

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
「東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討」

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

東アジアの介護制度の多様性を、各国・地域ごとに顕著な特徴として挙げることができる。まずわが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選

択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。自国がその構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスする方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

A. 研究目的

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

B. 研究方法

本研究では、これまで行った研究成果も活用しつつ、わが国の他、中国、韓国、台湾の政策および統計資料を活用した。各国・地域の介護制度の概要、制度の構成要素別の特徴をまとめ、必要に応じて制度の実施状況の比較を行った。周辺地域への示唆の検討では、介護制度を構成する要素の初期段階的な分類、最も基本となる対象者や財政方式での検討では、OECDの資料も用いながら、制度の選択肢の検討を試みた。

（倫理面への配慮）

本研究は、研究分担者の研究成果、公表されている各国および地域の政策・統計資料をもとに進めた。これらの情報は公開されており、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

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健

康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイントも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性のあることを明らかにした。

D. 考察

東アジアは介護制度構築の政策経験を蓄積しつつあり、その内容は多様である。しかしこれを制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。また、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験してい

ない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスの方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

E. 結論

東アジアは介護制度には多様性があるが、共通点もある。そこで、その制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。人口高齢化や経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて、東アジアの介護政策に関する知見を提示することは可能である。

G. 研究発表

1. 論文発表

・小島克久 (2020 年)「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』(2021 年 1 月) 健康保険組合連合会,2021 年 1 月号,pp.16-21.

2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

1. はじめに

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。例えば、韓国の高齢化率（65歳以上の者の総人口に占める割合）は2015年の12.9%から2065年の42.1%にまで上昇する見通しである。後者は同じ年のわが国の高齢化率の水準（38.4%）に相当する。中国でも高齢化率は2015年の9.3%から2065年の30.0%に上昇する見通しである（U.N. "World Population Prospects 2019"）。さらに台湾の高齢化率も2015年の12.5%から2065年の41.2%への上昇が見通される（国家発展委員会「中華民国人口推計（2018至2065年）」（2018年）ぶよる）。

こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている¹。介護分野についてみると、わが国は高齢者福祉の歴史は長いが、2000年に介護保険が実施され、介護サービスの利用が大きく広がった。そして、「地域包括ケアシステム」の構築などに見られる地域密着、地域性を反映した持続性のある高齢者介護制度の構築を目指している。韓国では2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施された。わが国の介護保険を検討しつつ、韓国独自の制度内容となっている。台湾でも介護保険が検討されたが、現在は「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0）という政策プランの下で公的介護サービスの充実が図られている。中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。

東アジアの介護制度は、共通点がある一方で、相違点も多い。つまり、東アジアの介護制度には「多様性」があるといえる。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。

このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性についてみていく。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みる。

2. 東アジアの介護制度のイメージ

東アジアの介護制度イメージをまとめたものが表1である。この表では、対象者、年齢でのカバレッジで介護制度のイメージをまとめてみた。まずわが国の介護保険は、65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者が存在する。これらに該当する者は介護保険の被保険者となる。ただし、色の濃い第1号被保険者が給付の中心となり、色の薄い第2号被保険者が介護保険の給付を受けるために

¹ 東アジアを含むアジア全域の高齢化、介護ニーズ、介護人材を取り上げたものとして、Hayashi (2018) 参照。

は、加齢による疾病、末期がんなどの条件が加わる。よって、わが国の介護制度は高齢者を主な対象とした、社会保険方式によるユニバーサルな制度である。

次に韓国の介護制度ではわが国の後続グループにあると言っても良い。老人長期療養保険（介護保険）は2008年に実施され、わが国と同じ社会保険方式のユニバーサルな制度である。この制度からの給付は高齢者が中心であるが、大きな違いは被保険者となる者の範囲がわが国よりも広く、0歳からとなっている。これは、韓国の医療保険である国民健康保険の加入者をそのまま老人長期療養保険の加入者としたためである。台湾も後続グループにあると言って良い地域である。長期照顧十年計画2.0は、税財源の制度であるが、精密な要介護認定、ケアプランの作成など、わが国の介護保険制度にもある仕組みがある。また、後述する地域密着の介護サービス提供体制の構築も目指している。台湾では、この制度の対象者は高齢者だけにとどまらず、①65歳未満の障害者、②50～64歳の認知症患者、③55～64歳の原住民族で介護を必要とする者も対象者である。つまり、税方式の若年障害者などを含むユニバーサルな介護制度、というのが台湾の介護制度である。

中国では2015年から介護保険のモデル事業を15カ所の都市で実施している。制度内容は都市により異なる。もっとも、将来の全国的な介護保険実施を目指し、2020年9月に介護保険モデル事業拡大の指導意見が中国政府から出され、新たに14カ所の都市が追加になった。制度の特徴を短くまとめるのが困難な状態であるが、社会保険方式での制度構築を目指しているのが中国である。

このように東アジアの介護制度をごく簡単なイメージでまとめても多様性があることがわかる。

表1 東アジアの介護制度イメージ

国・地域	制度イメージ	国・地域	制度イメージ
日本	<p>2000年に「介護保険」を実施</p>	韓国	<p>2008年に「老人長期療養保険」(介護保険)を実施</p>
台湾	<p>税方式の制度。「長期照顧十年計画2.0」(2017年～)</p>	中国	<p>15都市で介護保険モデル事業(2015年～) 介護保険モデル事業拡大の指導意見(2020年9月)</p>

出所: 小島克久「東アジアにおける高齢者介護制度の構築段階と日本の経験の伝搬に関する研究(平成28～令和元年度)について」『社会保障研究』第16号所収の図の一部を筆者が加筆の上で引用。

3. 東アジアの介護制度の特徴

東アジアの介護制度は表1だけを見ても多様である。その多様性のより明確にする各国・地域の特徴を表2から見ていこう。中国については介護保険モデル事業実施都市以外の制度の特徴でまとめてみた。財政方式と制度対象者は表1で述べたとおりであるが、前者については、社会保険方式はわが国と韓国、税方式は台湾である。中国は介護保険モデル事業の実施都市以外の地域では税方式（低所得者のみ）である。後者は、わが国は40～64歳と65歳以上の者、韓国は全年齢、台湾は65歳以上の者と障害者など、中国は65歳以上となっており、対象者の年齢の幅は多様である。

介護制度を作るのは一般に政府（国）であるが、運営者（保険者）は若干異なる様相を呈する・介護保険を持つわが国と韓国では、制度運営者である保険者はそれぞれ市区町村、国民健康保険公団である。わが国では介護などの福祉制度は、住民にとって最も身近な政府組織である市区町村が介護保険の保険者となっている（地域保険）。韓国では医療保険の保険者である国民健康保険公団の組織と専門人材の活用の観点から、政府の団体である国民健康保険公団が保険者である。韓国では医療保険は国民健康保険に統一されているので、政府の団体が介護保険の保険者となっている（国営保険）。台湾は台北市や嘉義県のような地方政府が制度を運営する。中国でも地方政府の運営となる。

表2 東アジアの介護制度の特徴

	日本	韓国	台湾	中国
財政方式	社会保険 (介護保険)	社会保険 (老人長期療養保険)	税 (長期照顧十年計画2.0)	税(低所得者のみ)
制度対象者	65歳以上 40~64歳	全年齢	65歳以上 55歳以上の原住民族 障害者など	65歳以上
制度運営者(保険者)	市区町村(地域保険)	国民健康保険公団 (国営保険)	地方政府	地方政府
要介護認定の有無 (認定の段階)	あり	あり	あり	
	7段階	6段階	8段階(自立を含む)	
給付対象者	主に65歳以上	主に65歳以上	65歳以上および障害者	65歳以上
給付内容	在宅、地域密着型、施設ケア、 福祉用具と住宅改修など	在宅、通所、施設ケア、 福祉用具など	在宅、地域(通所)、施設ケア、 福祉用具・バリアフリー改修、 家族介護手当など	在宅、通所、施設ケアな ど
自己負担割合	10%(原則) 20%、30%(高所得高齢者)	在宅15% 施設20% 低所得者減免あり	生活保護 0% 低所得者 5% 一般 16%など	
近年の政策の方向	「地域包括ケアシステム」 の構築など	「地域社会統合ケアパイ ロット事業」の実施と全 国拡大(2025年目標)な ど	介護サービスの充実(ABC型 地域密着型介護サービス)	15地域で「介護保険モ デル事業」の実施とモ デル事業の拡大
外国出身介護労働者	受け入れの制度実施	看病人(간병인)	外籍看護工	

出所：各国・地域資料より筆者作成

介護制度（給付）に不可欠な要介護認定は、制度が把握できるわが国、韓国、台湾で存在する。わが国では要介護認定は系統樹方式に基づく方法で、要介護の段階は要支援1および2、要介護1から5の7段階である。韓国もわが国の方法を参考にしたが、韓国の事情に合わせた方式であり、最も重度の1等級から軽度の4等級の4段階に加え、その下の等級外Aで認知症患者のための5等級、さらに下の等級外Bで認知症患者のための認知症支援等級の2段階を加えた6段階である。台湾もわが国の要介護

認定を参考にしたが、台湾独自の ADLs および IADLs の喪失度をもとにした仕組みを採用している。段階としては自立である第 1 級から最も重度の第 8 級までの 8 段階である。実際に介護サービスを利用できるのは第 2 級からとなる。つまり、要介護認定の段階に各国・地域の差はあるが、精密な要介護認定が存在することは共通している。

介護制度からの給付対象は各国・地域でほぼ共通している。65 歳以上の者が中心であることは、わが国、韓国で共通であり、中国も 65 歳以上が対象となる。台湾では 65 歳以上の者の他、若年障害者も対象であり、台湾が高齢者と障害者の介護制度がひとつになっていることが目立つ。給付内容も各国・地域でほぼ共通しており、在宅、地域（通所）、施設ケアサービス、福祉用具が給付される。住宅改修はわが国と台湾で給付対象となっている。

介護サービス利用の際の自己負担であるが、制度が把握できるわが国、韓国と台湾で見てみよう。わが国は費用の 10% を原則とし、現役世代並に所得が高い高齢者には 20% または 30% の自己負担割合が適用される。韓国では在宅の介護サービスは 15%、施設は 20% となっている。ただし、低所得の者などに自己負担の減免があり、全額免除（国民基礎生活保障（生活保護）の受給者）、40% または 60% の減額（全額免除の対象外の低所得者など）がある。台湾では社会救助と呼ばれる生活保護の受給者は 0%（自己負担なし）、それ以外の低所得者は 5%、一般の利用者は 16% となる。その他に福祉用具などで最大で 30% の自己負担がある。自己負担の水準、減免の仕組みの違いはあるが、介護費用の一部を負担する仕組みの存在は共通して見られる特徴のひとつである。

各国・地域の介護政策の方向であるが、地域密着の介護サービス提供体制構築の方向が共通している。わが国は 2025 年を目標（2040 年も見据えた）「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。高齢者が住み慣れた地域で、医療や介護などの必要なサービスを切れ目なく利用できる体制の構築である。介護だけでなく、医療やその他の福祉制度の組織、人材、住民との連携が重要である。また最近では、高齢者だけでなく、住民全体の福祉を進めるための包括的な展開の方向にもある。台湾ではわが国の地域の特徴を参考に、地域密着の介護サービス提供体制構築を進めている。具体的には、市区町村レベルの地域を単位として、旗艦店となる中心的な介護事業所（A 型）、従来からある専門的な介護事業所（B 型）、介護予防サービスなどを気軽に利用できる事業所（C 型）に分類された介護事業所を、A 型を頂点としたピラミッド型の介護サービス連携システムである。介護サービスの種類、量の増加を目指すとともに、介護サービス事業所間の連携を目指している。特に A 型の介護事業所では、地域内の介護事業所の連携の他、要介護者に対して、地方政府が要介護認定のときに作成したケアプランをもとに具体的な介護サービス利用計画を作成するケアマネジメントも担っている。中国では、後述の 15 の地域で介護保険のモデル事業を実施し、2020 年になりその拡大も進めている。

外国人介護労働者の受入については各国・地域による差がある。最も受入が進んでいるのは台湾であり、「外籍看護工」と呼ばれる主に東南アジア出身の労働者が、主に家庭で高齢者などの介護にあっている。わが国では、EPA に基づく介護福祉士、看護師候補生の受入、在留資格「介護」の創設、技能実習生に介護分野を追加、特定技能 1 号で介護分野を対象といった、外国人の介護人材を受け入れるチャンネルが実施されている。

このように、東アジアの介護制度は、要介護認定があること、在宅、施設等の給付が行われること、自己負担をとること、地域密着の介護サービス提供体制の構築で共通している。一方で、財政方式、制度対象者、制度運営者などで違いがある。複数の共通点と相違点があるため、東アジアの介護制度には

「多様性」があると言える²。

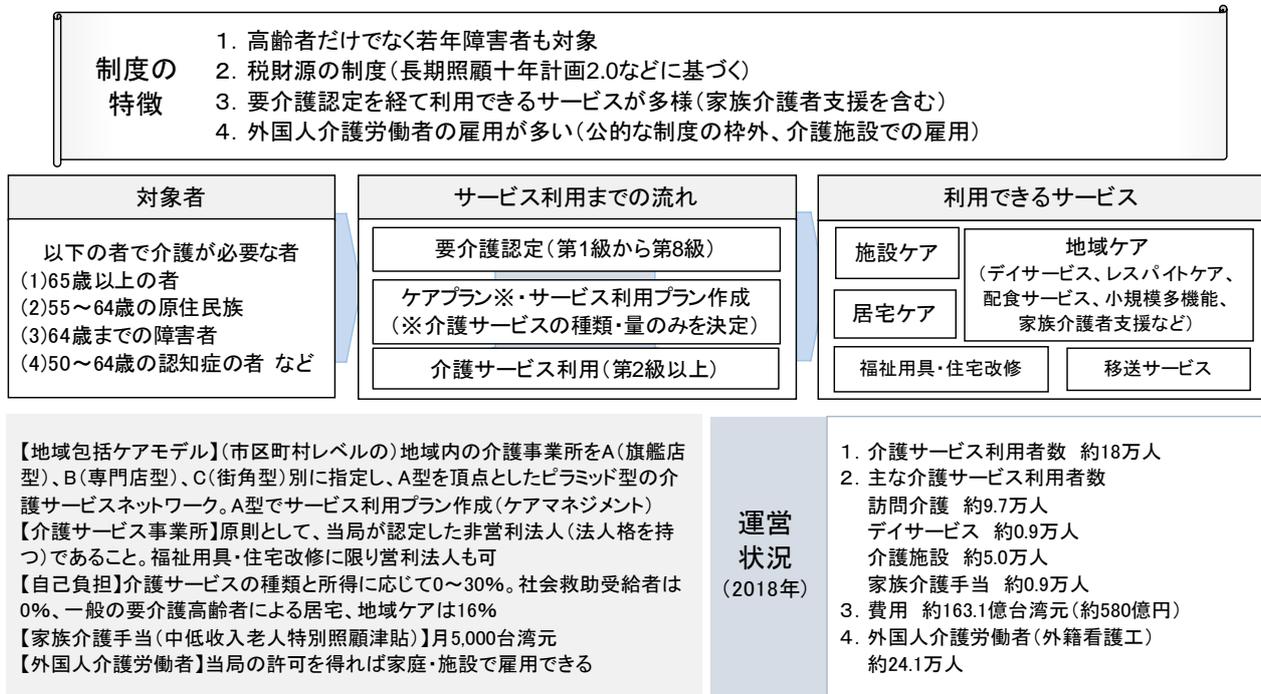
4. 東アジアの介護制度の多様性—各国・地域の例から—

(1) 台湾の介護制度—税財源で全年齢対象の制度—

台湾の介護制度の概要をその特徴に着目しながらまとめたものが図1である³。すでに述べた部分もあるが、制度の特徴を少し詳しくまとめると、以下の4点である。

- ①高齢者だけでなく若年障害者も対象
- ②税財源の制度（長期照顧十年計画2.0などに基づく）
- ③要介護認定を経て利用できるサービスが多様（家族介護者支援を含む）
- ④外国人介護労働者の雇用が多い（公的な制度の枠外、介護施設での雇用）

まず、①は障害者福祉がわが国ほど整っていないなど台湾の事情があったこと、②は蔡英文総統の方針で、税財源で介護サービスを整備するという事になったことが背景にある。



出所: 小島克久「台湾の医療・介護制度の特徴と課題」『月刊健康保険』(2021年1月)の図に加筆の上で筆者引用。
注: 衛生福利部資料などをもとに作成

図1 台湾の介護制度の概要

次に③は、要介護認定はわが国を参考にしつつも、台湾独自のものを確立させている。利用できるサービスも、施設ケア、居宅ケア、地域ケアなど多様である。特に、地域ケアとして、デーサービスの他、家族介護者を支援する役割のあるレスパイトケア、わが国を参考にした小規模多機能が含まれる。また、

² 東アジアの介護制度については増田(2014)、増田・金(2015)参照。

³ 台湾の介護制度については小島(2019)および小島(2021)参照。

家族介護者支援をこれに含まれており、家族介護者のための介護相談、介護技能訓練などが行われる。この家族介護者支援が給付に含まれたのは、長期照顧服務法（介護サービス法）の検討時に、立法委員（国会議員に相当）から家族介護者支援策の重要性を指摘されたことがある。つまり、台湾の介護制度からの給付メニューは、わが国以上に広いことが明確にされている。

そして④は長照 2.0 の制度の外ではあるが、台湾当局が介護分野で外国人労働者を受け入れていることと関係している。家庭で雇用する場合でも雇用契約が必要で、賃金、休日、生活スペースの保障など雇用主が守る義務がある。しかし、賃金は家庭で雇用する場合には、最低賃金ではなく送り出し国と合意した標準的な賃金が適用される。そのため、安い賃金で、住み込みで働いてくれることもあり、2018 年で約 24.1 万人が雇用され、そのほとんどが家庭で働いている。高齢者や障害者の介護の大半を彼らが担っている。こうした制度外のインフォーマルケアが台湾の介護制度を支えている面がある。これはわが国と大きく異なる点である。

このように、台湾の介護制度は、わが国を参考にしている面もあるが、台湾独自の特徴もある。

(2) 韓国の介護保険—医療保険活用型の制度—

韓国の介護保険である老人長期療養保険について、台湾と同様に特徴に着目しながらまとめたものが図 2 である。韓国の介護保険の特徴を挙げると以下の 4 点である⁴。

- ①社会保険方式の制度（税財源あり）、国民健康保険公団を保険者（単一の保険者）
- ②加入者は医療保険（国民健康保険）加入者で全年齢。給付は主に高齢者。
- ③保険料徴収、要介護認定などで医療保険の仕組みや組織を活用
- ④要介護認定はわが国に類似の仕組み。ケアプランは保険者による「標準ケアプラン」

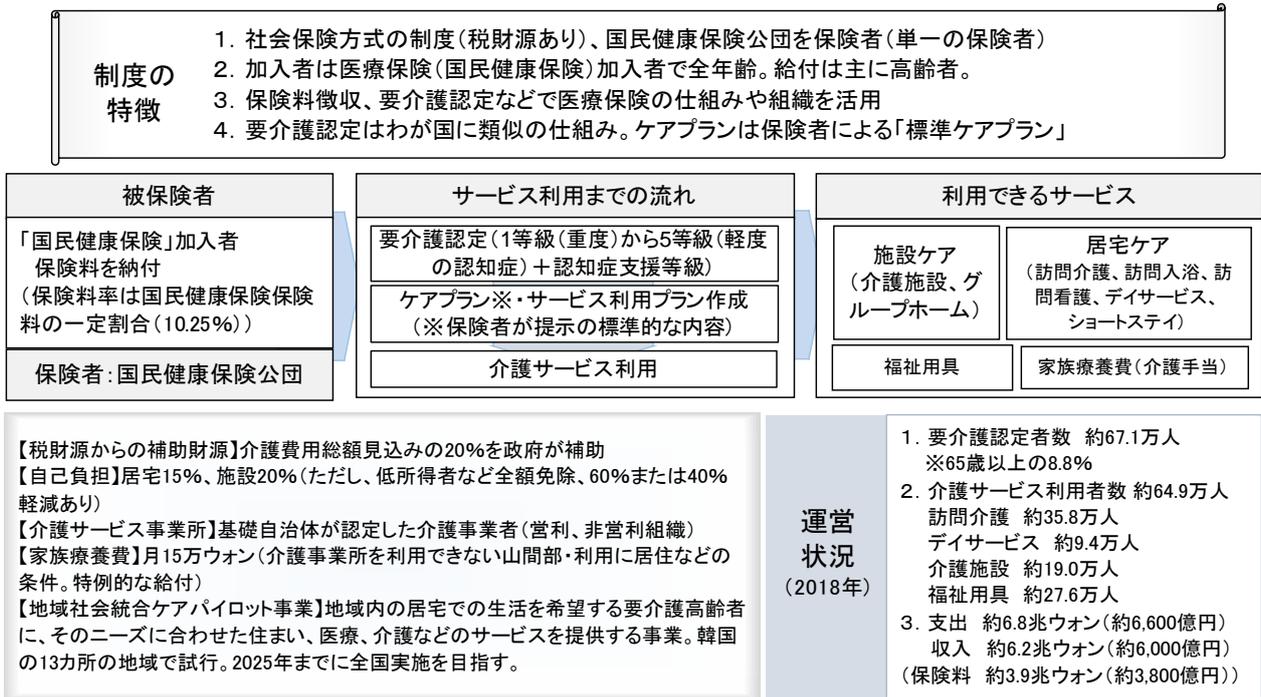
まず①について社会保険方式で税財源からの補助があることは、わが国の介護保険と共通している。ただし、税財源からの補助は介護費用の見込額の 20% を政府が補助する仕組みである。地方自治体（例：ソウル特別市、京畿道）からの補助は行われない。保険者はわが国と異なり、国民健康保険公団という医療保険を運営する政府の団体である。韓国の医療保険は国民健康保険に一本化されているので、政府の団体が介護保険を運営する。これは国民健康保険公団の組織、専門人材の活用という観点を背景とする。このことが他の特徴にも影響してくる。

次に②では、国民健康保険公団の加入者がそのまま介護保険の被保険者となる。医療保険の仕組みを活用していることを反映している。その結果、被保険者は全年齢となる。一方で給付は主に高齢者（65 歳以上）となっており、この点はわが国と共通している。③も医療保険の仕組みの活用を反映した特徴である。わが国と異なり介護保険料は他の制度から独立して算定ではなく、医療保険の保険料の一定割合となる。2020 年では医療保険の保険料率の 10.25% が介護保険の保険料率となる。つまり、医療保険の保険料率が上がるだけで、介護保険の保険料率も上がることになる。

そして④では、要介護認定の仕組みはわが国の仕組みを参考にしたが、韓国の実情に合わせた者となっている。ケアプランは、わが国と異なり保険者である国民健康保険公団から要介護度別の「標準ケアプラン」が示される。具体的なサービス利用プランは別途介護事業者が作成する。

⁴ 制度の詳細は、増田（2014）の他、韓国国民健康保険公団 web サイト（<http://www.longtermcare.or.kr>）を参照

このように、韓国の介護保険である老人長期療養保険は、わが国との共通点もあるが、単一の保険者、医療保険活用型という点での特徴がある。



出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団資料より筆者作成

図2 韓国の老人長期療養保険(介護保険)の概要

(3) 中国の介護保険モデル事業—全国実施を目指すモデル事業拡大—

中国の介護制度は、身寄りが無い、低所得などの高齢者に限定されてきたが、わが国や韓国、欧米諸国を参考にしつつ、独自の介護制度の確立を目指している。2015年からは15カ所の都市で介護保険モデル事業を実施している。また、2020年9月には中国政府(国家医療保障局)から「关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见」(介護保険モデル事業拡大に関する指導意見)が出され、新たに14カ所の都市が追加指定された。表3はその概要をまとめたものである⁵。

2015年から実施の介護保険モデル事業の概要(特徴)を短くまとめると、中国国内の15カ所の都市を指定し、これらの都市で事業を実施している(ただし、吉林省、山東省では実施都市を増加)。これらの都市の60歳以上の者の割合(2016年頃)は12.1%(安徽省安慶市、江西省上饒市)から28.8%(上海市)であり、高齢化の程度が異なる中地域性を反映した事業が実施されている。その結果、制度内容もわが国の介護保険のように要介護度に基づく介護サービスを行う上海がある一方、介護ベッドへの定額補助(江蘇省南通市など)まで制度運営は多様である。財源は都市従業員医療保険の基金を活用している地域が多い(吉林省長春市など)。

このように15の都市でさまざまな形で介護保険モデル事業が実施されている中、上述の指導意見では、以下のような方向で全国的な制度実施を目指すとしている

⁵ 中国の介護制度については、沈(2017)、郭(2018)、片山(2019)、を参照。また2020年9月の指導意見は、国家医療保障局(2020)参照。

- ①重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す
- ②要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う（介護費用の70%の給付）
- ③介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る
- ④介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用

①は対象者を限定した医療保険の仕組みから独立した制度を目指し、②では基本的な介護ニーズに対応するという制度の方向を示しているものと思われる。介護費用の70%の給付を想定しており、このまま制度を実施した場合、自己負担は相当な水準になるのではと推察される。③は①と関係するが、現在のモデル事業では医療保険の基金を活用しているが、これとは独立した基金を設置と言うことで、収入と支出を明確に管理する方向が示されていると言える。④は介護サービスの量と質の充実、そのための苦情受付、監督などの管理体制の構築を考えているのではないかと思われる。ICTの活用はわが国でも介護分野に限らず重要な課題であり、この点は共通している。

表3 中国の介護保険モデル事業

項目	内容	
事業の概要(特徴)	1. 中国の15カ所の都市を指定(その後、吉林省と山東省では都市が増加) 2. 60歳以上の者の割合は、12.1%から28.8%までさまざま(2016年頃) 3. 対象者は主に都市従業員医療保険の加入者である場合が多い 4. 給付内容も都市により大きく異なる 5. 財源は都市従業員医療保険の基金を活用する都市が多い	
介護保険モデル事業拡大に関する指導意見(2020年9月)の概要	【目指す制度】 1. 重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す 2. 要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う(介護費用の70%の給付) 3. 介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る 4. 介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用 【モデル事業対象都市の拡大】 1. 従来の15都市に加え、14都市を追加(各省1箇所を条件)。ただし、介護保険モデル事業の実施計画を作成し、最終的には国家医療保障局および財政部に報告	
介護保険モデル事業指定都市	当初指定(15カ所) 河北省承德市、吉林省长春市、黒竜江省チチハル市 上海市、江蘇省南通市、江蘇省蘇州市、 浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、 山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、 重慶市、四川省成都市、新疆生産建設兵団石河子市	2020年9月追加指定(14カ所) 北京石景山区、天津市、山西省晋城市、 内モンゴル自治区フフホト市、遼寧省盤錦市、 福建省福州市、河南省開封市、湖南省湘潭市 広西チワン族自治区南寧市 貴州省黔西南ブイ族ミャオ族自治州 雲南省昆明市、陝西省漢中市、 甘肅省甘南チベット族自治州 新疆ウイグル自治区ウルムチ市

出所: 中国国家医療保障局資料などから作成

その上でモデル事業の対象となる都市を14カ所追加している。実施にあたっては、実施計画の策定、省政府の医療保障局、財務部への報告、最終的には政府の国家医療保障局、財務部への報告が求められている。ここは無秩序なモデル事業の拡大を防ぐものと思われる。

このように、中国も医療保険から独立した制度としての介護保険の実現を目指しており、そのステップとして介護保険モデル事業の拡大があるものと思われる。

5. 周辺地域への示唆の検討—対象者と財政方式を例に—

(1) 考えられる論点

東アジアの介護制度は多様である。これだけでは今後高齢化が進む東南アジアなどの周辺地域に対して、高齢化対策の知見を示すことはできない。東南アジア、南アジアなどの地域は、人口、社会経済あらゆる面で東アジア以上に多様であり、各国それぞれの介護制度を構築する必要があると考えられる。その際に参考となる知見を東アジアから示す場合、各国・地域の制度それぞれの分析では、参考にする地検を体系的に得ることは難しい。そこで、東アジア全体の介護制度を構成するさまざまな要素に分解し、それぞれの要素の中で東アジア各国・地域が採用している内容、その他取り得る選択肢も示す。この方が周辺地域にとって参考になるのではないと思われる。

具体的には、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式、④要介護認定（給付決定方法）、⑤給付の種類、⑥給付の内容、⑦自己負担の有無、⑧制度運営者、⑨他の社会保障制度との関係、⑩中央政府と地方政府の関係などが考えられる。

まず①では、介護制度を高齢者だけにするのか、若年障害者も含むのか、加齢に伴う疾病による中高年の要介護者を含むかなど、対象者の年齢にかなり重点を置いた要素である。②は、①で対象となった者のうち、低所得で身寄りがいない者に限定する、所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を満たした者に限る（いわゆるミーンズテストを課す）、介護が必要であればその他の条件はつけない、が考えられる。③では、費用をすべて税財源でまかなうか、社会保険制度を採用し、社会保険料でまかなうか、が考えられる。これらは制度の対象者と財政方式という基本的な側面である。

次に④は要介護認定をどのように行い、どの程度まで（要介護の程度）給付を認めるか、⑤は現物給付（介護サービスのみ）か現金給付（介護手当、介護費用の補助など）とするか、⑥は施設、居宅、地域ケアなどの具体的に提供される介護サービス、⑦は介護サービス利用時に自己負担をとるか否かである。これらの給付決定から介護サービス提供という、介護制度の中心をなるところである。

そして⑧は介護制度を作るのは政府（国、連邦政府などの中央政府）であるが、実際に制度を運営する組織である。政府が直接運営、わが国のように市区町村が運営などの選択肢が考えられる。⑨は医療保険などの既存の社会保険制度との関係で、①の対象者、③で社会保険方式をとる場合の社会保険料の計算や徴収などとの関係がある。⑩は、⑧で制度を市区町村のような地方自治体が運営する場合、中央政府はどのような役割を担うのかである。法制度を作るのみ、細かい基準を示す、財政面での支援などさまざまな役割が考えられる。これらの側面は制度運営、行政管理の側面である。

ここで挙げた論点でも 10 種類になり、今後の検討によりその種類はさらに増えるものと思われる。そこで介護制度のもっとも基本的な要素である、①～③について、周辺地域への示唆のまとめ方の検討を試みる。そのまとめ方を他の要素に拡大することで、東アジアの介護制度から周辺地域への示唆を多面的にまとめることができる。

(2) 対象者と財政方式を例にした検討

東アジアの介護制度の構成要素の分解、取り得る選択肢の検討として、上記の①～⑩のうち、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式を取り上げる。

まず、①の対象者として高齢者だけ、若年障害者も含めた全年齢とする、が考えられる。高齢者と障害者で社会保障制度が分かれている国や地域では、介護制度は別々に形成される。高齢者と若年障害者で、支援ニーズが異なることがその根拠となり得る。また、どちらの制度が先に形成されたかなどの過去の経緯も関係してくるであろう。介護政策が年齢を問わずに実施、または高齢者、障害者どちらかの

福祉制度の構築が遅れている場合には、介護制度は全年齢型をとることも考えられる。実際に東アジアでは、介護制度を事実上高齢者に限っているのは、わが国と韓国であり、台湾は全年齢型である。

次に、②の対象者への社会経済的な条件の付加、については、低所得で身寄りがない者という条件を課す場合、貧困に伴う問題となり、介護制度と言うよりは貧困対策の範疇に入る可能性がある。所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を課す場合もある。この場合、収入が低い・介護をする家族がない場合に限るという、前述の条件に近い場合がもっとも厳しい条件であろう。ただし、収入などの条件をある程度まで緩和する、家族がいても就労しているなどの事情がある場合にも、公的な介護サービスが必要と判断する場合もある。さらに、ある程度高い割合で自己負担を払えば中間所得層にも利用を認めるという場合も考えられる。こうした条件をつける場合、対象者を厳格に制限するまたはある程度緩和するなど、さまざまな選択肢が考えられる。低所得で身寄りがない高齢者に限定していたと考えられるのは、老人福祉法制定以前のわが国であり、老人福祉法施行以後も所得や同居家族の有無などで福祉サービスの利用者を限定していた。介護が必要であればその他の条件はつけないという条件がもっとも介護サービスを広く提供する選択肢である。現在のわが国や韓国、台湾がこれに該当するであろう。

そして③の財政方式であるが、税方式と社会保険方式という選択肢を挙げることができる。前者は社会保障制度、特に高齢者福祉制度は税財源で運営しており、この方法で十分費用をまかなうことができる場合である。税財源で介護などの福祉サービスの基盤を整備したい国や地域もこの方法が良い。さらには、社会保険制度を整えるほど、組織、人材を整えることが難しい国にとっても現実的な選択肢であろう。後者の社会保険方式は、医療、年金などで社会保険方式の制度の運営経験がある、税とは別に安定した財源を確保したい（それを負担する力が国民や企業にある）国や地域にとって良い制度である。東アジアの介護制度で言えば、税方式は台湾、社会保険方式はわが国と韓国となる。

これらの要素をまとめてみたものが表4である。上記をもとに、対象者、対象者の条件、財政方式について、それぞれの選択肢、制度検討ポイントの例をまとめてみた。表の右側には東アジアの制度例で、この表に当てはめた評価を試みた。わが国の老人福祉法施行当時の1963年である日本(1963年)では、対象者は高齢者であるが、所得や資産・同居家族に関する条件がある税財源の制度となる。現在のわが国の場合、日本(現在)となり、対象は高齢者で、介護サービスは本人の状態のみで決まる社会保険方式の制度となる。それぞれ、施行当時の老人福祉法、介護保険の制度をこの表にもとづいて当てはまる内容を選択したものである。韓国、台湾についてもそれぞれの制度に当てはまる内容を制度の構成要素ごとに選んでいる。

仮にある国(A国とする)が介護制度の構築を行うときに、どのような制度を作りたいかをこの表に基づいて検討することで、制度のアイデアを明らかにすることができる。表4の一番右側に仮に制度内容の選択例を入れてみた。これによると、高齢者を対象として、ある程度までは多くの人に提供したいというかなり条件を緩和した仕組みを考えている。おそらく、高所得者以外の人またはかなり軽度の人以外には介護サービスを提供したいと考えていることになる。財政方式にはあえて税方式、社会保険方式の両方を選択してみた。税方式であれば、介護保険施行直前のわが国に該当し、実施は現実的である。わが国の例をA国に合わせる形で説明すれば良い。社会保険方式を選んだ場合、給付を高所得者または軽度の要介護者には免責とすることになる。社会保険とは、法律に基づいて対象者を全員保険に加入させ、保険料を納めさせる。一方で、条件に合う場合は給付を保障するものである。給付に何を含め

るか、その条件は何かを法律などで決めることができる。しかし、高額な保険料を支払った高所得者を給付から排除できるのか、軽度の要介護状態にも介護保障することが社会保険の使命（安心を与える）ではないか、という意見を指摘された場合、この選択には現実性がないことになる。つまり、社会保険制度の運営経験があるわが国がA国に重要なアドバイスを与えることになる。

表4 東アジアの介護制度の構成要素と検討ポイント（政策示唆のための検討）

制度の構成要素		選択肢	制度検討ポイントの例	日本 (1963年)	日本 (現在)	韓国	台湾	A国（仮 設例）
1	対象者	①高齢者	高齢者福祉と障害者福祉が個別に発達 高齢者と障害者の福祉ニーズの内容が 異なる	✓	✓	✓		✓
		②全年齢	そもそも介護ニーズを年齢で分けない 高齢者、障害者福祉の一方が未発達				✓	
2	対象者の 条件	①身寄りが無い・低所得者に限定	介護サービスは貧困対策の一部					
		②所得や資産・同居家族に関する条件を課す	予算・介護サービス提供体制が十分でない（厳格な対象選定） ある程度までは多くの人に提供したい（緩和された対象選定）	✓				✓
		③介護が必要な者	介護サービスの提供は本人の状態のみ		✓	✓	✓	
3	財政方式	①税方式	福祉の費用は税財源でまかなうもの 税財源で介護サービス提供体制を構築 社会保険方式を構築する組織、人材がない	✓			✓	✓ or
		②社会保険方式	年金、医療などで社会保険方式の経験がある 税財源とは別に安定財源を確保		✓	✓		✓

出所：筆者作成

注：日本（1963年）は老人福祉法施行当時の状況をもとにした筆者評価。

このように、わが国を含む東アジアの介護制度の経験を、その制度構成要素ごとに分解し、選択を幅広く提示することで、周辺地域が介護制度を検討するための知見を提供することができる。

6. まとめ

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような中介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイント

トも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性があることを明らかにした。

またこれにより各国の関係者が介護制度構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスの方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。今回の検討では対象者と財政方式に限って行った。この検討を介護サービス提供体制などに拡張することが検討課題である。また、介護制度構築の背景として、人口高齢化、経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて示すことも必要である。

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、中国の資料整理にあたっては、郭芳さん（同志社大学助教）、万琳静さん（元日本女子大学大学院、現在は中国西安交通大学助理教授）やその他多くの方の協力を得た。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

- 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」『Int'lecowk 2018年11/12月号』国際労働経済研究所, No1085, pp.17-24. http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf
- 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp1-14.
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度－台湾－」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24.
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf
- 小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.
- 沈潔（2017）「中国介護保険制度の構想を読み取る」『週刊社会保障』第2048号, pp.50-55.
- 増田雅暢（2014）『世界の介護保障【第2版】』法律文化社.
- 増田雅暢・金貞任編著（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
- Reiko Hayashi (2018) "Demand and Supply of Long-term Care For Older Persons in Asia" ERIA Research Project Report No.18. <https://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/>
- 国家医療保障局(2020)『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』(2020年9月16日 医保発(2020)37号) http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_37_3586.html