）。

図4 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	
第1段階 (2008年～2011年)	「我國長期照顧十年計画」(十年計画)の実施(介護サービス体制を確立させる)
第2段階 (2012年～2015年)	「十年計画」の「第2期中期計画」と「長期照顧服務網計画」の実施 (介護サービス提供体制の整備) 「長期照顧服務法」(介護サービスに関する法律)の制定
第3段階 (2015年～2016年)	「長期照顧保險法」(介護保険に関する法律)の制定

「長期照顧服務法」(案)	
主な用語	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・種類: 居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケア、その他 ・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) ・事業者について 当局の設立許可、当局が定める評価を受ける義務、広告の内容等 ・介護従事者について 資格(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
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利保護: プライバシー保護など ・個人看護者(要介護者の家庭で雇用される者): 指定の訓練を受ける義務(そのほかはこの法律は適用外)

「長期照顧保險法」(案)	
保険者	中央健康保険署
被保険者	全住民(約2320万人)
要介護認定	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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
給付	<ul style="list-style-type: none"> ・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	・保険財政では90%を保険料、10%を自己負担
自己負担	(サービス利用ごとに)第1案 10% 第2案 施設ケアは15%、地域・居宅ケアは10%

資料: 行政院衛生署「長期照顧服務法草案説明」、行政院經濟發展委員會他「長期照顧保險企画報告」などから作成。

この法案は、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、審議が途中で止まったままであった。その背景として「長期照顧推動小組」で出された意見として、法案が多かったことに加え、関係団体の意見の差が大きく、家族介護者連盟は外籍看護工を重視し、中華老人福利推動連盟は高齢者と障害者の介護サービス利用を重視しているなど、意見の調整が難しかった面がある(第7回会議、2011年9月5日)。

第 8 回会議（2012 年 2 月 14 日）では、介護サービス法に外籍監護工が介護技術の訓練を台湾で受けることを義務づけることを検討することが意見として出されている⁹。しかし、2014 年 1 月に改めて法案が提出され、立法院の一読会（第 1 次審査）を通過した。2014 年中の法案成立を目指しているところである。この法律が成立後に長期照護保険法（介護保険法）が検討される予定であり、2016 年の成立を目指している¹⁰。

5. 認知症対策の現状

台湾では、の高齢者の認知症の発症率は 2011 年～2013 年の調査で 4.97%とされており、この発症率を前提にしても、今後認知症高齢者が増加する見通しである。その一方で、認知症の専門医が少なく、神経内科の医師が対応しているが、認知症を十分に理解していない医師が対応する場合、精神科に入院させる場合もある¹¹。また、「長期照護推動小組」でも認知症に関する議論が行われており、認知症の高齢者の介護制度における位置付け（第 8 回、2012 年 2 月 14 日）、初期の認知症へのケア・認知症対応の施設整備（第 9 回、2012 年 7 月 27 日）などが議論されている。

そのような中、台湾では 2013 年 6 月に認知症介護の施策綱領である「失智症防治照護政策綱領」（認知症予防・治療・介護政策綱領）を策定している。この綱領では、認知症の早期発見、多職種が連携したケアを提供し、地域での質の高い生活の実現を目標にしている。政策の方向として、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、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、マンパワーの育成、関係省庁の連携など 7 つを定めている（図 5）。

「長期照護推動小組」の第 9 回会議では、内政部は認知症対応の施設であるグループホームは 2011 年末現在で 14 ヶ所（10 直轄市・縣市）あると説明しており、2016 年には全ての直轄市・縣市（「介護サービスネットワーク計画」の「大区」に相当）に少なくとも 1 ヶ所には整備する、と説明している。この他に、2011 年末現在ですでに 40 「次区」に 64 ヶ所の認知症対応型のデイケアセンターがあり、2016 年には 2 つの「次区」ごとに 1 ヶ所を整備する、と説明している。その一方で、わが国のノウハウに基づいたグループホームはコストがかかるという認識があり、参入規制も相まって、事業者の参入が進まない状況にある¹²。

台湾の認知症対策は、これから進めていくところにあると言える。

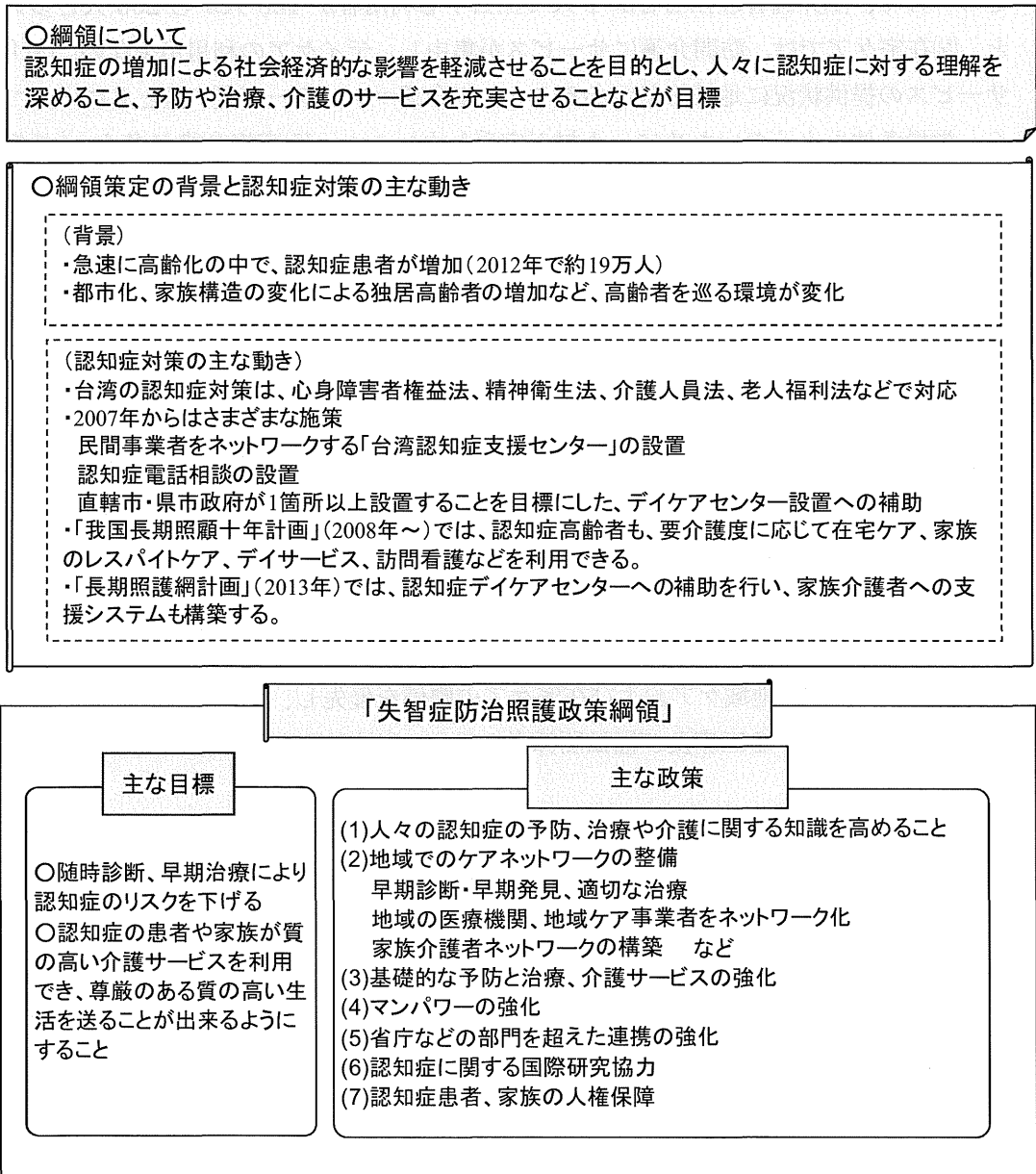
⁹ このときの会議では、副委員長より「外籍看護工の訓練については、台湾外の訓練施設を視察した。これらの質の検証方法について検討する。台湾での訓練については、介護サービス法の成立が前提であったが、彼らの訓練に対するニーズがあれば、必要な検討を行う」としている。

¹⁰ 1 月 29 日の徐明仿助理教授、2 月 2 日の李光廷顧問との意見交換による。

¹¹ 2 月 2 日の李光廷顧問との意見交換による。

¹² 2 月 2 日の李光廷顧問との意見交換による。李顧問によれば、グループホームの設置許可は、介護事業者評価で「優等」を 3 年連続獲得した事業者でないと許可が下りない。

図5 台湾「失智症防治照護政策綱領」(認知症予防・治療・介護政策綱領)の概要



資料:衛生福利部「失智症防治照護政策綱領」より作成

6. まとめ

本論文の結論をまとめると次のようになる。

- ① 高齢化が進行している台湾では、「我国長期照顧十年計畫」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に、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として挙げられている。
- 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)この計画の対象に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次中期計畫」の一環として、「長期照護服務網計畫」(介護サービスネット計画)が2012年から実施されている。この計画は、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。計画では、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・訓練計画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「長期照護服務法」(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「失智症防治照護政策綱領」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。

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次中期計畫」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。

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るといえよう。

（資料）

（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. 全国老人保健施設協会（2012）『平成24年版 介護白書』, TAC 出版.
6. 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. 行政院經濟建設委員会他（2009）『長期照護保險規劃報告』.
2. 行政院衛生署（2009）「長期照護保險法」研究報告（2009年）
3. 行政院經濟建設委員会（2009）「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）
4. 行政院經濟建設委員会（2009）「長期照護保險法制財源之評估」（2009年5月）
5. 行政院經濟建設委員会（2009）「長期照護保險法制組織体制及保險対象之評估」（2009年5月）
6. 行政院經濟建設委員会（2009）「長期照護保險法制服務提供及人力之評估」（2009年5月）

7. 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.
8. 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.
9. 行政院 (2013) 「長期照護服務計畫 (第一期) —102 年至 105 年—」

3. 韓国における介護保障制度の現状と課題

<分担研究者>

東京福祉大学社会福祉学部教授

金 貞任

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

韓国における介護保障制度の現状と課題

金 貞任（東京福祉大学）

はじめに

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、高齢者の平均寿命は、2013 年で 81.2 歳となったが、2009 年で 65 歳以上の期待余命と健康寿命は、それぞれ 19.7 歳、15.12 歳となり、期待余命のほうが健康余命よりも 4.63 年も長いのが現状である。高齢者の子どもとの同居率は、急速に減少しており、2013 年で 27.3%であった。すなわち、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 年度から実施しており、現在第 2 段階（2011～2015 年）の計画が実施されている。低出産対策としては、仕事と家庭の両立、結婚、出産、育児負担の軽減、児童と青少年の健全な育成のための環境形成である。高齢社会対策としては、まず、ベビーブーマー世代(1955 年～1975 年生まれ)の老後生活の体制構築、安定的で活気ある老後生活保障、高齢者に対して親和的な環境づくりを策定している。次に、日本が介護保険制度を実施した 2000 年度から介護保険制度の導入の検討が始まり、3 回にわたり介護保険サービスのモデル事業が実施され、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。

	1980	1990	2000	2013
高齢化率(%)	3.8	5.1	7.2	12.2
高齢者人口(1,000人)	1456	2163	5425	6138
平均寿命	65.7	71.3	76	81.2
平均家族人数	4.5	3.7	3.1	2.7
高齢者の子どもと同居率:*1)		54.7	38.6	27.3
資料:統計庁、各年度、『将来人口推計』『人口住宅総調査』				
*1)韓国保健社会研究院、各年度『老人生活実態および福祉要求充足調査』				

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取り上げ、介護保険制度の課題をまとめた。

1. 介護保険制度の仕組み

1) 介護保険の管理・運営体制

保健福祉部（厚生労働省にあたる）は、介護保険の基本計画作成と調整作業などを担当する。

介護保険制度の保険者は、国民健康保険公団（以下保険公団と称する）の1カ所である。保険者の役割は、保険加入者の資格、保険料徴収、要介護者認定、保険給付管理、保険給付審査及び給付支給、広報、サービス伝達体制などを遂行する。

地方自治体の役割は、保険者ではないが、保健福祉部が作成した介護保険の基本計画に基づき介護サービスの詳細な施行計画の作成と実行、サービス施設の設置及び指定などである。

2) 介護保険財源

介護保険財源は、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、その他から構成される。介護保険料は、健康保険料の10%未満で決めるように定まっており、介護保険料は、2012年度から現在に至るまで健康保険料の6.55%となっている。

介護保険料の徴収は、保険公団の役割であり、健康保険料とともにするが、日本のように年金から保険料が天引きされることはない。介護保険料の負担は、地域加入者（自営など）の被保険者は全額自己負担であるが、職場加入者は会社と本人が折半、公務員と公的施設は国又は自治体と本人が折半する。

国は、介護予算の当該年度の20%を負担するようになっている。国と自治体は、医療給付受給権者（生活保護者）の自己負担額、医師診断書費用、訪問看護指示費用の中で公団が負担する費用と管理運営費の全額を負担する。

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%であり、日本よりも韓国の方がサービス利用の自己負担額が1.5倍から2倍高い。例外として、医療受給権者、保健福祉部長官が定める一定額未満の所得・財産がある者、天災などで生計が困難な者等は、本人負担額の50%が軽減される。生活保護者は、サービス利用の自己負担額の全額が無料である。

表 2 介護保険制度の仕組み	
名称	老人長期療養保険法
保険者	国民健康保険公団
被保険者	国民健康保険の加入者（20歳以上）
給付対象 サービス申請	高齢者、老化に伴う疾病 主治医意見書→申請→ 認定調査→コンピューターによる1次判定 →介護認定審査会で2次判定
要介護度	1等級（要介護5）、2等級、3等級（要介護3）
保険財源	公費20%+（生活保護全額、低所得者の自己負担50%） 医療保険料の10%以下で設定 2012年健康保険料の6.55%
利用者自己負担	在宅15%、施設20%
保険料徴収	健康保険料に上乗せ
営利企業参加	在宅介護と入所施設：参入可能
ケアプラン作成 サービス利用	公団職員、認定者の意見反映せず要介護度に基づき作成 事業所と契約（ケアプラン無）

3) 被保険者、介護サービス対象者、サービス手続き及びサービス内容

介護保険の被保険者は、20歳以上である。

介護サービスの対象者は、原則的に65歳以上の高齢者であるが、老人性疾患などにより6カ月以上1人で日常生活が困難な者の中で要介護認定の1等級（要介護5に当たる）から3等級（要介護3に当たる）を受けた者である。韓国では、介護保険制度の実施により、初めて所得水準とかかわりなく要介護認定を受けたすべての者が施設入所と在宅サービスを利用するようになり、サービスの利用が普遍化した。

要介護認定手続きとして、介護が必要な者は、①主治医の意見書とともに公団の各支社に申請する。②公団の職員が申請者の自宅を訪問し、5領域52項目について質問項目をチェックし、コンピューターによる1次判定をする。③介護認定審査会では、1次判定結果と医師意見書をもとに要介護度を認定する。要介護度は重い順に、1等級、2等級、3等級、認定外AとBとなるが、認定外AとBはサービス利用の対象外である。④要介護認定申請者に要介護度の判断結果を送信するが、その際は公団の職員がケアプランを作成し送信する。⑤要介護認定を受けた者は、サービス事業所と契約を結ぶことによりサービス利用が可能である。日本のような介護支援専門家による要介護者の家庭訪問とケアプラン作成はない。

介護サービスは、在宅サービス、施設サービスと特別現金給付から構成されている。在宅サービスとは、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、デイ・夜間サービス、短期入所サービス、福祉用具購入・貸与から構成される。施設サービスは、特別養護老人ホームと家庭療養共同生活家庭（グループホームに当たる）からなる。現在、韓国では、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