

東アジアの介護制度の多様性を踏まえた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

東アジアの高齢化は急速に進むことが見通されており、介護制度の構築は東アジア共通の政策課題となっている。例えば、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、介護サービス利用が大きく広がった。「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、地域に密着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「介護保険パイロット事業」が実施され、その実施都市が追加指定され、事業が拡大している。

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。こうした多様性の検討は、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にもつながる。

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、中国の介護制度の多様性を現状の制度内容、制度発展の経緯から概観する。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、東アジアの介護制度を構成要素とそのあり得る選択肢への分解を試みた。

2. 東アジアの介護制度の多様性

（1）制度イメージからみる多様性

東アジアの介護制度のイメージをまとめたものが表1である。この表では、わが国に加えて、韓国、台湾、中国の介護制度について、制度イメージの他、制度の主な内容をまとめることで、制度の類似性、多様性を明確にすることを試みた¹。ここではまず制度イメージから多様性を概観する。

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、給付対象者は色の濃い第1号被保険者が中心となり、色の薄い第2号被保険者の場合は、加齢による疾病、末期がんなどの条件に該当する場合に給付対象者となる。そして現在の制度に至るまでは、1963年の老人福祉法の制定（老人福祉分野が独立した政策分野となる）、1970年代の介護施設の整備、1898年のゴールドプランの制定、実施などの経緯を経ている。つまり、わが国の介護制度は、長い歴史を持ち、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。1981年に老人福祉法が実施され、2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施されている、韓国の介護制度は、わが国と同じ社

¹ 東アジアの介護制度については、増田・小島・李（2021）で触れている。

会保険方式のユニバーサルな制度である。給付の対象者も高齢者が中心である点も共通するが、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。よって、韓国の介護制度は医療保険活用型のユニバーサルな制度である。

台湾も後続グループにあると言って良い地域である。1980年に老人福利法が制定され、長期照顧十年計画が2007年に実施された。そして現在の長期照顧十年計画2.0が2017年から実施されている。台湾の介護制度は税財源の制度であるが、給付対象者を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含めている。つまり、台湾の介護制度は、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えることができる。

中国は、近年介護制度構築を目指している後発グループに属する。2016年に介護保険パイロット事業が15カ所の都市で開始され、2020年には14カ所が追加実施される形で、パイロット事業が拡大された。制度内容は都市により異なるが、都市従業員基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組みとなっている都市が多い。地域の多様性を内包する形で、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²。

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見ただけでも多様性があることがわかる。

（2）制度内容の特徴から見る多様性

次に、制度の主な内容から多様性を概観する。財政方式と対象者はすでに述べたが、財政方式は、わが国と韓国が社会保険方式、台湾が税方式であり、中国が社会保険方式を目指している。社会保険か税の2者択一となっている。対象者は、わが国は65歳以上の者、40～64歳以上の者の2グループになっている一方、韓国は医療保険加入者（全住民）、台湾は高齢者加えて、若年障害者等を含めている。中国は、給付対象者としては60歳以上の者を対象としているのではないと思われる。対象者については、年齢を基準、医療保険への加入などさまざまな条件があり、その点では財政方式以上に多様である。

制度運営者は財政方式で左右される面があるが、わが国は市区町村であり、地域保険として介護保険が運営されている。国や都道府県は、制度運営、財政面でサポートする。韓国は国民健康保険公団であり、医療保険の組織を活用した国営保険となっている。台湾は地方政府が運営するが、方針などは中央の政策当局が決定する。中国は介護保険パイロット事業の運営をその指定された都市に任せる形となっている。中央政府はその概要を大まかに決めて、詳細のかなりの部分を地方政府に任せる形である。これより、制度運営者にも財政方式、中央政府との関係を含めると、国や地域による多様さがわかる。

要介護認定、サービス提供は、国や地域による多様性よりも、類似性の方が目立ってくる。要介護認定はどの国や地域でも導入されているが、その基準は大きく異なる。わが国と類似の要介護認定は韓国が導入しているが、認定される要介護度はわが国よりも少ない（軽度者が対象外）。台湾は独自の要介護認定、ケアプランまで作成する仕組みを導入しており、自立を含めた8段階の要介護度を設定している。給付対象者は、台湾が若年障害者を含めることが明示されている他は、高齢者を想定している。給付内容も、居宅、地域（通所）、施設ケアが提供されることは共通する（給付の基準である介護報酬は国や地

² 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。現在の介護保険モデル事業の現状と実施都市の例については、万・小島（2022）参照。

域による違いがある)。その他では、わが国では介護保険の給付である福祉用具、住宅改修は、韓国では福祉用具のみであり、台湾では両方が含まれる。また、台湾では家族介護者支援が給付に含まれる。このように、要介護認定、給付には類似性が目立つが、相違点も多い。

介護サービス利用時の自己負担になると、多様性が顕著となる。まずわが国は介護費用の10%を原則としつつ、高所得高齢者には20%、30%の自己負担がある。収入による異なる取り扱いはあるが、会議費用の一定割合の負担を求める形である。韓国は居宅ケアが15%、施設ケアが20%と、給付の種類による差が設けられている。居宅ケアの利用を促進する面がある。低所得者にはこれらの自己負担の減免がある。台湾は、生活保護相当者は0%、低所得者は5%、その他の一般は16%という自己負担である。収入を基準とした差がある一方で、福祉用具などでは別途自己負担割合が定められてお入り最高で30%となる。中国はパイロット事業の都市により異なる自己負担である。このように、自己負担割合とその設定の考え方に国や地域による違いがある。

介護サービス提供主体には、公営、民営の両方が想定されており、この点は類似点として見ることができる。しかし、台湾では民営事業所は非営利に限られているなどの点が目立つ。

そして、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している、わが国の「地域包括ケアシステム」、韓国の「地域社会統合ケア」、台湾の「ABC型地域密着型介護サービス」がそれぞれの取り組みとなる。また、外国出身の介護労働者受け入れとして、わが国はFTA、技能実習生などの仕組みがスタートしているが、台湾では「外籍看護工」が多く活用されるなど、国や地域の違いが見られる。

このように、主な制度の内容に着目すると、東アジアの介護制度には類似性が見られる一方で、多様性も目立つことがわかる。

表1 東アジアの介護制度

項目	日本	韓国	台湾	中国	
制度イメージ	<p>40歳以上を対象者とした制度</p>	<p>全国民を対象者（給付は高齢者中心）</p>	<p>高齢者、若年障害者をカバーする制度</p>	<p>29都市で介護保険パイロット事業（2021年現在）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パイロット事業の詳細は都市により異なる ・都市従業員基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組み 	
主な沿革	<p>1963年 老人福祉法 1970年代 介護施設の整備 1989年 ゴールドプラン 1994年 新ゴールドプラン 2000年 介護保険</p>	<p>1981年 老人福祉法 2008年 老人長期療養保険</p>	<p>1980年 老人福利法 2007年 長期照顧十年計画 2017年 長期照顧十年計画2.0</p>	<p>2016年 介護保険パイロット事業 2020年 介護保険パイロット事業拡大</p>	
制度の 主な 内容	財政方式	社会保険方式（介護保険）	社会保険方式（老人長期療養保険）	税方式（長期照顧十年計画2.0）	社会保険方式（介護保険パイロット事業）
	制度対象者	65歳以上の者 40～64歳の者	医療保険加入者（全年齢）	65歳以上の者 55歳以上の原住民族、障害者など	60歳以上の者？
	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・7段階	あり・6段階	あり・8段階（自立を含む）	あり
	給付対象者	主に65歳以上の者	主に65歳以上の者	65歳以上の者および障害者など	60歳以上の者？
	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% （低所得者への減免あり）	生活保護 0%、低所得者 5%、一般 16%など	都市により異なる（最終的には30%程 度？）
	介護サービス提 供主体	公営・民営多様な提供主体	公営・民営多様な提供主体	公営または民営非営利	公営・民営など多様？
	近年の政策動向	「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）	全国的な介護保険制度を目指す
外国出身介護労 働者	受け入れ制度実施	看病人（간병인）	外籍看護工	？	

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号所収の図の一部に、筆者が各国・地域当局の資料をもとに加筆の上で引用。

注：中国は国家医疗保障局『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』医保发〔2020〕37号（2020.9）をもとにした整理。

3. 東アジアの介護制度の発展経緯

（1）発展経緯への着目

東アジアの介護制度は表1だけを見ても多様である。その多様性の背景には、どのような制度がよいかという現在の仕組みの作り方にある。さらに、介護制度の歴史の長さが国や地域により異なっていた。つまり、介護制度がどのように発展してきたかが国や地域により異なることも、多様性の背景として考えられる。

東アジアの介護制度の発展を長期的に概観するために、図1をまとめた。老人福祉が貧困対策の一環であった時代を含め、医療制度の発展との関係も含めるため、現在では生活保護や医療保険の分野の動きも含めている。国や地域によって、時代による統治者の変化もある。しかし、本稿では、可能な限り統治者に関係なく介護制度発展の経緯を把握するようにした。

（2）日本（先行グループ）

わが国は東アジアの中では介護制度構築の先行グループにあり、その長い歴史を有する。1963年の老人福祉法制定以前は、高齢者介護は貧困対策の一部であった。1929年に救護法が恤救規則に代わる形で制定されたが、このときに養老院が明文化され、身寄りがない低所得の高齢者のケアをする場所として養老院が位置づけられた。第2次世界大戦後の1946年制定、1950年改正の生活保護法では、この種の施設が養護施設として位置づけられている。

1963年制定の老人福祉法により、老人福祉が独立した政策分野となり、生活保護法の施設であった養護施設が、養護老人ホームなどに衣替えするとともに、特別養護老人ホームが新しい介護施設として設けられた。ただし、介護サービスが十分でないため、対象者は低所得で身寄りがない者に限定された。同じ時期の1961年には国民皆保険が達成され、高齢者にも医療保険に加入し、医療サービスが一定の自己負担で受けることができるようになった。1970年代になると高齢化を背景に、老人医療費無料化の一方、介護施設の充実が図られた。つまり、老人福祉のサービスをより多くの人に利用できるようにする方向に変化した。1980年代には老人医療費の増加を背景に、その費用負担の全国的な仕組みとして老人保健制度が実施された。この制度では後に介護的な医療サービスも給付に含まれた。

また、1980年代以降は、居宅、通所ケアの整備が進められ、特に1989年ゴールドプラン、1994年の新ゴールドプランの実施で、目標設定をした介護サービス整備が進められた。そして2000年に、これまでの老人福祉、老人医療で対応していた介護サービスを統合した介護保険が実施された。介護保険の下で介護サービスが普及するとともに、地域包括ケアシステムの構築を目指している。また、2008年には老人保健制度に代わって、後期高齢者医療制度が実施され、高齢者、現役世代の健康保険、公費での費用負担を明確にする形で医療制度も変化した。

このように、わが国の介護制度は、①貧困対策の一部、②老人福祉制度として独立した制度（対象者限定からより一般的な制度）、③医療は皆保険などで別の発展、④介護保険として高齢者介護サービスを総合的に提供、というプロセスを経ている。

（3）韓国・台湾（後続グループ）

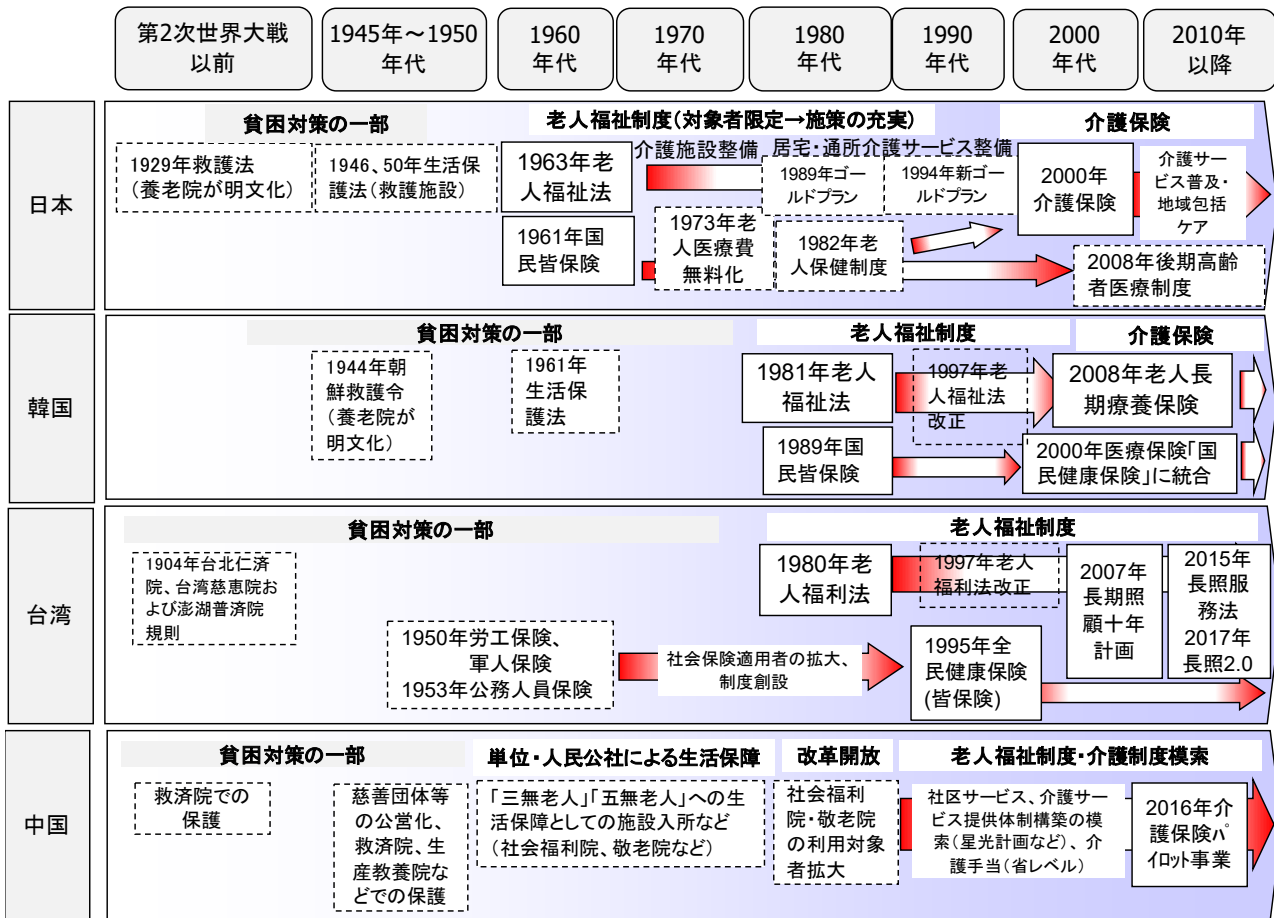
韓国、台湾は、介護制度構築は後続グループに属する。ともに老人福祉が独立した政策分野になるのは1980年代であり、2000年代以降介護制度の構築を急速に進めてきた。

まず韓国では、高齢者介護は貧困対策の一部であった。第2次世界大戦中の1944年に制定された朝鮮救護令で養老院が明文化された。その後貧困対策の法律は、1961年の生活保護法を待つことになる。1981年に老人福祉法が制定され、その後1997年の改正を経て、介護制度は2008年実施の老人長期療養保険に至ることとなる。一方、医療制度は1989年に皆保険が達成され、国内に複数あった保険制度は2000年に国民健康保険に統合されている。その保険者は国民健康保険公団であり、韓国政府の関係する公的な団体である。介護保険の保険者を検討した際に、さまざまな案が出たが、公団に属する人材の専門性を活用することなどから、介護保険も公団が運営することとなった。被保険者も国民健康保険加入者とされ、介護保険料も健康保険料の一定割合を上乗せする形で徴収されている。

このように、韓国の介護制度は、①貧困対策の一部であった期間が長い、②1980年代以降に老人福祉制度として独立した政策分野になった、③その一方で医療は皆保険、医療保険の統合が達成、④介護保険は医療保険の仕組みを活用して構築、というプロセスを経ている。

次に台湾も、高齢者介護が貧困対策の一部である時期が長かった。台湾では第2次世界大戦以前には、わが国の救護法のような法律は制定されず、貧困対策もそれ以前の恤救規則に相当する規則の運用、仁済院などの清代にも存在した伝統的な救済施設の活用で対応していた。第2次世界大戦後は、大企業従業員や公務員などの特定の人々を対象とした職域別の社会保険制度の整備が進められた。1970年代以降にこれらの社会保険の対象者の拡大などが進められた。1995年に複数の健康保険（の給付を行う制度）を統合して全民健康保険ができたことで皆保険が達成された。これにより高齢者も健康保険でカバーされる他、訪問看護の一部がこの保険から給付されるようになった。一方、老人福祉制度は1980年の老人福利法の制定を待つ必要があった。この法律でも老人の定義が「70歳以上」とされるなど（後に65歳以上に改正）、施策の対象者が限定されるといった問題があった。この法律も1997年などに改正され、より多くの高齢者のための制度に改められていった。特に介護制度としては、2007年に長期照顧十年計画が実施され、税方式であるが、要介護認定のある介護サービス提供の仕組みがスタートした。2017年に長期照顧十年計画2.0に改められ、若年障害者、家族介護者も含めた介護制度となっている。

図1 東アジアの介護制度の沿革



出所：広井良典・駒村康平（編著）『アジアの社会保障』、増田雅暢・金貞任（編著）『アジアの社会保障』、増田雅暢（編著）『世界の介護保障【第2版】』、上村泰裕（編著）『新世界の福祉 7 東アジア』をもとに作成。

このように、台湾の介護制度は、①貧困対策の一部であった期間が長い、②1980年代以降に老人福祉制度として独立した政策分野になった、③医療を含めた社会保険制度整備の歴史が長く、1995年に皆保険が達成、④介護制度は税方式で若年障害者も対象者に含めて構築、というプロセスを経ている。

（4）中国（後発グループ）

中国は高齢者などにユニバーサルな介護サービスを提供する仕組みの構築という面では、東アジアでは後発グループに属する。しかし、高齢者介護に関するさまざまな経緯を経ている。第2次世界大戦前は、救済院での保護などで高齢者介護は貧困対策の一部であった。第2次世界大戦後のしばらくの間、慈善団体の公営化などが行われている。1950年代以降は、計画経済の体制下で、単位（都市の職場）や人民公社（農村）での保護の一部となり得、家族や生活の手段などを持たない高齢者（三無老人、五無老人）に対して、生活保障として施設などで保護する形であった。

1980年代の改革開放後は、単位や人民公社による保障がなくなり、介護が必要な高齢者などには社会福利院といった施設への入所に対応すべく、これらの利用対象者が拡大された。1990年代に入ると、「社区」（地域）での福祉サービスの充実、省励府レベルでの介護手当の支給が始まった。そして、全国的な介護制度構築を目指し、2016年に介護保険パイロット事業が開始されている。

このように、中国の介護制度は、①貧困対策の一部など、時代による位置づけの変化がある、②1980

年代以降、老人福祉分野でのサービス整備が進み始める、③全国的な介護制度構築の模索の中にある、というプロセスを経ている。

（５）東アジアの介護制度の経緯から見る多様性の背景

このように、東アジアの介護制度は、それぞれの国や地域特有の発展経緯を有する。大まかに言ってしまうと、この共通するプロセスとして、①貧困対策の一環であった、②老人福祉が独立した政策分野となり、対象者を限った制度からより一般的な制度に充実、③ユニバーサルな介護制度を構築、④医療保険など社会保険が一方で発展、とまとめることができる。それぞれの期間がいつ開始された、どのくらいの期間続いたかが、東アジアの介護制度の多様性をもたらすものと思われる。

また、社会保障制度のうち、医療保険制度がいつ皆保険を達成し、老人医療に関する制度がどのように発展したかも重要である。これは介護制度を構築する際に、医療的なサービスをどのように給付に含めるか、介護ニーズの相当部分を医療制度で担ってきた国ほど、重要な問題となる。また、皆保険の達成が遅い国ほど、医療と介護が分立する、または医療保険制度を活用するという方向に行くことが考えられる。そのため、医療制度との関係をどのように考えるかも介護制度を多様にさせる要因として機能しうる。さらに、中国の省政府レベルの介護手当といった、独自の制度がある場合、そうした制度との関係、省政府の意見や考えを尊重する必要もある。このような既存制度との関係も、介護制度の多様性の背景として考える必要がある。

さらに、国土の広さ、人口、経済水準などの社会経済情勢は国や地域ごとに異なる。そうした面も介護制度の多様性を考える上では重要であると思われる³。

4. 周辺地域への示唆の検討—制度構成要素分解と選択肢の設定—

（１）介護制度の構成要素への分解

東アジアの介護制度は多様である。それを概観するだけでは、今後高齢化が進む東南アジアなどの周辺地域に対して、介護政策への知見を示すことはできない。つまり、介護制度は国や地域により多様であることはわかるが、どのような介護制度を作ることがよいかという点に関する知見を示すことができない。一方で、介護制度をその構成要素に分解すると、国や地域の差が小さくなる場合がある。すでに述べたもので言えば、財政方式は税方式か社会保険方式かの2者択一となる。介護サービスも、居宅、地域（通所）、施設ケアの3種類は必ず含まれる。

東アジアの介護制度そのものは多様であるが、制度を構成する要素を細かく分解する、その中でとりうる選択肢を整理することが可能である。それにより、東アジアの介護制度の多様性の背景を明確にする一方で、東南アジア、南アジアなどの地域がどのような介護制度を作りたいかという点で参考になる知見を示すことができる。そこで、東アジア全体の介護制度の構成要素を細かく分解し、それぞれの構成要素で取り得る選択肢の整理を試みた。

具体的には図2のようにまとめた。各構成要素として整理したものを挙げると、①制度の建て方、②制度対象者、③財政方式、④要介護認定、⑤介護サービス利用、⑥介護サービス事業者、⑦介護サービ

³ 東アジアの介護制度については増田（2014）、増田・金（2015）参照。

ス従事者、⑧介護サービス、⑨介護手当、⑩インフォーマルケア支援、⑪介護サービス関連事項、⑫公的管理その他、⑬介護政策全般、⑭人口・社会経済の状況、である。この整理にあたってはEUのMISSOCへの対応も考慮した。MISSOCは”Mutual Information System on Social Protection”の略称である。EU加盟国等の社会政策についてまとめたデータベースであり、医療、年金、介護などの分野別に、根拠法令から財源、給付、サービス提供などの各国・制度すべてに適用する制度構成要素を設定し、各国の制度の情報が記載される。制度名称だけでなく、対象者、給付水準、加盟国内の制度の地域差まで記載されている。このデータベースは定期的に更新され、インターネットで一般に公開されている⁴。MISSOCにおける介護制度の制度分類内容を図2補足表の通りにまとめた。これをもとに図2の①から⑭までの構成要素のうち、MISSOCに対応できるものはその対応関係もまとめた。

まず①から③は制度の基本に関わることである。①では、介護制度の作り方そのものであり、法整備を中央政府、地方政府のどちらが行うか、介護制度は独立した制度か、医療制度に付属させるのかなどの側面である。MIOOSCでは”Applicable statutory basis”、“Basic principles”に該当する。②は制度対象者であり、全住民を対象とするのか否か、年齢などの対象者の条件である。MISSOCでは”Conditions”となる。③は財政方式で、税方式か社会保険方式かである。税方式の場合は、具体的な税財源、その負担者（国か地方か）、社会保険方式の場合は、保険料算定方法、公費補助の有無といった制度内容の選択肢が設定できる。MISSOCでは”Basic principles”に該当する。

次に④と⑤は介護サービス利用の条件に関する内容である。④は要介護認定の実施者は段階、⑤は介護サービス利用の条件であり、ケアマネジメントの有無や利用者による選択を設定した。MISSOCでは④は”Organization”、⑤は利用者による選択のみ”User choice”に該当する。

そして、⑥と⑦は介護サービス提供体制に関するものである。⑥は介護サービス事業者について、事業所組織形態（公営か民営か）、事業所の種類、事業所許認可制度の有無などの詳細な制度構成要素を整理した。⑦は介護サービス従事者について、資格や教育訓練などの詳細な制度構成要素を整理した。MIOOSCではともに”Organization”に該当する。⑧から⑩までは給付に関する内容である。⑧は給付の種類としての介護サービスの分類であり、居宅、地域（通所）、施設の各ケアの他、若年障害者のためのサービスなどを制度内容として想定している。また、介護制度からの利用限度枠、自己負担もここに含めている。⑨は介護手当であり、⑧に当てはまらない現金給付である。⑩は⑨だけでは把握が難しい、家族介護者などのインフォーマルケア支援である。介護休業、介護相談などさまざまな支援策をここに含めている。MIOOSCでは⑧と⑨は”Benefits”に該当するが⑩は”Benefits for informal cares”に該当する。

さらに、⑪から⑭は介護制度に関連する項目であり、⑫以外は本論独自に設定したものである。⑪は介護サービス関連事項として、医療との連携、地域密着、外国出身介護人材受け入れなどを整理した。⑫はMISSOCにも該当項目があるが、給付の改定方法、課税などの項目である。⑬は介護制度全般に関することであり、介護制度に関する政策プラン策定などを想定した。⑭は人口や社会経済情勢として、国土面積、人口、経済水準などである。

このような詳細な制度構成要素に介護制度を分解し、さらにそれぞれに対応する選択肢を設定するこ

⁴ MIOOSCの概要は公式サイトである <https://www.missoc.org/>、実際のデータベースは <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>を参照（2022年3月14日最終確認）。なお、MISSOCに関する短い解説は小島（2016）参照。

とで、現在の東アジアの介護制度の特徴の把握、新しく介護制度を構築したい国や地域の政策点検シートとして機能することが想定される。

図2. 介護制度の構成要素別政策オプションー周辺地域への示唆のための検討ー

(項目)	(制度オプション)	(対応するMISSOC項目)
①制度の建て方	1.法制度整備(国か地方か) 2.制度の考え方(独立した制度、他制度に付属) 3.制度運営者(国、地方、医療保険者など)	Applicable statutory basis Basic principles
②制度対象者	1.全住民か否か 2.対象者の条件(年齢、居住期間など)	Conditions
③財政方式	1.税方式か社会保険方式か (税方式の場合)(1)財源(一般税か目的税か) (2)拠出者(国か地方か) (社会保険方式の場合)(1)保険料算定方法 (2)公費からの補助の有無	Basic principles
④要介護認定	1.実施者 2.認定基準 3.認定の段階(等級数) 4.有効期間	Organisation
⑤介護サービス利用	1.ケアマネジメントの有無 (実施の場合)(1)実施・ケアプラン作成者(専門職、地方政府、保険者など) (2)ケアプラン法的拘束力の有無 2.利用者による選択 (1)介護サービスと介護手当現金の選択・併給 (2)介護サービスの種類の選 択・組合せ (3)介護サービス事業者の選択	User choice
⑥介護サービス事業者	1.事業所組織形態(公営、民営) 2.事業所の種類(医療系、福祉系) 3.事業所許認可制度(許認可、届出制度の有無、他制度で認可された事業所 との関係) 4.事業所情報公開制度(公的な情報公開、情報公開事項など) 5.事業所評価制度(公的評価の有無など)	Organisation
⑦介護サービス従事者	1.介護従事者の範囲 2.介護従事者の資格・教育訓練 3.介護従事者の就業(介護事業所への登録の必要など) 4.インフォーマルケア従事者の範囲	Organisation
⑧介護サービス	(サービスの種類)1.居宅ケア 2.地域(通所)ケア(デイサービス) 3.地域(通所)ケア(ショートステイなどの短期入所) 4.施設ケア(長期入所) 5.若年障害者のためのサービス 6.その他 (利用限度枠)1.利用限度枠設定の有無 (自己負担)1.自己負担の有無・設定方法(定額・定率など)	Benefits (Benefits in kind)
⑨介護手当	(実施)1.実施の有無 2.受給者 (条件)1.受給条件(資料調査など)	Benefits (Cash benefits)
⑩インフォーマルケア支援	1.支援の種類ごとの実施の有無(介護休業、介護手当、介護相談、社会保険料補助など)	Benefits for informal carers
⑪介護サービス関連事項	1.医療との連携 2.地域密着 3.外国出身介護身人材の受入 4.市場メカニ ズムの活用 5.多文化社会への配慮	-
⑫公的管理その他	1.給付の改訂の有無と方法 2.年金など他制度からの給付との関係(併給を認 めるか否かなど) 3.税制(給付への課税、税制優遇) 4.国・地方政府の役割	Indexation, Cumulation with earnings from work or other benefits, Taxation of cash benefits
⑬介護政策全般	1.介護政策に関する計画策定(あり、なし) 2.政府などの総合的高齢社会対 策との関係	-
⑭人口・社会経済の状況	1.国土面積 2.人口(規模、高齢化率など) 3.経済水準(GDPなど) 4.行政の 仕組み・社会保障制度主管官庁 5.既存の社会保障制度 6.社会保険制度の 経験の有無 7.社会保障支出 8.ジニ係数・貧困率など	-

出所:筆者作成

図2補足表 MISSOCにおける制度内容分類(介護制度)

項目	内容
XII. Long-term care	
Applicable statutory basis	法的根拠
Basic principles	制度の基本的な考え方(社会保険方式、税方式、医療制度の中に含まれるなど)
Risk covered	
Definition	介護の定義(どのような状態に介護給付を行う)
Field of application	適用範囲(全住民、医療保険加入者、高齢者など)
Conditions	
1. Qualifying period	受給資格期間(保険加入期間など)の有無
2. Minimum level of dependency	要介護状態の最低継続期間(6か月以上24時間介護が必要な状態など)の有無
3. Age	年齢(65歳以上など)条件の有無
Organisation	
1. Evaluation of dependency	要介護認定
Evaluators	評価者(医師、保険者など)
Indicators and categories of need	要介護認定の基準と対象となる機能、要介護等級
Review	要介護認定の更新審査
2. Providers	
Professional providers	サービス提供者(居宅、施設ケアなどの専門的サービス)
Informal carers	家族等のインフォーマルなケアラーの定義
Benefits	
Benefits for dependent persons	要介護者への給付
1. Benefits in kind	現物給付(介護サービス)
Home care	居宅ケアの内容
Semi-residential care	通所(地域)ケアの内容
Residential care	施設ケアの内容
Other benefits in kind	上記以外のサービス(法律相談、用具、住宅改修サービスなど)
Cost sharing for benefits in kind	給付の上限または自己負担割合
2. Cash benefits	現金給付(介護手当など)
Means test	資料調査の有無
3. User choice	現金給付と現物給付との選択。介護サービスの組み合わせの希望
Benefits for informal carers	インフォーマルなケアラーへの給付(介護手当、レスパイトケア、介護休業など)
Indexation	給付水準の改訂
Cumulation with earnings from work or other benefits	給付の重複、他制度からの給付との関係(介護制度からの給付が社会扶助より優先など)
Taxation of cash benefits	課税対象となるか否か

出所: MIOOSCデータベースをもとに作成

(2) 東アジアの介護制度構成要素の整理結果—

図2に基づいて、東アジアの介護制度の構成要素を分解し、その選択肢を整理した結果が、表3である。①制度の建て方から⑭人口・社会経済の状況までの制度構成要素別に、さらに詳細な制度構成要素、対応する制度内容選択肢をリストアップした。そして対応する MIOOSC の項目を加えている。

「①制度の建て方」では、法整備、制度の考え方、制度運営の項目を設定した。法整備は法律を中央政府が制定するか、地方政府に任せるかの考え方の選択肢であり、中央集権、連邦制といった政治体制と関係する。制度の考え方は、介護制度を独立した制度にするか、医療制度に付属またはこれを活用した制度にするかというものである。制度運営は、国、地方、医療保険など考えられる保険者を挙げている。この部分の制度内容の組み合わせだけでも、介護制度が多様になる余地がある。

「②制度の対象者」は、全住民とするか特定の制度加入者とするか、という選択肢である。後者は介護保険を医療保険と付属させる場合に出てくる選択肢となる。その下の（対象者条件）は介護制度の対象者に年齢などの条件をつけるか否かである。年齢で区切れば介護制度が高齢者だけを対象とすることにある。居住期間や被保険者期間となると、その国や地域の居住、医療保険への加入を条件とするものである。

「③財政方式」は、税または社会保険方式の選択で想定した。しかし、強制貯蓄などのオプションも想定した。公的な介護制度の財源となると、税や社会保険料という公的に集めるものになるため、両者について詳細な選択肢を設定した。まず税財源では、財源の種類として、一般税か目的税かを設定した。後者は介護制度のために税収が使われることが制度上明確な財源となる。拠出者は、税財源による負担を国、地方政府がどのように分担するかを示す。国だけ、地方政府だけ、両方で分担という選択肢となる。次に社会保険料を財源とする場合、保険料算定方法、税財源からの補助の有無を設定した。前者は、所得のみの他、所得、資産の組み合わせという社会保険料として一般的にあり得る財源、医療保険料の一定割合を選択肢とした。最後の選択肢は韓国の制度を参考にした⁵。社会保険制度でも、保険料を支払える水準に抑えるなどの理由で、税財源からの補助がある。介護制度でもその有無を制度構築の選択肢に入れた。

「④要介護認定」は公的な介護制度の下で介護サービス利用の権利を認める手続きとなる。実施者として、誰が要介護認定を行うかの選択肢を設定した。認定基準はADLsの喪失度のみ、IADLsの喪失度も含むかなどで選択肢を設定した。要介護状態の継続を基準とするか、要介護度の範囲（軽度から重度までどの程度をカバーするか）、有効期間（更新）を詳細な制度内容として整理した。

「⑤介護サービス利用」は、実際の介護サービス利用に至るプロセスである。大きく分けると「ケアマネジメント」「利用者による選択」である。前者はこれを行うか否か、ケアマネジメントを誰が行うか、ケアプランに法的拘束力があるか否かを設定した。ケアマネジメントを行うことで、介護サービス利用が、ニーズに基づきかつ計画的になることが期待される。特にケアマネジメントを公的な組織が行うか、独立した専門職が行うかも、ケアマネジメントの性格を左右する。ケアプランの法的拘束力も、適切な介護サービス利用を確保する上で重要である。後者は「利用者の自由、権利」を反映したものである。介護サービスの種類、給付の方法（現物か現金か）、事業所について、利用者選択をどの程度認めるかを設定した。利用者の選択の余地が大きいほど、利用者の自由や権利を尊重していることになる。一方、利用者の選択の余地が小さいほど、介護サービス提供は措置制度的になる。

「⑥介護サービス事業者」は介護サービスを提供する組織について、どのような仕組みにするかを整理したものである。事業所組織形態として公営のみか民営組織も可能かを設定し、事業所の種類として、医療系、福祉系のいずれか、両方の選択肢を設定した。こうした事業所が公的介護制度化でサービス提供するに当たって、許認可が必要か否かを設定した。許認可が必要であれば、介護サービス提供体制の公的な管理の度合いが強くなる。許認可と関連して、他制度で許認可を得た事業所の、介護サービスへの参入を整理した。例えば、すでに社会福祉法人や医療法人としての認可がある場合、無条件で参入できるのか、許認可を得る前提かという選択肢である。利用者が介護サービスを選択するには、事業所に

⁵ 韓国の介護制度の詳細は、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（2022年3月14日最終確認）。

関する情報公開が適切に行われることが必要である。また、事業所が介護サービスの質をどの程度確保しているかも利用者にとっては重要である。そこで、情報公開制度、事業所評価制度の有無についてもここで設定した。

「⑦介護サービス従事者」は、実際の介護サービス提供を担う者に関する制度となる。介護従事者の範囲（医療系のみ、福祉系のみ、両方）、従事者の資格の有無を設け、従事者の資格・訓練に関するルール、就業に関するルールを想定した。前者は公的な資格・訓練を求めるか否か、後者は事業所に所属するか、個人営業を認めるかのルールである。従事者の資格や訓練を民間に委ね、個人営業の自由を認める場合、介護サービス提供の仕組みはかなり自由度が増すことになる。MIOOSC では介護サービス提供体制に関する項目で、事業者としての家族への介護サービス提供を認めるか否か、インフォーマルケア従事者に関するものがある。これらも⑦として設定した。

「⑧介護サービス」は介護制度からの給付である。居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケアの有無の他、若年障害者のためのサービスの有無、その他のサービスについて、福祉用具など介護制度で考えられる給付項目の有無を設定した。この組み合わせにより、介護制度の性格（包括的なサービス提供、特定のサービスを重視など）が決まる。これらに加え、介護サービス給付について、利用限度枠を設定するか否か、自己負担を設定するか否か、どのように設定するかを制度の選択肢として含めた。これらは、介護サービス利用を公的にどの程度の量までカバーするか、介護費用を利用者にどの程度負担してもらうかの制度設計となる。

「⑨介護手当」について、⑧は介護サービスという現物給付の項目であった。介護制度では手当の支給という現金給付もあり得る。そこで「⑨介護手当」では、現金給付としての介護手当実施の有無、その受給者、条件（資力調査の有無とその基準）を設定した。介護手当を実施しない場合は、介護制度は現物給付での実施という性格になる。介護制度を実施する場合、それが現物給付を補足する性格か、代替する性格なのか、家族介護者を支援する性格のものか、その性格は大きく異なることを想定している。

「⑩インフォーマルケア支援」は⑨とも関連する部分があるが、MISSOC でも項目が設定されている。そこで、その内容として、介護手当の他、介護休業、介護講習会、介護相談などの給付の有無を設定した。これらをすべて行わないという選択肢もある。その場合介護制度の性格は、フォーマルなケアを利用者に提供するという性格が強くなる。

表3の⑪以降は介護制度そのものより、制度に関連する事項が多くなる。「⑪介護サービス関連事項」では、医療との関係、地域密着の介護制度構築、外国出身介護人材の受け入れ、市場メカニズムの活用、多文化社会への配慮について、これらをどの程度考えるかを想定した選択肢を設定した。「⑫公的管理その他」では、介護制度内での給付改定の有無、給付への課税、税制優遇、国や地方政府の役割などを内容として整理した。「⑬介護政策全般」は、国や地域全体の介護政策に関することで、介護に関する政策プランの作成、総合的な高齢化対策における介護政策の位置づけの2項目を設定した。最後の「⑭人口・社会経済の状況」は、国土面積、人口、高齢化率、GDPなどの経済水準と行った数値で示すものの他、社会保障制度の所管省庁（行政の体制）、既存の社会保障制度などの短い説明で記載するものを設定した。

表3でまとめた①から⑭までの項目は幅が広いが、介護制度を細かく整理した結果であり、これらの制度内容の選択肢の組み合わせで、現在の介護制度の性格の評価、今後介護制度を構築したい国や地域が考える制度の診断が可能になる。

表3 介護制度を構成する要素－周辺地域への示唆のための制度オプションの分類－

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※:は対応する分類項目がない、判断困難を意味する		
		Applicable statutory basis			
①制度の建て方	法整備	①国(中央政府) ②地方(州政府、県市政府など)			
	制度の考え方	①独立した制度 ②特定の制度(医療保険など)の給付のひとつ ③医療制度や社会福祉制度の複数の制度から給付	Basic principles		
		制度運営	①国(中央政府) ②地方(州政府、県市政府など) ③公的医療保険の組織 ④民間企業(保険会社など)	Applicable statutory basis	
(対象者条件)	②制度の対象者	①全住民 ②特定の制度(医療保険)加入者	Field of application		
	年齢	①全年齢 ②高齢者(65歳以上または60歳以上) ③その他(②以外で年齢の条件を付ける)	Conditions	3. Age	
		居住期間	①居住期間条件あり(例:1年以上居住) ②居住期間条件なし	Conditions	1. Qualifying period
	被保険者期間	①被保険者期間条件あり(例:1年以上の保険料支払い) ②被保険者期間条件なし	Conditions	1. Qualifying period	
	③財政方式	①税 ②社会保険 ③その他(強制貯蓄、全額自己負担など)	Basic principles		
(税財源)	(1)財源の種類	①一般税 ②目的税	-		
	(2)拠出者	①国(中央政府)だけが負担 ②国と地方政府が負担 ③地方政府(州政府、県市政府など)だけが負担	-		
	(1)保険料算定方法	①所得のみ ②所得、資産、一人当たり定額などの組み合わせ ③他の制度と連動(医療保険の一定割合)	-		
(社会保険料)	(2)税財源からの補助の有無	①あり ②なし	-		
	実施者	①専門の委員会を置く ②委嘱された医療または福祉関係者が行う ③自治体職員である医師・看護師・ソーシャルワーカー	Organization	1. Evaluation of dependency Evaluators	
④要介護認定	認定基準	①身体状態(ADLs喪失度)のみ ②心身の状態(ADLsおよびNIADLs喪失度) ③心身の状態に所得、同居家族の有無など	Organization	1. Evaluation of dependency Indicators and categories of need	
	要介護状態の継続	①要介護の状態であること ②一定期間以上要介護状態であること	Conditions	2. Minimum level of dependency	
	要介護認定の等級の範囲	①軽度(手助けは必要だが日常生活に支障がない)から重度まで	Organization	1. Evaluation of dependency	Indicators and categories of need
		②中度(日常的な手助けがあれば日常生活は可能)から重度まで			
		③重度(常に手助けが必要)のみ			

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する
④ 要介護認定	有効期間(更新)	①一律の有効期間 ②要介護状態により異なる有効期間	1. Evaluation of dependency
	ケアマネジメント	①行う	
		②行わない	
		③実施・ケアプラン作成者(行う場合)	①独立した専門職を設けて行う ②政府、保険者が行う ③特になし
	ケアプラン法的拘束力	①あり	
		②なし	
		③自由選択が可能	
	利用者による選択(現物、現金)	②条件付きで選択(現金給付が利用できる、不適切な利用の場合は現物に切り替えるなど)	
		③選択は認めない	
		④現金給付は行わない	
利用者による選択(現物種類)	①施設、居宅、通所などを自由選択		
	②居宅、通所のみ自由選択		
	③自由選択を認めない		
利用者による選択(事業者)	①自由選択が可能		
	②自由選択を認めない		
	③公営のみ		
事業所組織形態	②非営利民営も可		
	③営利民営も可		
	④医療系の事業所のみ		
事業所種類	②福祉系の事業所のみ		
	③医療系および福祉系の事業所		
	①あり(許認可、指定事業者)		
許認可制度	②あり(届出)		
	③なし		
	④許認可や指定事業者申請の条件とする(例・社会福祉法人であること)		
⑥ 介護サービス事業者	他制度・過去の制度の認可等のある事業所との関係	②他制度・過去の制度の認可等のある事業所は無条件で参入できる	
		③他制度・過去の制度の認可等のある事業所は経過措置で参入できる	
		④特に想定しない	
		①政府・地方政府・保険者が実施(公的ルール)	
情報公開制度	②介護事業者団体が実施(業界ルール)		
	③民間で自由に行う		
	④なし		
事業所評価制度(質の評価)	①政府など公的な枠組み		
	②民間で行う評価		
	③特に想定しない		

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する			
⑦介護サービス従事者	従事者	①医師等の医療従事者のみ ②ヘルパーなどの福祉従事者のみ ③医療および福祉従事者	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の資格(介護福祉に関するもの、医療系の資格を除く)	①資格を設ける ②資格を設けない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の資格・訓練	①公的な仕組みでの資格取得前のみ ②公的な仕組みでの資格取得前及び継続訓練も実施 ③民間で行う ④実施しない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の就業	①介護事業所に所属 ②介護事業所に所属・個人開業選択できる ③特に規制を設けない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	介護従事者として家族を介護	①できる ②できない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	インフォーマルケア従事者	①家族、親族 ②隣人、友人 ③非営利のボランティア ④私的に雇用する者(介護制度上の権限なし) ⑤インフォーマルケアを定義しない	Organisation	2. Providers	Informal carers	
	居宅ケア	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Home care
	通所(地域)ケア(デイサービスなどの1日限りの利用)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Semi-residential care
	通所(地域)ケア(ショートステイなどの短期入所)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Semi-residential care
	施設ケア(長期入所)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Residential care
⑧介護サービス	若年障害者へのサービス(社会参加支援など)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Residential care
	その他サービス	①福祉用具 ②住宅改修 ③移送 ④配食 ⑤介護相談 ⑥ピアサポート ⑦その他 ⑧給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Other benefits in kind
	利用限度枠設定の有無	①サービスごとに設定 ②要介護度別に設定 ③設定しない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Cost sharing for benefits in kind

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一（続）

分類		制度内容オプション		対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する			
(自己負担)	自己負担の有無・設定方法	①定率 ②定額 ③サービスにより異なる ④自己負担なし		Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind 2. Cash benefits	Cost sharing for benefits in kind
	実施の有無・受給者	①家族介護手当として実施(家族に支給) ②現物給付との選択で実施(利用者へ支給) ③介護サービスの費用補助として実施(同上) ④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施(同上) ⑤実施しない		Benefits	Benefits for dependent persons		
⑨介護手当	資力調査	①現金給付決定の条件として資力調査を行う ②現金給付の額を減らす条件として資力調査を行う ③資力調査を行わない		Benefits	Benefits for dependent persons	Means test	
	資力調査の基準	①所得のみ ②所得と資産 ③介護手当 ④介護休業、休暇(有給、期間あり) ⑤介護休業、休暇(無給) ⑥年金、医療保険などの社会保険料補助 ⑦介護講習会 ⑧介護相談、情報提供サービス ⑨実施しない		Benefits	Benefits for dependent persons	Means test	
⑩インフォーマルケア支援	支援内容	①介護相談、情報提供サービス ②特に想定しない(医療、介護が制度的に分立)		Benefits	Benefits for informal carers		
	医療との連携	①地域密着に重点を置くサービスを設ける ②地域内の介護事業者の連携 ③地域内の医療、介護などの連携 ④隣接地域間の介護サービス連携 ⑤特に想定しない		-			
⑪介護サービス関連事項	外国出身介護人材の受け入れ	①受け入れる ②限定的 ③受け入れない ④民営営利事業所の参入 ⑤利用者による事業所選択が自由(事業者の競争) ⑥価格は市場メカニズムで決定 ⑦サービス提供・利用ともに制度のルールで決める(選択、競争の余地がない)		-			
	市場メカニズム	①行う ②地域を限定して行う(外国人が多い、生活習慣が大きく異なる地域など) ③特に想定しない		-			

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類	制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目	※:は対応する分類項目がない、判断困難を意味する
⑫公的管理その他	給付の改訂の有無と方法	①定期的改訂(介護報酬改訂として検討) ②物面上昇率などを自動的改訂 ③その他の方法で定期的改訂(年金と連動など) ④定期的改訂は行わない	Indexation
	年金など他制度からの給付との関係	①併給可能 ②一定の金額まで併給可能 ③併給不可 ④併給に関する規定なし(現金給付を実施しない場合)	Cumulation with earnings from work or other benefits
	課税有無(現金給付)	①課税 ②非課税	Taxation of cash benefits
	税制優遇	①課税に関する規定なし(現金給付を実施しない場合) ②行わない	Taxation of cash benefits
	政府の役割	①制度を作る ②制度運営の詳細を決める ③サービス提供の監督 ④サービス提供 ⑤時に想定しない	-
	地方政府の役割	①制度運営、サービス提供など広範 ②制度運営のみ(サービス監督を含む) ③制度運営のみ(サービス監督の権限がない) ④時に想定しない(中央政府など他の機関が制度運営)	-
	介護政策に関する計画	①政府が策定(目標値設定あり) ②政府が策定(目標値設定なし、別途設定) ③地方政府が策定(目標値設定あり) ④地方政府が策定(目標値設定なし、別途設定) ⑤時に想定しない	-
	政府などの総合的高齢化対策との関係	①介護政策を独立した項目として盛り込む ②介護政策を健康、医療、福祉などの分野のひとつとして盛り込む ③時に想定しない	-
	国土面積	数値など	-
	人口(人口、高齢化率など)	数値など	-
経済水準(GDPなど)	数値など	-	
行政の仕組み 中央集権⇄地方分権	説明など	-	
社会保険制度の所管省庁	説明など	-	
社会保険制度の経験、分野(医療等)	説明など	-	
貯蓄制度(高齢者福祉)の整備(サービス提供体制)	説明など	-	
地域差(高齢化率など)	数値など	-	
社会保険支出(対GDP比)	数値など	-	
格差指標(ジニ係数、貧困率)	数値など	-	
⑬介護政策全般			
⑭人口・社会経済の状況			

5. 周辺地域への示唆の検討——一部制度構成要素での試み——

（1）制度の建て方・対象者・財政方式

東アジアの介護制度の構成要素を分解して、制度の選択肢を設定すると、表3のように非常に多岐にわたる内容となる。これを評価シートとして活用する場合、結果をどこからどのように解釈すれば良いかがわからなくなる。すでに述べたように、制度構成要素はその性格が似通ったものにまとめることができる。そこで本稿では表3から、制度の基本的な性格を決定する要素として、「①制度の建て方、②制度の対象者、③財政方式」（番号は表3中のもの）をひとまとめにした。この部分について、東アジアのうち、わが国、韓国、台湾の制度内容を評価する一方、仮設例としてA国、B国を設定した。両国は介護制度をこれから創設することを考えており、どのような制度内容にしたいかを、このシートで選択する。それに際して前者の想定として、制度は中央政府が決めるが、運営は地方政府が行う、社会保険方式の制度を構想しているものとした。後者の想定として、地方政府が制度構築、運営を行う、税方式の制度を構想しているものとした⁶。

表4-1が、介護制度の基本的な性格の東アジアの評価と仮設例の国の制度内容希望選択結果である。①制度の建て方では、わが国は、国が制度を決め、医療保険などから独立した介護制度を地方自治体が運営する。韓国は、国が制度を決め、独立した介護制度であるが、運営は公的医療保険の組織が担う。台湾は、中央当局が制度を決め、独立した介護制度で、地方当局が運営する。②制度の対象者では、わが国は、年齢等の対象者となった者は全住民が対象となる。韓国は特性の制度加入者を全て対象とし、年齢等の条件はない。台湾も、年齢等の対象者となった者は全住民が対象となる。③財政方式では、わが国と韓国は社会保険方式、台湾が税方式となっている。

この結果からわかるのは、わが国は政府が制度を決め、地方自治体が運営する社会保険で、年齢で対象者を決める、地域保険方式の介護制度である。韓国は、公的医療保険の仕組みを活用している。よって、政府が制度を決め、政府の医療保険組織が運営する国営保険方式の介護制度である。台湾は、中央が制度を決めて財源も確保した上で、地方が運営する。財源は税財源で、制度の対象者も広い。よって、普遍的な社会福祉制度による介護制度といえることができる。

仮設例の国についてみると、①制度の建て方では、A国は、国が制度を決め、医療保険などから独立した介護制度を地方自治体が運営することを選択している。B国は、地方政府が制度構築、運営を行う制度を選択している。②制度の対象者では、両国とも高齢者（65歳以上または60歳以上）を想定している。③財政方式では、A国は社会保険方式、B国は税方式を選択している。この結果からわかるのは、A国は、政府が制度を決め、地方政府が運営する、高齢者を対象とした社会保険を選択している。B国は、地方政府が制度構築、運営を行う税方式の高齢者介護制度を選択している。A国は中央集権的な制度、B国は地方分権的な制度を望んでいることになる。制度の対象者が高齢者のみであるため、A国の場合、高齢者の社会保険料だけで財源をまかなうことを想定している。税財源からの補助を行わないことを選択しているため、介護費用を必要な分だけ確保できるのかを検討する必要があることがわかる。B国は分権的な制度を選択する一方で、財源の負担者に国を含めており、中央政府の関与が必要と考え

⁶ ここでの説明は、表3をもとにした制度評価、制度内容選択結果によるものである。そのため、実際の制度内容と異なる場合がある。それは、介護サービス提供体制などのほかの制度構成要素について、全く考慮していないためである。

ていることがわかる。制度決定に中央政府が関与しない一方で、財政的な支援を希望しており、このままでは、実際に制度構築をする上では中央政府財政当局は納得しないことが予想される。制度は地方が決定するにせよ、何らかの基準は中央が示すというレベルの関与は必要と評価できる。

表4-2 介護制度を構成する要素の評価－介護サービス・介護手当－

分類	東アジア			仮説例	
	日本	韓国	台湾	A国	B国
⑧介護サービス	居宅ケア	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所（地域）ケア（デイサービスなどの1日限りの利用）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所（地域）ケア（ショートステイなどの短期入所）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	施設ケア（長期入所）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	若年障害者へのサービス（社会参加支援など）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス（福祉用具）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（住宅改修）	①給付に含める	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（移送サービス）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（配食サービス）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（介護相談）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス（ピアサポート）	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める
	その他サービス（給付に含めない）	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない
(利用限度枠) (自己負担)	利用限度枠設定の有無	②該当しない	②該当しない	②該当しない	②該当しない
	自己負担の有無・設定方法	②要介護度別に設定 ①定率	②要介護度別に設定 ①定率	②要介護度別に設定 ①定率	①サービスごとに設定 ④自己負担なし
⑨介護手当	実施の有無・受給者	⑤実施しない	④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施	①家族介護手当として実施	②現物給付との選択で実施
	資力調査		③資力調査を行わない	①現金給付決定の条件として資力調査を行う	①現金給付決定の条件として資力調査を行う
	資力調査の基準		①所得のみ	②所得と資産	②所得と資産

(2) 介護サービス・介護手当

上記と同様の制度評価と仮説例の国での制度選択を、表3より「⑧介護サービス、⑨介護手当」について行った。介護制度からの給付に関する部分である。

表4-2がその結果である。⑧介護サービスでは、わが国、韓国、台湾は、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアは全て給付対象であった。東アジアの介護制度の給付として多様性が見えてくるのは、これら以外のものが給付に含まれるか否かである。わが国は、福祉用具、住宅改修、移送（正確には訪問介護の一種）が給付に含まれる。韓国では福祉用具は含まれるが、住宅改修は含まれない。台湾では福祉用具、住宅改修、移送のほか、若年障害者へのサービス、配食サービスなどが給付に含まれる。つまり、東アジアの介護制度では、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアを基本としつつ、それ以外の項目を給付に含めるか否かで制度の多様性が現れる。特に台湾は給付に含まれる項目が広く、一つの介護制度でさまざまなニーズに対応しようとしていることがわかる。⑨介護手当は、わが国では実施していないが、韓国では介護サービスを利用できない場合の代替策として、台湾では資力調査付きであるが、家族介護者手当として実施されている。

この結果からわかるのは、わが国は居宅、通所、施設に加えて、福祉用具、住宅改修などを給付に加えることで、介護制度の給付の包括性を確保し、介護サービスを給付する制度をなっている。韓国もわが国に近いが、介護サービスが利用できない場合の手当を準備するなど、介護サービスの給付を基本とする制度である。台湾は、若年障害者へのサービス、介護相談も含めた幅広い給付内容であり、介護手当もあるなど、給付のメニューとしては非常に幅が広く、あらゆる介護に関するニーズを一つの制度で対応し党としている。

仮説例の国についてみると、⑧介護サービスでは、A国、B国ともには、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアを基本としつつ、それ以外の項目を幅広く給付に含めることを想定している。両国の違い

は、介護相談、ピアサポートを給付に含めるか否かで、B国が給付に含めている。つまりB国では介護者支援も想定した給付を考えている側面が強いことがわかる。⑨介護手当だが、A国が資力調査つきの家族介護手当を想定し、B国は介護サービスと現金給付の選択制を想定している。A国は介護サービス、介護手当を個別の給付と捉え、B国は、利用者の選択に任せる考えとなっている。両国と介護制度での給付を幅広く設けたいと考えていることがわかる。すでに述べたように、A国の介護制度の財源は高齢者の保険料でまかなう。幅広く給付項目をとる場合、給付水準が低くならないかが懸念される。B国は税財源の介護制度で、給付の幅が広い。介護サービスと現金給付が選択できるというのは、給付と負担の関係が薄い税方式の制度に十分なじむように検討の必要があると評価できる。

表4-2 介護制度を構成する要素の評価－介護サービス・介護手当－

分類	東アジア			仮設例	
	日本	韓国	台湾	A国	B国
⑧介護サービス	居宅ケア	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所(地域)ケア(デイサービスなどの1日限りの利用)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所(地域)ケア(ショートステイなどの短期入所)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	施設ケア(長期入所)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	若年障害者へのサービス(社会参加支援など)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス(福祉用具)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(住宅改修)	①給付に含める	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(移送サービス)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(配食サービス)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(介護相談)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含めない
	その他サービス(ピアサポート)	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない
その他サービス(その他)	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	
その他サービス(給付に含めない)	②該当しない	②該当しない	②該当しない	②該当しない	
(利用限度枠) (自己負担)	利用限度枠設定の有無	②要介護度別に設定	②要介護度別に設定	②要介護度別に設定	①サービスごとに設定
	自己負担の有無・設定方法	①定率	①定率	①定率	②定額
⑨介護手当	実施の有無・受給者	⑤実施しない	④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施	①家族介護手当として実施	②現物給付との選択で実施
	資力調査		③資力調査を行わない	①現金給付決定の条件として資力調査を行う	①現金給付決定の条件として資力調査を行う
	資力調査の基準			①所得のみ	②所得と資産

このように、介護制度をその構成要素ごとに分解し、制度内容の選択肢を設定する形で整理すると、東アジアの介護制度内容の評価の一方で、これから介護制度を作る国が想定する制度内容の評価もできる。特に後者では、制度を作ったときの懸案事項も予測することが可能となる。

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。その一方で、東アジアの介護制度は多様である。介護制度全般を見渡した場合、主な制度内容に着目した場合どちらで見てもその結果は変わらない。しかし後者の場合、多様性の現れ方に変化がある。例えば、財政方式では税方式か社会保険方式かの2者択一であるが、制度運営者を見ると、地方自治体（わが国や中国、台湾）、医療委保険者（韓国）に分かれるが、中央政府（当局）との関係を見ると、わが国や台湾は、中央政府（当局）が制度を決め、地方自治体が制度を運営者となる。中国の場合、介護保険パイロット事業では、中央政府は大まかなことしか決めておらず、地方政府が詳細を決める。また、給付対象となる介護サービスとして、福祉用具、住宅改修、配食サービス、家族介護者支援を給付に含めるか否かで、各国・地域の多様性が見られる。居宅、通所、施設ケアは給付に含まれるなど類似性もある。その他に自己負担の仕組み、外国出身の介護労働者受け入れについては、国と地域による違いが大きい。介護サ

ービス事業者に公営、民営の両方を想定すること、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している。

このような介護制度の多様性の背景には、介護制度発達の経緯を見ることも重要である。東アジアの介護制度に共通する発展経緯を大まかにまとめると、①貧困対策の一環、②老人福祉が独立した政策分野となり、対象者を限った制度からより一般的な制度に充実、③ユニバーサルな介護制度を構築、④医療保険など社会保険が一方で発展、とまとめることができる。それぞれの期間がいつ開始され、どのくらいの期間続いたかは国や地域により異なる。この点も、東アジアの介護制度の多様性をもたらしているものと思われる。

このように、現在の制度、過去の経緯ともに、それぞれ独自の姿を持つことが東アジアの介護制度の特徴である。その一方で、周年地域への示唆を明らかにする方策として、東アジアの介護制度の構成要素を細かく分類し、それぞれにあり得る選択肢を設定することを試みた。制度の建て方から人口・社会経済の状況まで14種類を設定したが、これにより現在の東アジアの介護制度の内容を評価できる一方、これから介護制度を作る国が想定する制度内容を明らかにすることができる。その内容を元に、実際にその通りに制度構築を行った場合の問題点も明らかにできる。本稿では、制度の基本に関する部分、介護サービスに関する部分に限って既存制度の評価と仮設の国での制度構築構想の特徴を明らかにすることを試みた。その結果、制度の対象者と財政方式、介護サービスの両方で、構想する制度、問題点の予測ができた。

このような制度構築イメージと問題点は、周辺地域の各国の関係者が介護制度構築に当たって留意すべき点を認識させることにつながる。また、既存制度も同じ枠組みで評価した結果と、周辺地域の政策関係者が構想する制度を比較することで、既存制度を持つ国や地域の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。その結果によっては、むしろわが国の制度とは別の制度を採用した方が良いとアドバイスする方がよい場合も想定される。このような、ツールによる政策議論、政策学習が、東アジアの介護制度の経験を周辺地域に伝える上で重要と思われる。

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。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ます。

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, No.1085, 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, pp.1-14.

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryoy/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_iryoy/201912_no124.pdf

小島克久（2020）「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）健康保険組合

連合会,2021年1月号,pp.16-21.

小島克久 (2016)「国際機関・各国の社会保障情報へのアクセス」『社会保障研究』,第1巻1号,pp.222-224. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20185015.pdf>

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.

増田雅暢・小島克久・李忻 (2021)『よくわかる社会保障論』法律文化社

万琳静・小島克久 (2022)「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第23号、pp.454-468.

<https://doi.org/10.50870/00000302>

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

Preliminary Consideration of Policy Implications on Long-term Care System in East Asia for Surrounding Areas

KOJIMA Katsuhisa

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

East Asia has faced with rapid population aging, and it is an urgent policy challenge to construct and enhance long-term care system. Actually, each country and region in East Asia has been constructing or enhancing it now. We can find some aspects that are commonly seen in East Asian long-term care system, including social insurance scheme, long-term care assessment system and comprehensive long-term care service provision. But we can also find diversity in it. Japan has long-term care insurance with comprehensive benefits mainly for the elderly, region based social insurance. Korean long-term care insurance since 2008 has unique aspects including state insurance utilizing health care system. Taiwan also has comprehensive long-term care system too. But it is tax funded system, and has a unique aspect employing too many foreign-born care workers. China has implemented pilot projects of long-term care insurance in 29 cities. Most of them adopts the system utilizing health insurance scheme with diversity in targeted persons and benefits.

To understand the diversity, I have found the importance to look at the history of long-term care system in each county and region. To summarize the its development found from the East Asian experience, there are four types of development stages like (1) as part of poverty alleviation, (2) welfare for the elderly an independent policy field from severely targeted system to more accusable one, (3) universal long-term care system, and (4) development of health insurance with long-term care benefits. When did each development stage start? How long did it continue? These differed among county and region. It might bring about the diversity of the long-term care system in East Asia.

To show policy implication from the East Asia long-term care system with diversity for other areas like South-East Asia, I have found the policy evaluation at the level of long-term care system components. There are many components from targeted persons, finance system, service provision and relation to other social security like health care system. Through the policy evaluation, policy makers in the county wish to construct long-term care system can simulate their long-term care system in the future. We can advise the long-term care system suitable for them based on the result of policy simulation. It seems that policy discussion and policy learning using tools like this are important for us to show policy implications of the East Asian long-term care system to the surrounding areas.