

台湾の地域密着のケアシステムの構築

－日本との比較も踏まえた動向分析－

小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

I. はじめに

高齢化はわが国や欧米諸国だけでなく、韓国や台湾などの東アジアでも進んでいる。特に台湾では、2015年の高齢化率は12.5%とわが国（26.6%）のほぼ半分程度であるが、今後は高齢化率が急速に上昇し、2060年に38.6%と同じ年のわが国とあまり変わらない水準（38.1%）に達する見通しである（国家発展委員会「中華民国人口推計（105年至150年）」による）。台湾でも、高齢化に伴う要介護高齢者の増加への対応が重要な政策課題となっており、高齢者介護制度の整備が進められてきた。2008年に就任した国民党の馬英九総統の下で、「長期照顧十年計画」（2008年～2016年、策定は2007年）が実施された。税財源で要介護高齢者に介護サービスを提供する公的介護制度である。この計画では、施設よりも、居宅や地域でのケアサービスの提供が重視され、実際に居宅ケアの利用は大きく増加した。新たな介護制度の充実のための検討も進められ、2015年には「長期照顧服務法」（介護サービス法）が成立し、居宅・地域ケア、家族介護者支援などを含む形で介護サービスの枠組みが整理された。「長期照顧保險法」（介護保険法）の検討も進められ、2015年にその法案が立法院に提出された。しかし、2016年に民進党の蔡英文政権に変わり、介護保険法案は2016年7月にいったん撤回された。その一方で彼女の公約をもとに、介護サービスの充実を税財源で図ることとなり、「長期照顧十年計画」の後継プランである、「長期照顧十年計画 2.0」（長照 2.0）が2017年から実施された。このプランでは、対象者を若年障害者や50歳以上の認知症患者などに広げる、小規模多機能、認知症ケア、介護予防などを給付に含めることのほか、「地域包括ケアモデル」というわが国の「地域包括ケアシステム」を参考にした介護サービスモデルを導入する方向が打ち出されている。

台湾における介護制度構築、特に「長照 2.0」の実施に伴う変化は何なのか、「地域包括ケアモデル」の特徴やわが国との違いは何なのか、これらを明確にすることで、東アジアにおける高齢化への対応についての知見を見いだすことができる。このような問題意識のもとで、本論文では、台湾の「長照 2.0」に至る介護システムの構築、特に「地域包括ケアモデル」について、わが国との違いにも着目しながらまとめることにする。

II. わが国の『地域包括ケアシステム』

1. 『地域包括ケアシステム』の定義・考え方

台湾に限らず、諸外国が地域密着の介護システムの参考として、わが国の「地域包括ケアシステム」が挙げられることが多い。「地域包括ケアシステム」の定義を非常に短くまとめると、「高齢者が、重度

な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み」、となる。この定義につながる概念が最初に提案されたのは、厚生労働省老健局長の私的委員会であった「高齢者介護研究会（2003年3月設置）」の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」であった。それによると、「要介護高齢者の生活を出来る限り継続して支えるには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である」と述べられている。また、2008年度に立ち上げられた「地域包括ケア研究会」（厚生労働省老人保健健康増進事業）の報告書によると、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」を「地域包括ケアシステム」としている¹。こうした考え方の検討は介護保険制度の改正という形で、政策に反映されてきた。2011年の「介護保険法」の改正では、「地域包括ケアシステム」の推進が打ち出されている。具体的には、「介護保険」の保険者である市区町村は、介護保険事業計画（第5期：2012～2014年度）の策定に当たっては、「日常生活圏域ニーズ調査」を行い、地域のニーズをよりの確に把握することになった。その後の、2014年や2017年の「介護保険法」改正でも、「地域包括ケアシステム」の構築を推進する内容が含まれている²。

なお、もともとわが国の介護保険は、要介護高齢者の在宅での生活を支援することを重視している。介護保険法第4条第1項では「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。」としており、同条第4項では「第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居室において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」（下線筆者）としている³。厚生省（現在の厚生労働省）による21世紀の介護制度のあり方を検討した報告書を見ると、「介護対策検討会報告書」（1989年）では、「要介護者も可能な限り家庭や地域で通常の生活ができるような社会づくり（ノーマライゼーション）を進めるべきである。」（下線筆者）としている。また、「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」（1994年）では、「今後は、重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援することが、介護の基本理念として置かれるべきである。」（下線筆者）としている。

このように、「介護保険」を検討している段階で、高齢者が要介護状態になっても、住み慣れた地域での生活することを支援する、という考え方が示されている。こうした考えがあったらからこそ、「地域包括ケアシステム」の構築が重要な政策目標としてあり続けているものと思われる。

¹ 地域包括ケア研究会（2009）『地域包括ケア研究会 報告書』（平成20年度老人保健健康増進等事業報告書）による。

² 詳細は増田（2016）および本書の日本の介護保険の章を参照。

³ 増田（2014）による。

2. 『地域包括ケアシステム』の内容・特徴

本論文の後半で取り上げる台湾の「地域包括ケアモデル」との対比のため、わが国の「地域包括ケアシステム」の内容を改めて概観する。図1は、厚生労働省がまとめた「地域包括ケアシステム」のイメージ図を引用したものである。これによると、まず「地域包括ケアシステム」が想定している「地域」とは、「高齢者が住み慣れた地域」⁴として、地理的にみて「おおむね30分程度で（医療や介護関係者などが）駆けつけられる範囲」（中学校の校区に相当する想定）である。つまり、日常生活圏と言える範囲が想定されている。

次に、「地域包括ケアシステム」を構成する要素として、「住まい」、「医療」、「介護」、「福祉（生活支援）」、「予防」の5つがある。まず、「住まい」は自宅（持ち家）、最近日本で増えつつある、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームのいずれでもよく、高齢者が継続的に居住できる場所が確保されていることが前提となる。こうした「住まい」に居住する高齢者が、「病気」になったときは、急性期、亜急性期、回復期などそれぞれのニーズに応じて医療機関での治療を受ける。通院・入院の両方があり得るが、入院の場合は、自宅に戻る・介護施設に入所するという退院後の準備が必要であり、その支援も重要である。「介護」が必要な場合は、特別養護老人ホームなどでの施設介護、訪問介護やデイサービスなどの居宅・通所系の介護サービスを利用することになる。その場合でも高齢者の身体状態、家族の事情などを考慮して介護サービス利用を決定する。「医療」や「介護」以外のニーズとして、「声かけ」などの生活支援、（健康なうちからの）疾病や介護予防も不可欠であり、これらは「福祉（生活支援）」、「予防」に対応する内容となる。

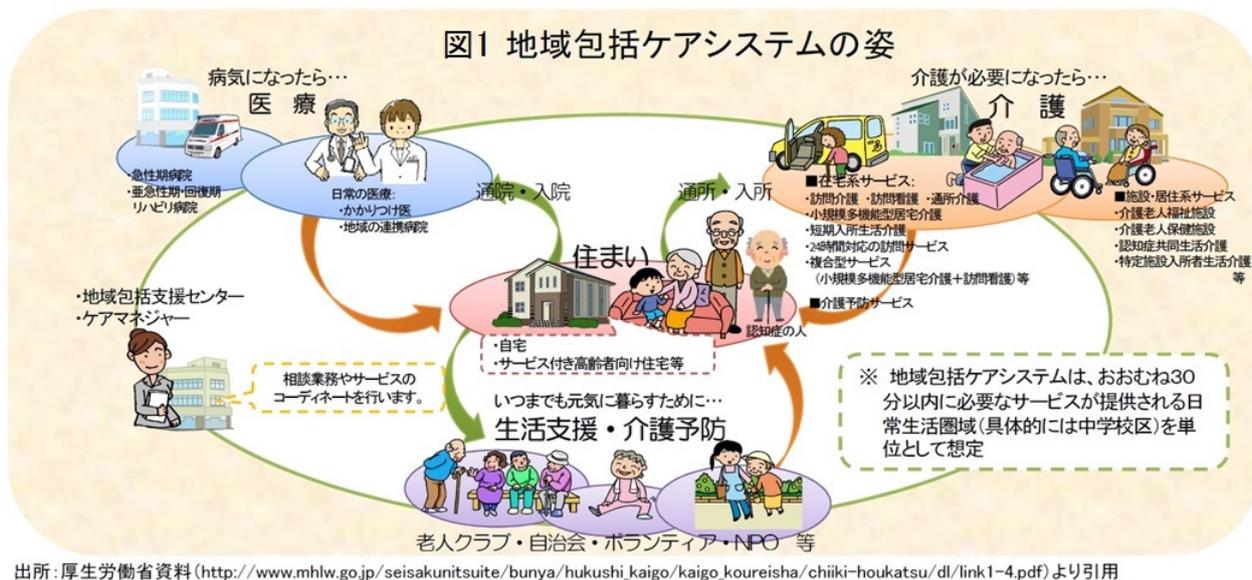
さらに、これら5つの要素を支える方策として、①医療保険や介護保険（社会保険制度：共助）、②社会保険制度以外の行政サービス（公助）、③個人や家族の間での助け合い（互助）、④住宅や生活費を自分で準備（自助）、が挙げられる。つまり、行政サービスや自助努力一辺倒ではなく、①～④の方法を地域の実情に応じてバランスよく組み合わせる形で高齢者のニーズに対応することになる。

これら5つの要素を支えるマンパワーとして、「医療」では医師、歯科医師、看護師などの医療従事者、「介護」では介護福祉士をはじめとする介護従事者が考えられる。その他の要素でも、社会福祉士などの福祉関係者、行政関係者の他、地域住民（③を中心に活動）も挙げることができる。つまり、「地域包括ケアシステム」では、医療や介護のプロフェッショナルだけでなく、地域住民を含むさまざまな人々が支えることになる。そうすると、すでに述べた「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供」を実現させるには、医療従事者、介護従事者それぞれの判断だけで要介護高齢者のニーズを総合的に判断することは不可能である。医療従事者は高齢者の健康状態は十分把握できるが、自宅が必要となる介護、生活支援のニーズまで十分に判断することは難しい。医療以外の分野は、むしろ介護従事者やその他の福祉関係者の方が彼らのニーズを把握しやすい。そのため、地域で生活している要介護者のニーズ把握、医療・介護などのサービス提供の状況を、関係者が共有、ネットワーク化することで高齢者のニーズに切れ目なく対応できる。つまり、「地域包括ケアシステム」の中では、医療・介護・その他の福祉関係者が日常的に連携し、情報を共有し合うというネットワーク化が重要である。

⁴ 「住み慣れた」とは、「現役世代のときに住んでいた地域や住居に固執した概念ではなく、本人が住み続けたいと考える地域を本人が選択するという広い意味で捉えるべきである」とされる（脚注1による）。

「地域包括ケアシステム」の中核となるのは「地域包括支援センター」である。これは市区町村が設置する組織である⁵。この組織には、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が配置されており、これらの職種のチームアプローチにより、介護予防支援や包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）に従事する。その際には、医療、介護などの関係者との連携、情報共有、住民からの相談への対応、必要な支援が提供される関係機関への引き継ぎ（多面的な支援の展開）などを行う。つまり、医療や介護などの関係者の連携を手助けする場所である。

このように、わが国の「地域包括ケアシステム」は、①地域に居住する高齢者やその家族を対象に（利用者を中心に置く）、②医療・介護などの必要なサービスの提供のために関係者が情報共有などを通じてネットワーク化される、③その場所として市区町村が設置する「地域包括支援センター」がある、という特徴がある（図1）。



Ⅲ. 台湾の介護制度構築の動き

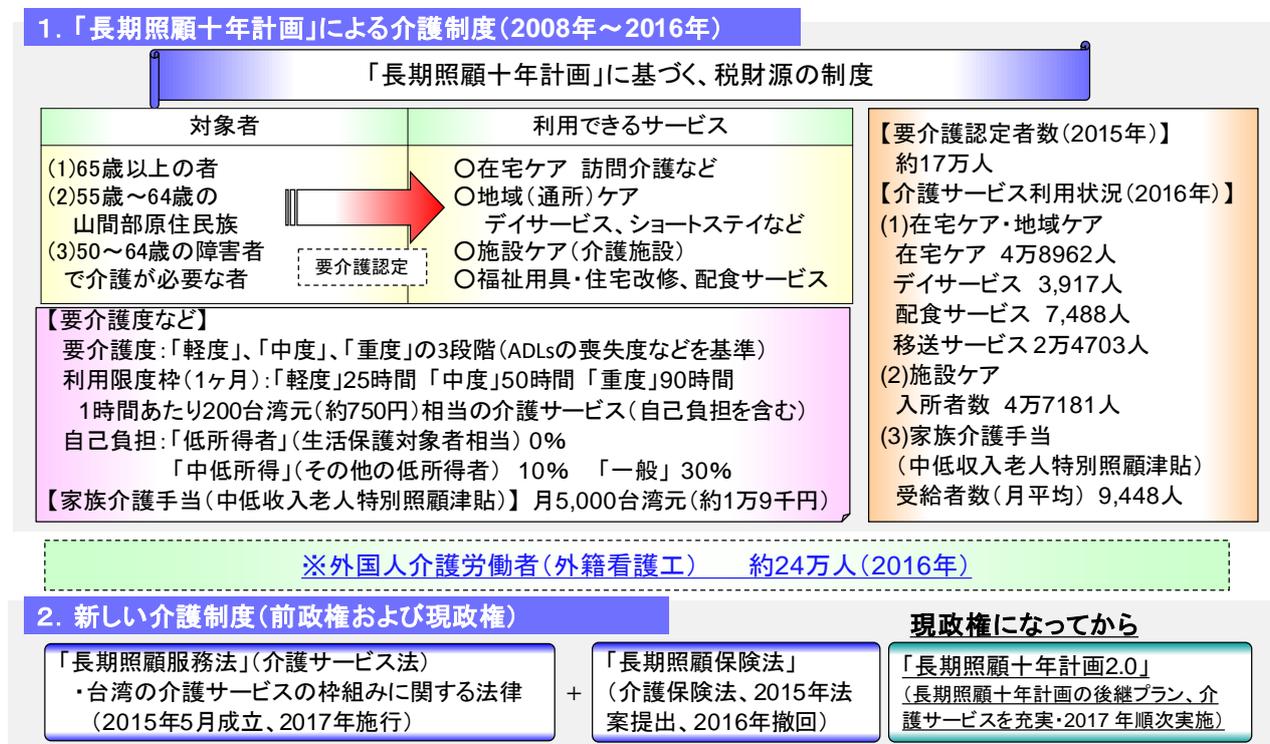
1. 「長期照顧十年計画」の実施まで

ここでは台湾の介護制度について現在に至るまでの動きを見ていこう。まず、台湾の高齢者介護制度は、「老人福利法」（老人福祉法、1980年制定）に基づく基本的な仕組みはあったが、「高齢者」を70歳以上としていた上に、具体的な施策にふれていなかった。そのため、高齢者福祉施策も限られた形となっていた（大友（2007）、沈（2007））。1990年代の民主化などを背景に、「老人福利法」の改正（1997

⁵ 運営を社会福祉法人などに委託することも可能である。2012年度の調査によると、「地域包括支援センター」は7,072カ所（うち分室であるブランチ・サブセンターを除くと4,328カ所）設置されている。運営形態として、直営型は約30%、委託型は約70%である。委託型のうち、社会福祉法人への委託が53.3%と最も多く、社会福祉協議会（19.0%）、医療法人（16.0%）がこれに続く。詳細は平成24年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」（平成24年4月現在）を参照。

年、2002年)、内政部「加強老人安養服務方案」の策定(1998年)、行政院(社会福利推動委員會)「建構長期照顧體系先導計畫」(2000年~2003年、一部地域で地域ケアサービス等が試行)の策定、「中低收入老人特別照顧津貼」(家族介護手当)の実施等を経て、行政院經濟建設委員會「照顧服務福利及產業發展方案」の策定により、2002年からの6年間で全ての要介護高齢者に税財源での在宅介護サービスを提供されることになった。2006年には、「人口施策綱領」の改正、行政院經濟建設委員會「2015年國家發展願景第一階段三年衝刺計畫」の策定が行われた。特に後者では、介護サービス供給体制に関する長期計画の策定が明記された。これに対応する長期計画「長期照顧十年計畫」(介護サービス十年計画)⁶がわが国やイギリス等を参考にして2007年に策定され、2008年から実施された。この計画による介護制度は、税財源による制度であり2016年まで実施された。

図2 台湾「長期照顧十年計畫」による介護制度



出所:衛生福利部、労働部資料、台湾ヒアリングの情報を元に報告者作成

その基本的な仕組を図2で見ると、対象者は、①65歳以上の要介護者、②55歳以上の山間部の先住民族、③50~64歳の障害者などである。介護サービスの利用希望者は、直轄市や県市政府に要介護認定を申請する。要介護(軽度、中度、重度の3段階)と認められると、公的な介護サービスを利用できる。介護サービスとして、在宅ケア(訪問介護、訪問看護など)、地域(通所)ケア(デイサービスなど)、施設ケアの3種類があり、在宅と地域ケアは要介護度別の利用限度枠(時間数)の範囲で利用できる。施設ケアは原則として重度で低所得の者が無料で利用できる。その他に、移送、配食、レスパイトケア、住宅改修や福祉用具への補助等がある。在宅や地域ケア等での自己負担割合は、低所得者(生

⁶ 現在では、2017年実施の「長期照顧十年計畫2.0」の前身という意味で「長照1.0」と呼ばれている。

活保護対象者相当)は無料、その他の者は所得に応じて10%、30%である。そして、家族介護手当として「中低収入老人特別照顧津貼」があり、重度の要介護高齢者を同居家族(就業していないなどの条件がある)が介護している低所得世帯に月額5,000台湾元(約1万9千円)が支給される。このように「長期照顧十年計画」は居宅や地域での介護サービスも含めた総合的な高齢者などへの介護制度であった(図2)。

表1 台湾「長期照顧十年計画」の成果

1.要介護認定者(利用者)

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	年平均伸び率
人数(名寄せ済み)	23,963	70,567	94,337	113,203	142,146	155,288	170,465	-	38.7%
介護サービスカバー率(高齢者)	5.70%	16.30%	21.00%	27.00%	31.80%	33.20%	33.96%	-	-

2.居宅、地域ケア

		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	年平均伸び率
居宅ケア	利用者数	22,392	28,398	33,193	37,994	41,486	43,584	46,428	48,962	11.8%
	介護サービス従事者数	4,794	5,591	6,353	7,118	7,463	7,675	8,368	8,988	9.4%
デイサービス(認知症高齢者ケアを含む)	利用者数	615	898	1,206	1,780	1,878	2,314	2,993	3,917	30.3%
配食サービス	一人あたり利用日数	104.2	133.0	272.6	277.6	277.8	270.3	248.8	280.1	15.2%
移送サービス	一人あたり利用(往復)	16.5	20.4	9.9	10.1	10.5	11.5	12.3	13.3	-3.0%

3.施設ケア

		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	年平均伸び率
施設数		1,066	1,053	1,051	1,035	1,035	1,063	1,067	1,082	0.2%
定員		54,567	55,066	56,090	56,910	57,675	59,280	59,869	61,082	1.6%
利用者数		40,183	41,519	42,819	42,808	43,496	45,298	46,264	47,181	2.3%
利用率		73.64	75.40	76.34	75.22	75.42	76.41	77.28	77.24	
介護サービス従事者数(ヘルパーなど)		10,707	11,041	12,212	12,711	13,069	14,522	15,097	16,236	6.1%

4.介護手当(現金給付)

		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年	2016年	年平均伸び率
受給者数(月平均)		7,263	7,862	8,116	9,042	9,152	9,077	9,470	9,448	3.8%
支給総額(月平均、万台元)		3,535	3,814	4,062	4,529	4,587	4,555	4,753	4,746	4.3%

出所:衛生福利部統計をもとに作成。

注:「介護サービスカバー率(高齢者)」は衛生福利部の推計による数値であり、要介護高齢者のうち公的介護サービスを利用している者の割合。

2.「長期照顧十年計画」の成果と課題

「長期照顧十年計画」実施以降、台湾の介護サービスの利用者は増加した。表1はその推移をまとめたものである。たとえば、居宅ケアの利用者数は、「長期照顧十年計画」が年間を通して始めて実施された2009年の2万2,392人から2016年の4万8,962人へと増加した(年平均増加率:11.8%)。認知症ケアを含むデイサービスの利用者数は、2009年の615人から2016年の3,917人へと増加した(年平均増加率:30.3%)。また、配食サービスの提供を利用者一人当たりの日数で見ると、2009年の約104日から2016年の約280日、移送サービスは、2009年の利用者一人当たり16.5往復から2016年の13.3往復へと推移している(年平均)。施設ケアの利用者数は、施設数の変化がほとんどないにもかかわらず

ず、2009年の4万183人から2016年の4万7,181人へと増加した（年平均増加率：2.3%）。そして、「中低収入老人特別照顧津貼」（家族介護手当）の受給者数は、2009年の7,263人から2016年の9,448人へと約1.3倍に増加している。これらの費用をまかなう予算も、2008年は約28.45億台湾元（約97億円）であったが、2015年には約54.18億台湾元（約184億円）に増加している。このように、台湾の介護サービスは居宅・地域ケアを中心に大幅に伸びている。

ところが介護サービスの利用者は増えているものの、要介護認定者は2009年の約2.4万人から2015年の約17万人へと大きく増加しており、公的介護サービスは2015年でも介護ニーズの3割程度を担っているに過ぎない（衛生福利部の推計による）。つまり、①介護サービスが量（事業所の数・介護サービスの種類）・質（介護従事者の技能など）の両方で不十分であること、②公的介護サービスでカバーされていない介護ニーズは家族や外国人介護労働者などのインフォーマルケアに依存している、③介護サービス提供体制に地域差があり、地域によってはデイサービスが存在しないところもある、④公的介護サービス提供の裏付けとなる予算が十分でない⁷、といった課題が明らかになってきた（表1）。

3. 「長期照顧服務法」の制定と「長期照顧十年計画 2.0」の実施

こうした課題を解消するために、国民党馬英九総統の政権下では各種の施策を進めてきた。介護サービス提供体制と財源確保のシステムを根本的に再構築するため、「長期照顧服務法」（介護サービス法）と「長期照顧保險法」（介護保険法）の検討が行われていた。前者は2015年に成立し、その関係規則（子法）も2017年に制定された。この法律は、介護サービスの仕組みを整理したものである。主な内容は表2の通りであるが、具体的には、①介護サービスの種類（居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケア、家族介護者支援、その他）、②介護サービス利用の原則（要介護認定を受けるなど）、③介護事業所の分類（居宅ケア、地域ケア、施設ケア、総合型ケア（居宅・通所・施設ケアのうち2種類以上のサービスを提供）、その他）、④介護事業所の法人化（介護事業法人、例外あり）、⑤介護従事者（介護事業者への登録、定期的な訓練など）、⑥医療との連携、⑦利用者の権益保護、⑧介護サービス基金の設置、⑨個人看護者（「外籍看護工」（外国人介護労働者）を含む。指定された介護技能訓練を受ける義務）、などで構成されている（表2）。

この法律の関係規則は8本あり、詳細は表3のとおりである。主な規則として、介護事業所の設立・運営に関する規則（長期照顧服務機構設立許可及管理辦法）、介護事業所の種類、設備や人材などの基準等に関する規則（長期照顧服務機構設立標準）、介護事業所の当局による定期的な評価に関する規則（長期照顧服務機構評鑑辦法）、介護従事者の認証、登録などに関する規則（長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登録辦法）、家庭で雇用される外国人介護労働者の介護技能の補充訓練に関する規則（外国人從事家庭看護工作補充訓練辦法）などである。（表3）。

⁷ 「長期照顧十年計画」の財政計画でみると、2008年度は55.72億台湾元（約186億円）の支出が計画されていた。しかし実際の予算は約28.45億台湾元（約97億円）と、計画の約51%にとどまっている。その後も介護サービスへの支出は増加するものの、計画の4~5割程度の水準しか確保されていない。2015年では計画の約110億台湾元（約375億円）に対して、実際の予算は約54.18億台湾元（約184億円）と計画の約49%にとどまっている。

表2 台湾「長期照顧服務法」の概要

名称	「長期照顧服務法」(介護サービス法)
主な用語の定義	<ul style="list-style-type: none"> ・長期照護(介護):心身機能喪失(6ヶ月以上で状態が固定)がある者に、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 ・家族介護者:家庭において定期的に介護を提供する主な親族および世帯員 ・個人看護者:要介護者の家庭に雇用され、看護に従事する者
行政機関	<ul style="list-style-type: none"> ・主管機関(中央:衛生福利部、地方:直轄市、県市政府) ・中央および地方主管機関の職務
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、家族介護者支援、その他 ・介護サービス利用の原則:要介護認定を受ける、要介護者の希望を反映させた利用など ・事業者の分類(サービス内容):居宅ケア、地域ケア、施設ケア、総合型ケア、その他 民営事業者は財団法人または社団法人(あわせて介護事業法人)に限る(居宅、地域(通所)ケアを除く)。<u>ただし他の法律に基づいて設立された事業所は、事業所の拡充などを行う場合を除いて、その限りではない(2017年1月改正)。</u> ・事業者について(設立許可、休業と廃業について、事業者評価、広告の内容、損害保険の加入、介護記録の作成など) ・介護従事者について(事業者への登録、定期的な訓練、業務上の守秘義務など) ・医療やその他の福祉との連携
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 ・介護サービス基金の設置(介護サービスの質の向上などに使う) 財源は当局の予算や健康福利税(タバコや酒に追加的に課税する間接税) <u>※財源として相続・贈与税増税分(10%から最大20%)、タバコ・酒税の増税分を追加(2017年1月改正)</u> ・個人看護者(要介護者の家庭で雇用される者。外籍看護工(外国人介護労働者)も含まれる) :指定の訓練を受ける義務

出所:衛生福利部資料、行政院經濟發展委員會他「長期照護保險企画報告」などから作成。

表3 「介護サービス法」の関連規則の概要

名称		主な内容
①	長期照顧服務法施行細則	地域型・施設型サービス(デイサービス、家庭委託介護、グループホーム、小規模多機能)の定義 介護事業所の名称表示方法(例:私立〇〇居宅式介護事業所) 介護従事者が作成する介護記録(7年以上保存) など
②	長期照顧服務機構設立許可及管理辦法	設立許可申請先(直轄市・県市政府) 申請者(公立介護施設の代表者、法人の代表者など) 設立許可証の記載事項、許可が取り消される場合、原住民族地区への特例 第三者への委託経営の禁止、会計、監査 など
③	長期照顧服務機構設立標準	介護事業所の種類、介護事業所の責任者の資格 介護事業所の種類ごとの設置基準(人材、設備など) 原住民族地区への特例 など
④	長期照顧服務機構評鑑辦法	評価実施機関(施設ケア・中央当局、居宅型・地方当局など) 評価の周期と対象(4年ごと、新設の介護事業所は運営から1年後) 評価方法(評価委員による現地調査)、評価項目(経営効率、介護の質など) 評価に不服がある場合 など
⑤	長期照顧服務資源發展獎助辦法	介護サービス需給調査の実施と介護サービス過剰・不足地域の公表 介護サービス不足地区での介護サービス整備、革新的な介護サービスなどへの補助 補助対象経費(調査研究、教育訓練費用、施設整備費など)
⑥	長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登録辦法	教育訓練を終えた介護従事者の登録(直轄市・県市政府) 登録証明の有効期間(6年) 介護技能の継続訓練(6年ごとに大学などで受講) 「外籍看護工」への準用 など
⑦	外國人從事家庭看護工作補充訓練辦法	家庭で雇用される「外籍看護工」への介護技能補充訓練(雇用主が受講させる) 大学などで実施、訓練内容(身体介護、コミュニケーション技術、介護者の保護など) 補充訓練修了証明書の発行
⑧	長期照顧服務機構申請租用公有非公用不動産審查辦法	介護事業者に対する公用に利用していない公有地の貸し出しに関する規則

出所: 衛生福利部資料より作成

後者の「長期照顧保險法」(介護保険法)は、介護費用の財源確保の法律であり、2015年に法案が立法院(議会)に提出されていた。その内容は、①保険者は「中央健康保険署」(医療保険の保険者)、②被保険者は台湾の全住民、③保険料算定ルールは「全民健康保險」(医療保険)に準じる、④要介護認定を行い、給付は身体介護、訪問看護、住宅改修、福祉用具、レスパイトケア、各種家族介護者支援などの14種類、⑤介護サービス利用時の自己負担割合は15%(上限および低所得者への減免あり)、などであった。ところが、2016年に現在の民進党蔡英文総統の政権となり、介護政策の方向が彼女の公約に基づく「税財源で介護サービスを充実させる」こととなった。そこで、「長期照顧保險法」は2016年7月にいったん撤回され、「長期照顧十年計画」の後継プランである、「長期照顧十年計画 2.0」(介護サービス十年計画 2.0、長照 2.0)が検討され、2017年から順次実施されることになった。

「長照 2.0」の基本的な仕組みはこれまでの「長照 1.0」と変わらない。しかし、「長照 1.0」からさまざまな変更点がある。その内容は図3の通りである。主な変更点は、①対象者の範囲を拡大し、「49

歳以下の障害者」、「50歳以上の認知症患者」などを加える、②給付の対象となるサービスの種類を拡大し、「認知症ケア」、「地域密着型介護予防」、「小規模多機能サービス」、「原住民族地域密着型ケア」（原住民族の習慣に配慮した介護サービス整備、人材の育成）、「退院準備支援」などを加える、③地域密着の介護サービスの体制として、「地域包括ケアモデル」を構築する（後述）、などがある。これより、「長照 2.0」は、若年障害者を含み、地域密着型の介護サービスを給付に含めるようにするなど、よりユニバーサルな仕組みを目指している。また、居宅・地域ケアの新しいサービス提供の方法が一部地域で試行され、2018年1月から台湾全土で実施されている（後述）。そして、「長照 2.0」は、2017年から2026年までの10年計画である。必要な費用として、2017年は162.26億台湾元（約605億円）、2026年は736.48億台湾元（約2,762億円）であると見通しており、十分な予算の確保も目指している（図3）。

図3 台湾の介護制度の仕組み－これまでの制度と新しい制度（主な変更点）－



出所：衛生福利部資料から作成

4. 「居宅・地域ケア」の新しい給付方法

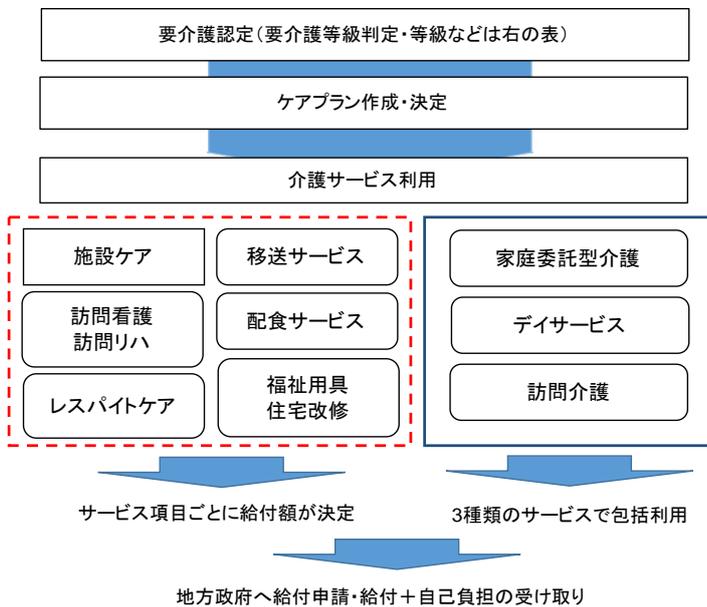
「長照 1.0」では、居宅ケアや地域ケアは、要介護度別の限度枠（時間単位）の中で利用され、施設

ケア、福祉用具などは別枠で利用できた。ところが、これらのサービスは個別に利用され、相互のサービスが連携しているかどうかは明確でなかった。そこで、「長照 2.0」では、居宅・地域ケアサービスを効果的に利用できるように、「訪問介護」、「家庭委託型介護」（要介護者または介護従事者の自宅で介護サービスを提供）、「デイサービス」については要介護度別の共通の限度枠の中で包括的に利用するようにし、施設ケアを含むそのほかのサービスは、サービスごとの給付額で介護サービスを提供する形になった。詳細は図 4 の通りであるが、要介護の段階は従来の 3 段階から、8 段階（軽い方から第 1 級から第 8 級）に細分化され、居宅、地域ケアは第 2 級以上の認定者を対象に利用限度枠の中で提供される。利用限度枠は時間単位から金額単位に変わった。これにより、利用者は自身の要介護度に対応した給付限度枠の中で介護サービスを選択することができる。また、介護サービス提供者も利用者と相談してその枠の中で介護サービスの内容と回数を決めることができ、要介護者のニーズに合わせた介護サービスを提供することができる。さらに、介護サービス補助の手続を簡素化できる。その他に夜間の介護サービスなどを対象にした加算も行われる。

自己負担は低所得者が無料、そのほかの者は所得に応じて 6%、18%となる。この仕組みは 2016 年から一部地域で試行され、2017 年 6 月末現在で 12 の地域（新北市、台中市、台南市、高雄市、宜蘭県、南投県、雲林県、嘉義県、台東県、澎湖県、新竹市および嘉義市等）で試行されていた。その後対象地域の拡大を経て、2018 年 1 月から台湾全土で実施予定となっている（図 3）。

図4 「居宅・地域ケア」の新しい給付方法(2018年1月より全面実施予定)

1. 利用の流れ



2. 要介護等級と給付限度枠・自己負担割合

	給付限度枠 (月額・台湾 元)	自己負担割合		
		低所得世帯 (生活保護相当)	中低所得 世帯	一般の 世帯
第一級	-	-	-	-
第二級	8,350			
第三級	12,880			
第四級	15,480			
第五級	20,080	0%	6%	18%
第六級	23,390			
第七級	26,740			
第八級	30,150			

注: 第一級は居宅・地域ケア給付の対象外

3. 給付の基本的な考え方

	内容
サービス利用者	1. 基本給付 要介護度別の給付限度枠内で提供 2. 加算 給付限度枠に追加で提供 例: 夜間や休日の介護サービスなど
介護事業者	1. 介護事業者加算 介護事業者を対象とした加算 例: 介護サービスが不足地域でのサービス提供 2. 介護事業者費用控除(試行段階では未実施) 特定の事情のある場合に介護費用給付を減額 例: サービス提供の回数などが不確実な場合

出所: 衛生福利部資料より作成

IV. 台湾版「地域包括ケアシステム」—地域包括ケアモデル（社區整體照顧體系）—

1. 「地域包括ケアモデル」の目的

台湾では「長照 1.0」の実施により介護サービスの提供・利用は増えたものの、①介護サービスの整

備が量・質ともに不十分である、②介護サービス間の連携が不十分である、③介護サービスと介護予防との連携も不十分である、という問題があった。このことは、介護サービス利用者にとって、①介護サービスの内容、時間帯に柔軟性がなく、ニーズを反映していない、②介護サービスそのものにアクセスできない、③家族介護者への支援ニーズも十分でない、という問題であるということもできる。「長照 2.0」では、こうした問題に対応するため、「居宅サービスの供給を優先的に拡大し、デイサービスを普及させ、介護サービス間の連携を図り、地域を基礎とした包括的な介護サービス体系を発展させる」ことを介護サービス提供体制構築の原則とした。その上で、地域の中で介護サービスの量や質を充実させ、異なる種類の介護サービスの連携を図ることを目指すため、「地域包括ケアモデル」(社団・財団)を「長照 2.0」の中で実施することとした。

2. 「地域包括ケアモデル」の概要

「地域包括ケアモデル」は地域密着型の介護サービスモデルであり、わが国の「地域包括ケアシステム」を参考にしている⁸。その概要は図 5 の通りであるが、上述のように地域(後述の A 型の介護事業所の整備目標から市区町村相当の範囲を「地域」の単位としていると考えられる)の介護サービスの量と種類の増加、介護事業所間の連携を図ることなどが目的である。これを実現させるために、地域内の介護サービス拠点を A、B、C 型として指定し、A 型を頂点としてこれらを連携させる。それぞれの機能などをみると次のようになる。

まず、A 型は介護サービス提供の他、地域で指導的な役割を果たす、いわば地域の介護拠点の旗艦店としての役割を果たす。具体的には、①自ら介護サービスを提供すること(デイサービスおよび居宅ケアサービスの他に 1 種類の介護サービスを提供)、②家族と相談のうえでの介護サービス計画の作成、サービスの連携及びモニタリング、③B、C 型介護事業所と連携し、ケア会議を開催する、④定期的に地域ネットワーク包括会議を開催する、⑤B、C 型介護事業所の支援、⑥教育プログラムの実施、などの役割を担う。つまり A 型の介護事業所をわが国に当てはめて言えば、介護サービス事業所が地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の役割を同時に担うことになる。特に A 型の介護事業所でケアマネジメントも行う点について、直轄市・県市政府に設置されている「介護管理センター」の職員(要介護認定、ケアプランも作成)との役割の違いが明確でない、という指摘が「長照 2.0」実施前の説明会でなされた⁹。また、A 型の介護事業所に申請できる組織や当局からの補助は付表 1 のとおりである(B 型、C 型も同様)。申請できる組織として、公的機関の他、公益法人(社会福祉法人など)、医療機関となっている。当局の審査を経て A 型の介護事業所として認定されると、施設整備、介護事業所連携のための費用(会議開催費など)、介護サービスの人件費(3 名分)などが補助される。後述するように、移送サービスによって、地域の介護サービス利用者を地域内の B 型、C 型の介護事業所に送り届ける役割も担うので、そのための車両購入費、運転手の人件費なども補助される。

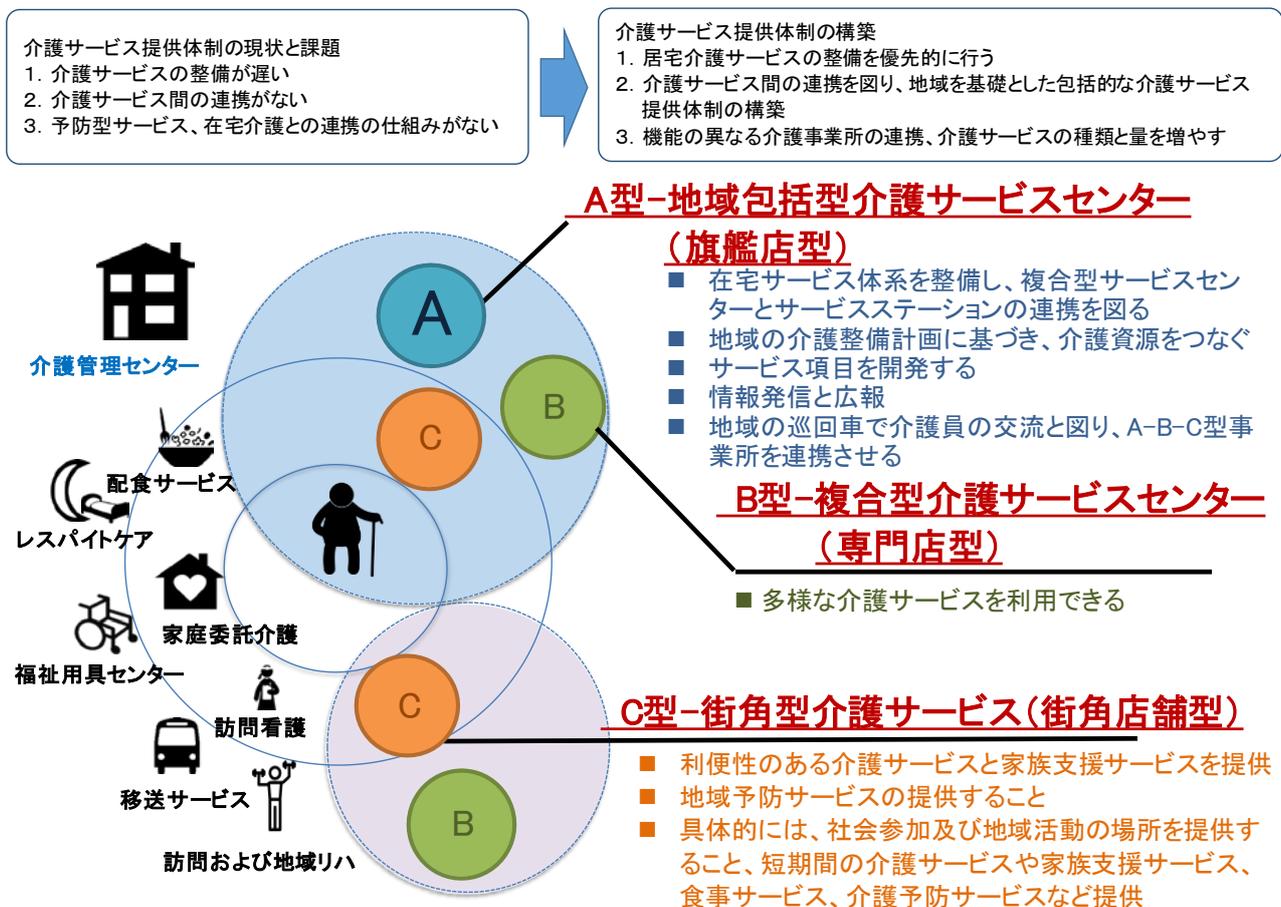
次に B 型は、多機能かつ専門的な介護サービスを提供する介護サービスの専門店として位置づけられる事業所である。わが国の介護保険の指定事業所に相当するものと考えられる。B 型では、①自ら介護

⁸ 筆者が 2017 年 2 月に行った台湾でのヒアリングによる。

⁹ 2016 年 8 月 15 日の台南市での説明会による。

サービスを提供（少なくとも2種類の介護サービスを提供）、②A型の事業所に協力する、③C型の事業所を支援する、という役割を担う。具体的には、居宅・地域ケア、認知症および家族介護者支援、相談業務、配食サービス、介護予防、要介護悪化防止、地域リハ、認知症ケアおよび家族介護者支援のサービスを提供することが想定されている。このような専門店型の介護事業所であるので、認定を申請できる組織は、公益法人（社会福祉法人など）、高齢者施設・障害者施設、医療機関などとなっている。B型の事業所と認定された場合には、施設整備、介護事業所連携のための費用（会議開催費など）、介護サービスの人件費（2名分）が補助される。

図5 「地域包括ケアモデル」の概要



■ 地域の中で現行の介護サービス事業所はこれまで通りのサービスを提供

出所: 衛生福利部資料より仮訳(訳: 万琳静)の上で作成

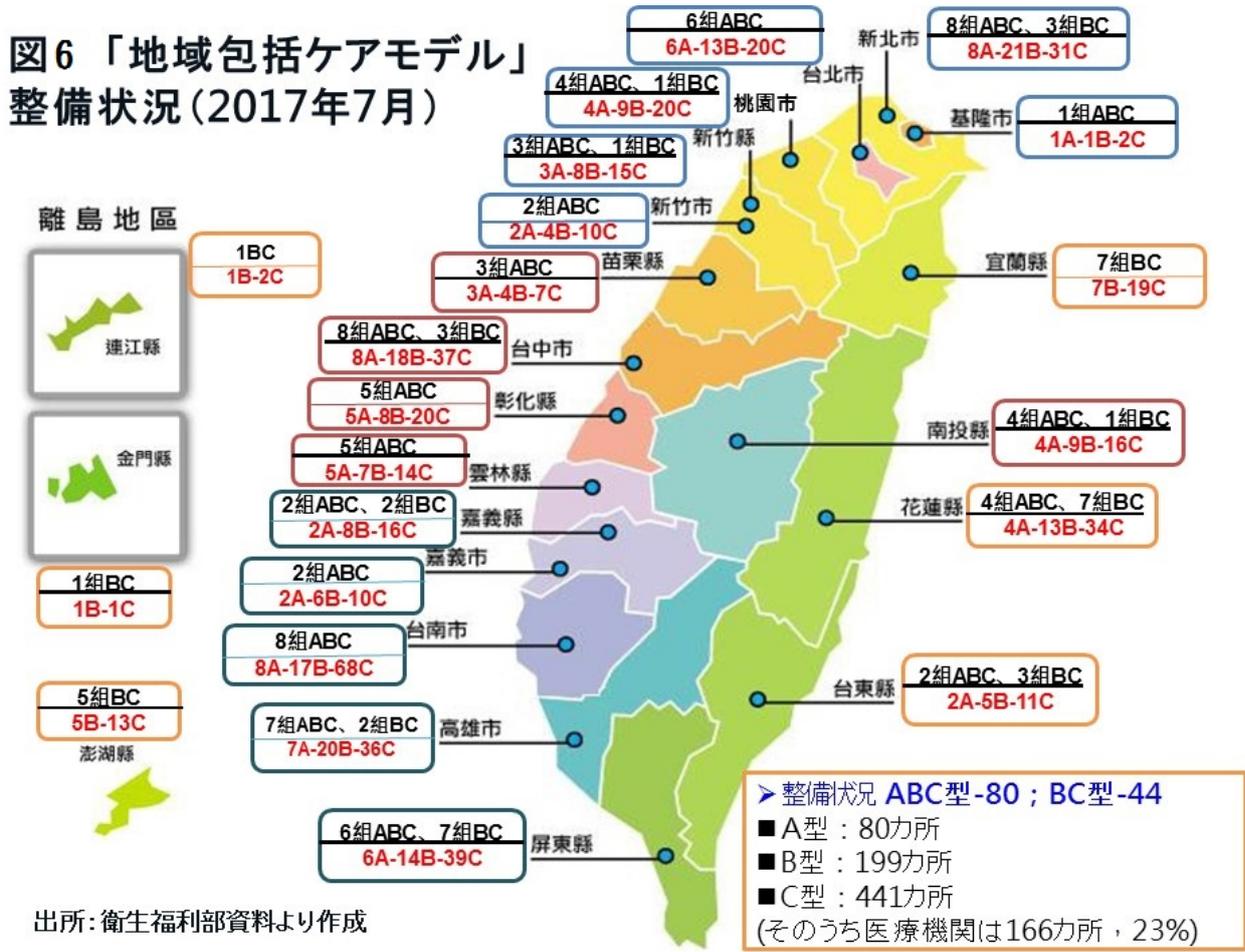
そして、C型は介護予防や配食などを提供するより身近な介護サービス拠点として位置づけられており、いわば街角型の拠点である。具体的や役割として、①介護予防及び要介護状態悪化予防、②短時間介護及びレスパイトケア（臨時サービス）、③配食サービス（個別配送、会食）、④高齢者の社会参加及び活動場所の提供、が想定されている。わが国で言えば、「介護予防・日常生活支援事業」の「介護予防・生活サービス支援事業」（通所型サービスや生活支援サービスとして、基準緩和型や住民参加型）に相当すると言えなくもないが、元気な高齢者の集まるサロンのような機能も併せ持っているとも言え

る。C型としての認定を申請できる組織として、B型を申請できる組織の他、地域福祉の拠点、村落の事務所、老人サービスセンターなどとなっており、その条件も「地域密着のサービスに意欲のある者」とされている。C型の事業所と認定された場合には、施設整備、介護事業所連携のための費用（会議開催費など）、介護サービスの人件費（50万台湾元）などが補助される。なお、C型の事業所では福祉を学ぶ学生が実習やボランティアとして介護サービスに関わることも想定されている。つまり、これからの介護人材の発掘という役割も担っている（図5、付表1）。

このような特徴と役割などを持つ、A,B,C型の介護事業所であるが、介護拠点それぞれで複数の種類の介護サービスを提供する。これは、地域内での介護サービスの種類と量を増やすという目標に沿ったのである。しかし、それぞれの介護拠点を1カ所利用するだけでは、要介護高齢者や家族のニーズを満たすことはできない。そこで、介護拠点間の連携が必要になる。その方法として、ケア会議の開催もある一方、A型の介護拠点に配備した車両を用いて、介護サービス利用者を彼らのニーズに応じてそれぞれの拠点に移送する形で行う。つまり、A型の移送サービスで、地域内の介護事業所ネットワーク化させる、という特徴がある。なお、A型、B型、C型の認定は当局への申請、審査を経て行われるが、地域内のすべての介護事業所がA型、B型、C型に必ず申請しなければならないという訳ではない。これに応募しなくても、従来から介護サービスを提供している事業所は、この分類に関係なくこれまで通り地域内で介護サービスを提供できる（図5）。

「地域包括ケアモデル」は2016年10月からモデル事業が実施されている。介護事業所の申請に基づき、当局が審査を行い、A,B,C型の事業所の認定を行っている。2017年7月現在の整備状況は図6の通りである。地域内にA,B,Cすべての介護事業所が指定されている形（ABC型）が基本であるが、山間部などでA型の介護事業所が指定されない場合は、B,C型の介護事業所のみ形（BC型）もある。その場合はA型の役割をB型が担うことになる。A,B,C型としてそれぞれ認定された介護事業所の数は、A型は80カ所、B型は199カ所、C型は441カ所となっている。ABC型、BC型の別で地域の数を見ると、ABC型は80地域、BC型は44地域となっている。今後の整備目標として、A型は469カ所（市町村相当の地域ごとに少なくとも1箇所）、B型は829カ所（中学校区ごとに1カ所）、C型は2,529カ所（3集落ごとに1カ所）が掲げられている（図6）。

図6 「地域包括ケアモデル」整備状況(2017年7月)



3. わが国の「地域包括ケアシステム」との比較

このように、「長照 2.0」では地域密着型で多様な介護サービスを提供する仕組みとして、「地域包括ケアモデル」(社區整體照顧體系)を盛り込んでいる。すでに述べたように、わが国の「地域包括ケアシステム」を参考にした、と言われている。両者の比較をした結果をまとめたものが表4である。これを見ながら、台湾の「地域包括ケアモデル」の特徴を見てみよう。

まず対象とする地理的な範囲であるが、人々の生活圏域である「地域」を介護サービス提供の単位としていることは共通している。しかし、わが国は「おおむね 30 分程度で(医療や介護関係者などが)駆けつけられる範囲」(中学校の校区に相当する想定)であるが、台湾は「市区町村に相当する地方政府の管轄範囲」(A型介護事業所の整備目標数、中学校区に1カ所の整備目標とするB型を複数ネットワーク)と考えられ、「地域」の地理的な範囲に相違がある。わが国が市区町村より細かい地理的範囲を想定しているのに対して、台湾は地方政府の行政区域で想定している側面がある。

次に「地域」内で提供されるサービスであるが、「複数のサービスが連携する」ところは共通している。しかし、わが国の「地域包括ケアシステム」を構成する要素として、「住まい」、「医療」、「介護」、「福祉(生活支援)」、「予防」の5つがあり、それぞれの従事者や地域住民が連携しあって、必要なサ

サービスを提供する、というように、介護分野に限らない。一方で台湾では、医療機関が運営する介護事業所、訪問看護などの医療系のサービスも含まれてはいるが、介護サービスの連携に重点が置かれている。

さらに「連携」の方法であるが、わが国は市区町村が設置する「地域包括支援センター」が中心的な役割を果たす形で、医療、介護などの関係者が「地域ケア会議」などを通じて情報や事例の共有などを行う。これがそれぞれの組織で介護などのサービスを提供するための基礎となる。つまり、「連携」の方法が「地域の関係者同士のネットワークの仕方」に重点が置かれている。一方で台湾では地域の中核となるA型の介護事業所に配備された車両を活用した移送サービスで利用者を送り届ける、という物理的なネットワークが前面に出ている。また、わが国で「地域包括支援センター」が果たしている機能もA型の介護事業所が担っており、地域での医療や介護のネットワークの基盤作りが介護事業者に任せられた形になっている。

最後に、わが国の「地域包括ケアシステム」では、「地域に住む高齢者」（および家族）を中心に置く形でシステムが考えられている。しかし台湾では、介護サービス提供体制の構築とネットワーク化に重点が置かれている。わが国の介護サービスは地域差があるものの長い時間をかけて整備され、誰のために連携を行うかが重要である一方、台湾では介護サービスの整備そのものも途上にあることが背景にあると考えられる。

このように、台湾の「地域包括ケアモデル」（社區整體照顧體系）はわが国の「地域包括ケアシステム」との共通点はあるものの、相違点の方が多い。その背景にはそれぞれのシステムが目指すものが異なっていることがあると考えられる（表4）。

表4 台湾「地域包括ケアモデル」の特徴(わが国との比較)

	台湾「地域包括ケアモデル」 (社區整體照顧體系)	日本「地域包括ケアシステム」
対象となる 地理的範囲	「市区町村に相当する地方政府の管轄範囲」 (A型介護事業所の整備目標数より)	おおむね30分程度で(医療や介護関係者などが)駆けつけられる範囲(中学校の校区に相当する想定)
サービス提供	・複数のサービスが連携 ・介護事業所(A,B,C型)がA型を頂点に連携してサービス提供+その他の事業所によるサービス	・複数のサービスが連携 ・医療、介護、福祉などの関係者、地域住民などが参画してサービス提供
連携方法	・A型の介護事業者がB,C型との連携を担う 利用者のケアマネジメント ・A型に配備された車両による各事業所のネットワーク化	・医療、介護などの事業者などが連携 ・関係者による情報共有などのネットワーク化
地方政府	「介護管理センター」(要介護認定、ケアプラン作成)	「地域包括支援センター」(ケア会議などによる関係者の連携、介護サービス利用者や家族からの相談や支援など)

資料: 衛生福利部資料、(日本)厚生労働省資料などから作成

V. まとめ

台湾では、急速な高齢化が見通される中、要介護者も増加しつつある。2008年の「長期照顧十年計画」による高齢者介護制度の実施後、「長期照顧服務法」と「長期照顧保險法」を柱にした新しい介護制度を検討してきた。前者は2015年に法律として成立し、2017年には関係規則が定められた。後者は

蔡英文総統政権になったことを受けていったん撤回される一方、「長期照顧十年計画」の後継プランである、「長期照顧十年計画 2.0」が検討され、2017年から実施されている。これまでの介護サービスの評価と課題をもとに、対象者の拡大、介護サービスの種類の増加などが図られている。その中で、「地域包括ケアモデル」が盛り込まれている。これはわが国の「地域包括ケアシステム」を参考にしており、生活圏である地域を対象とし、複数のサービスを連携させることは共通している。しかし、A,B,C型の介護サービス拠点、A型を頂点にその連携を車両による送迎で行うという連携が物理的な側面があるほか、連携が介護事業所に重点が置かれていること、わが国では市区町村が設置の「地域包括支援センター」が果たしている、地域での医療や介護のネットワークの基盤作りがA型の介護事業者に任された形になっている、システムが高齢者などの住民中心でなく、介護事業所のネットワーク化に中心が置かれている、という特徴が見られた。これらはわが国の「地域包括ケアシステム」との大きな相違点である。つまり、台湾では、地域に密着した介護サービス提供体制の構築が急務であるが、介護サービスそのものの整備も同時に行う必要がある。こういった事情は日本と台湾の違いとなって現れていると言えよう。

付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。また、資料の整理にあたっては、万琳静さん（日本女子大学大学院）の協力を得た。彼女を含め、ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げる。

参考文献

- 小島克久 (2003 年)「台湾の社会保障」広井良典・駒村康平編著『アジアの社会保障』東京大学出版会、pp.135-172.
- 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.
- 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
- 小島克久 (2014 年)「台湾・シンガポールの介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障【第 2 版】』法律文化社,pp.154-170.
- 小島克久 (2015 年)「台湾」増田雅暢・金貞任編著『アジアの社会保障』法律文化社,pp.81-107.
- 小島克久 (2015 年)「台湾における介護保障の動向」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会. No.106. pp.1.-12.
- 小島克久 (2017 年)「台湾——介護サービスにおける外国人介護労働者」金成垣・大泉啓一郎・松江暁子編著『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』明石書店,pp.184-204.
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0」
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0」(106~115 年) (核定本)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(雲林県)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(嘉義県)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(台南市)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(台北市)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(台東県)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0 説明會紀錄」(高雄市)
- 衛生福利部 (2016 年)「長照十年計畫 2.0-建構社區整體照顧模式 ABC 之理念」(2016 年 8 月)

付表1 「地域包括ケアモデル」におけるA,B,C型介護事業所の概要

	機能	役割	サービス項目
A型	1. 地域の介護支援 2. 新しい介護サービス開発 3. 情報提供と広報	1. 家族と相談のうえサービス計画の作成、サービスの連携及びモニタリング 2. B、C型施設と連携し、介護のケース介護を開催する 3. 定期的に社区ネットワーク包括包括会議を開催すること 4. B,C型施設を支援すること 5. 毎年の教育プログラムを計画、実施すること 6. 情報提供と広報	1. 地域内での在宅サービス提供体制を整え、B、C型資源を連携する。 2. サービスを提供する ・デイサービスと在宅サービス ・社区巡回車 ・活動空間を確保し、サービス拠点として、介護者及び家族介護者の相談、食事サービス、介護技術講座などのサービスを提供する
	補助金		
	1.施設の開設及び修繕(50万台湾元) 2.介護サービス活動費(介護プラン作成、研修のための専門家謝金など、24万台湾元) 3.事業所間連携業務費(20万台湾元、事業所間の会議開催費、研修費用など) 4.介護サービス計画管理費(経常費用の5%、光熱水道費、事務機器などの間接経費) 5.介護サービス人件費(3人、150万台湾元、管理専門人材1名を含む) 6.地域巡回移送サービス □車両(車両導入、事業所ごとに最高95万台湾元) □運転手(1人、33万7,500台湾元) □車両リース料(二年で最高補助162万5,000台湾元、車両および運転手の補助金とはあわせて申請できない) □雑運費用12万台湾元/年(車両購入の場合、車両リースの場合は対象外) 7.ケースマネジメント管理費(1,000人、100万台湾元) ※年度補助最高額は501万7,000台湾元 ※事業所が購入する車両は1台とは限らない、車両リース料はタクシー会社との連携費用、タクシー代に充てることができる		
	地域巡回移送サービス	運用原則 1. A型事業所を中心に、ABC型を巡回する。乗り合い方式を原則とし、適宜乗務員が添乗する。定期及び路線運行を原則とするが、要介護者や車いす使用者のニーズを考慮し移送サービスへのアクセスを配慮する。地域の利用者のニーズに対応した弾力性のある運用も行う。 2. 地域外の医療機関への移送が必要な場合、そのための運用も可能。 3. 新しいサービスであるため、その普及促進ため年間12万台湾元の維持費を特に補助する。 4. 原住民族地区、遠隔地では、サービスの効用の最大化を前提に、自己負担を求めることができる。	
B型	1. 地域のサービス量を拡充する 2. 多様なサービスを提供する	1優先的に居宅サービス、デイサービス、あるいは福祉行政、医療行政関連の介護サービスを提供する 2、一定の地域で在宅サービスを提供する 3、A型施設に協力すること 4、C型施設の介護機能をサポートすること(監督、技術支援など) BCモデルにおいて B型施設はケース記録管理の役割を果たさなければならない	1. ABC型地域モデルの場合 (1)現在の介護サービスの他にもう1種類 (2)サービス拠点として、地域密着の介護、認知症および家族介護者支援、相談業務、配食サービス、介護予防、要介護悪化防止、地域リハ、認知症ケアおよび家族介護者支援 2. BC型地域モデルの場合 (1)現在の介護サービスの他にもう1種類 (2)地域内移送サービス (3)サービス拠点として、地域密着の介護、認知症および家族介護者支援、相談業務、配食サービス、介護予防、要介護悪化防止、地域リハ、認知症ケアおよび家族介護者支援
	補助金		
	1. ABC型地域モデルの場合 1.施設の開設及び修繕(50万台湾元) 2.介護サービス活動費(24万台湾元) 3.介護サービス計画管理費(経常費用の5%) 4.介護サービス人件費(2人、100万台湾元) ※最高補助金額年間180万2,000台湾元 2. BC型地域モデルの追加補書 1.地域巡回移送サービス □車両(車両導入、事業所ごとに最高95万台湾元) □運転手(1人、33万7,500台湾元) □車両リース料(二年で最高補助162万5,000台湾元、車両および運転手の補助金とはあわせて申請できない) □雑運費用12万台湾元/年(車両購入の場合、車両リースの場合は対象外) 2.ケースマネジメント管理費(300人、30万台湾元) 年度補助最高額は354万7,000台湾元		

表4 「地域包括ケアモデル」におけるA,B,C型介護事業所の概要(続)

	機能	役割	サービス項目
C型	1、利便性のある介護サービスと家族介護者支援サービスを提供すること 2、社区初級予防サービスを提供すること	1、社区臨時委託サービスの場所を提供すること 2、社会参加及び社区活動場所を提供すること 3、中高年齢の人材資源再利用 4、潜在的な介護サービス提供人材を発掘すること	1.少なくとも週5日、1日あたり6時間以上のサービス提供 2.サービス項目 1)介護予防及び要介護状態悪化予防 2)短時間介護及びレスパイトケア(臨時サービス) 3)配食サービス(個別配送、会食) 4)社会参加及び活動場所の提供
	補助金		
	1.施設の開設及び修繕(50万台湾元) 2.介護サービス活動費(24万台湾元、不動産賃貸料も可(毎月1万台湾元を上限)) 3.介護サービス計画管理費(経常費用の5%) 4.介護サービス従事者人件費(50万台湾元) 5.介護サービス従事者追加補助(14万台湾元、(医療、介護などの専門を専攻する)若年介護人材の優先的な雇用促進。原住民族、遠隔地では、学生その他、介護従事者の資格取得者も対象) ※最高補助金額年間142万4,000台湾元		
	費用徴収について	場所提供は無料であり、サービス提供について、地方政府の意見に基づき費用を決める(利用者一部負担)	
	短時間ケアサービス	経済状況によって0~60台湾元/Hでサービスを提供する	
	レスパイトケア	1、C型介護ステーションは、レスパイトケア施設の基準に満たせば、地方政府と契約し、提供組織になる。 2、サービス対象者は、軽度の要介護、認知症高齢者である	
	介護予防、悪化防止	1、看護及び健康介護課が推進する「介護予防と維持計画」の実施組織として勤める 2、地方政府の審査のもと、介護予防と維持計画の実施組織として、地方政府から補助を受け取る	
	配食サービス	1、月2万円の補助 2、一部利用者負担	
	設備の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・一人あたり面積3平方メートル以上 ・バリアフリーの出入り口、地下は認めない、2階以上の場合エレベータを設置 ・厨房設備 ・トイレ(滑り止め設備など) ・消化器などの緊急用設備 	

出所：衛生福利部資料より仮訳(訳：王琳静)の上で作成