

# 台湾における2つの長期介護プランの展開

— 外国人介護労働者の過酷労働及び高齢者虐待との関連で —

西 下 彰 俊

1. はじめに
2. 長期介護プラン1.0における要介護認定及び各サービスの量的拡大
3. 長期介護プラン2.0の対象者及びサービスメニューの拡大
4. ケアマネジャーの支援体制及び要介護認定方法
5. サービス利用時の自己負担額計算方法の変更及びサービスの多様化
6. 住み込み型外国人介護労働者の3つのタイプ
7. 外国人介護労働者を包摂する連携型介護システムの可能性
8. 高齢者虐待発生数の推移
9. 結論と今後の課題

## 1. はじめに

台湾では、前政権である馬英九元総統（国民党）の時代に、介護保険制度発足に向けて法的な基盤整備が進められてきた。しかし介護保険制度発足に相応しい在宅サービス、施設サービスの諸基盤が整備されたとは到底言えない状況にあった。そこで、2007年には衛生福利部（Ministry of Health and Welfare）が基盤整備の大きな推進力として「長期介護プラン1.0」を発表した。その後、7章66条から構成される「長期介護サービス法」（長期照顧服務法）が2015年6月に公布されるに至り、長期介護の法的基盤が整備された（岡村志嘉子、2015、pp. 126-139）。

2016年に政権が代わり蔡英文総統（民主進歩党）が第14代として就任した段階で、介護保険制度発足は棚上げとなり、現行のままの税方式（措置制度）で在宅サービス、施設サービスの基盤整備が進められることとなった。2017年、同部はケアサービスの対象を2倍に拡大させ、またサービス提供基盤の充実を

図る 10 年計画「長期介護プラン 2.0」をスタートさせた（西下彰俊、2017、pp. 14-16）。後述するように、提供するサービスメニューも 2 倍以上に増している。

さて、台湾の介護をめぐる家族状況は、現在どのようになっているのであろうか。陳正芬によれば、2015 年現在、高齢者人口は、293.9 万人であり、要介護の出現率は 12.7% である。そのうち家族同居率は 80% であることから、約 29.9 万人が介護を受けていることになる。60% が家族からのみ介護を受け、25% が住み込み型外国人介護労働者の介護を受けている。残りの 15% は、ホームケアやデイサービスを受けている（Frank T. Y. Wang & Chen-Fen Chen、2017、pp. 121-122）。介護の社会化という観点からすれば、半数以上が外部の介護サービスを受けていないこと及び家族以外のサービスを受けている中では台湾人による在宅サービスよりも、住み込み型外国人介護労働者の利用者の方が多いという点で、つまり介護を外国人労働者に依存するという点で台湾の特徴が強く出ている。

こうした住み込み型の外国人介護労働者を受け入れている国は、実は台湾だけではなく、シンガポール（田村慶子、2014、pp. 295-316）、香港、マカオなど東アジアの国々が含まれている。こうした国々では、若い女性外国人労働者を住み込ませ、介護や場合によっては家事も含めて低賃金で働かせ、休みも与えない過酷な労働環境が一般化している。外国人の人権に抵触するような雇用の仕方が許容される政府及び雇用主の考え方の一端を本稿で明らかにしたい。

本稿では、まず長期介護プラン 1.0 による基盤整備状況を確認し、次に長期介護プラン 2.0 で提示された地域ケア推進のためのサービス提供パッケージの基盤整備状況を確認する。そして第 3 には、東アジア諸国で急速に増加しつつある住み込み型外国人介護労働者に焦点を当て外国人介護労働者のタイプを 3 つに分類しつつその動向に着目する。介護をめぐる人権問題として住み込み型外国人介護労働者は大きな社会問題の対象でもある。政府が推進するサービスパッケージ型の地域福祉を軸とする長期介護計画が進行する中、介護をめぐる人権が蹂躪される可能性の高いのが、過酷な長時間労働を強いられる外国人労働者であることから、彼らの人権を保護するための戦略についても検討する。

そして最後に、介護をめぐる人権問題のもう一つの様態として、在宅での高齢

者虐待の現状を確認する。日本や韓国で社会問題化している高齢者虐待の問題が、台湾においてどのような状況であるかを明らかにし、要介護高齢者や住み込み型外国人介護労働者の人権が保護されるような社会的仕組みについて検討したい。

## 2. 長期介護プラン 1.0 における要介護認定及び各サービスの量的拡大

### (1) 高齢化率の推移

表1は日本の高齢化率の推計を示したものであり、表2は台湾の高齢化率の推計を示したものである。図1は、2つの表に基づき日本と台湾の高齢化の推移

表1 日本における高齢化率の推移

	総人口 (万人)	65 歳以上人口 (万人)	高齢化率 (%)
1960	9341.9	535.0	5.7
1970	1 億 0372.0	733.1	7.1
1980	1 億 1706.0	1064.7	9.1
1990	1 億 2361.1	1489.5	12.1
2000	1 億 2692.6	2200.5	17.4
2010	1 億 2805.7	2948.4	23.0
2020	1 億 2532.5	3619.2	28.9
2030	1 億 1912.5	3716.0	31.2
2040	1 億 1091.9	3920.6	35.3
2050	1 億 0192.3	3840.6	37.7
2060	9284.0	3540.3	38.1
2070	8322.7	3188.4	38.3
2080	7429.9	2839.7	38.2
2090	6668.1	2554.7	38.3
2100	5971.8	2287.0	38.3
2110	5343.2	2051.8	38.4

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所、2017、日本の将来推計人口

[http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db\\_zenkoku2017/db\\_s\\_suikeikekka\\_1.html](http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/db_s_suikeikekka_1.html)

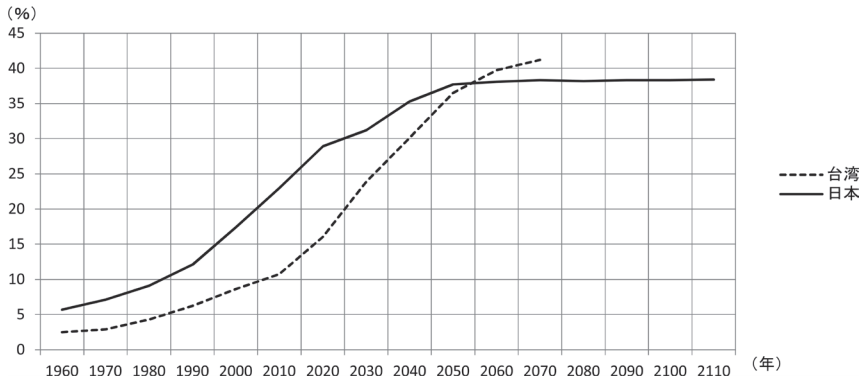
(注) 2070 年以降は、参考推計のデータである。

表2 台湾における高齢化率の推移

	総人口 (万人)	65 歳以上人口 (万人)	高齢化率 (%)
1960	1079.2	26.8	2.5
1970	1467.6	42.8	2.9
1980	1786.6	76.6	4.3
1990	2040.1	126.9	6.2
2000	2227.7	192.1	8.6
2010	2316.2	248.8	10.7
2020	2361.0	378.4	16.0
2030	2342.6	559.4	23.9
2040	2245.6	676.4	30.1
2050	2069.2	755.6	36.5
2060	1850.6	735.4	39.7
2065	1735.3	717.4	41.2

(出典) 国家発展委員会、2018、中華民国人口推估 (2018 至 2065 年)  
[https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72)

図1 台湾と日本の高齢化率



を示したものである。図表から分かるように、日本の高齢化のスピードは他の類を見ない。台湾は現時点では高齢化率の水準は決して高くないが、2020年から2050年にかけて急激に高齢化していくことがグラフの傾きから理解できるし、表2からも分かる。2050年の近傍で、台湾の高齢化の水準は日本を追い越していく。日本は2050年以降高齢化率がほぼ横ばいのプラトー（高原）状態になるが、台湾は高齢化率40%を超え続ける極めて厳しい人口変動社会を迎える。在宅サービス・施設サービスのいずれについても、サービス供給システムの基盤整備が急務であることがこうした高齢化率の予測データからも明確に読み取ることが出来る。

## (2) サービス対象者と要介護認定

台湾では高齢化率17%程度の現在でも、要介護高齢者の介護の4割程度が外国人介護労働者の住み込みによる介護によって支えられなければならないほど、平均寿命が伸張し家族の機能が縮小している。少子化の傾向も強くなっており、2010年の合計特殊出生率は1.06、2015年は1.11、2017年は1.13と低迷している（Worldmeters, 2018）。今後家族だけで要介護高齢者を介護することがますます不可能になることから、介護の社会を加速度的に進めることが不可欠である。

長期介護プラン1.0における介護サービスの対象者群を示しているのが、表3の左側上部であり、①から④の4つに分けられる。第1は、65歳以上の要介護高齢者、第2は、55歳以上の山岳地帯原住民、第3は、50歳以上の精神障がい者または身体障がい者、そして第4が65歳以上の独居高齢者で手段の日常生活動作への補助が必要な場合である（西下彰俊、2017、pp.8-9）。

日本では、高齢者ケアと障がい者ケアの一元化が進んでいないが、台湾ではすでに政策的一元化が達成されている。今後は、一元化されたシステムの中で、ケアアセスメントとケアプランの適正化、サービス提供の円滑化がどのように達成されるかに焦点が集まる場所である。

以上の4つの対象者が、介護サービスを利用したいと希望する場合、2007年に県や市に設置された長期照顧管理中心（以下、長期介護管理センターと略、全国に22か所）に申請することが必要となる。申請後、同センター職員である照顧管理専員（以下、ケアマネジャーと表記）が自宅を訪問し、聞き取り調査を実

表3 2つの長期介護プランとサービス対象者・提供サービスのリスト

	長期介護プラン 1.0 (2008年-2016年)	長期介護プラン 2.0 (2017年-2026年)
サービス 対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>①65歳以上の要介護高齢者</li> <li>②55歳以上の山岳地帯原住民</li> <li>③50歳以上の精神障がい者または身体障がい者</li> <li>④65歳以上の独居で手段的日常生活動作への補助が必要な方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤50歳以上の認知症患者</li> <li>⑥55-64歳で身体機能に衰えのある平地原住民</li> <li>⑦49歳以下の精神障がい者または身体障がい者</li> <li>⑧65歳以上の虚弱高齢者で手段的日常生活動作への補助が必要な方</li> </ul>
提供サー ビスのリ スト	<ul style="list-style-type: none"> <li>①在宅サービス（ホームヘルプ）</li> <li>①在宅サービス（デイサービス）</li> <li>①在宅サービス（在宅デイ=家庭 托顧）</li> <li>②移送サービス</li> <li>③配食サービス</li> <li>④福祉用具の購入・レンタル及び 住宅改修</li> <li>⑤在宅看護</li> <li>⑥地域在宅リハビリテーション</li> <li>⑦ショートステイサービス</li> <li>⑧長期介護施設ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⑨認知症ケア</li> <li>⑩原住民居住地域のコミュニティ 統合サービス</li> <li>⑪小規模多機能サービス</li> <li>⑫家族介護者のための支援サービ ス</li> <li>⑬統合型コミュニティケアサービ スネットワーク（統合型コミュ ニティサービスセンター、連携 型サービスセンター、街角サー ビス拠点の確立）</li> <li>⑭コミュニティ基盤型介護予防</li> <li>⑮要介護や認知症発症を遅らせ予 防するプログラム</li> <li>⑯退院計画サービスの統合</li> <li>⑰在宅医療ケアの統合</li> </ul>

(出典) Ministry of Health and Welfare, 2018, p. 65

施する。ケアマネジャーの採用は、ソーシャルワーカー、看護師、理学療法士、作業療法士、医師、薬剤師、栄養士等の資格を保有しているか、または公衆衛生学の修士課程を修了後2年以上の介護関連領域での実務経験があることが前提となる（葉千佳、2016、p. 18）。ケアマネジャーは、サービス利用を希望する高齢者や障がい者の日常生活動作能力（ADL=Activities of Daily Living）を調べる。具体的には、バーゼル（Bathel）インデックスを用いて、申請者の要介護度

を確定する。同インデクスは、食事、移動、排泄、入浴、平衡移動、衣類着脱から構成されており、全項目中1ないし2項目で介護が必要と判定されれば軽度、3ないし4項目が該当すれば中度、5項目ないし6項目で介護が必要と判定されれば重度と認定される（衛生福利部、2007、pp. 2-3；西下彰俊、2017、p. 9）。要介護度ごとに、1か月あたりのサービス利用時間が決まる。軽度では25時間、中度では50時間、重度では90時間と上限が決められており、またサービス希望の高齢者や障がい者の世帯収入によって、負担なし、10%、30%と自己負担額が決定された（西下彰俊、2017、pp. 8-13）。以下に述べるホームヘルプサービス、デイサービス、自宅デイ（家庭托顧）サービスについては、サービス利用者に1時間あたり180元の補助金が支給される（衛生福利部、2007、p. 3）。ケアマネジャーは、こうした条件を前提に申請者本人や家族と相談しながらケアプランを作成する。

### (3) 多様な在宅サービス

こうした4つの対象者群に対して、台湾は表4に示すようなa. からh. の8つの在宅サービスを提供している。同表には、2008年から2017年までの各サービスの供給システムの整備状況が示されている。2008年から2016年までが長期介護プラン1.0の範囲であり、長期介護プラン2.0は2017年にスタートし2026年が最終計画年である。

まず、a. のホームヘルプサービスは2008年の利用者が約2.2万人であるのに対し、長期介護プラン1.0の最終年となった2016年には約4.7万人まで増加している。事業者数はあまり伸びていないが、利用者が約2.1倍伸びている。b. のデイサービスは、2008年当時は、利用者が339人と極めて少なかったが、2016年では約3,700人と急増しており、約11倍の増加率である。もともと要介護高齢者や認知症高齢者を昼の間自宅外に移動させるという習慣がなかったために、サービスの有効性が認識され利用者が拡大したと言えよう。とはいえ、絶対数は、ホームヘルプサービスに比べてきわめて少なく10分の1以下の状態である。

C. の在宅デイ（家庭托顧）は日本には存在しない在宅サービスの形態である。台湾で家庭托顧と呼ばれるこの在宅デイは、介護職の資格を有する者が、昼の間、12時間を超えない範囲で要介護高齢者4人を上限として自宅で預かる制度であ

表 4 長期介護プラン 1.0 における各サービスの推移

		2008	2010	2012	2015	2016	2017
a. ホームヘルプサービス (居家庭務)	事業者数	124	133	149	173	200	—
	利用者数	22,305	27,800	37,985	45,173	47,134	79,570
b. デイサービス (認知症含む、日間照顧)	事業者数	31	66	90	178	205	—
	利用者数	339	785	1,483	3,002	3,662	7,100
c. 在宅デイ (家庭托願)	事業者数	4	23	17	21	25	—
	利用者数	1	35	110	200	210	—
d. 配食サービス (栄養餐飲)	事業者数	166	201	169	197	197	—
	利用者数	5,356	5,267	5,824	5,520	7,279	—
e. 移送サービス (交通接送)	事業者数	31	43	43	41	40	—
	利用者数	7,232	21,916	46,171	57,618	59,588	—
f. 在宅看護 (居家庭理)	事業者数	487	489	478	793	518	—
	利用者数	1,690	9,443	18,707	23,975	22,359	—
g. 地域在宅リハビリ (社区及居家復健)	事業者数	62	122	111	143	129	—
	利用者数	1,765	9,511	15,317	25,090	27,237	—
h. ショートデイサービス (喘息服務)	事業者数	1,390	1,444	1,510	1,565	1,760	—
	利用者数	2,250	9,267	18,598	37,346	46,339	18,383
i. 長期介護ホーム (長期照顧機構)	事業者数	18	18	44	49	51	49
	利用者数	397	488	1,522	1,874	1,969	2,018
j. ナーシングホーム (養護機構)	事業者数	67	188	702	992	1,007	1,030
	利用者数	1,457	5,347	27,270	40,492	41,806	42,964
k. 認知症ケアホーム (失智照顧機構)	事業者数	—	—	1	1	1	1
	利用者数	—	—	27	62	59	61

(出典) 衛生福利部、2018、社会及び家庭署、長期照顧統計

(注) 2017 年の利用者数は陳正芬氏 (中国中正大学) へのインタビュー調査による。未発表の項目は、—で表記。在宅サービスとして、他に福祉用具購入と住宅改修サービスがあるが、原資料に掲載されていない。



る（鄭雅文・莊秀美、2010、p. 19）。アメリカやイギリスのサービスを取り入れた形である。2008年時点では1人しか利用者がいなかったが、2016年時点で210人に増えている。210倍の増加率であるが、規模は小さくニーズが大きいとは言えない。各自治体に1か所程度であり、台湾全体では25か所でサービスを提供しているに過ぎない。陳正芬は、台中市、南投県、台北市、台南県のデイサービスセンターと家庭托顧の地理的位置に関する比較分析を行い、各自治体とも周辺部に家庭托顧が開設されていることを明らかにしている（陳正芬、2011、pp. 389-393）。

e. 移送サービス、f. 在宅看護サービス、g. 地域在宅リハビリの3つのサービスについては、8倍から14倍の増加率であり利用者数の増加が著しい。要介護高齢者のニーズにマッチしていると言える。

在宅サービスの中で唯一つ増加していないサービスがあり、それはd. 配食サービスである。2008年に5,400人程度であったが2015年においても5,500人程度とほぼ変わらない。台湾は屋台が普及しているので、近くの屋台の食事を活用しているのであろうか。h. のショートステイサービスは、日本でいうところの在宅サービス3本柱の一つであるが、当該サービスは高齢者自身の社会参加ニーズというよりも介護者のための福祉サービスすなわち介護者のためのレスパイト（小休止）の機能の方が強い（西下彰俊、1992、pp. 92-96）。2008年に利用者が2,250人であったものが、2015年には37,346人と急激に利用者を伸ばしている。ただ2017年にかけて6割も減少した理由については不明である。なお、表4には、福祉用具の購入・レンタル及び住宅改修のサービスが挙げられていないが、表3の左側の提供サービスのリストには在宅サービスの一つとして④福祉用具の購入・レンタル及び住宅改修が位置づけられている。

表4の下部のi、j、kは、施設サービスの基盤整備状況を示している。施設ケアの施設数と入居者データは、正確に把握するのが困難である。例えば、小島は台湾の施設ケアについて施設数や利用者数の情報を示している（小島克久、2018、p. 597）。小島は、衛生福利部の統計を引用しているが、筆者が引用した保健福祉部社会及家庭署の統計データと大きな開きがある。施設の定義、位置づけが難しいということであろうか。小島のデータによれば、2009年から施設ケアの入居者の数が4万人を超えていることになっているが、筆者が調べたデー

タでは、2010年から2012年にかけて、2012年から2014年にかけて急増し2015年以降ようやく4万人を超えて安定した状態となっている。このことから、衛生福利部において介護サービスの基盤整備に関するデータ管理を一元化することが急務であると言えよう。

### 3. 長期介護プラン2.0の対象者及びサービスメニューの拡大

#### (1) 対象者の拡大

長期介護プラン2.0は2017年にスタートしているが、前掲の表3の右側が示すように、介護サービスの対象者が2倍に拡大し4つの対象者群が加えられた。すなわち、5番目は、50歳以上の認知症を患っている方、6番目は、55-64歳で身体機能が制限されている平地原住民、7番目は49歳以下の精神障がい者または身体障がい者、そして最後の8番目は、65歳以上の虚弱高齢者で手段的日常生活動作への補助が必要な方である。こうした拡大の結果として、長期介護プラン1.0で51.1万人と見込まれていたサービス対象者が、長期介護プラン2.0では73.8万人と急増することになった。

政府の介護プランの介護サービス対象者の属性が2倍に増え、その結果サービス対象者が、約23万人増えて1.4倍に増加したことに加えて、表3右側下部が示すように、提供されるサービスも長期介護プラン2.0のスタートとともに、9つのサービスが新たに追加され全部で17種類のサービスが提供されることになった。

#### (2) 提供サービスの拡大

新しく設けられたサービスは、以下の通りである。⑨認知症ケアサービス、⑩原住民居住地域のコミュニティ統合サービス、⑪小規模多機能サービス、⑫家族介護者のための支援センター、⑬統合型コミュニティケアサービスネットワーク（統合型コミュニティサービスセンター、連携型サービスセンター、街角サービス拠点の確立）、⑭コミュニティ基盤型介護予防、⑮要介護や認知症発症を抑制・予防するプログラム、⑯退院計画サービスの統合、⑰在宅医療ケアの統合。

こうして新しく設けられた様々なサービスについて、前述の長期介護サービス

管理センターのケアマネジャーが申請者のニーズを踏まえてどのようにサービスを組み合わせるのか、ケアプランに基づきサービス提供事業者がどのような形でサービス対象者にサービスを利用してもらうのか、その際の自己負担額がどの程度のものになるのかについてその手続きを明確にしなければならない。

特に明らかにされていないのが、8ランク（級）に分けられた介護度（ランク1は自立なので厳密には7ランク）ごとの1か月あたりのサービス利用限度時間と自己負担額である。自己負担の金額は、利用できるサービスの30分あたり、1時間あたりの単価により異なるはずで、こうしたサービス単価が分からなければ、自己負担額が計算できずサービスを利用する側も不安であろう。介護保険制度を持つ日本や韓国では、サービス単価が情報公開されているので、どのサービスをどれくらい利用すればどれくらいの自己負担になるか、高齢者やその家族が計算することができる。台湾は介護保険制度を持たないが、標準的な所得のある高齢者にとって必要な情報は公開すべきであろう。

さらなる問題点としては、長期介護プラン2.0で新しく設けられた⑫と⑬の位置づけの問題である。⑫の家族介護者のための支援センターは、要支援あるいは要介護の高齢者に対する直接的な単一サービスの名称ではない。もちろん家族介護者の介護ストレス軽減のためにも支援センターは必要不可欠であるものの、提供サービスリストに含めることは妥当ではない。同様に⑬の統合型コミュニティケアサービスネットワークは、後述するように、台湾が長期介護プラン2.0の目玉としている介護サービスパッケージのシステムのことであり、要支援あるいは要介護の認定を受けた個々の高齢者に対する直接的なサービスではない。従って、提供サービスリストに含めることは妥当ではない。⑭から⑰も同様の理由からこの枠組みに含めるのは適切ではない。

### (3) サービスパッケージとしてのA級-B級-C級3層モデル

以上のような構造的な問題点があるとしても、台湾の介護政策で注目すべきは、各種の介護サービスを単体でばらばらに準備するのではなく、医療と福祉を有機的に連携させつつ、各種サービスをパッケージとして整備するという戦略、衛生福利部の表現で言えば「A級-B級-C級3層モデル」を採っていることである。日本の地域包括ケアとは全く異なったアプローチであるが、医療機関と福祉機関

の連携を促しながら整備しようとしている点は評価されてよい。

A 級は「コミュニティ統合型サービスセンター」（社区整合型服務中心）と呼ばれる。A 級の対象者は、長期介護プラン 2.0 においてサービスを利用できる要介護高齢者である。病院、診療所、デイサービスセンター等から構成され、居宅介護サービス、ショートステイサービスなどを提供する統合型サービスセンターである。原則とし郷鎮市区（市町村）ごとに長期介護プラン 2.0 の最終年である 2026 年までに最低 1 か所を設置することが計画されており、全国で合計 469 か所設置することが決まっている。陳正芬氏へのメール調査によれば、2017 年末現在 80 か所となっており、2017 年末現在での到達率は 17.1% に留まる。

B 級は、「複合型デイサービスセンター」（複合型日間服務中心）であり、デイサービスと在宅・地域リハビリテーションの複合型モデルである。地域の保健センターで、生活機能のリハビリやデイケアなどを行う。対象者は、虚弱高齢者、軽度認知症高齢者、障がい者であり、2026 年までに中学校区に 1 つ設置することが決まっている。全国で 829 か所設置することが予定されている。2017 年末現在で 199 箇所あるので、到達率は 24.0% となっている。

C 級は、「地元街角介護ステーション」（巷弄長照站）であり、在宅サービスを中心にコミュニティ予防保健、見守り訪問、電話による見守りサービスなどが行われる。対象者は、B 級と同じく虚弱高齢者、軽度認知症高齢者、障がい者であり、2026 年までに 3 つの村に 1 つ設置する計画であり、全国で 2,529 か所設置することが予定されている（衛生福利部、2016、p. 35）。2017 年末現在、441 か所整備されているので、到達率は 17.4% である。なお、B 級と C 級は、A 級のサテライトの位置づけとなる。

衛生福利部社会及家庭署が 2017 年度に公表した「106 年度社区整體照顧服務體系行政説明」において（衛生福利部社会及家庭署、2017）、台湾の全県全市の A 層、B 層、C 層の整備目標が示されており、それらの目標数値を合計したものが、A 級 80 か所、B 級 199 か所、C 級 441 か所という数字であった。

そのうち例えば、衛生福利部が新北市板橋区について示した資料によれば、高齢者人口が 2016 年現在 63,640 人で高齢化率 11.5% であり、要介護高齢者人口は 8,083 人である。この自治体では、A 級を 5 か所、B 級を 11 か所、C 級を 42 か所整備する計画である（衛生福利部、2016、p. 36）。

計画の達成率が低い背景には、第1に、A級、B級、C級それぞれについて申請方法や補助金などの決まりがあること、第2に、現行のケアサービスを提供している施設にとって経営者は新しいことに手を出すより現状を保持することで収支バランスが保たれれば良いと考えることがあると言える（広橋雅子、2018、p. 9）。

#### (4) 各サービスの量的推移

行政院衛生署が2007年に公表した長期介護計画書によれば、個々のサービスについて、まずホームヘルプサービスは2007年現在で2万人であったが、2015年には10.5万人に増やす計画であった。しかし、現実には表4が示すように、2017年に約8万人であり、当初の計画よりは2.5万人以上少ない計算である。達成率は約76.2%である。

次にデイサービスに関しては、2007年に2,600人であったが2015年には11.2万人に増やす計画であった。現実には、2017年に7,100人であり、桁違いに少ないことが分かる。2007年に2,600人であったものを2015年には11.2万人と8年間で実に43倍に増やすことが目標とされていたわけで、明らかに非現実的な目標値であったということになる。達成率は、約6.3%である。しかしこの非現実的な数値目標が、莊秀美の研究に引用され、それが日本の文献で紹介される事態に至っている。具体的には、『東アジアの高齢者ケア』の補論で、デイサービスの利用者が2007年段階で2,600人であったが、2015年の目標値が112,000人であると紹介されている（須田木綿子・平岡公一・森川美絵、2018、p. 354）。デイサービス機関のサービス提供が少なければ、利用者も少ないままである。台湾におけるデイサービス機関の設置基準が厳しい可能性がある。設置基準が厳しいままであれば、要介護高齢者のニーズが高くても、そのニーズを満たすことが出来ない。デイサービスの設置基準の緩和が先決であろう。

一方、施設ケアの整備状況については、表4の下方のi. j. k. が示すように、2017年末現在では、「養護型機構」(Nursing Institutions) が最も多く、1,030か所存在し、42,964名の高齢者（男性18,982名、女性23,982名）が入居している（男女の分布は表では省略、以下同様）。定員54,866名に対し、充足率は78.3%にとどまっている。以下、「長期照護型機構」(Long-term Care Institutions) は49か所、2,018名が入居している。内訳は、男性が856名、

女性が1,162名である。定員は2,450名分なので、充足率は82.4%である。3番目に、「失智照顧型機構」(Dementia Care Institutions)が台湾全体で1か所存在し、男性が23名、女性が38名の合計61名が入居している。定員は64名なので、充足率は95.3%である(衛生福利部統計処、2018)。

以上の施設のうち最も多い養護型機構は、障がいがあるために常時介護を必要とし、自宅において介護を受けることが困難な高齢者が入居する。次に多い長期照護型機構は、寝たきりの高齢者あるいは日常生活が不自由な長期慢性疾患患者が入居する施設である。3番目の安養機構は、障がいがなく殆ど健康問題のない高齢者で、家庭環境や住宅事情などの理由から自宅での生活が困難な高齢者が入居する。失智照顧型機構は、日本の認知症高齢者のためのグループホームに対応するものと考えられるが、1か所しかないことからすれば、認知症高齢者に対するケアの基盤整備が大幅に遅れていることが分かる。

介護職員については、養護型機構及び長期照護型機構の合計数が、2017年時点で15,201人となっており、内訳は男性が2,122人、女性が13,079人である(表省略)。このうち外国人が男性では166人、女性では5,810人含まれている(衛生福利部統計処)。インドネシア、フィリピン、ベトナム等の外国人女性の介護職員が約38%含まれ施設ケアにおいて不可欠な存在となっている。

#### (5) 認知症介護プランの現在と今後

認知症高齢者や若年性認知症患者は、当事者の人権を保護する対象であり、症状が重度化した場合に人権保護できるように成年後見制度等で社会的に保護する仕組みを持つ国も多い。前掲の表3の右側上部で示すように、長期介護プラン2.0では、対象者が2倍に広がる中で、⑤50歳以上の認知症患者(失智症)が含まれた。高齢期の認知症患者に留まらず、若年性認知症患者が介護サービスを利用できる点が特徴であり、日本と同じである。異なるのは、日本が40歳以上の第2号被保険者として認知症に関するサービスを利用できるのに対し、台湾では50歳以上の認知症患者に限定されている点である。提供サービスメニューも倍増している。前掲の表3の右側下部で示すように、同プランの⑨として、認知症ケアサービスが位置づけられている。

2011年に実施された調査によれば、表5が示すように、認知症患者のうち外部介護サービスを利用していない場合が最も多く54.9%であり、住み込み型外

表5 認知症患者のサービス利用の分布

単位：%

	施設入所	在宅サービス利用	外国人による在宅介護	台湾人による在宅介護	デイサービス利用	利用せず
軽度	3.7	3.7	28.6	3.7	0.3	60.0
中度	7.1	4.4	35.4	2.7	—	50.4
重度	12.0	8.0	32.0	2.4	—	45.6
全体	6.2	4.8	30.7	3.2	0.2	54.9

(出典) 衛生福利部、2018、p. 4

国人介護労働者を雇用している場合が30.7%となっている。家族だけで介護しているかインドネシア、フィリピン等の外国人を雇用しているケースがほとんどである。施設に入居している場合が6.2%、在宅サービス（ホームヘルプサービス、家庭托顧等）利用者が4.8%、台湾人を雇用している場合が3.2%となっている。デイサービス利用者は0.2%とほぼ皆無である（衛生福利部、2018）。

長期介護プラン1.0に基づいて、介護サービスの基盤整備が進みサービス利用者が増えつつある中、認知症患者に関しては、表5の分布から分かるように2011年当時は外部サービスを利用するという介護の社会化の動きは低調であったことが分かる。

長期介護プラン2.0により認知症が適切に位置づけられたことから、今後は介護の社会化が進むと思われる。ただ、認知症のための専門介護施設である認知症グループホームは、既に確認したように1か所しかない。スウェーデンが発祥の地である認知症グループホームは2000年に介護保険制度がスタートする前に日本に導入され、現在、13,500か所開設されている。個室に入居することによりプライバシーが確保され9人を上限にユニットを構成するアットホームなケアは、大規模介護施設への入所がスティグマとして敬遠される台湾においても受け入れられやすいスタイルであり、後述の認知症ケアプランの展開とともに、今後は開設が進められるであろう。デイサービス同様、開設の基準が厳しいのであれば、緩和措置が不可欠である。

台湾の認知症政策は、衛生福利部と台湾失智症協会（Taiwan Alzheimer's

Disease Association=TADA) が連携しながら進めてきている。2013年に以下の7つの戦略が設定され「台湾認知症プラン1.0」(失智症防治照護政策綱領暨行動方案)がスタートし、2016年に終了した(衛生福利部、2017、pp. 1-42)。同プランでは、認知症に対する社会的理解を進め、包括的な地域ケアネットワークの確立が目指された。特に重要な戦略が、認知症患者やその家族の人権を守ることである。引き続き、2018年-2025年を範囲とする「台湾認知症プラン2.0」「失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0」が2017年末に制定された。同プランでは、7つの戦略、測定指標、目標が設定されている。

戦略1は、2020年までに認知症を全ての基礎自治体(地方政府)のアクションプランとして認識すること(測定指標数6項目。測定指標は、プランの進捗状況を確認するための目安としての位置づけである。以下同様)、戦略2は、2025年までに全国民の「7%以上」が認知症を正しく理解し認知症に優しくなること(9項目)、戦略3は、中央政府は認知症のリスクを制御し出現率を低下させること(9項目)、戦略4は、2025年までに認知症高齢者及び若年性認知症患者の「70%以上」が診断を受け適切にサポートやサービスを利用することが出来るようにすること(10項目)、戦略5は、2025年までに家族介護者の「70%以上」がサポートや研修を受けられるようにすること(9項目)、戦略6は、2019年に国家認知症登録システム及びモニタリングシステムを完備すること、そして最後の戦略7は、認知症研究を促進し認知症に関するケア・テクノロジーを開発することである。これらの戦略と目標のうち、第2、第4、第5には2025年までに達成すべき目標数値に「7」という数字が入っているので、「2025失智症友善台湾777」のスローガンが掲げられている。

認知症高齢者や若年性認知症に対する在宅ケア、施設ケアの基盤整備という観点から見ると、上記7戦略のうち戦略4が重要である。戦略4に含まれる10指標のうち本稿テーマに関連する指標は5指標である。具体的には、①認知症高齢者や若年性認知症がケアサービスを利用する割合を40%にすること、②認知症を対象とする施設のベッド数を2,300床とすること、③認知症統合ケアセンターを63か所設置すること、④認知症混合型デイサービス、認知症グループホーム、小規模多機能施設を含めて500か所整備すること、⑤住み込み型外国人介護労働者に対する認知症研修と教材作成に関する比率を5%以上にすること



が具体的な目標として設定されている。

以上のきわめて多角的で詳細な台湾認知症プラン2.0を遂行するために、2018年は約21.3億元（2018年10月21日現在、1元=3.6円）、2019年は19.7億元の予算を計上している。

## 4. ケアマネジャーの支援体制及び要介護認定方法

### (1) ケアマネジャーの支援体制

在宅サービスあるいは施設サービスを利用する場合、サービスを利用する高齢者あるいは家族は、まず地域の長期介護管理センターに申し込まなければならない。申請後、同センターのケアマネジャーが自宅に出向いて聞き取り調査をする。この手続きは、長期介護プラン1.0の場合と同様である。2017年からは、ホットラインの番号「1966」で電話連絡することで、ケアマネジャーが要介護認定に出向きサービス利用につながるもう一つのルートが誕生している。

2017年にスタートした長期介護プラン2.0では、在宅サービス、施設サービスの基盤整備だけではなく、ケアマネジメントシステムの構築が目標でもあった。前述の通り、長期ケア計画2.0では、サービスの対象者が4つから8つに増えている。対象者の範囲の拡大に伴い最初の介護プランでは51.1万人と見込まれていたものが、長期介護プラン2.0では73.8万人と約1.4倍に増加し、約22.7万人も急増することとなった。

これだけ対象者が増えるということは、各サービス申請者に対するケアマネジメント全般を管理するケアマネジャーを増やさなければならない。要介護認定からケアプラン作成、サービス提供、モニタリング、再度の要介護認定までの一連の手続きをケアマネジャーが行う。2016年には台湾全体で618人だったものが、2017年には971人まで増加している。ケアマネジャーは原則として200人の対象者を受け持つことになっているが、実態としてはその2倍程度または2倍以上を受け持っている（台北市、嘉義市でのケアマネジャーへの聞き取り調査から）。ケアマネジャーへの過重な負担を軽減するため、政府は2017年より7人のケアマネジャーに対し1人のスーパーバイザーを置くことを決めた。さらに、10人のケアマネジャー、スーパーバイザーに対し、1人の事務担当アシスタント

トを付けるようになった。こうして2017年には971人まで専門職が増加したが、その中にはこうしたスーパーバイザーや事務担当アシスタントの増加分も含まれている (Ministry of Health and Welfare, 2018, p. 66)。ケアマネジャー数自身を増やさなければならないが、専門職でありながら職業上の地位が不安定であり非常勤職員が多く、低賃金であることから急増は見込めない状態である。担当するケース数を減らし、サービス対象者にとって満足のいく専門的なケアマネジメントをケアマネジャーが遂行できるためには、少なくとも2倍程度は増員しなければならないであろう。増員と合わせてケアマネジャーの常勤職としての雇用、専門性に見合った賃金の保証が必要不可欠である。

政府は、ケアマネジャーを2018年に1,016人、2019年に1,054人、2020年に1,094人に増やす計画であり、ケアマネジャーのスーパーバイザーを2018年に127人、2019年に132人、2020年に137人に増やす計画である。事務担当アシスタントも毎年数名ずつ増やすことになっている。現実問題としては、2倍には届かない緩やかな増員計画で乗り切るようだ。

## (2) 要介護認定方法の精緻化

厚生福利部は、長期介護プラン2.0の施行に合わせて、要介護高齢者だけでなく様々な背景を持つサービス希望者のニーズを一元的に評価するツールを開発した。要介護認定のソフトが組み込まれたタブレットをケアマネジャーが訪問調査で持参できるようになっており、ケアマネジャーの労働環境の改善に資する結果となっている。なお、以前は、要介護度をシンプルな方法で調査していたことは前述した通りである。長期介護計画2.0では、ランク1 (第1級) からランク8 (第8級) までの8段階の要介護認定がなされている。

さて、要介護認定の調査票に含まれる内容は、①日常生活動作能力 (ADL) 及び手段的日常生活動作能力 (IADL=Instrumental Activities of daily Living)、②コミュニケーション能力、③特別で複合的なケアニーズ、④短期記憶評価及び心理的行動的状況、⑤居住環境、家族支援、社会支援、⑥主たる介護者のケア負担の6つの側面から構成されている (Ministry of Health and Welfare, 2018, p. 69)。

厚生福利部が2017年3月に発表した要介護認定調査票である「照顧管理評価量表」は27ページにも及ぶ大部なものである。全部で11の柱から構成されて

おり、それらはA. 申請者個人に関する基礎資料＝個案基本資料（質問項目数は4項目、以下同様）、B. 主たる介護者、副次的介護者に関する基礎資料＝主要及次要照顧者基本資料（5項目）、C. 申請者のコミュニケーション型能力＝個案溝通能力（5項目）、D. 申請者の短期記憶力評価＝短期記憶評估（1項目）、E. 申請者の日常生活能力測定尺度＝個案日常活動功能量表（11項目）、F. 申請者手段的日常生活能力測定尺度＝個案工具性日常活動功能量表（8項目）、G. 申請者の特別なケアニーズ＝特殊複雜照護需要（8項目）、H. 自宅居住環境と社会参加＝居家環境社会參與（2項目）、I. 情緒及び行動のパターン＝情緒及行為型態（14項目）、J. 主たる介護者の介護負担＝主要照顧者負荷（5項目）、K. 主たる介護者の介護支援＝主要照顧者工作與支持（8項目）の各柱である（衛生福利部、2017）。要介護認定を目的として71の項目が設定され、これらの結果から当該高齢者の介護度が8つのランク（級）に認定される仕組みである。なお、ランク1は自立の判定を意味し、介護サービスは利用できない。日本の要介護認定用の概況調査票は74項目あるが2ページのみであるが、台湾は27ページもあるのと対照的である。なお、衛生福利部が英文で発行している資料では、先に述べたように6つの側面と簡略に紹介されているが、実際は11の局面に及ぶ極めて多面的な要介護認定のフォーマットであることが分かる。

## 5. サービス利用時の自己負担額計算方法の変更及びサービスの多様化

### (1) 自己負担額計算根拠の変更

衛生福利部は、長期介護プラン2.0がスタートした翌年の2018年に入ってから長期介護サービス給付の新システムをスタートさせた。既存のサービスを、介護及び専門サービス、送迎サービス、福祉用具及び住宅バリアフリー環境改善サービス、レスパイトケアサービスの4つに分け、ケアマネジャーが個別の長期介護ニーズに応じて介護プランを調整し、特約したサービス会社により長期介護サービスを提供する。介護従事者の待遇改善のために、自己負担料金をこれまでの時間数に基づく算出方法からサービス項目に基づく算出方法へと転換した（嶋亜弥子、2018、p. 6）。

嶋の説明はここまでである。最も重要な「時間数ではなくサービス項目に基づく算出方法」が明らかにされていない。日本も韓国もサービス利用時間の長さ(の範囲)に応じて自己負担額が決定される。時間数の基準を採用しないのであれば、常識的に考えて、サービスの利用回数に基づく自己負担の算出ということになるが、利用回数という基準でもなさそうだ。サービス項目に基づく算出方法とは何か。例えば、①ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービス、家庭托顧、社リハビリサービスなど、利用したサービスの種類の数が自己負担の積算根拠になる、②各種サービスごとに利用時の費用が決まっていて、利用時間や利用頻度に関係なく当該のサービスを利用した時点で自己負担額が決まるといった方法が想定される。

長期介護プラン 2.0 がスタートして 2 年目に大きな変更点が生じている。サービス利用対象者の種類が 2 倍に増え、実際の対象者が増える中、高齢者、障がい者、認知症、若年性認知症の方あるいは家族の方は、果たしてこうしたシステムの変更について把握できているのであろうか。特に自己負担比率が 5%、16% のサービス利用者にとっては、生活に係る大きな問題であろう。自己負担額が当事者として把握できなければ、サービス利用を諦めてしまうのかもしれない。地域が包括的に介護の社会化をすすめるためには、サービス利用の当事者に寄り添った分かり易い料金システムの情報公開が必要不可欠である。

## (2) サービスのサービス区分とサービス単価の公表

2018 年 1 月 1 日に保健福祉部が、在宅サービスのサービス区分とサービス単価を公表した。レベル別の給付限度額は、表 6 のようになる。衛生福利部が 2018 年 11 月 1 日に公表した「長期照顧給付及支費基準」によれば、まずホームヘルプサービスについてはケアの内容ごとに 23 コードに細分化され、それぞれにケア価格が設定されている。日本の場合は、生活援助と身体介護の 2 種類の区分であることと比べると台湾は区分の多様化が進んでいる。その結果として、ケアマネジャーが作成するケアプランは複雑にならざるを得ないが、こうした区分の多様化のメリットは、サービス提供時間の無駄を省き、ケアニーズに寄り添った合理的なケアマネジメントにつながる。先述したように、要介護認定のための調査票が大部なものであるが、ケアマネジャーが申請者から直接把握するこの情報は、申請者の細分化されたニーズとホームヘルプサービスメニューの適合性

表6 級別 介護給付限度額 単位：元

	1か月あたり 介護給付限度額 (在宅介護サービス及び ケアマネジメント業務)	1年あたり 介護給付限度額 (レスパイト・サービス)
第2級	10,020	32,340
第3級	15,460	32,340
第4級	18,580	32,340
第5級	24,100	32,340
第6級	28,070	32,340
第7級	32,090	48,510
第8級	36,180	48,510

(出典) 衛生福利部、2018d、p. 10

を高めることに資すると考えられる。例えば、基本身体清潔は260元(1元は約3.7円、以下同様)、基本日常ケアは195元、バイタルチェックは35元、食事ケアは310元、入浴サービスは325元、足部ケアは500元、訪問入浴は2200元、外出同伴は195元、病院同伴は685元と細かくサービス単価が示される(衛生福利部、2018c、pp. 16-26)。なお、長期介護に関する全てのサービス項目について、原住民の場合はサービス単価が高めに設定されているが自己負担比率は低めに設定されている。日本は台湾ほどホームヘルプサービスの内容は細分化されていないが、逆に日本はサービス提供時間量と提供時間帯により細分化され、ケア費用が決まる方式である。

次にデイサービスについては、第2級(要介護度が低い)から第8級(要介護度が高い)までそれぞれのレベルについて、1日利用か半日利用かでケア費用が設定されており、合計14のパターンでサービス単価が示されている(衛生福利部、2018d、pp. 25-29)。例えば、第3級で半日デイサービスを利用すれば420元であり、第6級で1日デイサービスを利用すれば1,130元である。日本は、要介護度、サービス提供機関のタイプ、サービス提供の規模、サービス提供

時間量等により細かくサービス単価が決められているが、台湾はその点シンプルである。日本にはない家庭托顧（在宅デイ）も、デイサービスと同様の基準で、ケア費用が設定されている。例えば、第5級で1日利用のデイサービスを利用すれば1,045元、第6級で半日家庭托顧を利用すれば480元となる。

日本における在宅福祉の3本柱とされてきたショートステイサービスは、台湾においては3つのタイプが存在する。日本では、介護者が一休み（レスパイト）するために要介護高齢者が、特別養護老人ホーム等に短期間宿泊することをショートステイサービスと位置づけている。台湾では、介護者が一休みするために、①ホームヘルパーが自宅で3時間以内または6時間以内で介護するサービス、②デイサービスセンターに高齢者を数時間預けるサービス（移送サービスを含む）、③介護施設に1日もしくは数日預けるサービス（移送サービスを含む）の3つのパターンが用意される（衛生福利部、2018d、pp. 39-40）。

表6の右側に示したように、レスパイトサービスのみ1年間の介護給付限度額が示されている。第2級から第6級までが同じ限度額で32,340元、第7級及び第8級が同じ限度額で48,510元となっている。また、表には示していないが、移送サービスは第4級から第8級まで利用でき、毎月の介護報酬が1,840元で、自己負担比率は、負担なし、9%、27%と区分されている。なお、原住民の場合は、同じく毎第4級から第8級までが利用でき、月の介護報酬が2,400元で、自己負担比率は、負担なし、7%、21%と区分されている。

福祉用具及び住宅改修サービスは3年間の給付限度額が全等級共通で40,000元と決められ、自己負担比率は収入により、負担なし、10%、30%と決められている。サービスの種類により自己負担額の比率が異なるのが（全部で5パターン）、台湾の特徴である。

### (3) 自己負担額計算の具体例

例えば、標準的な収入のある第2級の要介護高齢者が22日間デイサービス（全て丸1日のデイサービス）を利用したとする。自己負担比率は16%である。サービス単価は675元なので、単純計算では $675 \text{ 元} \times 22 \text{ 日} \times 0.16 = 2,376 \text{ 元}$ となるが、新システムでは以下のような複雑な計算により最終的な自己負担額は6,433元となる（衛生福祉部、2018d、p. 5）。表6によれば、第2級は10,020元が限度額である。

- ① サービス単価 675 元×22 日=14,850 元
- ② 利用限度額 10,020 元÷675 元=14.8 …14 日間とカウント
- ③ 675 元×自己負担比率 0.16=108 元
- ④ 108 元×14 日間=1,512 元
- ⑤ 10,020 元-675 元×14 日間=570 元
- ⑥ 570 元×0.16=91.2 元 …91 元とカウント
- ⑦ 14,850 元-10,020 元=4,830 元
- ⑧ 1,512 元 (④の計算)+91 元 (⑥の計算)+4,830 元 (⑦の計算)=6,433 元

以上の計算式は、例題として示されているのだが、②の計算により22日間のうち政府の補助が得られるのは14日間であること、残りの8日間は全額自己負担になることを理解しなければならない。ケアマネジャーはケアプランを作成する段階でこうした自己負担額についても高齢者や家族に説明し了解を求めることになるが、これまでにない困難を伴うであろう。

## 6. 住み込み型外国人介護労働者の3つのタイプ

以上、台湾における介護サービスの基盤整備状況について長期介護プランと関連付けながら現状と問題点を指摘してきた。加えて、既に長期介護プラン2.0のスタートとともに開始された要介護認定の精緻化と2018年1月1日から始められたサービスメニューの多様化及びサービス利用時の自己負担額計算方法の精緻化の実情について論じてきた。

ここでは、多様化した在宅サービスでもなく施設サービスでもない第3のサービス提供システムである特殊な「住み込み型外国人介護労働者」に焦点を当て、彼らの過酷な就労環境や人権上の問題について論じる。

### (1) 外国人介護労働者受け入れの背景

台湾の人々は、何故東アジアの国々出身の介護労働者を住み込みで受け入れるようになったのであろうか。既に論じたところではあるが(西下彰俊、2017、pp. 16-24)、再度確認したい。

台湾が産業化するに従って女性が労働市場に参加することは必然であり、多く

の先進国も同様の経過を辿っている。それ以前の時代は、主として女性が自宅で老いた親の介護を無償で行っていた。台湾政府が1992年に就業服務法を制定し、東南アジアの女性を介護労働者として受け入れるに及んで、介護を必要とする親を持つ台湾の中間層は、住み込み型の外国人介護労働者を雇用し給与を支払う道を選んだ。この道を選んだのは、自宅で老親を介護することが親孝行につながるという判断である。

もともと施設は長期にわたり貧しく身寄りのない高齢者を対象としていたため、施設入所にはスティグマが伴っていた。また施設入所の費用は高額になることもあり、施設入所よりはコストの安いそしてスティグマ性のない外国人専従の介護が選択されたわけである。かつての台湾人女性（嫁や娘、妻）による無償労働 (unpaid work) から東南アジアの女性に給料を支払う有償労働 (paid work) に老親介護のスタイルがドラスティックに変化したのである。こうした住み込み型外国人介護労働者は以下に述べるように (2) から (4) の3つのパターンに分類できる。

なお、住み込み型外国人介護労働者が介護の対象とするのは、以下のA類かB類に当てはまる者である。A類は、①80歳未満でデイサービスを要する者、②80歳以上85歳未満で介護依存度の高い者またはデイサービスを要する者、③85歳以上で軽度以上の介護を要する者のいずれかに該当し且つ医師による専門評価及び60日以上の有効な病気または心身機能喪失の診断証明書を提出できる者である。B類は、特定の心身障がい項目及び障がい等級の重度以上の心身障がい者手帳を持つ者である（台北市政府衛生局、2016、pp. 49-52）。

## (2) 住み込み型外国人介護労働者の過酷な労働

表7は、2005年から2017年までの外国人労働者を産業外籍勞工（一般外国人労働者）と社福外籍勞工（外国人介護労働者）の2つのカテゴリーに分け、さらに当該労働者の国ごとの分布を示したものである。2005年以降に関しては一般外国人労働者が常に外国人介護労働者よりも多くなっており、特に2015年以降は差が顕著になっている。一般外国人労働者は、労働基準法が適用されるので最低賃金が保証されているのに対し、外国人介護労働者はその多くが、台湾の家族や高齢者に雇用されるため労働基準法の適用外となり、従ってほとんどの場合最低賃金が保障されないため、低賃金で過酷な労働を強いられている。最低賃



## 台湾における2つの長期介護プランの展開

表7 台湾における国別外国人労働者の推移

単位：%、( ) 内実数

	産業外籍勞工						社福外籍勞工						総計
	インドネシア	フィリピン	タイ	ヴェトナム	その他	小計	インドネシア	フィリピン	タイ	ヴェトナム	その他	小計	
2005	3.9 (7,188)	33.1 (60,656)	51.9 (95,265)	11.0 (20,229)	0.0 (43)	100.0 (183,381)	29.1 (41,906)	24.3 (35,047)	2.1 (3,057)	44.4 (63,956)	0.0 (49)	100.0 (144,015)	327,396
2010	11.0 (21,313)	28.0 (54,218)	33.3 (64,516)	27.6 (53,488)	0.0 (10)	100.0 (193,545)	72.5 (135,019)	12.5 (23,320)	0.7 (1,226)	14.3 (26,542)	0.0 (1)	100.0 (186,108)	379,653
2015	16.3 (59,261)	15.9 (95,445)	15.9 (57,815)	41.5 (151,062)	0.0 (1)	100.0 (363,584)	79.0 (177,265)	12.3 (27,613)	0.2 (557)	8.4 (18,919)	0.0 (2)	100.0 (224,356)	587,940
2017	15.7 (67,036)	27.6 (117,608)	14.2 (60,645)	42.4 (180,695)	0.0 (1)	100.0 (425,985)	76.4 (191,048)	12.5 (31,178)	0.2 (531)	11.0 (27,400)	0.0 (-)	100.0 (250,157)	676,142

(出典) 労働部労働力発展署, <https://www.wda.gov.tw/> <https://english.mol.gov.tw/6387/>

金が保障されない外国人介護労働者は、その働き方の特異性から「住み込み型外国人介護労働者」と呼ぶことができる。

一般外国人労働者の数は、2005年に比べて約2.4倍に増えており、2017年現在ではヴェトナムが最も多く42.4%、以下、フィリピンの27.6%、インドネシアの15.7%と続いている。表右側の外国人介護労働者については、約1.8倍の増加に留まっているが、最も多いのは、インドネシアの76.4%、以下、フィリピンの12.5%、ヴェトナムの11.0%と続いている。2005年と比較するならば、インドネシアは約4.6倍に増加しているのに対し、ヴェトナムが半分未満に急激に減少している。フィリピンは微減である。こうした東アジア諸国からの外国人介護労働者は、1992年に門戸が開放されその年は306人であった。1996年には1万人に達し、2001年には10万人を超えた(朝日新聞、2008)。

同表によれば、外国人介護労働者は、2005年に合計14.4万人であったが、2010年には18.6万人に増え、2015年には22.4万人とさらに増えている。2017年現在25万人に達しており約1.7倍の増加である。

別の文献によりさかのぼれば、1998年から6年間の外国人介護労働者の国別変化は、表8のようになる(Pei-Chia Lan, 2006, p. 69)。1998年、1999年時点では、フィリピンが過半数であったが、2000年から2002年まではインドネシアが過半数を占めている。時期によりメインとなる送り出し国が変化するが、これは台湾と対象国との二国間関係の変化や雇用する家族の側の希望の変化等が要因として挙げられよう。

表 8 台湾における国別外国人介護労働者の推移

単位：%、( ) 内実数

	インドネシア	フィリピン	タイ	ヴェトナム	合計
1998	14.5 (7,761)	83.5 (44,559)	1.9 (1,030)	—	100.0 (53,368)
1999	37.4 (27,948)	57.3 (42,893)	5.2 (3,912)	0 (33)	100.0 (74,793)
2000	59.8 (63,563)	32.7 (34,772)	5.0 (5,356)	2.5 (2,634)	100.0 (106,331)
2001	69.7 (78,678)	22.0 (24,875)	3.7 (4,158)	4.6 (5,221)	100.0 (112,934)
2002	67.5 (81,496)	17.6 (21,223)	2.3 (2,733)	12.6 (15,263)	100.0 (120,711)
2003	39.7 (47,891)	24.3 (29,347)	2.4 (2,901)	33.5 (40,397)	100.0 (120,598)

(出典) Pei-Chia Lan, 2006, p. 69 Table1 を筆者再集計

すでに論じたように（西下彰俊、2017、pp. 3-28）、住み込み型外国人介護労働者は、過酷な介護労働を強いられている。その問題点は大きく分けて4つあり、まず第1に、台湾の最低賃金と同等かもしくはそれ以下の低賃金であることである。1か月の賃金は平均して1.7万元と言われている（台湾国際労工協会 Taiwan International Workers' Assosiation 専員の王淳准氏への聞き取り調査）。城本によれば、2008年時点の平均賃金が1.8万元であったようだが（城本ら、2010、p. 38）、2016年統計によれば、2015年以降に契約を結ぶ外国人介護労働者の最低賃金月額が17,000元（約61,200円）となり、ほとんどの労働者が平均17,449元（約62,800円）を得ている。第2に、長時間労働でありかつ休日がないことである。雇い主は、自らの要介護の親（あるいは配偶者）の介護を中心としつつ、さらには家事全般、場合によっては幼い子供の世話まで外国人介護労働者に仕事として命じている。介護の仕事の中には、痰の吸引や胃瘻による経管栄養注入がある（城本ら、2017、p. 111）。極端な場合には、雇い主の自営業の手伝いや雇い主の兄弟姉妹の家に外向き家事労働させることもあるという（桃園市群衆服務協会代表汪英達氏への聞き取り調査）。また休日も1か月に1日あるいは2日程度の場合が多い。

第3に外国人介護労働者に専用部屋が与えられないためにプライバシーが確保できないことである。彼女達は、介護を必要とする高齢者の傍に寄り添うことが常に期待されているので、そもそも専用部屋が用意されていない。専用部屋が隣接して用意されていたとしても高齢者の傍で寄り添う仕事なので自分の部屋で

寛ぐ時間も確保できない。住み込みという働き方は、プライバシー確保という点で問題がある。以上の3つの問題点は、労働法令が不適用であることに起因している。外国人介護労働者は、労働者でありまた家族の一員でもあるという「親密な他者」の位置づけになっていることから、家族ではないが妻や娘や義理の娘といった家族メンバーの一員であるかのように、時間を問わない介護労働に従事させられている（安里和晃、2016、p. 276）。

第4に、民間仲介業者からの借金の問題がある。台湾の場合、外国人介護労働者の雇用は、全て数百にのぼる民間事業者が仲介を請け負っている。外国人介護労働者は、渡台する前に仲介業者に高額な仲介費用を支払わなければならない。多額の借金を背負っているため、1年目は利息の支払い、2年目は借金本体の返済、3年目ようやく自分の収入を手に入れることができる（城本るみ、2018、p. 115）。こうして外国人介護労働者は、低賃金の過酷な労働に耐えながら、母国の家族に仕送りを続けるのである。

こうした大きな借金を抱えている点で外国人介護労働者は同じであるが、郭によれば、台湾は二重基準労働市場を形成しているという。二重基準は、外国人労働者のうち、製造業・建設業における外国人労働者の基本給与が台湾の労働部が定めた最低賃金以上であるのに対し、外国人介護労働者が労働基準法の適用外となり最低賃金より低い状態であることを指す。労働市場の二重基準化すなわち労働基準法の適用外としている理由として、労働部は家庭というプライベート空間の中で仕事と休みが区別しにくいこと、家庭の中を行政がチェックしにくいこと、雇用主が負担している住居費と食事代も賃金の一部であることを挙げている（郭安君、2016、p. 88）。

### (3) 婚姻移民

台湾には、「特殊な」外国人介護労働者がいることも大きな特徴である（城本るみ、2018、p. 109）。高齢男性や障がい者の男性など、介護を必要とする者が仲介業者の斡旋によって外国人妻を娶るという不自然な婚姻形態が目立つ。住み込み労働者による介護には賃金が発生するが、社会的地位が低い台湾人男性にとって彼女たちは「家族」として無償の介護や家事を提供してくれる「都合のよい」存在となっている（城本るみ、2018、p. 110）。こうした外国籍配偶者数は約52万人に及んでおり、この数字は台湾の少数民族人口とほぼ同数である。

表 9 国別外国人労働者の失踪数の推移

単位：％、( ) 内実数

	インドネシア	フィリピン	ヴェトナム	その他	合計
2005	18.2 (1,973)	11.9 (1,543)	56.9 (7,363)	15.9 (2,059)	100.0 (12,938)
2010	45.8 (6,484)	4.7 (662)	46.6 (6,590)	2.9 (411)	100.0 (14,147)
2015	41.3 (9,569)	3.0 (685)	54.5 (12,618)	1.2 (277)	100.0 (23,149)
2017	40.6 (7,391)	2.9 (536)	55.2 (19,056)	1.2 (226)	100.0 (18,209)
2018年現在 失踪中の数	45.9 (23,606)	5.1 (2,620)	47.4 (24,393)	1.5 (796)	100.0 (51,415)

(出典) National Immigration Agency, 2018, Table 12-7 を筆者加工

#### (4) 非合法の外国人在宅介護労働者

ところで、以上のような悲惨な労働環境から抜け出すために失踪(逃亡)する者も少なくない。これが大きな社会不安の一つになっている。表9は、失踪者を国別に見たものである。雇用主に何の許可もなく家を飛び出してしまう失踪者は、2005年時点では、ヴェトナムが約57%で最も多い。2010年時点では、ヴェトナムとインドネシアが46~47%でほぼ同じ位になっている。2015年時点では、再びヴェトナムの割合が増え、2017年時点でもヴェトナムが最も多くなっている。失踪者には、一般外国人労働者と外国人介護労働者が含まれるが、一般外国人労働者ではヴェトナムが多く、外国人介護労働者ではインドネシアが多いと考えられる。なお、2017年時点で失踪中の外国人労働者は、5.1万人を超えている。ヴェトナムとインドネシアがどちらも多く2か国で93%を超えている。

外国人介護労働者が失踪すると、当該の雇用主にもペナルティが科される。失踪した労働者を探し出して帰国させなければ雇用主は外国人介護労働者の雇用枠を取り消されてしまう。そのため労働者に逃げられて困っている雇用主に対し他所から逃げて不法滞在となっている非合法労働者を斡旋する業者もあり、負の連鎖が続くことになる(城本るみ、2018、p. 111)。こうした斡旋業者は雇用主に対して優位な立場に立つことから高額な斡旋料を請求することが出来る。また、不法就労者自身、労働力の売りに転化し正式な雇用形態の時よりも働き手の自由度や自己決定権も高くなり、収入が増える(城本るみ、2018、p. 112)。

郭によれば、雇用主が外国人介護労働者を申請してから2か月半、外国人労働者の失踪による再申請に5か月かかる現状があるので、介護ニーズが発生しつつも待機しなければならない数か月間、台湾人仲介業者に非合法の失踪者を斡旋してもらうことになる(郭安君、2018、p. 15)。こうした事情により失踪者へのニーズが構造的に発生するので、失踪することを厭わない外国人労働者が後を絶たない。

#### (5) 外国人介護労働者の中の水平的格差

外国人介護労働者の多くは住み込み型自宅介護労働者であるが、施設で働く外国人介護労働者も存在する。外国人介護労働者という点では同じであるが、様々な点で労働環境が異なる。まず、施設で働く外国人介護労働者は介護施設という組織で労働するので、台湾の労働基準法が適用される。その結果、賃金を含めて労働条件としては住み込み型自宅介護労働者よりも恵まれている。介護施設で働く外国人介護労働者は施設職員全体の半数までと決められているので、残りの半数は台湾人の介護職員である。介護施設で働く外国人介護労働者は、台湾人の介護職員に比べて過酷な仕事を余儀なくされており、具体的には、夜勤のシフトは外国人介護労働者が全て行うのが現状だ。

介護施設で働く少数の外国人介護労働者は、住み込み型の外国人介護労働者に比べれば、就労環境が恵まれているという水平的格差の中にいる。しかし他方では、介護施設で働く台湾人の介護職員に比べれば、夜勤勤務をはじめとする過酷な労働を強いられるという点で、台湾人介護労働者との間の垂直的格差の中にあることになる(陳正芬、2018、pp. 182-184)。

ちなみに、中国では、農村からの出稼ぎ労働者が住み込みで都市部の高齢者の部屋において24時間介護を行う「特別介護」が存在する。特別介護は、台湾、香港、シンガポールで一般化している外国人介護労働者による24時間住み込み型の介護とは異なるが、他者が要介護高齢者の部屋に住み込みつききりで介護を行うという点では共通性がある。特別介護では、通常、出稼ぎ労働者は高齢者と同じ部屋に泊まり、折りたたみベッドに寝る。特別介護の料金や利用家族の数など不明な点が多いが、中国においても、在宅介護でもない施設介護でもない第3の介護の形が存在することが明らかになった(福田真希・森一彦ほか、2008、p. 8)。

## 7. 外国人介護労働者を包摂する連携型介護システムの可能性

全要介護高齢者 70 万人の 3 分 1 程度あるいは 4 割を占める住み込み型外国人介護労働者を雇用する世帯は、台湾で今後介護保険制度がスタートしたとしても、当該制度の枠組みとどのような関係になるか分からないことに言及した。そしてまた、住み込み型外国人介護労働者の人権問題を放置したままでは、介護保険制度は制度として機能しえないことを指摘した（西下彰俊、2017、p. 4、p. 24）。現政権の下では、介護保険制度が創設される可能性は低い、長期介護プラン 2.0 が進行する中で財源不足が常態化すれば、新たな財源としての被保険者の保険料を求めて介護保険制度をスタートさせる可能性がないわけではない。

ところで、外国人介護労働者を包摂する介護システムについて、陳真鳴は大変ユニークな提案を示している（陳真鳴、2007、pp. 226-227）。陳によれば、理想とする要介護者 100 人あたりのヘルパー数 =  $100 / (\text{要介護者高齢者数} / \text{外国人介護労働者数})$  とすれば、 $9.73 = 100 / \{(338,000 - 142,000) / X\}$  となり、X について解くと 16,151 人となる。2007 年前後のデータである台湾の要介護高齢者 33.8 万人から外国人介護労働者 14.2 万人を差し引いた 19.1 万人に対して、ホームヘルパーを割り当てる場合には約 1.6 万人が必要になるという。そして、この数字は、政府が計画している 2 万人のヘルパー養成で間に合うという計算である（陳真鳴、2007、p. 226）。

そしてさらに、外国人介護労働者を雇う要介護者家族に対しては、雇用税を廃止して介護保険の給付としての補助を与え、その代わり他の介護サービスを受給できないというルールを設ければ、外国人介護労働者と台湾人ヘルパーの働く領域が区別できると続けている（陳真鳴、2007、p. 227）。

まず、陳の議論の前半については、公式の数字を入れ替えなければならない。2018 年現在の要介護高齢者数としての 70 万人、外国人介護労働者数としての 253,000 人を入れると、 $9.73 = 100 / \{(700,000 - 253,000) / X\}$  となる。X = 43,493 人となる。これは、台湾人ホームヘルパーが今後約 4.3 万人必要になるという意味である。ただし、そもそも公式の左辺にある 9.73 という数字は何か。その由来を陳は説明していないので現時点では説明できない。さらに、陳の議論

の後半については、外国人介護労働者を雇う要介護者に対して、雇用税を廃止して介護保険の給付としての補助を与えるという提案であるが、この肝心の提案が具体性を欠いているため、結果として外国人介護労働者と台湾人ヘルパーの働く領域が区別できるという最も重要な最後のポイントに対する説得力がない。

陳によるせつかくの提案も、重要な論点で具体性がないため実現可能な提案であるかどうか判断できない。こうした難点があるものの、将来介護保険が創設される際に、住み込み型の外国人介護労働者による長時間労働を評価し、共存できるシステムを構築しようとする姿勢は評価できよう。

## 8. 高齢者虐待発生数の推移

住み込み型外国人介護労働者の諸問題に加えて大きな人権問題である高齢者に対する虐待に焦点をあて台湾の現状について多角的に検討する。

### (1) 家庭内暴力としての高齢者虐待

家庭内で発生する暴力の増加に鑑み、1999年に家庭暴力防治法（Domestic Violence Prevention Act）が施行され、家庭暴力及び性的侵害防止センター（Center for prevention of Domestic Violence and Sexual Assault、以下、家防センターと略す）が全国25か所に設置された。家防センターは、家庭内で暴力を受けた人や性的被害を受けた人を支援する機関である。その役割は、通報の受理及び調査、緊急対応などを行うことであり、措置、指導、相談援助の機能を有し、保護者や関係機関に調査協力を要請する権限や親権の停止の申し立てを行う権限などを持つ。

家庭内で発生する高齢者虐待は、2つのタイプに分けることが出来る、1つは、子どもあるいは義理の子どもが老いた親を虐待することであり、もう1つは、高齢の夫または妻が配偶者を虐待することである。これら2つのタイプはどちらも家庭内暴力の一部分と言え、家防センターでは成人保護組が高齢者虐待を担当する。同組は通報を受けた後、24時間以内に目視で高齢者の安全を確認し、当該高齢者やその家族のニーズに応じて関係機関と連携しながら一時保護、心理的支援、司法的支援を行う。

台湾内政部は、2005年から「家庭暴力事件通報案件統計」（Statistics of

reporting Cases of Domestic Violence) を毎年公表している。最新の 2017 年の通報数に関しては、全国で 118,586 件発生している。通報がどのセクションから行われているかに関しては、警察が最も多く 68,958 件、以下病院の 37,118 件、虐待通報のホットライン（ナンバー 113）の 17,314 件である。案件類型別では、「婚姻、離婚或は同居関係暴力」が最も多く 64,898 件、以下、その他の 30,436 件、児童保護の 15,779 件と続いており、高齢者虐待は 7,473 人と比較的少ない。

表 10 は、高齢者虐待について 2005 年から 2017 年のデータを抜き出し、当

表 10 家庭暴力通報数と出現率の変化

	高齢者人口	高齢者虐待通報人数	出現率（当該人口 10 万人あたり）
2005 年	221.7 万人	1,616 人	72.9 人
2006 年	228.7 万人	1,573 人	68.8 人
2007 年	234.3 万人	1,952 人	83.3 人
2008 年	240.2 万人	2,271 人	94.5 人
2009 年	245.8 万人	2,711 人	110.3 人
2010 年	248.8 万人	3,316 人	133.3 人
2011 年	252.8 万人	3,193 人	126.3 人
2012 年	260.0 万人	3,625 人	139.4 人
2013 年	269.4 万人	3,624 人	134.5 人
2014 年	280.9 万人	3,375 人	120.1 人
2015 年	295.9 万人	5,971 人	201.8 人
2016 年	310.8 万人	7,046 人	226.7 人
2017 年	327.0 万人	7,473 人	228.5 人
	約 1.5 倍	約 4.8 倍	約 3.3 倍

（出典）衛生福利部統計処（Department of Protective Services）、2017、<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2981-14053-113.html> から筆者作成



該年の高齢者人口で割り、当該人口10万人あたりの数値としたものを示している。この数値は、高齢者10万人あたり的高齢者が虐待を受ける出現率という意味である。2005年から2017年にかけて高齢者人口は約1.5倍に増加しているが、高齢者虐待の数は約4.8倍に増えている。家庭内暴力全体では高齢者虐待は7,473人と全体に占める割合は少ないが、この13年間に高齢者虐待発生数は著しく増えていることがわかる。出現率を計算した結果については、2005年から2008年まで2桁であったものが、2009年から6年間は100人以上となっており、2015年から3年間はさらに増えて200人を超えるほどに増えていることが分かる。増加率としては約3.3倍である。

## (2) 老人保護と高齢者虐待

台湾衛生福利部統計処が1998年から2017年まで毎年、「老人保護概況」(Protection for the Aged)を公表している。同統計は、家庭内暴力以外の高齢者に対する虐待を扱っており、高齢者虐待に関して、疎忽(Carelessness)、遺棄(Abandoned)、虐待(Misrteatness)、財産奪取(Misappropriation)、無支援(Lack of Support)、その他に分類されている。なお、2017年からは、虐待が身体的虐待、精神的虐待、性的虐待の3タイプに細分化されている。

表11は、1999年から2010年までの高齢者虐待の通報件数の推移を示したものである。1999年から2003年は、疎忽、遺棄、虐待の3つに分類され、2004年から2010年まではこれらにその他が加わり4分類となった。まず合計数を見ると、2006年以降は2,000件を超え、2010年には3,500件に達している。3つのタイプの中では虐待が最も多く、以下疎忽、遺棄と続いている。2003年や2008年のように例外の年もあり、遺棄が疎忽よりも多い。また他の例外も散見される。

表12は、2011年から2017年までの同じく高齢者虐待の通報件数の推移を表したものである。2011年以降は、疎忽、遺棄、虐待、その他の4分類に加えて、財産奪取、無支援が設けられ、全部で6タイプに分けられた。2017年については、先に述べた通りである。総数の推移をみると2013年に5,000件を超え、年を追うごとに増え続け2017年には1万件を超えている。

報告された虐待のタイプとしては、各年とも虐待が最も多くなっている。次に多いのは無支援で、以下、疎忽及び遺棄と続き最も少ないのが財産奪取となって

表 11 高齢者虐待の報告件数の変化 (1999 年-2010 年)

単位：人数

		疏忽 Carelessness	遺棄 Abandoned	虐待 Mistreatment	その他 Others	合計
2010	男女合計	515	396	1,819	800	3,530
	男性	248	248	784	461	1,741
	女性	267	148	1,035	339	1,789
2009	男女合計	487	302	1,353	662	2,814
	男性	254	184	640	346	1,424
	女性	223	118	713	316	1,380
2008	男女合計	380	423	1,867	397	3,067
	男性	173	257	840	207	1,477
	女性	207	166	1,027	190	1,590
2007	男女合計	396	296	1,289	340	2,321
	男性	191	169	609	175	1,144
	女性	205	127	680	165	1,777
2006	男女合計	346	256	647	755	2,004
	男性	192	143	273	368	976
	女性	154	113	374	387	1,028
2005	男女合計	415	152	815	—	1,382
	男性	219	89	355	—	663
	女性	196	63	460	—	719
2004	男女合計	367	128	451	—	946
	男性	178	75	218	—	471
	女性	189	53	233	—	475
2003	男女合計	119	127	234	—	480
	男性	58	60	118	—	236
	女性	61	67	116	—	244
2002	合計	238	84	189	—	511
2001	合計	201	96	149	—	446
2000	合計	392	137	225	—	754
1999	合計	627	112	241	—	980

(出典) 衛生福利部統計処、Social and Family Affairs Administration, MOHW and County and City government  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2984-14079-113.html> より筆者加工

台湾における2つの長期介護プランの展開

表 12 高齢者虐待の報告件数の変化 (2011年-2017年)

	男女合計	男性	女性	疏忽 Carelessness	遺棄 Abandoned	小計	心身虐待			財産奪取 Misappropriation	無支援 Lack of Support	その他 Others	合計
							身体的虐待 Physical Abuse	精神的虐待 Psychological Abuse	性的虐待 Sexual Abuse				
2017	男女合計	1,095	1,084	4,788	2,419	2,363	6	94	2,559	628	10,248		
	男性	628	713	1,834	966	867	1	44	1,687	292	5,198		
	女性	467	371	2,954	1,453	1,496	5	50	872	336	5,050		
2016	男女合計	926	710	3,833	1,452	1,452		53	1,068	1,149	7,757		
	男性	436	424	1,452	1,452			25	766	512	3,615		
	女性	490	286	2,381	2,381			28	320	622	4,127		
2015	男女合計	664	614	3,257	3,257			64	1,084	1,448	7,131		
	男性	370	373	1,268	1,268			28	780	780	3,599		
	女性	294	241	1,989	1,989			36	304	668	3,532		
2014	男女合計	566	488	2,550	2,550			69	866	1,307	5,846		
	男性	269	301	1,009	1,009			35	604	763	2,981		
	女性	297	187	1,541	1,541			34	262	544	2,865		
2013	男女合計	437	517	2,218	2,218			51	758	1,300	5,281		
	男性	193	298	834	834			33	533	720	2,611		
	女性	244	219	1,384	1,384			18	225	580	2,670		
2012	男女合計	573	506	1,427	1,427			74	577	915	4,072		
	男性	284	297	536	536			48	398	519	2,082		
	女性	289	209	891	891			26	179	396	1,990		
2011	男女合計	540	693	1,355	1,355			43	745	1,114	4,490		
	男性	291	411	559	559			26	512	634	2,433		
	女性	249	282	796	796			17	233	480	2,057		

(出典) 衛生福利部統計処、Social and Family Affairs Administration, MOHW nad County and City government  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2984-14079-113.html>

いる。細かく分類分けされた2017年に関しては、身体的虐待と精神的虐待がほぼ同数であるが、いずれも女性の方が多く報告されている。被害者は女性の方が多ということである。逆に男性の報告が多いのが、無支援、疏忽、遺棄の3つのタイプである。ここに明らかな性差が確認できる。なお、財産奪取や性的虐待は件数が極めて少ない。報告がなされにくいだけであって、保護の対象となる出来事が発生している可能性もある。

虐待の分類や名称については、中央政府とは別の考え方もある。李瑞金は、根拠法との対応関係を示しつつ虐待を(1)遺棄、(2)身体/生理的虐待、(3)心理/情緒的虐待、(4)照顧者疏忽、(5)財務濫用、(6)性的虐待の6つに分類している。これらの虐待の種類は、老人福利法、家庭暴力防治法、民法、刑法のいずれかを根拠法にしているが、性的虐待だけ刑法以外に性侵害犯罪防治法、性騷擾防治法を根拠法としている(李瑞金、2015、pp. 243-244)。なお、(1)遺棄と(4)照顧者疏忽は似ているが質的に異なる虐待である。遺棄は、要介護高齢者や認知症高齢者等を道端や他の場所に物理的に放置することを意味し、照顧者疏忽は、扶養義務者が日常的に高齢者の世話を無視して放棄し生命の危険に晒すことを意味する(李瑞金、2015、p. 244)。

李によれば、2008年から2014年までに関する高齢者虐待の通報と被害者の数は以下の表13のようになる。2008年には、通報ケースが2,271件であり、そのうち虐待被害人数は2,176人であった。通報件数は2012年が最も多く3,625件であり、被害人数が最も多いのは2010年の3,122人である。2014年は通報件数も被害人数も減少している。

以上は台湾全体の高齢者虐待の推移の分析であるが、都市部にある市の家庭暴力防止センターの成人保護組のデータを紹介する。老人保護に関する2017年1年間の結果を見ると(表省略)、まず通報数は871件あり、当該人口1,000人あたりの発生率は1.98と台湾全体の発生率の平均2.29よりは低い。発生率の地域格差は大きく、最も発生率が高い県では3.72、最も低い県では0.65と約5.7倍の開きがある。

通報は、警察からが527ケース、医療機関からが173ケース、ホットライン113からが97ケースであった。そのうち、虐待の被害を受けた高齢者の数は540人であり、男性が179人、女性が361人であった。年齢層については、60

表 13 老人虐待通報数と被害人数

	通報件数	被害人数
2008	2,271	2,176
2009	2,711	2,548
2010	3,316	3,122
2011	3,193	2,910
2012	3,625	3,090
2013	3,624	3,115
2014	3,375	2,851

(出典) 李瑞金、2015、p. 239

歳以上 65 歳未満が 4 人、65 歳以上 70 歳未満が 166 人、70 歳以上 80 歳未満が 236 人、80 歳以上が 134 人という分布であった。被害のタイプとしては、540 人中、虐待が 35.2% (190 人)、身体的虐待が 20.7% (112 人)、精神的虐待が 18.0% (97 人)、家庭暴力でない虐待が 18.0% (97 人)、遺棄 3.5% (19 人)、放任 1.5% (8 人)、その他 3.1% (17 人) という分布であった。タイプのうち、最も多い虐待というカテゴリーが、身体的虐待、精神的虐待、性的虐待、経済的虐待、遺棄放任を含まないものとして独立して存在する点が台湾の特徴であるので、今後もこの点に注目しなければならない。なお、家族関係としては、子どもが老親を虐待する場合や孫が祖父母を虐待する場合が圧倒的に多く (分布は不明)、全体の約 85% を占めている。

## 9. 結論と今後の課題

まず、長期介護プラン 1.0 から長期介護プラン 2.0 へと劇的な展開を見せる中、サービス対象者の種類が 2 倍に拡大し、提供サービスについても 2 倍以上に広がる事実を確認した。プランがバージョンアップするなかで、ほとんどの在宅サービスにおいて量的基盤が整備される傾向にあることを確認することが出来た。ただし公表されたデータは長期介護プラン 1.0 の範囲のものであり、基盤整備の

拡大傾向は今後のデータ公表を待たなければならない。

次に、高齢者に対する虐待は、東アジアのいずれの国を見ても深刻な状況である。台湾には、韓国の老人保護専門機関にあたるような専門機関はないが、家庭暴力防止センターというDV防止のための専門機関が存在する。同センターは児童虐待、性暴力、高齢者虐待等の人権を蹂躪する問題行動を抑止するための機関である。同センターの社会的役割からすれば、介護施設での高齢者虐待が対象とされないのは致し方ない。

高齢者虐待を防止するための戦略としては、まず第1に、韓国のような高齢者虐待の調査、虐待の件数把握、虐待の予防啓発を業務とする専門機関を設置することである。韓国同様、専門機関内に被虐待者を一時的に数か月間保護できるシェルター機能も同時に準備できれば理想的である。

戦略の第2は、自宅で発生する高齢者虐待が、家族によるものと住み込み型外国人介護労働者によるものの2種類であることを踏まえて、いずれの場合も自宅内で高齢者の介護にあたる介護者のストレスマネジメントの方法論を積極的に開発することが重要である。具体的には、政府が積極的に進めるA級-B級-C級3層モデルのうちのC級は、街角に置かれるスポットなので、こうしたスポットに介護者が気軽に立ち寄れる相談所や介護者同士が語り合えるカフェ、あるいは認知症の当事者が参加できるカフェを設置することが構想されてよい。残念ながら、現行の長期介護プラン2.0には、長期介護プラン1.0同様高齢者虐待防止をめぐる社会的予防のための計画が全く含まれておらず、このことが大きな構造的な問題の一つであるが、今後の展開の中で今述べたような政策が検討されるべきである。

さて第3の戦略としては、住み込み型外国人介護労働者の人権を保護するための戦略として模索すべき点は以下の3つである。(1)外国人介護労働者の休暇と専用部屋を保障し、賃金を引き上げることである。これは送り出し国であるインドネシア政府、フィリピン政府等の切実な要求でもある。当然雇用主である家族の自己負担額が上がるし、休暇を保障することは要介護の老親を介護する家族の介護負担が増えることを意味する。その結果、身体的精神的負担も増えるが、住み込み型外国人介護労働者の人権を保障するためには乗り越えなければならないハードルである。延長更新を含めて最長14年間の雇用関係を安定的に維持し

なお且つ失踪を防止するためには、雇用主側の人権理解が不可欠である。さらに、これを実現するためには、政府の政策による誘導が欠かせない。また政府による雇用主への経済的援助が必要となろう。

(2) 台湾政府が住み込み型外国人介護労働者の人数を抑制する必要性を感じていることからすれば、その目的を達成するためにも、長期介護プラン2.0の基盤整備を加速度的に進めなければならない。老親を介護するニーズのある世帯が、一般の在宅サービスを利用できるような介護システムの構築が急務である。その際サービス利用時の自己負担割合の引き下げが検討される必要がある。現行では、ホームヘルプサービス、デイサービス、レスパイトサービスに関しては、一般の所得水準であれば16%の自己負担額が必要となるが、比率を引き下げれば利用者が増えるはずである。また、すでに指摘したように、デイサービスを普及させることが当面の課題である。自宅で老親を介護する家族にとってデイサービスは、老親本人の日常生活動作能力の維持・向上にとって不可欠であるとともに、介護者にとっては、レスパイト（小休止）の時間として重要である。

(3) 住み込み型外国人介護労働者に依存しない介護システムとしては、介護施設の介護職員が在宅の要介護高齢者の自宅にホームヘルプサービスを提供する方式が考えられる。筆者はかつてショートステイ・サービスのかわりに、ホームヘルパーなど専門介護スタッフが要介護高齢者の自宅に交替しながら数日泊まり込むサービス形態を提案したことがある（西下彰俊、1992、pp. 94-95）。介護スタッフが要介護高齢者の自宅にショートステイし、ケアを実践するという提案である。ホームヘルパーあるいは介護職員という専門性のある人材が、泊まりこむという発想の切り替えが重要である（スウェーデンのあるコミュニティでは、この形の新しいレスパイトケアがパイロット事業として2018年から試行されている）。介護職員には台湾人と外国人がいるが、いずれも労働基準法に従って勤務しているので、過酷な労働にはなりにくい。こうしたサービス供給方法は、台湾で介護保険が実施された後も、実施可能であり今後重点的に増やすことで、住み込み型外国人介護労働者の人権問題が改善される方向に向かうであろう。

今後の課題としては、認知症高齢者の人権を保護する社会の仕組みが台湾においてどの程度構築されているか、分析検討することがあげられる。例えば、認知症高齢者にとって最も優しい介護システムとしての認知症グループホームは未整

備であることが表4から明らかである。

認知症に対する国家プランはすでに政府が発表しているところであり着実に進めていけるかどうか、財源の捻出、確保はどうかという点が明らかにされなければならない。認知症介護プラン2.0において、グループホームを増やすことは計画に織り込まれているが他のサービスとの合計数として示されているのみである。認知症介護プラン2.0の7番目の戦略、すなわち認知症ケアに関する研究調査の推進という戦略が目標としているように、認知症高齢者や若年性認知症患者のためのグループホームというケアのスタイルの特性について調査研究することが中央政府の大きな課題であろう。

ところで、外国人介護労働者の悲惨な状況について、本稿では、台湾の問題として論じてきたが、同様な問題が将来的に日本でより深刻化しないとも限らない。山田が指摘するように、日本は、1993年から技能実習制度として研修の形態をとることで労働法の適用をせず、実質的には期限付きの法定外低賃金労働力として外国人を導入し続ける社会的経済的な体質を有している(山田健司、2011、p.99)。最低賃金よりはるかに低い時給で技能実習制度に基づく研修という形で就労を強いることも大きな人権問題の一つである。

2017年11月から、当該の技能実習制度に介護分野が含まれ5年間日本で就労できるようになった。さらに2018年11月2日、政府は、出入国管理・難民認定法改正案を閣議決定した。新たな在留資格として、特定技能1号と特定技能2号が創設される。前者は、日常生活程度の日本語能力試験と就業分野に関する試験に合格すれば最長5年間日本での就労が可能となる。このことにより単純労働に門戸を広げる。後者の特定技能2号は、日本語試験は免除されるが、試験により熟練した特定技能を持つと認定されることにより、定期的な審査を経て事実上の永住が可能である。配偶者や子どもも帯同が可能となる。特定技能1号は介護を含めた14業種が検討され、特定技能2号はさらに業種が絞り込まれる。肝心の受け入れ人数は未定である。現在数千人規模で生じている失踪者(不法滞在者)への対策、外国人労働者の賃金を日本人と同等にすること、福利厚生などの具体的方針は、これからの対応となる(読売新聞、2018)。

台湾のような住み込み型の外国人介護労働者が日本において制度化されることは当面ないが、しかし今後、介護職員が慢性的に不足する状況が続く中で、介護



施設職員や在宅サービス提供者として、特定技能1号、特定技能2号の外国人介護労働者が雇用される可能性は増大する。日本における当面の課題は、現行の技能実習制度が抱える法定外低賃金労働の解消及び悪徳斡旋業者、監理団体の放逐であり、それが解決出来なければ、台湾の外国人介護労働者の人権蹂躪問題と同一の社会問題を抱えこむことになる。台湾の住み込み型外国人介護労働者の問題とともに、日本で新設された在留資格の適正化に向けた議論や条件整備を分析することが今後の課題の一つである。

#### 【引用参考文献】

- ・朝日新聞、2008、2月11日付朝刊
- ・安里和晃、2016、移民レジームが提起する問題、季刊・社会保障研究、Vol. 51、No. 3・4、pp. 270-286
- ・衛生福利部、2007、我国長期照顧十年計画摘要本（核定本）  
<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3989-42402-201.html> (2010年9月10日閲覧)
- ・衛生福利部、2014a、失智症防治照護政策綱領暨行動方案 103年至105年  
失智症防治照護政策綱領\_0046372001.pdf (2016年4月20日閲覧)
- ・衛生福利部、2014b、中華民國102年 老人狀況調查報告  
<https://www.mohw.gov.tw/> (2017年8月5日閲覧)
- ・衛生福利部、2016、長期照顧十年計画2.0報告  
<https://www.mohw.gov.tw/> (2015年6月25日閲覧)
- ・衛生福利部、2017a、照顧管理評估量表  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-15878-85fb3fa5-9172-431a-986e-35d16c6ff701.html> (2017年12月8日閲覧)
- ・衛生福利部、2017b、失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0 2018至2025年  
<https://www.mohw.gov.tw/Public/Images/201712/3671712301753dbfe0.jpg>  
失智症防治照護政策綱領\_0046372001.pdf (2017年12月8日閲覧)
- ・衛生福利部社会及家庭署、2017c、106年度社区整體照顧服務體系行政說明
- ・衛生福利部、2018a、2025年達成失智友善台湾（2018年版）  
附件3—民眾版失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0（2018年版）. pdf

- ・ 衛生福利部、2018b、修正「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」、並自 107 年 12 月 1 日起施行。  
<https://www.mohw.gov.tw/cp-18-44235-1.html>（2018 年 10 月 10 日閲覧）  
長期照顧給付及支付基準（1071101 公告版）. pdf  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-48489-4440aa52-7efb-4000-b9f8-5aa7b1195f5.html>（2018 年 10 月 10 日閲覧）
- ・ 衛生福利部、2018c、長期照顧給付及支付基準修正對照表 1071005. pdf  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-48500-426d8514-bc1a-4ef6-8eab-87cb35f2332.html>（2018 年 10 月 10 日閲覧）
- ・ 衛生福利部、2018d、新制長期照顧給付及支付基準問答集新增部分  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-46538-89627cbf-1782-42a1-9c69-bf0f3270014a.html>（2018 年 10 月 20 日閲覧）
- ・ 岡村志嘉子、2015、国立国会図書館調査及び立法考査局、外国の立法、266、pp. 126-139
- ・ 郭安君、2016、台湾における外国人家事・介護労働者の課題、宇都宮大学多文化公共圏センター年報、第 9 号、pp. 83-97
- ・ 郭安君、2018、台湾における外国人介護労働者の失踪と失踪後の非合法介護労働、アジア・アフリカ研究、第 58 号、第 1 号、pp. 1-21
- ・ 小島克久、2017a、台湾、金成垣他編、アジアにおける高齢者の生活保障、明石書店、pp. 184-204
- ・ 小島克久、2017b、台湾の社会保障（第 1 回）台湾の人口・経済の状況と社会保障制度の概要、国立社会保障人口問題研究所、社会保障研究、Vol. 2、No2・3、pp. 412-415
- ・ 小島克久、2018、台湾の社会保障（第 3 回）台湾の高齢者介護制度について、国立社会保障人口問題研究所、社会保障研究、Vol. 2、No4、pp. 595-598
- ・ 施昭雄、2007、台湾の外国人労働者受入れ問題、福岡大学編、経済学論叢、Vol. 51、4 号、pp. 1-26
- ・ 嶋田弥子、2018、長期介護十年計画 2.0 で介護をより安心に（台湾）、地域・分析レポート、JETRO、pp. 1-7
- ・ 城本るみ、2010、台湾における外国人介護労働者の雇用、弘前大学人文社会科学

学論叢、社会科学編、24巻、pp. 27-64

- ・城本るみ、2017、台湾における外国人介護労働者の現状と課題、鉄道弘済会編、社会福祉研究、第130号、pp. 117-124
- ・城本るみ、2018、外国人介護労働者の受け入れに関する課題、弘前大学人文社会科学部編、人文社会科学論叢、4巻、pp. 101-122
- ・須田木綿子・平岡公一・森川美絵編、2018、東アジアの高齢者ケア、東信堂
- ・荘秀美、2015、台湾の介護保険制度案をめぐる議論と課題、介護保険白書編集委員会、介護保険白書、本の泉社、pp. 206-216
- ・台北市政府衛生局、2016、台北市長期照顧資源手冊
- ・田村慶子、2014、シンガポールの高齢者ケア、北九州市立大学法政論集、第41巻、pp. 295-316
- ・鄭雅文・荘秀美、2010、老人家庭托顧服務、社区發展季刊、131期、pp. 13-24
- ・陳真鳴、2007、台湾の介護サービスとホームヘルパー、日本台湾学会報、第9号、pp. 217-230
- ・陳正芬、2011、管理或剝削？、台湾社会研究季刊、第85期、pp. 89-155
- ・陳正芬、2018、台湾の高齢者ケア政策とケアワーカーの「内」と「外」、須田木綿子・平岡公一・森川美絵編、東アジアの高齢者ケア、東信堂、pp. 177-212
- ・西下彰俊、1992、老人問題から見た家族福祉、野々山久也編、家族福祉の視点、ミネルヴァ書房、pp. 69-99
- ・西下彰俊、2017、台湾における高齢者介護システムと外国人介護労働者の特殊性、東京経済大学現代法学会編、現代法学、第32号、pp. 3-28
- ・根岸忠、2018、台湾における居宅介護労働者の労働条件保護、季刊労働法、260号、pp. 70-79
- ・広橋雅子、2018、台湾「長期照顧十年計画2.0」の新たな取り組み、佐久大学信州短期大学紀要、第29巻、pp. 1-10
- ・福田真希・森一彦ほか、2008、上海における高齢者の居住環境の整備状況と課題、大阪市立大学、生活科学研究誌、Vol. 7、pp. 57-70
- ・Frank T. Y. Wang & Chen-Fen Chen, 2017, The Taiwan Association of Family Caregivers: transformation in the long-term care debate for cares, International Journal of Care and Careing vol. 1, no1, pp. 121-126
- ・Pau-Ching Lu, 2017, Long-Term Care 2.0 in Taiwan- Respond to An Aging

Society, Ministry of Health and Welfare

2017 呂次長赴 DUKE 演講簡報. pdf

- Pei-Chia Lan, 2006, *Global Cinderellas*, Duke University Press
- Ministry of Health and Welfare, 2018a, *Taiwan Health and Welfare Report 2017*  
<https://www.mohw.gov.tw/cp-137-40301-2.html> (2018年9月1日閲覧)
- Ministry of Health and Welfare, 2018b, Promoting the “Taiwan Dementia Policy: A Framework for Prevention and Care 2.0” to Jointly Create a “Dementia-Friendly Taiwan!”  
<https://www.mohw.gov.tw/cp-3775-43174-2.html> (2018年9月1日閲覧)
- 宮本義信、2016、台湾の外国人介護労働者の今日的動向、同志社女子大学生活科学、Vol. 50, pp. 33-43
- 李瑞金、2015、老人保護服務現況與策略、長期照護雜誌、19 (3)、pp. 237-249
- 呂實靜、2016、長期講堂：長照十年計畫 2.0、衛生福利部
- 山田健司、2011、東南アジアの外国人介護労働市場の実態と労働者の権利擁護、社会政策学会誌、社会政策、第2巻第3号、pp. 91-102
- 葉千佳、2016、台湾長期介護管理センターにおけるケアマネジメントの現状と課題、関東社会福祉学会編、社会福祉学評論、第17号、pp. 16-27
- 読売新聞、2018、11月2日夕刊
- Worldometers, 2018  
[http:// www.worldometers.info/world-population/taiwan-population](http://www.worldometers.info/world-population/taiwan-population)  
(2018年10月1日閲覧)
- 王宏仁、2018、台湾におけるケアの不足と外国人労働者・結婚移民、安里和晃編、国際移動と親密圏、京都大学学術出版会、pp. 127-158

[付記1] 本稿5.の(3)自己負担額計算の具体例については、嶋亜弥子氏(JETRO)のアドバイスを得た。記して感謝する次第である。本稿は、2017年度東京経済大学個人研究助成費及び科学研究費(課題番号17K04252)の補助を得て実施した研究成果の一部である。

## 台湾における2つの長期介護プランの展開

[付記2] 本稿出稿後に全国のケアマネジャーが、全て民間に委託され3層システムのA級職員がケアマネジメント業務を担当する制度が2018年1月1日からスタートしていることを知った。このシステム変更がもたらす利点と課題については別稿を期したい。