

いので、今後の課題となるものと思われる。

(4) 高齢者の貧困

高齢者の貧困の比較研究は必ずしも十分でない。とりわけ単身高齢者が、いずれの国、地域においても増加しており、その中にはかなりの貧困者がいると思われるが、残念ながら、こういったデータの比較はほとんどなされていない。貧困についての研究は、すべての地域で、格差問題としてクローズアップされている。その一つの大きな要因は、産業構造の転換、農林水産業から製造業へ、製造業からサービス業への、転換であろう。そしてこれは都市化と密接に関連している。発展した国の大部分が、この大きな転換の渦に巻き込まれており、これも介護の社会化の要請を高める原因となっている。

4. 台湾における地域格差のとらえ方

最後に、本稿における主要な論点である地域格差について考える。最初に注意すべきであることは、台湾の総人口約 2,300 万人と、日本と比べて 4 分 1 程度であることなどの差異を踏まえて上で議論を進めることが必要である点である。ちなみに台湾の人口密度は 637 人/km² であり、日本全体のそれが 337 人/km² と、約 2 倍である。またもっとも人口密度の高い都市の台北は約 9,900 人/km² であり、これは東京都の 1.5 倍である。日本とくらべて平地の占める割合が大きい台湾は、日本と比べると地理的な意味での地域格差に与える要因は少ないと考えることができる。(行政区画別に見た人口密度などについては、表 1 参照)

都市化の度合いに関しては、和田[2013]などの研究によれば、日本とほぼ同じ程度であり、勧告と比べると都市集中の度合いは、やや低く日本と同じ程度である。

日本と大きく異なるのは、家族形態の地域別の差異である。日本では、すでに 2000 年頃から、いわゆる三世帯世帯がきわめてわずかになっているが、台湾では、台北市において三世帯世帯の割合は約 10% であるのに対して、たとえば南部地域では、15% 弱と比較的多数を占めている。

もちろん三世帯世帯の減少、単独世帯の増加は、日本、台湾、韓国など東アジアのあらゆる地域共通の減少であり、やや日本が先行しているのみで、地域ごとの差は、単に経済発展の差、ないし正確には産業構造の転換に度合いの違いのみで、ほぼ説明できる。

以上の点を踏まえると、やや暴論のそしりを免れないが、台湾における家族構成の変化は、今後少しの遅れをとめないながら、日本と同じように進展する可能性が高い。筆者らの調査によれば、現時点では地域によって、家族介護の存続可能性を強調する場所もないではないが、産業構造の転換が避けがたいとすれば、若年層の都市への流出にともなって、介護保険制度の導入による、介護の外部かはある程度は避けがたいものと思われる。

ただし次の 2 点には留意する必要がある。一つは外国人労働力の活用による家族介護の残存と、今ひとつは少数民族に対する対応である。前者に関しては、安里[2008]が参考にな

る。また後者の課題に関しては、以下の陳氏の講演が参考になる。

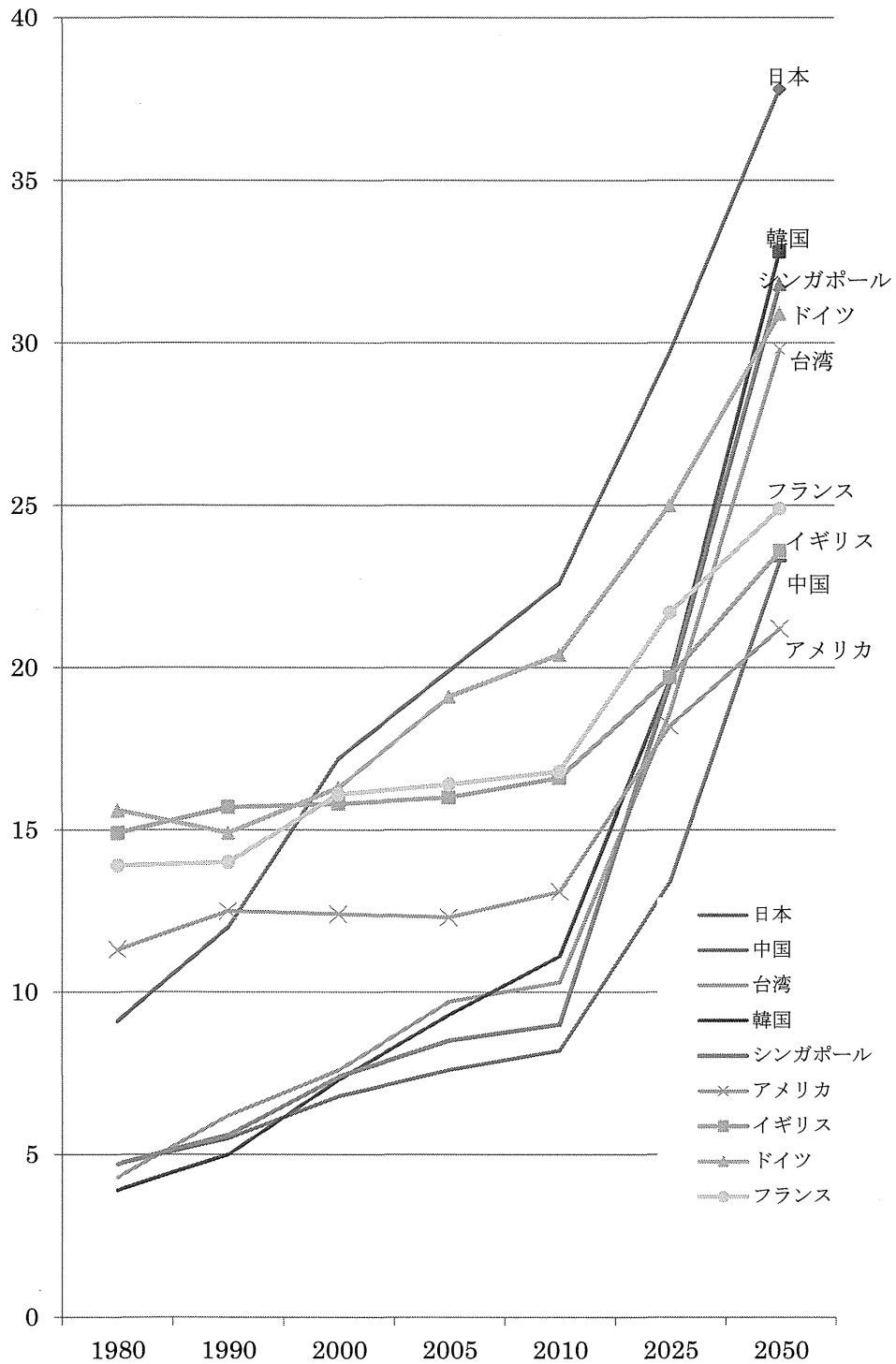
陳 亮恭 氏によれば、台湾での地域格差の典型例は、山岳民族での平均寿命が 10 年短いという点である。この原因は、高地という過酷な生活環境、長時間飲酒をし続ける生活習慣、そして医療過疎地であることが挙げられる。医療面での健康格差については、急性期医療についていえば格差はないとは言えないが、股関節、大腿骨上部骨折など長期療養が必要なケースでは、経済格差が 1~2 年後の死亡率に影響を与えることがわかっている。したがって、今後長期医療と介護予防の分野が、重点的対策を要する課題となるという。

参考文献

- 若林敬子[2006]「近年に見る東アジアの少子高齢化」『アジア研究』 Vol. 52, No.2, April, pp.95-112
- 大泉啓一郎[2006]「東アジアの高齢社会対策と日本の支援・協力の在り方—タイを事例に一」『環太平洋ビジネス情報 RIM』 Vol.6, No.22, pp.44-64.
- 大泉啓一郎[2007]『老いるアジア—繁栄の構図が変わるとき』（中公新書）
- 安里和晃[2008]「介護者としての外国人労働者と結婚移民—台湾における高齢者・障害者の家族介護の変容」『異文化コミュニケーション研究』第 20 号、pp.43-77.
- 新田目夏美[2006]「アジアの高齢化と日本の地域福祉」（特集 2:アジア社会の少子高齢化と社会保障）『アジア研究』52(2), 79-94.
- 上村泰裕「台湾における高齢者と生活保障」
- 小島克久、2003.「台湾の社会保障」広井良典・駒村康平編、『アジアの社会保障』東京大学出版会。
- 和田清美 2013 「東アジアの都市化と地域発展に関する予備的考察—勧告、台湾を中心に—」『都市政策研究』第 7 号
- 東京大学社会科学研究所、東アジア雇用保障資料データ集
<http://web.iss.u-tokyo.ac.jp/gov/asia-data.html>
- Asian Aging Summit 2012 シンポジウム I パネルディスカッション
- Chun-Hung A. Lin, Suchandra Lahiri, Ching, and Po Hsu, [2013] *Population Aging and Regional Income Inequality in Taiwan: A Spatial Dimension*
- Wang Feng [2011] "The End of 'Growth with Equity'? Economic Growth and Income Inequality in East Asia," Analysis from the East-West Center No. 101.
- Tu-Bin Chu¹, Tsai-Ching Liu, Chin-Shyan Chen, Yi-Wen Tsai, and Wen-Ta Chiu [2005] "Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality," *BMC Health Services Research* 2005, 5:60 doi:10.1186/1472-6963-5-60

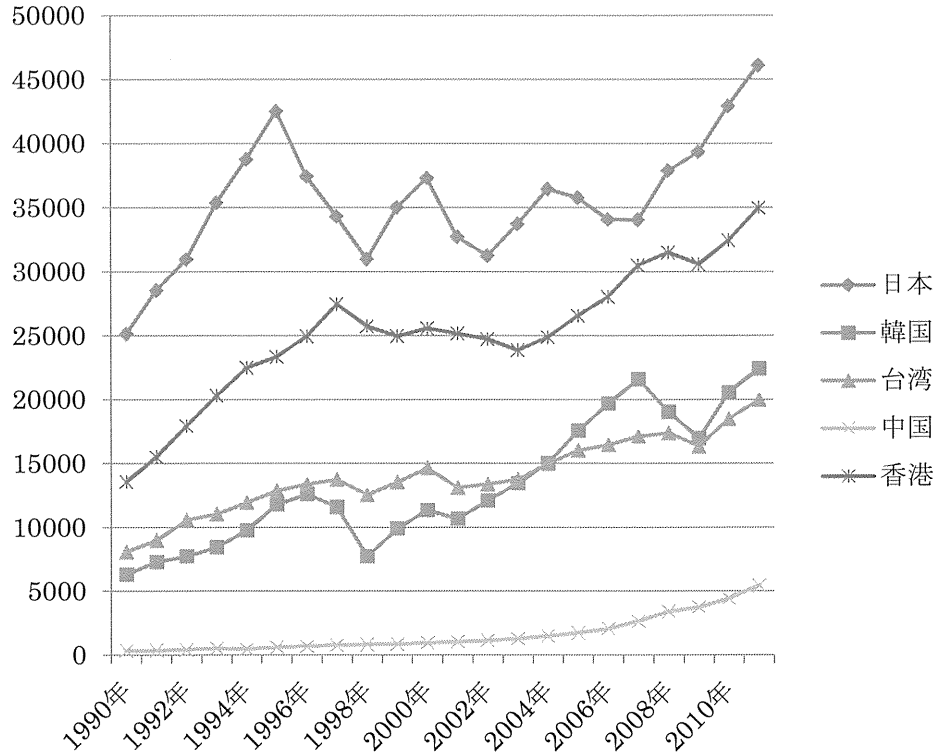
【図表編】

図1 アジアおよび主要国の高齢化の推移



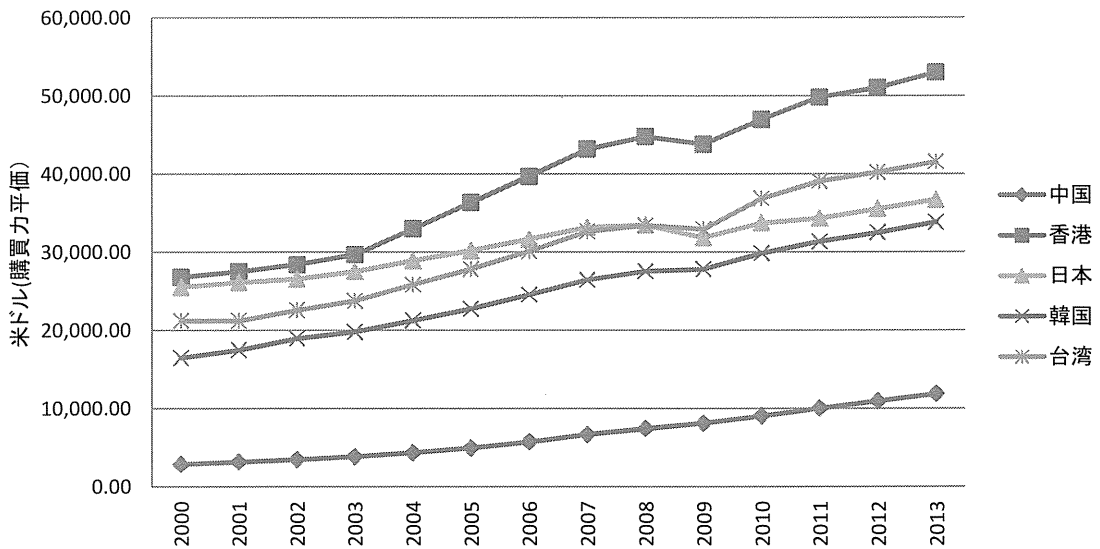
出所：内閣府「高齢社会白書」、国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」、台湾内政部資料などから作成。

図2 ドル換算で見た一人あたりGDP



出所：International Monetary Fund, World Economic Outlook,2015.

図3 一人当たり購買力平価換算のGDPの推移(2000～2011年)



出所：International Monetary Fund, World Economic Outlook,2015.

表1 行政区画別に見た人口・面積。人口密度など

行政区	分類	面積(km ²)	人口 (2015年1月)	人口密度	政府所在地
台北市	直轄市	271.7997	2,704,133	9,948.99	信義区
新北市	直轄市	2,052.57	3,967,571	1,932.98	板橋区
桃園市	直轄市	1,220.95	2,061,501	1,688.43	桃園区
台中市	直轄市	2,214.90	2,721,709	1,228.82	西屯区
台南市	直轄市	2,191.65	1,884,641	859.92	安平区
					新營区
高雄市	直轄市	2,947.62	2,779,355	942.92	鳳山区
					苓雅区
基隆市	市	132.7589	373,011	2,809.69	中正区
新竹市	市	104.1526	432,259	4,150.25	北区
嘉義市	市	60.0256	270,925	4,513.49	東区
新竹県	県	1,427.54	537,907	376.81	竹北市
苗栗県	県	1,820.31	567,092	311.54	苗栗市
彰化県	県	1,074.40	1,291,312	1,201.90	彰化市
南投県	県	4,106.44	513,970	125.16	南投市
雲林県	県	1,290.83	704,784	545.99	斗六市
嘉義県	県	1,903.64	524,276	275.41	太保市
屏東県	県	2,775.60	847,155	305.22	屏東市
宜蘭県	県	2,143.63	458,691	213.98	宜蘭市
花蓮県	県	4,628.57	333,240	72	花蓮市
台東県	県	3,515.25	224,218	63.78	台東市
澎湖県	県	126.8641	101,803	802.46	馬公市
金門県	県	151.656	128,187	845.25	金城鎮
連江県	県	28.8	12,538	435.35	南竿郷

資料：台湾内政部 戸役政資訊為民服務公用資料庫「行政区人口」

2. 韓国・台湾における介護制度の現状と課題－日本の経験との比較－

<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

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 26 年度報告書

韓国・台湾における介護制度の現状と課題

－日本の経験との比較－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、東アジアの国や地域でも急速に進んでいる。特に、わが国とともに経済協力開発機構に加盟する韓国やその経済力が経済協力開発機構の加盟国と同等の水準にある台湾では、高齢化のスピードがわが国よりも速い。加えて、少子化、高齢者だけで暮らす世帯の増加、女性の就業率の上昇などの変化により、高齢者の介護を家族だけで行うことが難しくなりつつある。そのため、韓国政府や台湾当局は、高齢化への政策対応を求められている。医療では、韓国、台湾ともに皆保険を達成しており、年金でも制度こそ分立しているものの、韓国、台湾ともに皆年金を一応確立させている。高齢者介護では、韓国では 2008 年に「老人長期療養保険」（介護保険）を実施し、台湾では同じ年に「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を実施している。さらに台湾では、2016 年の法制化を目指し、介護保険を検討中である。

韓国や台湾では、それぞれの介護制度を検討、実施するにあたって、欧米諸国の他、わが国の介護保険も参考にしている。そのため、韓国の介護保険制度は、わが国と共通する内容がある一方で、そうでない内容もある。台湾についても同様の側面が見られる。共通点はわが国の経験を評価し、導入したといえることができる。一方で相違点がある場合、自国や地域の高齢者福祉制度の現状を優先したか、他の国を参考にした、わが国の制度は参考にならないと評価したことが考えられる。

いずれにせよ、韓国や台湾の介護制度の構築や実施にわが国の経験が何らかの形で影響を与えたことが考えられる。特に、わが国の制度を参考にしなかった場合、その事情、もたらされる結果が、わが国の介護制度にとって何らかの示唆を与える可能性もある。そして、わが国が実施していない施策については、今後の介護政策の議論の参考になる可能性もある。

このような問題意識のもと、本稿では韓国と台湾の介護制度の特徴をわが国との介護保

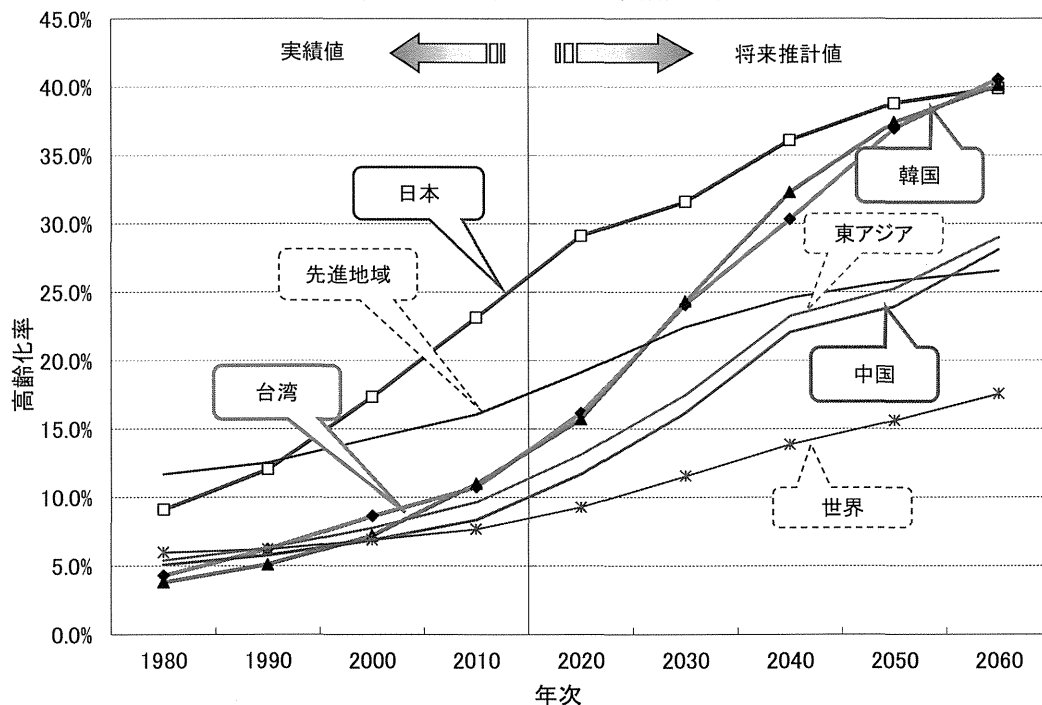
¹ 本論文は、標記研究事業で行った各種の研究活動をもとに、「第 10 回社会保障国際論壇」（2014 年 9 月・北京）での報告をもとに論文としてまとめたものである。この研究の実施に当たっては、研究分担者、研究協力者の他、さまざまな方からご助言、ご協力をいただいた。みなさま方には、この場を借りてお礼を申し上げます。

険との比較でまとめ、特にわが国との相違点に着目して、その背景についてまとめる。

1. 韓国・台湾の高齢化の現状と見通し

韓国と台湾で高齢者介護制度の整備が重要となっている背景として、急速な高齢化がある。韓国と台湾の高齢化がどの程度急速なのかについて、見てみよう。韓国と台湾の高齢化率は、2010年でそれぞれ11.0%、10.7%と同じくらいの水準である。同じ年のわが国の高齢化率が23.1%であるので、韓国と台湾の高齢化の程度はわが国の半分を下回るくらいである。ところが、その後、急速に高齢化率は上昇し、2030年には韓国は24.3%、台湾も24.1%とほぼ人口の4人に1人が高齢者の社会になる。そして2060年には韓国の高齢化率は40.1%、台湾のそれも40.6%になる見通しである。2060年のわが国の高齢化率が39.9%と見通されているので、2010年から2060年までに50年間にわが国に追いつく形で急速に高齢化が進む見通しである。このスピードは、世界や先進地域（わが国の他、北米や欧州など）はもとより、東アジア地域、中国と比べても速い。このことは、韓国や台湾では医療・年金・介護などの高齢化対策の迅速な充実が求められることを意味する（図1）。

図1 東アジア地域における高齢化率の推移



資料：韓国は韓国統計庁「将来人口推計2010-2060」、台湾は国家発展委員会「中華民国人口推計(103年至150年)」(2014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、中国は、U.N. "World Population Prospects: The 2012 Revision"による。

2. 韓国・台湾の介護制度

(1) 韓国と台湾の介護制度

韓国では 2008 年から社会保険方式の「老人長期療養保険」(介護保険)が実施されている。その経緯をまとめると、2001 年 8 月 15 日の光復説における金大中大統領(当時)の記念演説で、介護保険制度創設の発表があった。その後、介護保険制度の創設に向けて検討が開始された。韓国政府は 2005 年 5 月に介護保険制度基本案を策定し、2006 年 2 月には、「老人長期療養保険法」の原案となる「老人スバル保険法案」が閣議決定され、韓国の国会に提出された。その後、14 か月を経た 2007 年 4 月に法案が成立し、2008 年 7 月から制度が実施された。

台湾では同じ 2008 年に「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を実施している。税方式であるが、要介護認定を経て介護サービスを利用する、自己負担などあるなど、わが国の介護保険と似た仕組みがある。この計画は、第 1 期計画(2008 年から 2011 年)を経て、第二期計画(2012 年から 2015 年)の段階に入っている。現在、介護サービス提供体制の整備を進めようとしている。これと平行して、2016 年の法制化を目指し「介護保険法」が検討中である。

韓国と台湾の介護制度がどのようになっているかをわが国との比較を交えて以下で見よう。特に台湾は、現在の制度と検討中の介護保険法を合わせて見てみる。

(2)韓国「老人長期療養保険」の概要

まず韓国の介護制度は、社会保険方式の「老人長期療養保険」である。被保険者は国民健康保険公団という医療保険(国民健康保険)の保険者である。わが国の介護保険が市町村を保険者とした地域保険であるので、この点がわが国と異なる。保険に加入する被保険者は、医療保険の加入者であり、全国民が被保険者となる。この点もわが国(40 歳以上)と異なっている。財源は保険料、公費(介護費用の見込額の 20%相当)である。保険料は国民健康保険料の一定割合(6.55%)である。

介護サービスの利用にあたっては、要介護認定を受ける必要がある。要介護認定の方法は、わが国のものとほとんど同じであるが、要介護度は重い順に 1 等級から 4 等級、認知症特別等級である。4 等級と認知症特別等級は、2014 年 7 月から実施されている等級である²。最も軽い方の 4 等級は、わが国の要介護 2 に相当し、要介護 1 や要支援 1,2 に相当する者は「認知症特別等級」に認定されない限り、「等級外」(要介護でない)となる。

介護サービスは、保険者作成の「標準ケアプラン」を参考にして利用されるが、わが国と同様に、施設サービス、在宅(通所)サービスがある他、福祉用具の利用もある(住宅改修は含まれない)。なお、韓国のデイサービスで入浴サービスが行われていないなど、サービス内容はわが国と異なることがある。介護サービスの利用に際して 15%(在宅)、20%

² 「系統樹方式」であり、高齢者の身体状態等を複雑なロジックで組み合わせて要介護度を判定する方式。韓国はわが国のものをほぼそのまま導入しているが、介護時間を「点」単位で表し、要介護度を決めている。4 等級(51 点以上 60 点未満)はかつての 3 等級(51 点以上 75 点未満)を分割して設けられた等級である。認知症特別等級(45 点以上 50 点までの認知症高齢者)は、パク＝クネ大統領の国政公約(認知症対策の推進)を背景に設けられたものである。

の自己負担を支払う。

表1 韓国・台湾の介護制度(わが国との比較)

項目	韓国	台湾		(参考)日本	
		現行	介護保険(検討中)		
制度名	老人長期療養保険(介護保険)	長期照顧十年計画	長期照護保険(介護保険)	介護保険	
仕組み(制度運営者)	社会保険方式 国民健康保険公団 (医療保険の保険者)	税方式 ----- 県市政府(地方政府)	社会保険方式 中央健康保険署 (医療保険の保険者)	社会保険方式 市町村(地方政府・地域保険)	
対象者	全国民(医療保険加入者) ※給付は主に高齢者	65歳以上の者 55歳以上の原住民族 50歳以上の障害者	全住民(医療保険加入者) ※障害者も給付対象	65歳以上の者 40～64歳の者 ※給付は主に高齢者	
提供するサービス	介護サービス(在宅で利用、施設に入所)、その他	介護サービス(在宅で利用、施設に入所)、その他	介護サービス(在宅で利用、施設に入所)、その他	介護サービス(在宅で利用、施設に入所)、その他	
介護(保険)制度	利用の条件(要介護の等級)	要介護認定(等級判定)を受けること(日本の方式をベース) ----- 1等級～4等級、認知症特別等級(重い順、4等級と認知症特別等級は2014年7月から)	要介護認定を受けること(ADLs等の喪失が基準) ----- 重度、中度、軽度	要介護認定を受けること(日本、韓国の方式を参考) ----- 4段階が予定	要介護認定を受けること ----- 要支援1,2 要介護1～5(軽い順)
	家族介護者支援(経済面)	家族療養保護士(家族が正式なヘルパー) 介護手当	老人介護特別手当(別制度)	介護手当(検討中)	
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	
保険料	医療保険料の一定割合(6.55%)	—	医療保険料の一定割合	所得階層別に決定(高齢者) 医療保険料の一定割合(40～64歳)	
自己負担	在宅15%、施設20% (低所得者は0%または半分)	30%(低所得者は0%、10%)	15%	10%	
実施年	2008年	2008年	2016年(法制化目標)	2000年	
介護サービス	介護サービスの状況	民営(営利)事業者が多く算入 競争過多、質の確保が課題	公営・非営利事業者が担っている サービス提供体制に地域差	民営事業者の算入を認めるか否かが議論	地方自治体、社会福祉法人、株式会社など多様な事業者
	医療制度との連携	ほとんどなし	ほとんどなし	全民健康保険から移る給付が予定	介護保険適用の病床 医療との連携
	外国人介護労働者	あまりいない?(中国の朝鮮族?)	約20万人(東南アジアから)	台湾の人材に代替 しかし、ある程度受け入れる	二国間協定で一定数受け入れ、今後の方向は?

出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団、台湾衛生福利部資料などから筆者作成。

家族介護者支援として、「家族療養保護士」(家族ヘルパー)が訪問介護の中で認められている。これは介護ヘルパーの資格を持った家族が自分の親や配偶者などの家族をヘルパーとして介護するものである。原則として、1日60分、月20日間まで認められている。介護報酬は雇用されている介護事業所から支払われる。この他に、山間部や離島などで居住している地域に介護事業所がない場合、要介護者の暴力などで介護事業者が介護サービスを提供できない場合に、介護を行っている家族に月15万ウォンを支給する家族介護手当がある。ただし、これはあくまでも、介護サービスが利用できない場合の例外的な仕組み

である（表 1）。

(3)台湾「我國長期照顧十年計畫」と「長期照護保險」(案)の概要

次に台湾の現在の介護制度である、「我國長期照顧十年計畫」による介護制度について見てみよう。この計画は、台湾の高齢者などの要介護者を対象とした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。わが国と異なり、高齢者以外の障害者を一部対象にしている。税財源で運営される制度なので、制度の運営者は、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））である。

要介護認定などの手続きは、居住する地域の直轄市・県市政府に対して行う。要介護認定はわが国と異なり、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る。「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。種類が 3 つに分かれるが前の 2 つはわが国で言う在宅系のサービスである。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。

これらの介護サービス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 640 円）³が補助される。しかし、全額が補助されるのは低所得者（生活保護に相当する者）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。

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ことがわが国と異なる。この制度は、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 8000 円）の特別介護手当（中低収入老人特別照顧津貼）を支給するものである。手当には支給要件があり、介護される高齢者が「重度」の要介護であること、「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（表 1）。

そして台湾で現在検討が進められている「長期照護保險」の案は以下のとおりである。

保険者は、「中央健康保険署」という衛生福利部の組織である。これは台湾の医療保険（全

³ 1 台湾元=3.55 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

民健康保険)の保険者でもあり、この点はわが国と異なる。被保険者は全住民であり、この点もわが国と(40歳以上)と異なる。保険料は「全民健康保険」の保険料の一定割合となる予定である。保険料は被保険者本人の他、雇用主や当局も負担する。当局は介護費用の少なくとも36%を負担することになっている。こうしたルールは全民健康保険のルールと同じ内容が予定されている。

要介護認定は現行のADLs喪失度ではなく、わが国の要介護認定の方法を参考に認知症の調査項目を充実させた方法になる予定である。現行制度では、認知症の人が判定から漏れるという問題があったためである。なお、要介護度は4段階が予定されており、わが国よりも少ない。

保険給付は、現物給付(介護サービス)と現金給付(介護手当)が考えられており、現金給付が含まれるところがわが国と異なる。前者は、在宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケアのほかに、福祉用具・住宅改修、配食サービス、見守りサービスなどが含まれている。後者として家族介護手当を支給することが検討されている。しかし、厳格な支給条件があり、家族が提供する介護は生活支援などに限る、家族介護者自身が同意の上で介護していること、当局による確認(条件を守って介護を行っているなど)を受けることなどある。現金給付は現物給付を補足する性格のものとされているが、家族(女性)を介護に縛りつけるなどの立場から、現金給付には反対論がある。介護サービス利用の自己負担割合はサービスの種類に関係なく原則15%(上限あり)とすることになっている。わが国よりも高いが、現在の台湾の介護制度の自己負担(30%)よりは低い。

ケアマネジメントについて、日本式のケアマネージャーの制度は作らない方向にある。日本式の制度では、介護サービス利用が特定の介護事業者に偏るのでは、という懸念があったことが背景にある。「長期介護保険法」は、2016年の法制化を目指して検討が進められている(表1)。

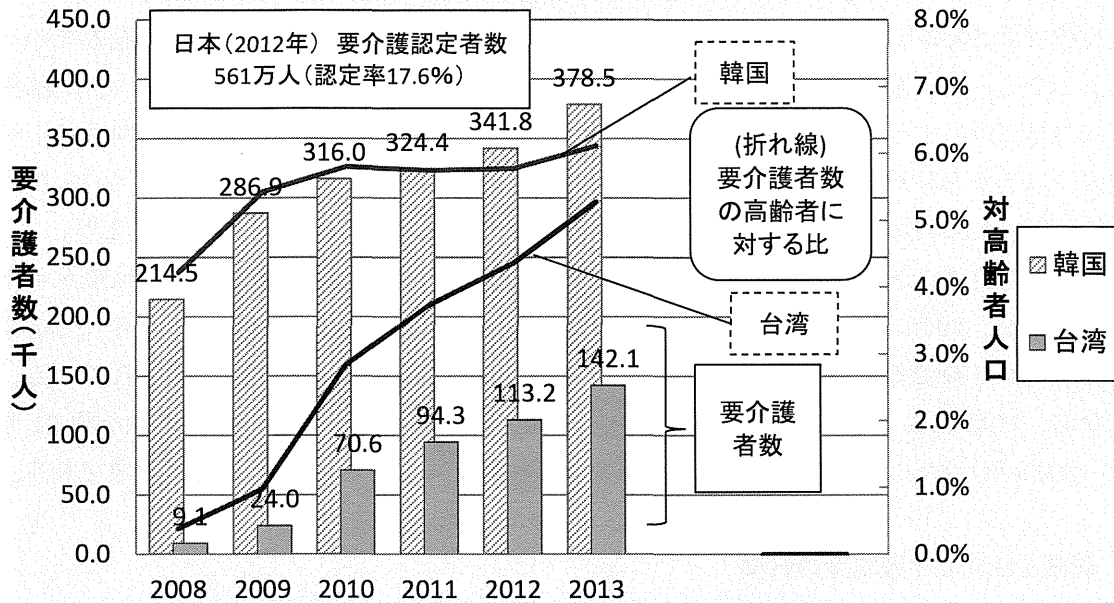
(4)介護サービス等の状況

わが国では、介護保険を実施した2000年度の要介護認定者は約256万人であったが、2012年度には約561万人(高齢者の17.6%の認定率)に達している。また、在宅サービスを中心に介護サービスの提供・利用が多くなってきたところである。韓国と台湾の公的な高齢者介護制度の利用状況を見ると、以下のとおりである。

まず韓国では「老人長期療養保険」が2008年に実施されたが、2008年の要介護者数は約21.45万人であり、高齢者の4.2%であった。その後要介護認定者数は増加し、2013年には約37.85万人、高齢者の6.1%に相当する人数に達している。介護サービスの利用者数は、2008年には在宅、施設合わせて約15.4万人であったが、在宅、施設ともに利用者が増加し、2013年には約43万人に達している。韓国では、「老人長期療養保険」実施により、民営事業者が多く介護サービスに参入するようになっている⁴。

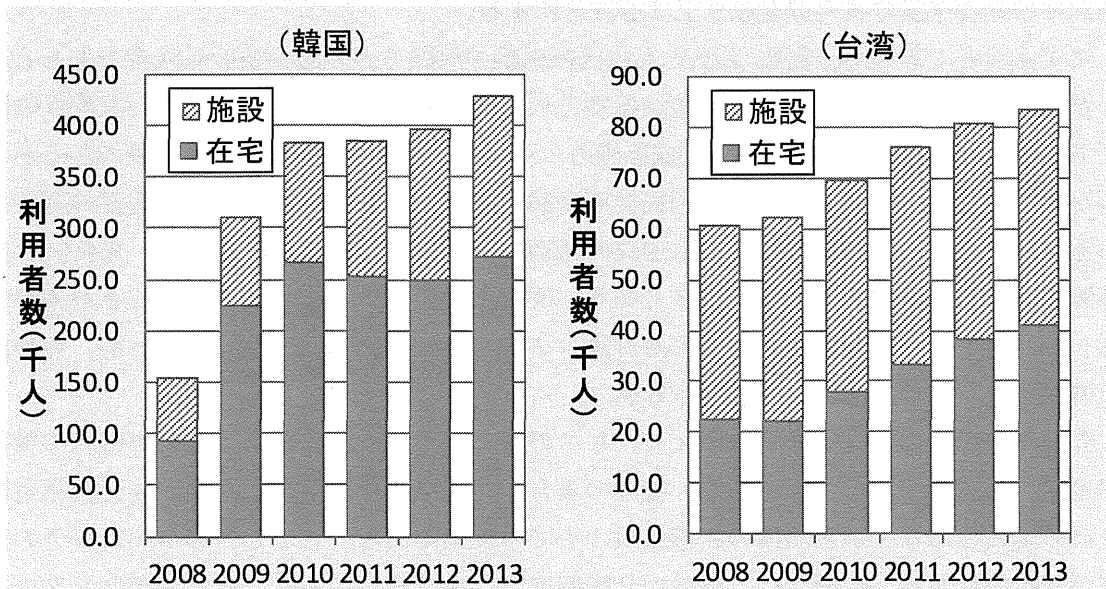
⁴ 韓国の介護事業所数は、2008年で在宅が6,618カ所、施設が1,700カ所であったが、2013年には在宅

図2 韓国と台湾の要介護認定者数の推移



出所：韓国保健福祉部、国民健康保険公団、台湾衛生福利部資料などから筆者作成。

図3 介護サービス利用者数(在宅サービスと施設入所者)



日本(2012年) 在宅サービス利用者数 約338万人 施設入所者数 約87万人

出所：韓国保健福祉部、国民健康保険公団、台湾衛生福利部資料などから筆者作成。

が 11,056 ヲ所、施設が 4,608 ヲ所の増加している。年平均増加率では、在宅が 10.8%、施設が 22.1% となっている。

その一方で医療との連携が十分でないため、介護施設と老人療養病院（医療機関）の競争、老人療養病院（医療機関）同士の競争という問題が生じている（表 1、図 2,3）。

台湾では 2008 年の要介護認定者数は約 9 千人であり、高齢者の 0.4%にしか過ぎなかった。しかし、要介護認定者は急速に増加し、2013 年では要介護者数は 14.21 万人、高齢者の 5.3%に相当する人数にまで増加した。介護サービスの利用者数は、「我國長期照顧十年計畫」以前から利用している者がいるため、2008 年には約 6 万人であったが、2013 年には約 8.3 万人に増加している。特に在宅サービスの利用が伸びている（表 1、図 2,3）。

韓国と台湾の介護費用を見ると、韓国では 2008 年には 4268 億ウォンが介護保険から支出されたが、2012 年には 2 兆 7177 億ウォンまで増加している。台湾は 2008 年で 25.33 億台湾元が一般会計予算から支出された。2012 年には 28.69 億台湾元が支出されている。

なお、台湾には「外籍看護工」と呼ばれる家庭で雇用される外国人介護労働者が約 21 万人（2013 年）存在する。ほとんどが女性でベトナム、インドネシアが主な出身国である。

3. 韓国と台湾の介護制度の特徴

(1) 介護制度におけるわが国との相違点とその背景・影響など

韓国と台湾の介護制度は、わが国との共通点、相違点が見られる。そこで、以下ではわが国との相違点に着目して、その背景や影響などについて見てみよう。台湾については、検討中の介護保険の案の方を取り上げることにする。

まず保険者であるが、韓国、台湾ともに医療保険の保険者が介護保険の保険者でもある。わが国では市町村が保険者である地域保険方式であるのに対して、ドイツ式の医療保険活用方式であるだけでなく、中央の組織を活用した国営保険方式である。その背景であるが、わが国では、市町村は国民年金、国民健康保険により社会保険方式の制度の運営の経験がある。その一方で、韓国や台湾では中央の組織にその経験が蓄積されている。また、介護は医療と密接な関係があるサービスであり、医療保険のノウハウが役に立つことが期待され、かつ新たに組織を作ることによる行政コストも削減される。こうしたことが、介護保険の保険者がわが国と異なる背景である。

介護サービスは住民に最も身近なサービスのひとつであり、住民の身近な市町村の役割が本来ならば重要なところである。韓国の場合、介護事業者の指定、届出、要介護認定審査会の委員任命などが自治体の介護保険の中での役割である。しかし、わが国よりその役割が限定的である。台湾では、現在の介護制度では地方政府にある「介護支援センター」が要介護申請の受付、介護サービスの紹介などで大きな役割を果たしている。介護保険実施後はこれらの組織を中央健康保険局の出先機関にする（地方政府から移管させる）案がある。これが実現すると、韓国と同様に地方政府の介護保険での役割が限定的になることが考えられる。つまり、地域の実情、住民のニーズを反映した運営がどの程度出来るかが懸念される場所である⁵。

⁵ 台湾、韓国ともに、わが国ほど地方政府の機能が大きくないところもある。

次に被保険者は、わが国と異なり、韓国、台湾ともに全国民（住民）としている。韓国ではわが国の被保険者の範囲も参考にされたが、保険料の出し手を多くすることから全国民を被保険者とした。台湾でもわが国の介護保険を参考にしたが、全住民を対象とした。韓国と同様に保険料の出し手の確保という事情もあるが、台湾では若年障害者にも介護保険からの給付を行うことにしたことが背景にある。台湾では障害者サービスが整備されていないなどの事情があることもそのような判断に至ったところであるが、高齢者と若年障害者にはその介護ニーズに違いがある（若年層ほど自立支援がより重要）とう指摘もあった。なお、台湾では海外在住の者が一時的に帰国して医療保険に加入し、治療を受けるという問題があった。現在の医療保険では海外帰国者の医療保険加入の待機期間を4ヶ月から6ヶ月にしたところである。介護保険では、そのニーズが長期に及ぶので、待機期間を住民登録設定後3年間としている⁶。

図4 韓国・台湾の介護制度－日本との相違点、背景など(介護制度)－

制度運営者(保険者)と対象者:日本と同じ社会保険方式ではあるが		
項目	日本との違い	背景・影響など
保険者	地方政府(日本)でなく、中央の組織(医療保険の保険者) ・国民健康保険公団(韓国) ・中央健康保険署(台湾:案)	・中央の組織に社会保険制度の運営経験 韓国(職員数の維持)、台湾(地方政府の組織を移管?)等 →地方政府の役割が限定、連携に課題
被保険者	日本(40歳以上)より広い対象者 ・全国民(20歳以上、韓国) ・全住民(0歳以上、台湾:案)	・財源確保(韓国:日本よりも対象を広げて保険料を確保) ・若年障害者も対象に(台湾:世代間の公平、障害者福祉が日本ほど整備されない、等)
要介護認定:日本の方式を参考にした(する)が...		
要介護認定	・韓国:要介護度は4等級+認知症特別等級(日本の要介護度2相当まで) ・台湾:ADLs等の喪失度から日本と同じ方式で検討中(4等級?)	・対象者を限定し、負担を減らす →韓国:拡大化+パク・クネ大統領の公約(認知症対策の充実) 台湾:現行では認知症の人が判定から漏れる
ケアマネジメント:韓国と台湾が似たような仕組み?		
日本のケアマネジメントを採用する?	日本と同じ方式は採らない ・韓国:公団職員が作成の標準ケアプラン(拘束力なし) ・台湾:地方政府の職員がサービスを紹介(同じような方式になる?)	・韓国:職員の専門性を生かす、職員数の維持 →拘束力がないので、サービスは事実上自由選択(かえって適正な利用に支障) ・台湾:ケアプランが事業者寄りになる懸念 →「ケアマネージャー」という人はいるが...

出所:韓国保健福祉部、国民健康保険公団、台湾衛生福利部資料などから筆者作成。

⁶ 制度実施時点では3歳未満の住民も介護保険の被保険者となり得るが、その後は台湾で生まれた住民は3歳になるまで保険に加入できないことがある。障害のある乳幼児の扱いをどうするのかは、法案の検討の推移を見守る必要がある。

要介護認定は、韓国、台湾（検討中の介護保険）ともに、わが国の方式をモデルにしている。韓国では要介護度は重い順に 1 等級から 4 等級、認知症特別等級となっており、軽い 4 等級は要介護 2 に相当する。認知症特別等級はそれ以下の要介護度で認知症がある者ということになる。2014 年 6 月までは 1 等級から 3 等級までであり、わが国の要介護度で言えば、要介護 2 から 3 に相当する程度以上でないといふと介護サービスは利用できなかった。その背景には、介護保険からの支出を出来るだけ少なくすることがあった。しかし、パク・クネ大統領の国政公約（認知症対策の推進）⁷により、認知症特別等級が設定された。台湾では、現行の ADLs の喪失を基準とした要介護認定では、認知症の人を対象に出来ないという問題が明らかになった。これを背景に、日本の方式を参考に検討が進んでいる。日本の方式に認知症の診断の要素を加えた形での検討が進められている。しかし、要介護度は、軽い順に、要支援、要介護 1～3 の 4 段階が予定されている。わが国と同じ要介護認定の方式を採用しつつも、最終的に「要介護」として認定される範囲は日本よりも狭い。軽度の人を介護保険でなく、その他の高齢者福祉で対応することになるが、介護予防、軽度の要介護者への介護サービス提供などで介護保険との連携が取れるのかが課題となる。

わが国と対応が大きく異なる内容のもの例として、ケアマネジメントがある。わが国のマネジメントは、ケアプランの作成、これに基づく介護サービスの利用、要介護者の状況が変化したときの対応、多職種との連携などさまざまな役割がある。そのため、ケアマネジメントの携わるケアマネジャーは経験と資格を有するだけでなく、さまざまな人々とのコミュニケーション力も求められる、わが国の介護制度の中で不可欠な存在である。ところが、韓国には日本式のケアマネジメントの制度が存在しない。ケアプラン作成等のケアマネジメントは保険者である公団職員が行っている。その背景として、公団の職員の専門性を生かす、公団職員の仕事を確保することがある。公団職員が要介護者の状況などから「標準ケアプラン」を作成する。これは、当該要介護者の平均的な状況から推奨する平均的な介護サービス利用計画であり、しかも拘束力がない。そのため、介護サービスの利用は、（利用限度枠の中での）利用者の自由選択であり、（競争が激しい）事業者による利用者獲得競争を背景に、特定の種類のサービスだけを利用する傾向がある。台湾では、現在は地方政府にある「介護管理センター」の職員がケアマネジメントを行うが、わが国ほど緻密なものではなく、介護サービス事業者の紹介が中心である。しかも、検討中の介護保険では、韓国と同様に日本式のケアマネジメントは導入しない方向にある。日本式の民間のケアマネジャーでは、特定の事業者寄りのケアマネジメントになるのでは、と懸念されたことが背景にある。韓国の例にあるように、拘束力のないケアプランでは、かえって特定のサービスに偏った利用になりかねないのでは、と懸念される場所である（図 4）。

⁷ 「大統領職務引き継ぎ委員会」による「パク＝クネ政権の国政ビジョンおよび国政目標」（2013.3）のうち、「47. 医療保障強化および持続可能性の向上」に「(国家認知症管理体系確立)老人長期療養保険の認知症特別等級新設を検討すること。そして国家認知症管理総合計画を滞りなく推進すること」とある。

(2)介護サービス提供体制などにおけるわが国との相違点とその背景・影響など

介護サービス提供体制について、わが国では、介護保険を実施の前後より、在宅サービスを中心に介護サービスの提供が増加し、地方自治体、社会福祉法人の他、医療法人、NPO、JA、株式会社など多様な主体が介護事業者として参入している。韓国では介護サービス利用の普及を図るため、在宅、通所などで民間企業の算入を促した。その結果、施設、在宅ともに事業所は大幅に増加したものの、競争過多、利益重視による人件費などの削減による介護サービスの質の低下を招いている。さらに、介護保険のルールの遵守という課題にも直面している。

台湾では、高齢者介護をはじめ社会福祉のサービスは、非営利事業者が担ってきた。その母体にはキリスト教などの宗教団体があり、それぞれの宗教の考えから社会福祉事業を担ってきた。しかし、高齢化などに伴う介護ニーズの増加を背景に、台湾全体で介護サービス提供体制が十分でないばかりか、地域差もある。例えば、デイサービスが1ヵ所もない地域がある一方で、それが充実した地域もある。こうした台湾全体でみた介護サービスの量の増加とともに、地域差を縮小させるという課題がある⁸。その担い手として、民間営利事業者の算入が考えられている。これには賛否両論があり、現在も議論が続いているところである。

家族介護者支援はわが国でもその重要性が議論されている。特に、経済的支援を求める民間団体があるが、現在の介護保険では介護手当といった経済的支援は行われていない。しかし、韓国と台湾では、現金給付につながる支援策が行われている。韓国ではすでに述べた「家族療養保護士」(家族ヘルパー)が認められている。この存在により、韓国の介護保険給付のうち、訪問介護の49%が家族療養保護士によるものであると把握された(2010年12月現在)。韓国ではこれを縮小させる方向にあるが、実際に家族療養保護士として働いている者の意識として、「ヘルパーであれば誰を介護しても同じ。家族療養保護士の縮小はおかしい」といったものがある⁹。山間部居住などの条件を満たす場合に支給される家族介護手当もあるが、支給条件が厳しく、受給者は極めて少ない¹⁰。

台湾では、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。そうした中、「中低収入老人特別照顧津貼」という家族介護手当が実施されている。支給条件が厳しいためか、受給者数は8,116人(2011年・月平均)にとどまる。検討中の介護保険では、家族介護手当が検討されている。女性を介護に縛り付けるという理由からこれに反対する団体もあり、この給付の実施には賛否両論がある。しかし、無条件で介護手当を支給するのではなく、

⁸ 現在、「長期照服服務網計畫」(介護サービスネット計画)が実施されており、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。

⁹ 当研究班韓国ヒアリング(2014年1月)より。

¹⁰ 孫(2011)によると、「老人長期療養保険2010.7月統計月報」によると、受給者は747人とどまる。

介護する家族の同意、家族による介護は生活介護など指定されたものに限る（介護ヘルパーが行うべきものは、家族介護者は行うことが出来ない）、適切に介護を行っているかなどを地方政府が確認する、などの条件を付けることが検討されている。「家族の同意」が本当の意思表示かどうかを確認することは非常に難しいが、韓国と台湾の例から言えることは、現金給付は介護サービスを代替するものではなく、補足的なものとして機能させるものであろう。

図5. 韓国・台湾の介護制度－日本との相違点、背景など(介護サービス)－

介護サービス提供体制: 日本はゴールドプランなどで整備、多様な事業主体		
項目	日本との違い	背景・影響など
介護サービス提供	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: 営利企業が参入(在宅、通所などで) ・台湾: 非営利法人が中心(福祉用具などは営利企業でも可) 	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: サービス利用の普及 →競争過多(自己負担の割引)、介護の質の確保 ・台湾: 介護サービスの量が不足、地域も指摘(地域差の縮小を目指した施策を実施) 営利企業参入の是非の議論(日本、韓国を参考)
家族介護者支援: 経済的支援		
経済的支援の有無	<p>日本と異なる仕組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・韓国: 家族療養保護士(家族ヘルパー)、介護手当 ・台湾: 老人介護特別手当(現行) 介護保険で現金給付を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: ヘルパーは誰を介護してもいいと考える、介護手当は例外的 →家族ヘルパーの利用が多い(縮小の方向、家族ヘルパーに賛否両論) ・台湾: サービス給付を補足する性格 →介護保険の現金給付は日本と同じような反対論も
外国人介護労働者: 日本は限定的な受け入れ(今は)		
外国人介護労働者	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: ほとんどいない?(中国出身の朝鮮族?) ・台湾: 約20万人(東南アジアより、介護ニーズの半分を支える?) 	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: 外国人配偶者は増えているが... ・台湾: 人手不足を背景に制度化(家事労働者) 低賃金、24時間住み込み →介護サービスより便利。(台湾の人材に代替が方針だが)人数が多いので、一定の規模は受け入れ
医療サービスなどとの関係は: 日本は地域包括ケアシステムを目指す		
医療制度などとの連携	<p>日本に注目してはいるが</p> <ul style="list-style-type: none"> ・韓国: 医療との連携がない 医療機関と施設が利用者を巡って競合 ・台湾: 医療保険で(医療系)介護サービスの一部を肩代わり 	<ul style="list-style-type: none"> ・韓国: 医療制度との関係を日本ほど考えなかった「病院の方が(サービスが良く)安い」という実態(意識?) ・台湾: 医療との連携そのものをどう構築するか?

出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団、台湾衛生福利部資料などから筆者作成。

わが国では、FTA 等に基づくインドネシア等からの外国人介護士、看護師候補の受け入れが人数を限って行われている。また、介護、家事等で外国人労働者の受け入れが議論されているところである。韓国では、中国出身の朝鮮族が医療機関や施設で就労することがあるが、人数は多くはないと言われている。一方で、台湾では、すでに述べた「外籍看護工」の利用が多い。「外籍看護工」を雇用するには当局の許可が必要であり、そのための審査は要介護状態などをもとに行われる。しかし、80 歳以上の要介護者のいる家庭などでは許可が出やすいと言われている。雇用契約は家庭と「外籍看護工」本人が結ぶが、最低賃金が適用されず、原則として住み込みで働く。そのため、介護以外の家事もやってくれるが、労働条件はよくないという指摘がある。また、介護の内容、質の確保が確認できない。

「外籍看護工」が多い背景として、賃金の安さがあるため、一定の経済力があれば雇用できる、という感覚がある。「外籍看護工」が台湾の介護サービスの普及を妨げると言われる一方、台湾の介護ニーズの半分は彼女らが支えていると言われている。台湾の介護制度の中で、①彼女らの位置づけ、②介護の質の確保、③労働条件の確保などの課題がある。

最後に、医療との連携について見ておこう。日本では、医療、介護、その他の福祉が連携し、高齢者が住み慣れた地域に必要な保健医療福祉サービスを利用できるという、「地域包括ケアシステム」を目指す方向にある。韓国では、「老人長期療養保険」を検討する段階で医療制度との関係をほとんど検討しなかった。その結果、医療と介護の連携がほとんどない。そのため、慢性期病院（老人専門病院）と介護施設が利用者を巡って競合する関係にあるばかりか、慢性期病院同士が要介護高齢者を巡って競合している地域がある¹¹。こうした点は、わが国が医療との関係をよく検討しながら介護制度を構築、運営してきたことが評価される点であると思われる。また、台湾でも医療との連携が課題である。現在、訪問看護の一部が医療保険（全民健康保険）から給付されており、一部は高齢者福祉制度からの補助があるという医療と福祉が混在した形になっている。また、台湾の全民健康保険では、「慢性病棟」が制度化されており、ここに要介護高齢者が入院していることも考えられる。その一方で、わが国の介護サービスを参考にした大規模施設では、地元の大学病院と連携を強めるといった動きもある¹²（図 5）。

4. 韓国と台湾の介護制度の発展方向と課題

(1) 韓国と台湾の介護制度の発展方向

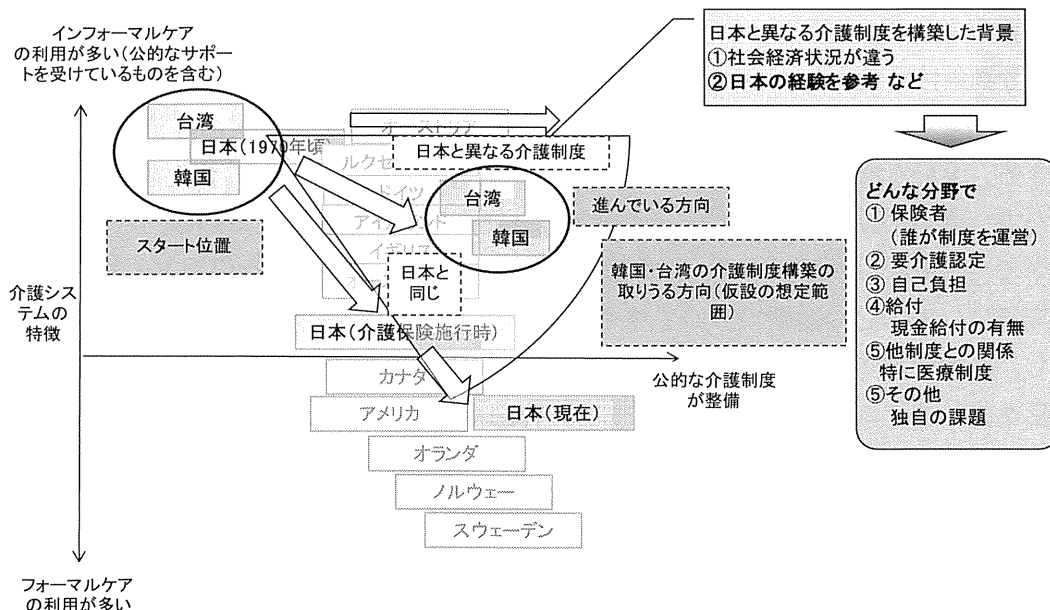
そもそも、韓国、台湾は地理的に近く、文化的に共通点も多い。そこで、介護制度も同じような制度になるのでは、と考えられる。しかし、すでに見たように、わが国との共通点がある一方で、相違点もある。韓国と台湾の介護制度がどのような方向で発展しようとしているかを、大まかにまとめたものが図 6 である。この図は OECD の報告書“Long-term Care for Older People”に所収の図をもとにアレンジした図である。図の横軸は、左から右

¹¹ 当研究班で実施した韓国ヒアリング 2014 年 10 月による。

¹² 当研究班で実施した台湾ヒアリング 2014 年 3 月による。

に公的な介護制度の構築が進む。縦軸は、上から下に向かってフォーマルな介護サービス利用が多くなることを示す。欧米諸国の位置は OECD の報告書のままであるが、例えば、スウェーデンは、公的な介護制度が整備され、フォーマルケアの利用が多い。その一方で、オーストリアは、公的な介護制度は整備されているものの、インフォーマル家の利用が多い。韓国と台湾、そしてわが国をこの図に当てはめてみると次のようになると考えられる（ただし、介護保険施行時のわが国は、OECD の報告書のまま）。

図6 韓国、台湾の介護制度発達イメージ(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。

「公的な介護制度が未整備で、介護は家族が主に担っている状態」はこの図の最も左上になる。韓国、台湾、わが国（1970年頃）をここに位置したときに、まずわが国は、介護保険を実施した2000年頃は、公的な介護制度が整備され、フォーマルな介護サービスの利用も大幅に増えている。そこで、図の中央の位置に来ていると考えられる。その後、介護保険法の改正、介護保険下での介護サービスの普及もあり、現在はさらに右下に位置していると思われる。韓国や台湾がわが国と同じ介護制度の構築と介護サービスの普及が実現するのであれば、わが国と同じ道筋をたどることになる。もし、韓国や台湾が公的な介護制度の整備を進めるが、わが国ほどフォーマルな介護サービスを普及させない（介護保険の給付の範囲や規模を抑える、家族介護支援が中心の制度を作る）とすれば、スタート地点の位置から平行に韓国と台湾の位置が変化することになる。これらふたつを両極としたときに、その中間の範囲を、韓国と台湾の介護制度が進む方向であるとすると、その範囲は図中の扇形の範囲となる。現在の韓国と台湾はこの範囲のどこに位置しているかを示すと、扇形の中央に来るのではないかとと思われる。ここは、公的な介護制度はある程度整備されているが、インフォーマルケアの利用はわが国よりも多いことを示す。わが国と少し発展の方向が異なっていると言える。韓国は介護保険を実施して6年が経過し、医療との