

- ・ 平日の 7:30 から 13:00 に開設。スタッフは 2 名で利用者は 30 名。
- ・ 庭で野菜などの栽培を共同で行う。
- ・ 利用料は月 1500 台湾元。

#### (4)その他

- ・ 原住民族地区の介護人材、教育にもあたっており、政府の補助もある。
- ・ 母体は教会なので、原住民族とのつながりはある(昔の布教活動などの影響で、原住民族地区にはクリスチャンが多い)。

### 4. 双連安養施設(台湾新北市)

#### (1)施設の概要

- ・ 1993 年(高齢化率が 7%に達したころ)から高齢者施設を構想。7 年後の 2000 年から開設。3 万 6 千平方メートルの敷地に 10 億台湾元を投資して建設。
- ・ 有料老人ホーム、認知症対応の施設(グループホーム)などで構成。人材育成、大学との連携(研究)も行う。
- ・ スタッフは 228 名、特約の医師が 7 名、代替役、ボランティアがいる。

#### (2)施設について

- ・ 有料老人ホームは、全室個室であり、食堂は 11 か所ある。入居者の平均年齢は 85 歳。
- ・ 入居者の活動のひとつとして、各種講座があり(無料)、入居者も経験に応じて教える立場になることもある。地域住民も利用できる(有料)。
- ・ 連携医師による診察、リハビリを行っている。また、PT や OT が各 1 名常駐している。馬偕病院の先生、関係する大学の医学生の実習もある。
- ・ 入居者へのサービスとして、居宅介護、入浴介護、通院への同伴を行っている(ヘルパー36 名、ボランティア)。
- ・ 社区サービスとして、地域住民への健康づくりなどを行っている。
- ・ 入居者の家族が訪問、宿泊できる部屋がある。週 1 回、月 1 回で来る人がほとんど(会いに来ない人はこれまでにいなかった)。
- ・ 入居費用は基本的に自己負担であるが、補助がある場合もある。
- ・ 認知症になったら、施設内の認知症対応の施設に移ることができる。重い病気になったら、外部の医療機関に入院する。両方の場合でも、もとの部屋に戻る権利は保持される(費用は不在の分安くなる)。
- ・ 人材募集は、すでにスタッフである友人の紹介が多い。また、ボランティアの中でスタッフに向いている人にスカウトすることもある。離職率は低い。
- ・ 転倒などの事故防止が今後の課題。

## 4. 研究成果の普及活動 (学会等報告資料)

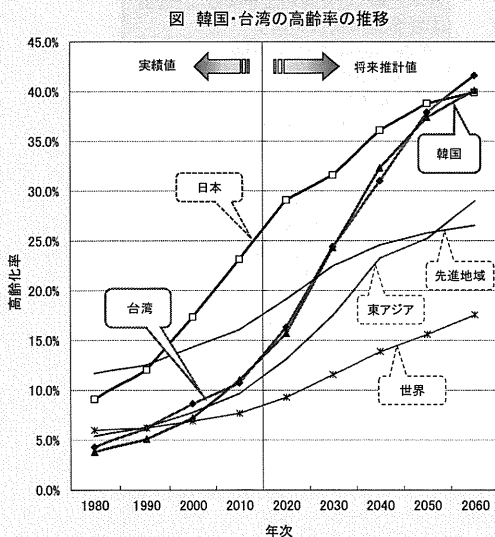
# 韓国と台湾の介護制度の特徴 : 制度構築プロセス等からみた 日本との共通点と相違点

国立社会保障・人口問題研究所  
小島 克久

Conflict of Interest (COI) of the Presenter: No potential COI to disclose

## 1. はじめに

韓国、台湾の高齢化の推移



資料: 韓国は韓国統計庁「将来人口推計2010-2060」、台湾は行政院经济建设委员会「2010年至2060年臺灣人口推計」(2010年)、日本は、総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」、世界、先進地域(欧州、北米、日本、オーストラリア、ニュージーランド)、東アジアは、UN, "World Population Prospects: The 2012 Revision" による。

韓国、台湾の高齢者を巡る状況の変化の例

分野	韓国	台湾	(参考)日本
一人暮らし・夫婦のみで暮らす者の割合	1994年: 40.4% →2011年: 68.1%	1986年: 25.6% →2009年: 27.9%	1986年: 32.1% →2009年: 54.1%
労働力率(女性・40~50歳代)	2000年: 60.0% →2012年: 62.7%	2000年: 50.1% →2012年: 57.8%	2000年: 67.0% →2012年: 71.4%

資料: 一人暮らし・夫婦のみで暮らす者の割合は、韓国は保健福祉部「高齢者状況調査」、日本は厚生労働省「国民生活基礎調査」。労働力率は、韓国は「経済活動人口調査」、台湾は主計処「人力資源調査」、日本は総務省統計局「労働力調査」

韓国、台湾の社会保障制度  
(特に高齢者に関係する主なもの)

分野	韓国	台湾	(参考)日本
年金	国民年金	労工保険(老齢給付)、国民年金など	国民年金、厚生年金など
医療	国民健康保険	全民健康保険	後期高齢者医療制度など
介護	老人長期療養保険(2008年~)	「長期照顧十年計画」による高齢者福祉制度 介護保険を計画中	介護保険(2000年~)

## 2. 韓国と台湾の介護制度（日本との比較）

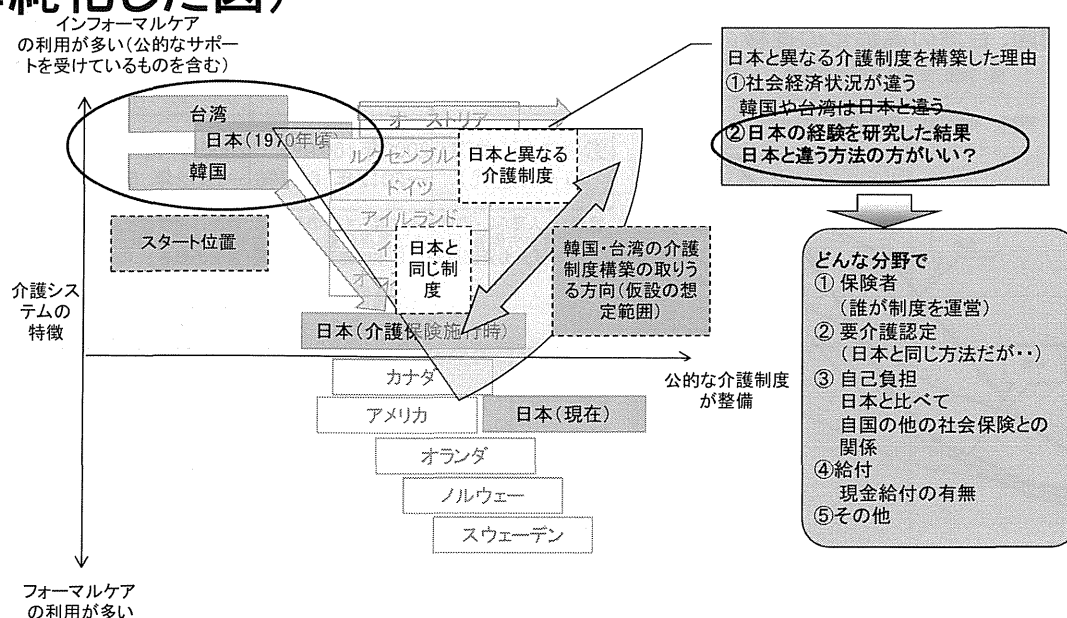
項目	韓国	台湾		(参考)日本
	老人長期療養保険	現行	介護保険(検討中)	介護保険
実施年	2008年	2008年	2016年(計画)	2000年
制度の仕組み	社会保険方式	高齢者福祉制度(税方式)	社会保険方式	社会保険方式
制度運営者	国民健康保険公団(医療保険活用方式)	県市政府	中央健康保険局(医療保険活用方式)	市町村(地域保険方式)
対象者	全国民(20歳以上の者)	65歳以上の者(高齢者)など	全住民(20歳以上の者)	65歳以上の者 40~64歳の者
給付対象者	原則として高齢者	原則として高齢者	高齢者? 障害者も含む?	原則として高齢者
要介護認定	あり(3等級)	あり(3段階)	あり(4段階)	あり(要支援を含め7段階)
給付	在宅(通所)・施設サービス	在宅(通所)・施設サービス	在宅(通所)・施設サービス	在宅(通所)・施設サービス
家族介護手当	あり	あり(別制度)	あり?	なし
自己負担	在宅15%、施設20%(低所得者は減免)	30%(低所得者は減免)	10%(別案で施設15%、在宅10%)	10%
財源	保険料(20%相当の公費負担あり)と自己負担	公費、自己負担	保険料(公費負担)、自己負担	保険料、公費負担、自己負担

資料:韓国、台湾当局資料などから、小島克久(国立社会保障・人口問題研究所)が作成

2

## 3. 韓国、台湾の介護制度発達のイメージ (単純化した図)

図 韓国、台湾の介護制度発達のイメージ(概念図)

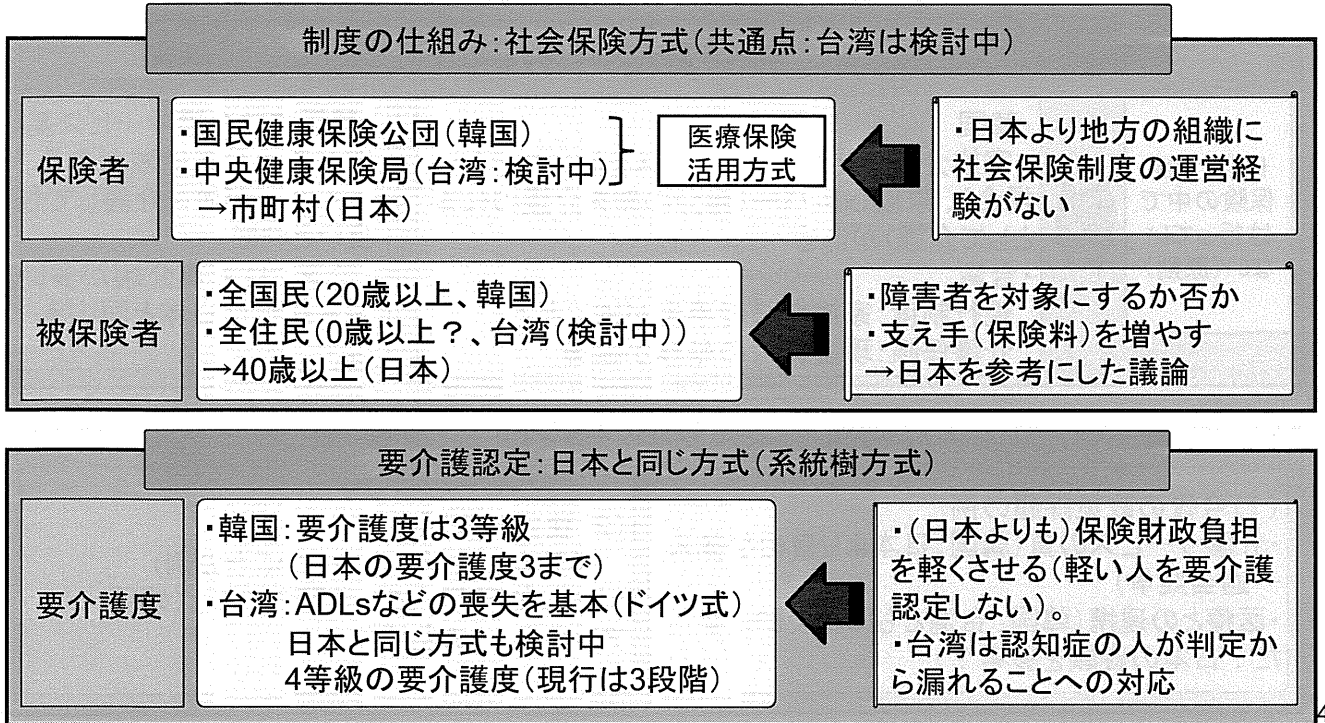


資料:OECD(2005), "Long-Term Care for Older People"を元に加筆等により作成。  
注:インフォーマルケアとフォーマルケア、公的介護制度の整備について、各国の大まかな関係を図示したもの。

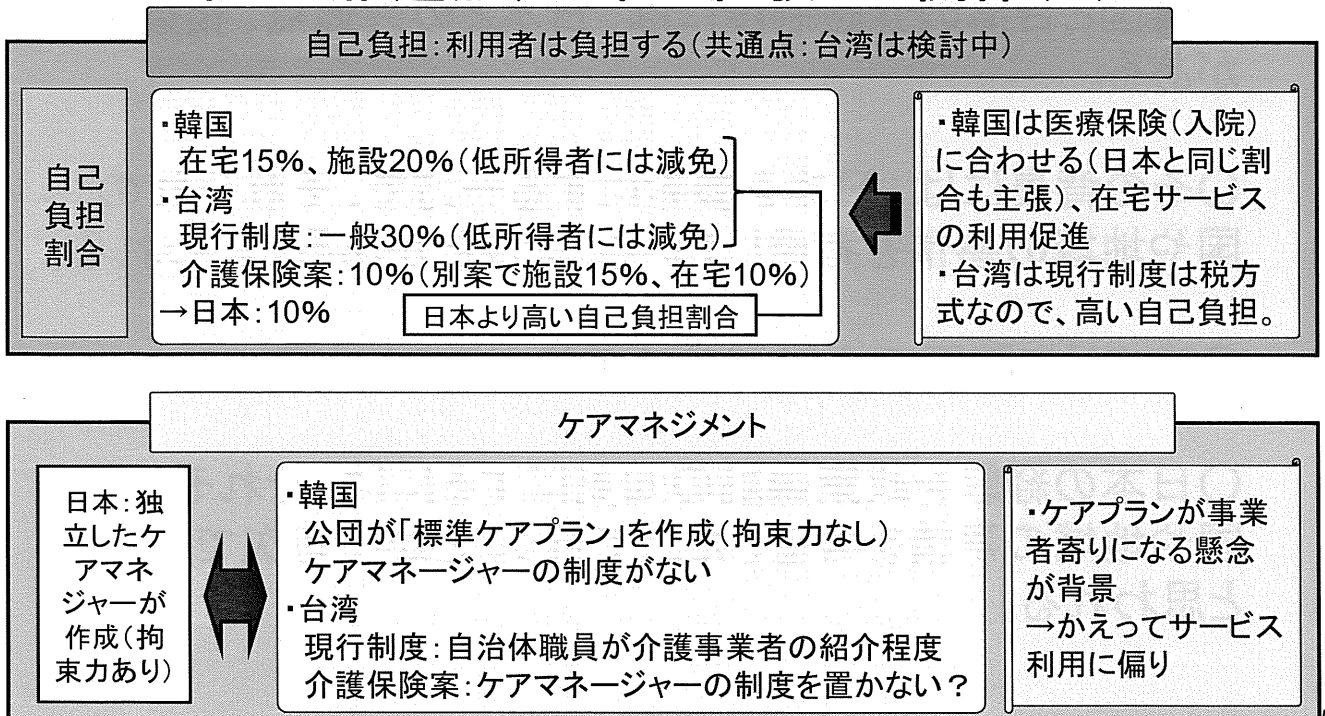
出所:OECD(2005), "Long-Term Care for Older People"を元に小島克久(国立社会保障・人口問題研究所)が加筆等により作成

3

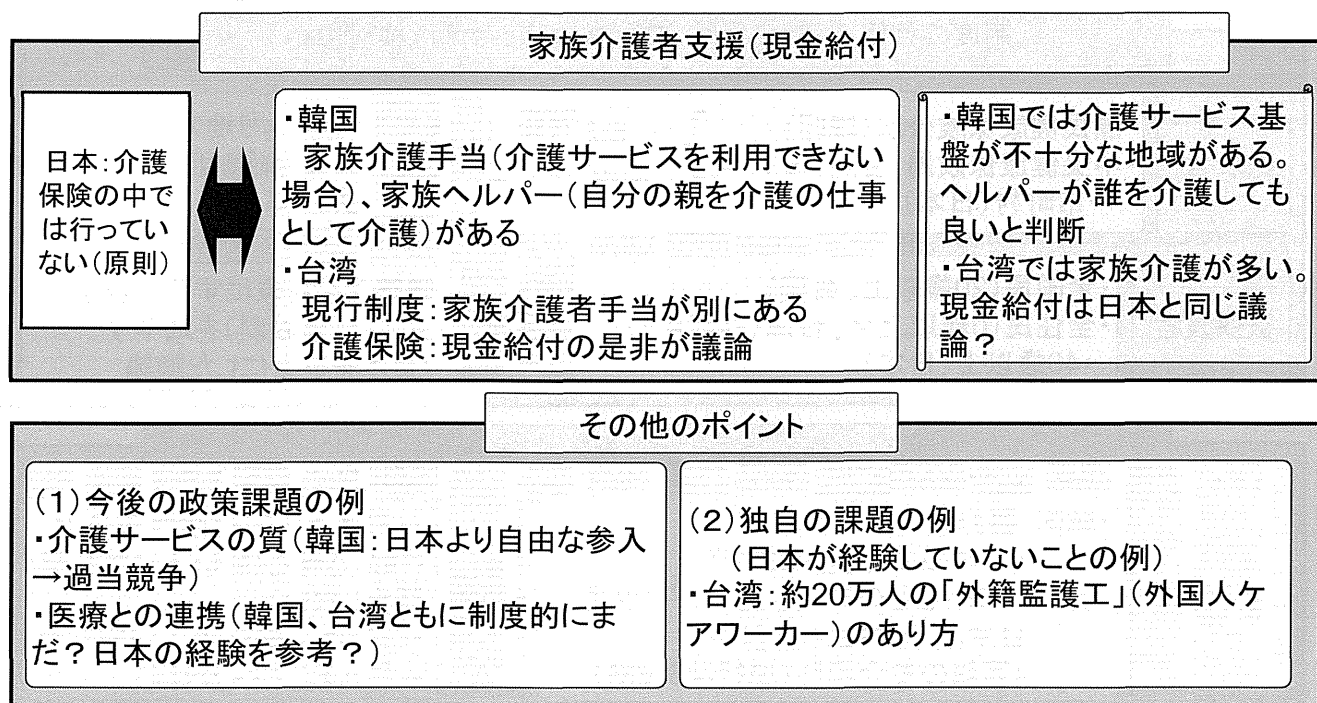
## 4. 韓国・台湾の介護制度の特徴 — 日本との相違点、日本の経験との関係(1) —



## 5. 韓国・台湾の介護制度の特徴 — 日本との相違点、日本の経験との関係(2) —



## 6. 韓国・台湾の介護制度の特徴 —日本との相違点、日本の経験との関係(3)



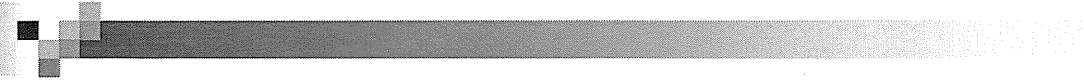
## 7. まとめ

○韓国と台湾の介護制度には、日本との共通点、相違点がある。

○その背景には、日本を参考にする一方で、それぞれの国や地域の事情を考慮していることなどがあると思われる。

○東アジア諸国の介護制度は多様なものになる?

○日本の経験を政策議論の知見にするには、それぞれの国や地域の事情を考慮した上で行うことが不可欠であると思われる。



ご清聴ありがとうございます  
谢谢你  
감사합니다

この報告は以下の研究事業の成果を活用した。

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」  
(H24-政策-一般-010)平成24～26年度(研究代表者:小島克久)

ご関心のある方は、どうぞ遠慮なく  
Please do not hesitate if you are interested in my research.

2013.11.16. 東アジア介護保障セミナー(於;岡山県立大学)

---

## 韓国の介護保障システムの現状と課題

---

東京福祉大学  
金 貞任 (KIM JUNG-NIM)

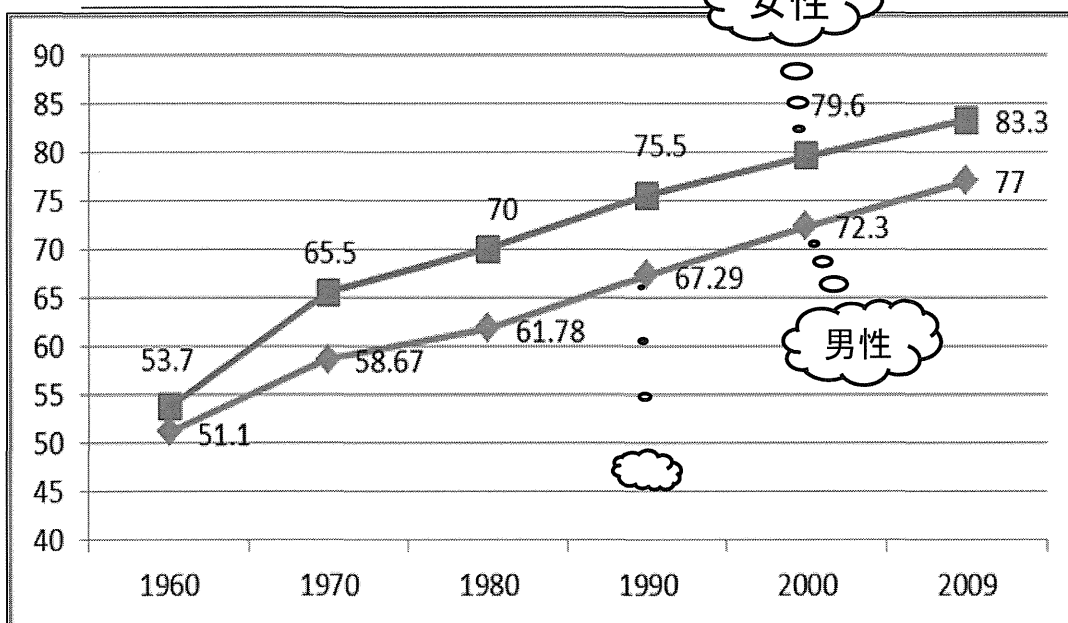
## 発表手順

---

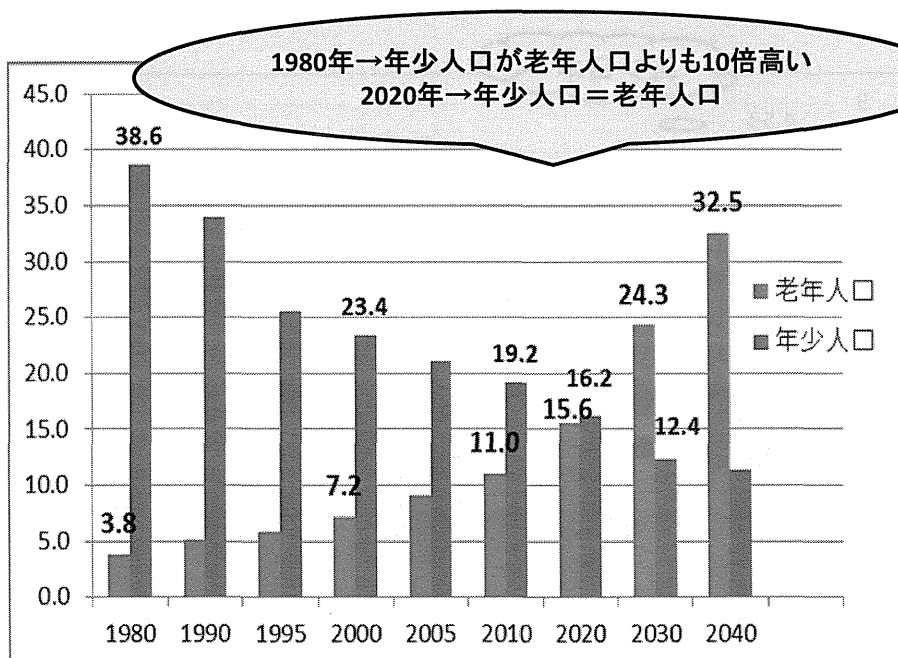
- I. 高齢化の状況
- II. 介護保障システムの仕組みと給付の種類
- III. 介護保障システムの実施状況
- IV. 介護保障システムの課題と展望
- V. まとめ



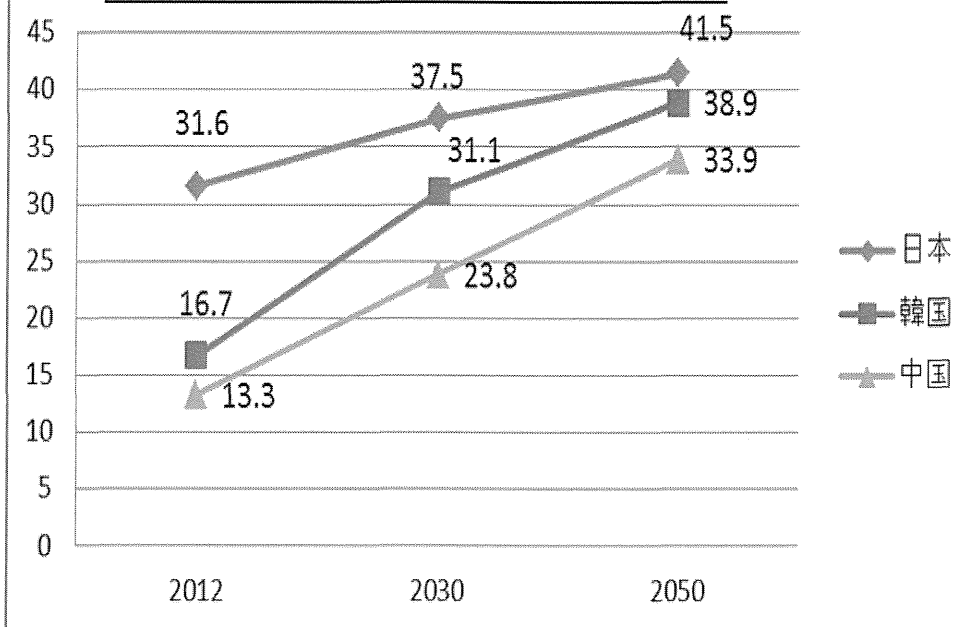
## 平均寿命の推移



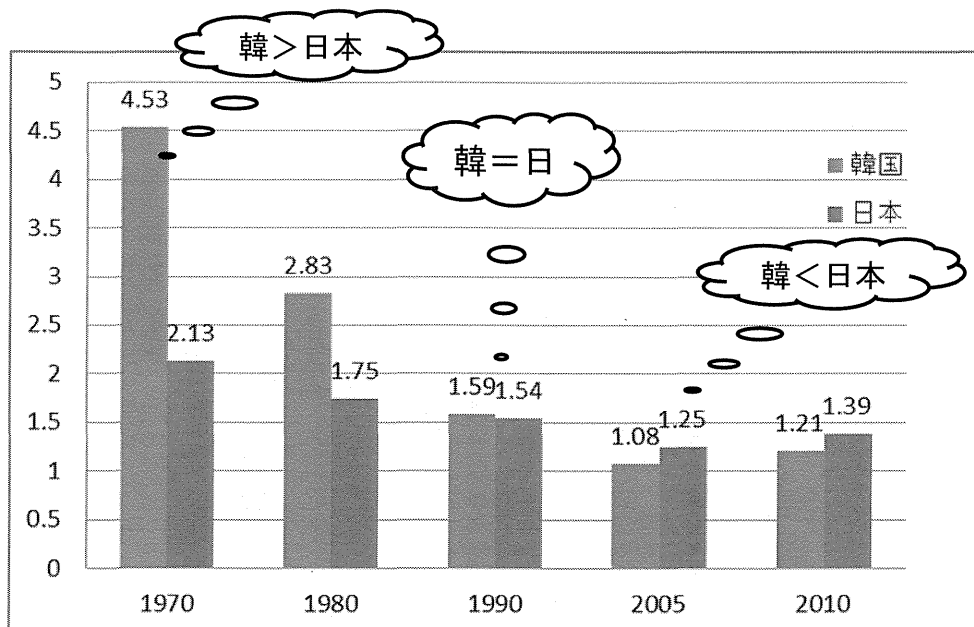
## 老年人口と年少人口の推移



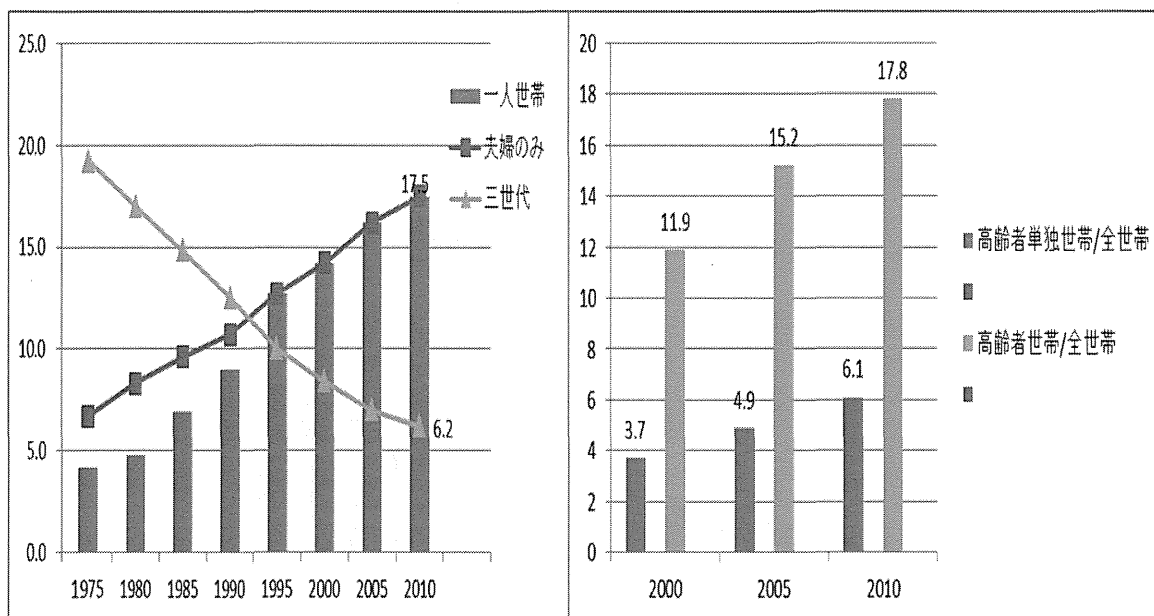
## 60歳以上人口の推移



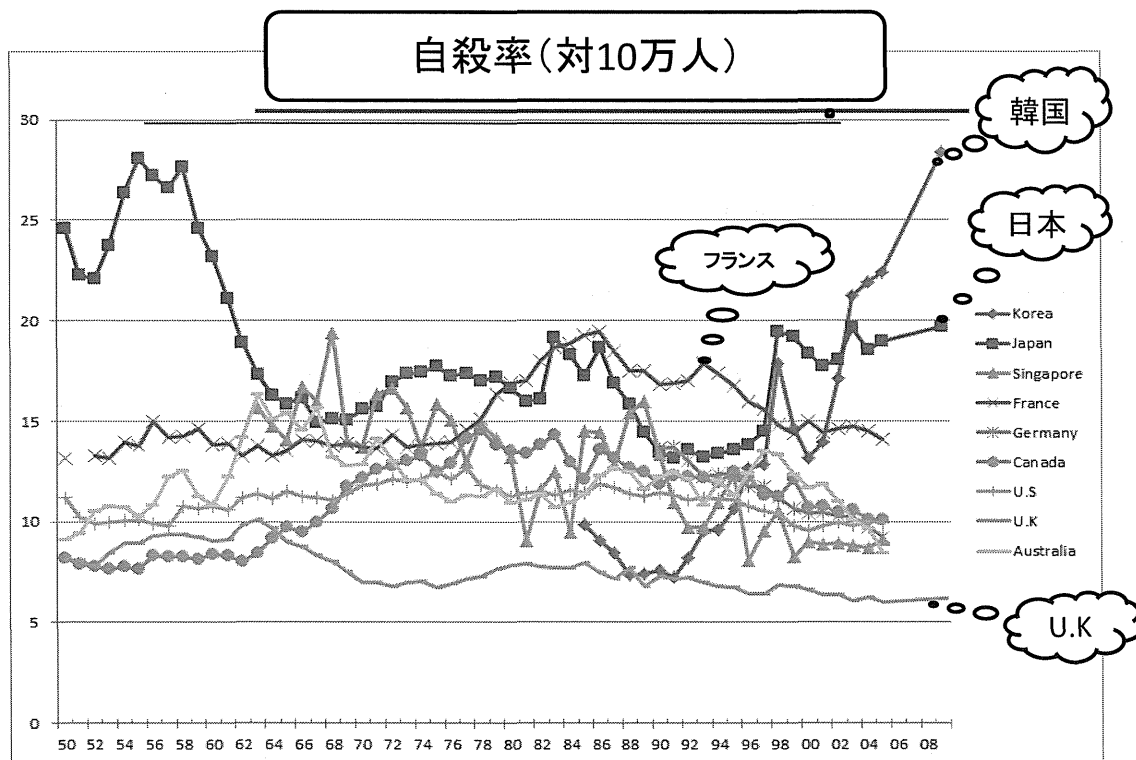
## 合計特殊出生率



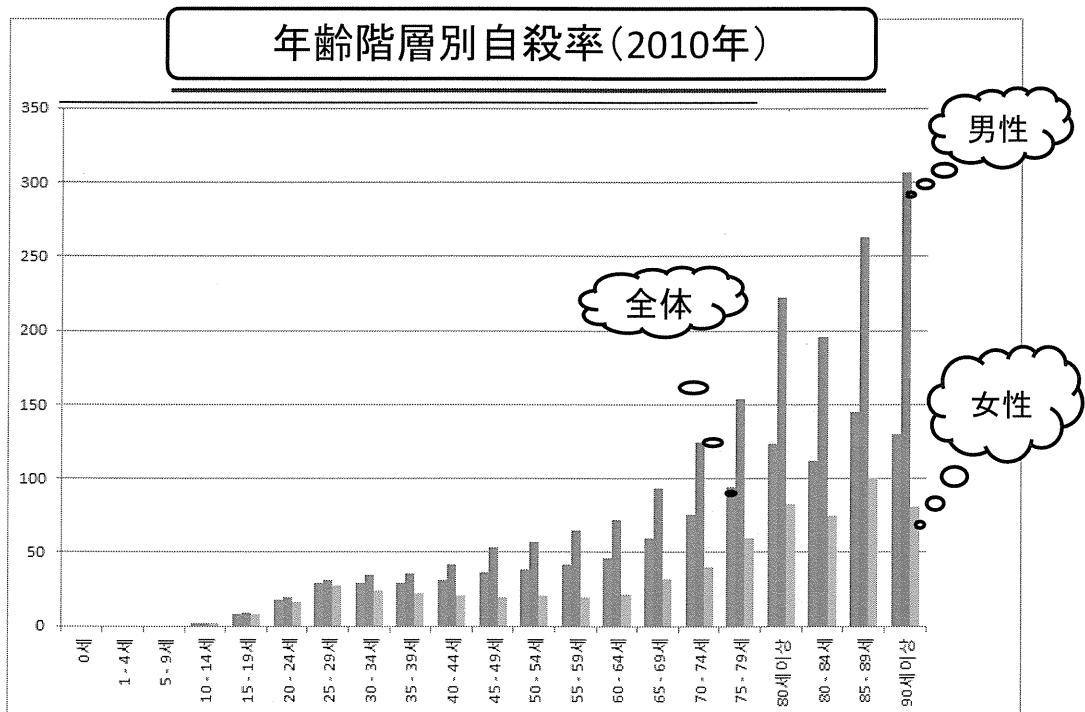
# 世帯構成の推移



1975年→三世帯世帯 > 夫婦のみ > 一人世帯  
 2010年→一人世帯 = 夫婦のみ世帯 > 三世帯世帯



1960年代 = 日本 > シンガポール > フランス  
 2008年 = 韓国 > 日本 > フランス



@年齢が高いほど自殺率が高く、特に70歳以上の高齢者の自殺率が非常に高い。性別では、男性が女性よりも約3倍以上高いが、男女ともに70歳以上になると高い

## 自殺の原因(2010年)

	全体	男性	女性
合計(人数)	4,945	3,254	1,513
身体的健康・病気	2,259	1,470	789
精神的健康	1,361	820	541
経済的問題	350	267	83
家庭問題	339	239	100

## 高齢者福祉水準：調査対象者：91カ国（単位：位）

	韓国	日本	中国
全体	67	10	35
所得保障(年金、貧困率、高齢者福祉、GDPを含む)	90	66	21
高齢者雇用と教育(労働市場参加、教育機会を含む)	19	40	66
社会的自立・自由(私的サポートの受領、身体的安全を含む)	35	24	19
健康状態(平均寿命、健康寿命、心理的幸福感を含む)	8	5	51

資料：HelpAge International, Global AgeWatch Index 2013

- @ 社会保障＝日本＞中国＞韓国
- @ 高齢者の雇用と教育＝中国＞日本＞韓国
- @ 社会的自立・自由＝中国＞日本＞韓国
- @ 健康状態＝日本＞韓国＞中国

## Ⅱ．介護保障システムの仕組みと給付の種類

---

# 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(ケアプランなし)

## 施設と在宅給付の種類

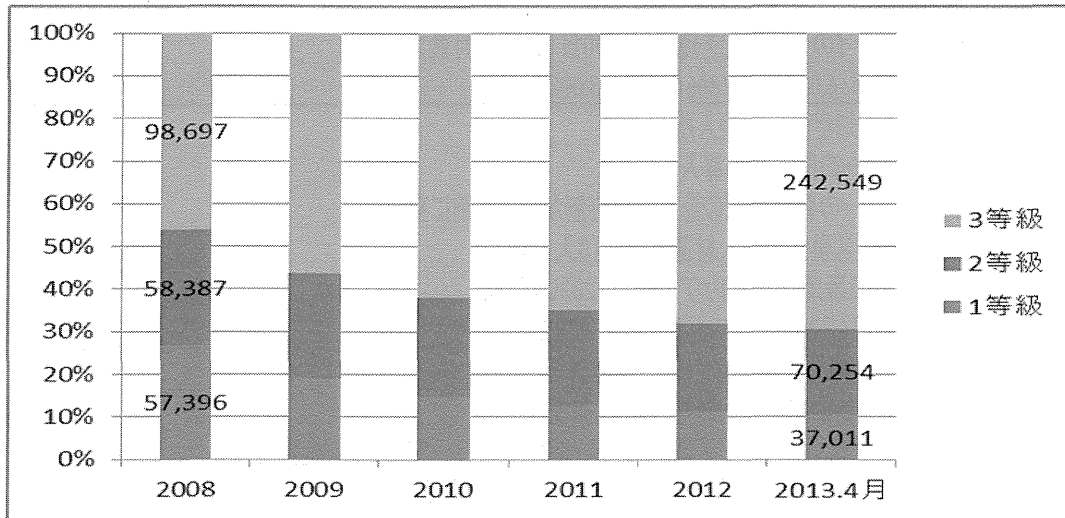
施設サービス	介護療養施設(老人療養、軽費療養、有料療養、老人専門療養、有料専門療養施設を統合) 老人療養共同生活家庭(グループホーム)
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴、デイサービス、ショートステイ、福祉用具の貸与・購入
<b>家族介護者への現金給付</b>	
特別現金給付	家族療養費: 山村、離島等の僻地の在宅サービスにアクセスが困難な者など: 月15万ウオン 特例療養費: 介護給付施設ではない老人施設などで施設・在宅サービスを相当期間受給した場合 療養病院付添費: 療養病院に入院した時の療養費用の一部
現金給付: 家族が	同居家族: 月36万~87万ウオン
ケアワーカー資格有	別居家族: 月56万~87万ウオン
資格取得支援	職業能力開発口座制により、ケアワーカーの資格取得に必要な費用の80%政府支援、20%自己負担

## 介護保険制度をめぐる政策動向

2009年	サービス給付の加減制を導入; 人材配置基準に違反は減額、追加は加算 低所得者のサービス自己負担額を半額 ショートステイの入所期間を短縮(1回90日180日→月最大15日) 介護保険率; 4.05%→4.78%(2700→3,090ウオン)
2010年	3等級の認知症のみ施設入所が可能 ケアワーカーの国家資格導入 ケアワーカーの育成機関の認可が申告制から指定制に変更 訪問サービス事業所の人材基準強化(3人→15人) 15人以上の事業所: 常勤ケアワーカー20%を確保 介護保険率4.78%→6.55%(3,090→4,439ウオン)
2011年	軽度認知症の要介護認定を緩和(等級外→3等級) 訪問介護と訪問看護の同時提供可能(60分以内) 家族介護資格者のサービス制限(90分→60分、30日→20日; 認知症除外) 家族資格者が仕事と介護を両立する場合、1日8時間、月20日未満(月160時間)まで現金給付
2012年	3等級の点数→55点から53点 介護保険の中長期5カ年計画→2017年まで要介護高齢者7%(対高齢者)
2013年7月	3等級の点数→53点から51点

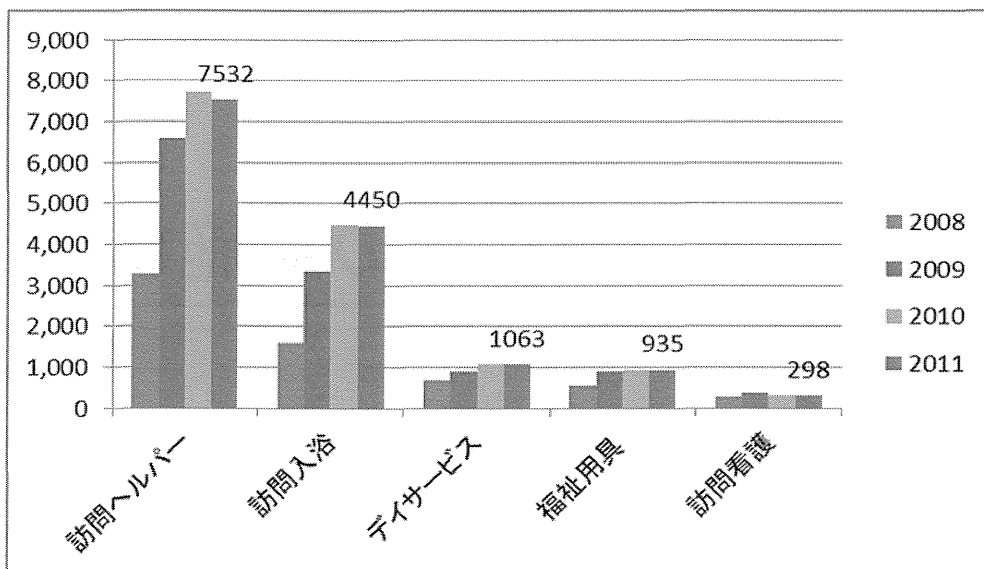
## Ⅲ. 介護サービスの実施状況

## 要介護認定者の推移



@要介護3(3等級)と要介護4が増加。要介護3>要介護4  
要介護5(1等級)は減少の傾向

## 介護サービス事業所の推移



@2013年8月：施設が4,587ヶ所、在宅が6,551ヶ所  
@事業所の順＝特養> 訪問介護> 訪問入浴> デイサービス  
@入所施設は増加傾向、在宅サービスは減少傾向



# 介護保険事業所の現状

@入所施設の定員：30人未満施設が全体の70.1%（3,218ヶ所）

@サービス事業所の経営状況：キョンキ道

事業所の閉鎖：2012年35ヶ所⇒2013年7月現在32ヶ所

原因①人材と施設基準の充足→申告→施設の経営が可能

②ケアワーカー確保の困難（定員30人未満の施設）

③介護の質が低い、公的施設を好む

④経営者の専門家としての意識の問題

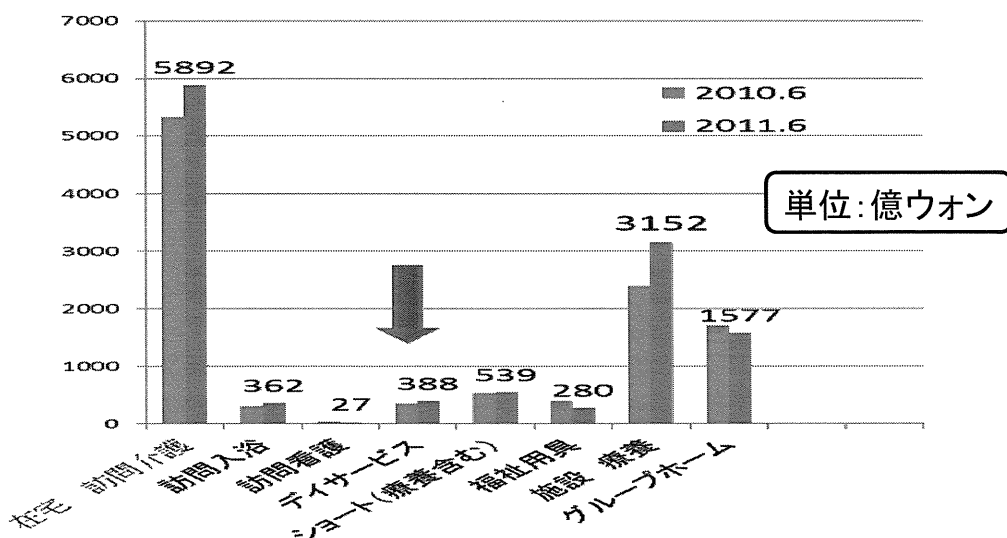
@介護保険施設の評価：2年ごとに実施、評価基準：5等級（A～E）

2012年評価：DとEの評価を受けた施設が事業所の30%以上

定員30人未満の施設が多数

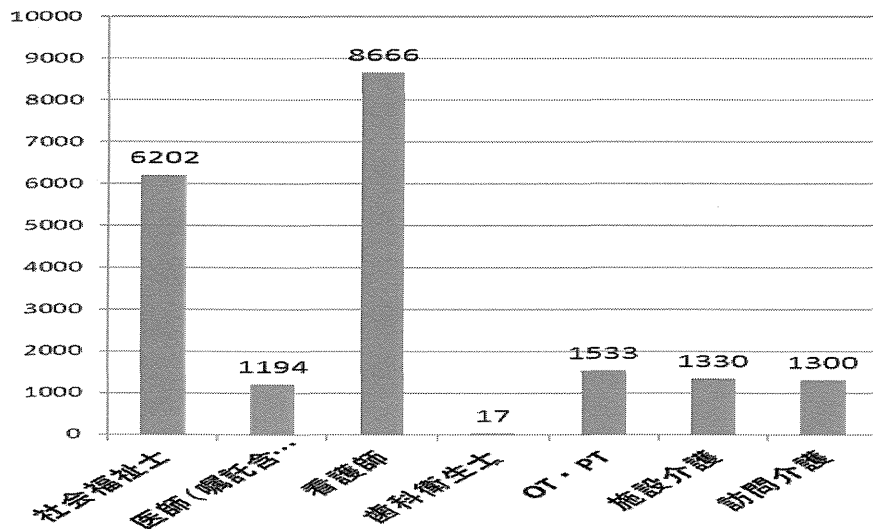
（韓国慢性疾患医療協会、2013.9）

## 介護事業所の介護給付費の推移



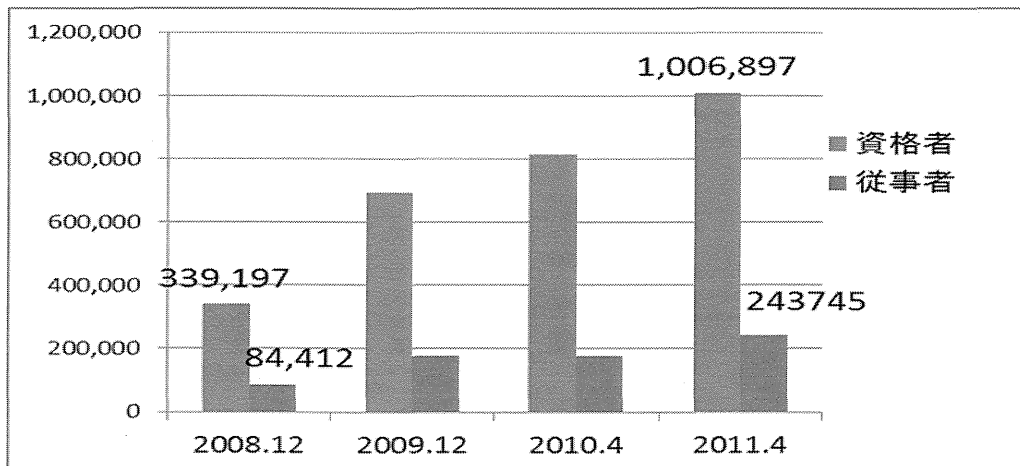
介護給付費＝訪問介護＞特養＞グループホーム。  
 韓国の特徴＝デイサービスの給付が低い、訪問介護給付費、訪問入浴給付費が高い  
 訪問ケアワーカーのうち、約49%が家族である

## 介護サービス従事者(2011年6月)



@看護師>社会福祉士>ケアワーカー>作業療法士・理学療法士(OT・PT)

## ケアワーカー資格所持者と従事者の推移



@ケアワーカー非従事者が約4倍>従事者  
 @老親が介護が必要になったときのため

介護従事者の給料と勤務形態		(単位:1万ウォン)			
	特養	グループホーム	訪問介護	訪問入浴	デイサービス
大都市	128	99	51	51	140
中小都市	130	113	58	60	101
農村	135	129	68	69	127
パート(%)	2.7	11.8	81.9	83.2	16.1
平均年齢: 52.6歳					
注: ソンミン、2012「長期療養保険制度の人力管理の方案:療養保護士を中心に」					

事業所＝特養＞デイサービス＞グループホーム＞訪問入浴・介護  
地域別＝農村＞中小都市＞大都市  
パート＝訪問入浴・介護＞デイサービス＞グループホーム＞特養

## IV. 介護保険制度の課題と展望

---

## 1. 介護保険財政の維持とサービス普及

- ・被保険者の介護ニーズに対応した介護サービス提供
- ・家族ケアワーカーの活性化
- ・低所得のサービス非利用者への配慮(国民年金の充実?)
- ・サービスが未整備地域への配慮(家族ケアワーカーと同じ給付?)

## 2. ケアマネジメントの機能の強化

- ・要介護高齢者のニーズに適切な多様なサービスの利用

## 3. 魅力ある介護労働環境の整備と専門職の養成

- ・賃金や福利厚生の改善
- ・質の高いサービスが提供できるように教育実施など

## 4. 事業所経営者の専門家として意識向上

@事業所許可基準の厳格化、教育実施など

## 5. 独居高齢者への対応と介護予防の活性化

@元気な高齢者ネットワークによる情緒的サポートの提供

## 6. 認知症高齢者の対応

@早期発見・診断などにより、安心して生活できる居場所づくり

## 7. 住み慣れた地域で住み続けるための対策

@家族介護者に対する対策

=仕事と介護の両立→会社復帰、所得保障

介護休暇→ショートステイ利用の制限(利用期間、自己負担)