

# 台湾における高齢者介護システム、 ケアマネジメント、エンドオブライフ・ ケアの新展開

西 下 彰 俊

問題の所在

第1章 長期介護10か年計画2.0の先進性

第2章 認知症予防・介護計画2.0

第3章 新しい在宅介護サービス4分類と介護等級・自己負担比率

第4章 2元化するケアマネジメントの問題

第5章 住み込み型外国人介護労働者の現状と課題

第6章 新しいエンドオブライフ・ケアの展開

結論と今後の課題

## 問題の所在

台湾という社会はすこぶる先進的である。台湾は、韓国同様世界的に見ても大変厳しい少子高齢化が予測される現在、そのとば口に立っている。そうした前代未聞の激しい社会変動を迎えようとしている中、国家計画として長期介護10か年計画1.0（以下、長期介護計画1.0と略す）、長期介護10か年計画2.0（以下、長期介護計画2.0と略す）と立て続けに構築し、介護サービスの対象と種類を急速に広げ、高齢化への社会政策を展開してきている。

台湾の高齢化には拍車がかかっている。表1・表2及び図1が示すように、先頃公表された新しい推計によれば、前回の推計と比べて高齢化のピーク時の到来時期が早まり、またピーク時の高齢化率の水準が上昇している。現時点では日本の方が高齢化率が高い。しかし2055年頃には、台湾の高齢化率が日本のそれを追い抜くことが確実視されているし、台湾の人口動態史上、最も急激な高齢化

の社会変動を2020年から30年にかけて経験することが明らかになっておりその変動は7.9ポイントの上昇となる。

こうした前回及び今回の将来推計を基に、台湾は2008年に長期介護計画1.0をスタートさせ、2017年には介護システムのさらなる充実を図るべく質量ともに拡大させた長期介護計画2.0を創設し、在宅サービスを中心に発展を遂げている。そして翌2018年には、新しい「長期介護給付及び支給の基準」をスタートさせ（衛生福利部長照専区、2020a）、複雑過ぎる介護システムを展開している。長期介護計画2.0では、介護資源の有効活用を図るために、極めてユニークな拠点A-拠点B-拠点Cから構成される3層モデルがスタートしている。加えて、今後の増加が見込まれる認知症高齢者ケアに焦点を当てた認知症予防・介護計画2.0もスタートさせている。

表1 日本における高齢化率の推計

	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	1億372.0	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	1億192.3	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

(注) 2070年以降は、参考推計のデータである。

(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)

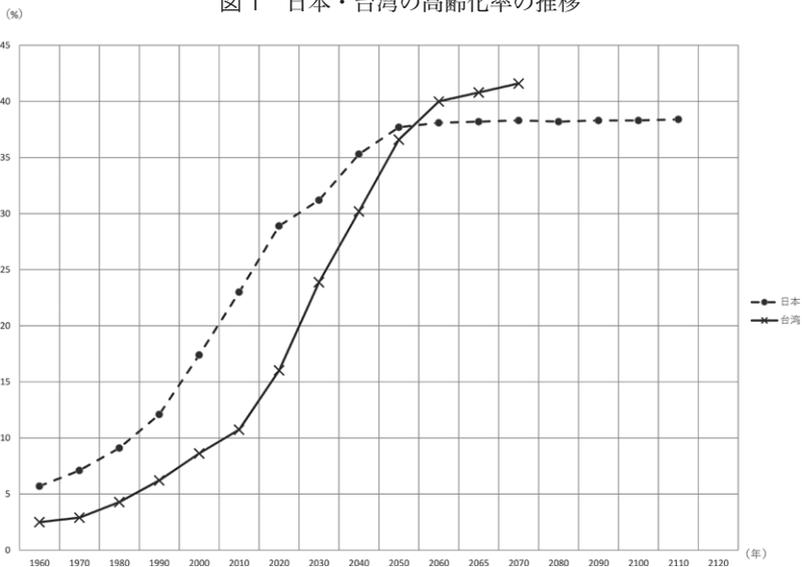
表2 台湾における高齢化率の推計

	総人口 (万人)	高齢者人口 (万人)	高齢化率 (%)
1960	1079.2	27.0	2.5
1970	1467.6	42.8	2.9
1980	1786.6	76.8	4.3
1990	2040.1	126.5	6.2
2000	2227.7	191.6	8.6
2010	2316.2	247.8	10.7
2020	2357.1	377.1	16.0
2030	2320.4	554.6	23.9
2040	2217.6	669.7	30.2
2050	2036.7	745.4	36.6
2060	1814.2	725.7	40.0
2070	1581.4	657.9	41.6

(出典) 国家発展委員会、2020、中華民国人口推古 (中位推計) (2020 至 2070 年)

[https://www.ndc.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=84223C65B6F94D72=M\\_01\\_01&statId=1962001&themald=#SelectStatsBoxDiv](https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72=M_01_01&statId=1962001&themald=#SelectStatsBoxDiv)

図1 日本・台湾の高齢化率の推移



台湾では、2019年に18歳以上の同性間の婚姻関係を保障する特別法が制定され同性婚が合法化された。同法は5月24日に施行された。アジアで初めてのことである。また、同じく2019年には、ターミナル・ケア、エンドオブライフ・ケアに関する究極の法律である「患者自主権利法」がスタートしている。これらの様々な面にわたって新しい政策を展開する姿勢を一言で表現するならば、「先進性」ということが出来る。

しかしながら他方で、20年以上解決できないままの「住み込み型外国人介護労働者」の問題が横たわっている。台湾政府は、台湾人の雇用主が外国人介護労働者を雇用するに先立って、台湾人の介護労働者に対して求人を行うことを前提条件としている。こうした建前的なルールを置いても実際には応募がないかあったとしても極めて稀なため、次のステップで外国人介護労働者を雇用する手続きに進むという極めて非生産的なルールを採用している。建前としては、台湾人の介護労働者の雇用を確保しようという姿勢の表れなのだが、実態が伴っていない。こうした非効率的な側面を台湾は残しており、この状況を一言で言うならば、「停滞性」である。

さて、本研究の目的は、4つある。第1に、先進性と停滞性が交錯するこうした台湾の現状を具体的に明らかにし、高齢化に立ち向かうための目指すべき方向性及びその在り方を展望することである。そして第2の目的は、この独自の発展を遂げる台湾の認知症ケアを含めた長期介護計画及び密接に関連するケアマネジメントの現状と課題を析出することである。と同時に、第3には、改革の一手を打てないために停滞性を示す外国人介護労働者問題にも注目し、長期介護計画2.0の介護システムの中で外国人介護労働者が最適な状態で位置づくための戦略を模索することである。そして第4には、介護過程の先に現れる人生のターミナル段階での医療システムに関しても台湾は独自の発展を遂げており、もう一つの先進性の現れであるエンドオブライフ・ケアのあり方について、患者自主権利法を軸にその強みと課題を明らかにする。

## 第1章 長期介護10か年計画2.0の先進性

衛生福利部は、長期介護サービス利用を促進するために、ホットライン

「1966」を2017年11月24日にスタートさせた。このホットラインは、各縣市政府の長期介護管理センターにつながり、長期介護サービスの利用申請、訪問調査、要介護認定、長期介護計画2.0におけるサービスの組み合わせ、連携、提供を行うワンストップの窓口である。2019年7月で、合計289,866コール、1日平均814コールで大きな効果を発揮している（衛生福利部、2019 p.9）。

このホットラインの効果もあり、さらに後に詳述するように、長期介護サービスの給付及び支払いに関する新しい制度が2018年に導入されたこともあり、表4が示すように、在宅サービスが増加している。

Chih-Ching Yangらは、長期介護計画1.0及び長期介護計画2.0を評価して以下のように述べている、すなわち、長期介護計画1.0では、全てではないにせよ、1つのサービスを提供するにとどまっていた人々の多様なニーズを満たすことができなかった。その反省を踏まえて、長期介護計画2.0では、より多様な融通の利く統合的なサービスを提供し人々のニーズを満たすことができるようになってきていると。そして、長期介護計画2.0は、「パーソンセンタード・長期介護サービスシステム」という特性を持つと評価している（Chih-Ching Yang, JuiYuan Hsueh et. al, 2020, p. 363）。長期介護計画2.0の最終年度は2026年であり、現時点での評価はいささか早過ぎる。しかし、Chih-Ching Yangらが指摘したように、長期介護計画2.0が、果たしてパーソンセンタードなサービスを提供しているかどうか、つまり多様な融通の利く統合的なサービスを提供することができているのか、高齢者や障がい者を含めたサービスを必要としている人々のニーズを満たすことができているのかという視点は重要であり、長期介護管理センターや拠点Aによるケアマネジメントの適切性を含めて今後こうした観点から観察を続けることが必要不可欠である。

#### (1) ホームヘルプサービス・システムの先進性

衛生福利部は、ホームヘルプサービスの専門性を高めホームヘルパーの賃金上昇が可能となるように、2018年1月にホームヘルプサービスの費用を時間計算から項目計算に変更した。以下の表3は、主要なホームヘルプサービスの種類ごとの通常（標準）価格及びサービス利用者が原住民または離島住民の場合の価格を示したものである。ホームヘルプサービスが、全部で21のカテゴリーに細

表3 ホームヘルプサービスの 카테고리別価格

カテゴリー 番号	具体的内容	サービス 給付価格	原住民・ 離島給付価格
BA01	基本身体清潔	260 円	310 円
BA02	基本日常ケア	195 円	235 円
BA03	バイタルチェック	35 円	40 円
BA04	食事のための支援（食事準備、温めたりベッドに運ぶ）	130 円	155 円
BA05	食事ケア（食事を作る）	310 円	370 円
BA07	入浴支援（シャンプー等）	325 円	385 円
BA08	足ケア	500 円	600 円
BA09	入浴車	2,200 円	2,640 円
BA09a	胃瘻高齢者への入浴車	2,500 円	3,000 円
BA10	背中押し	155 円	190 円
BA11	手足の関節運動	195 円	235 円
BA12	屋内で階段上下運動	130 円	155 円
BA13	外出同行支援	195 円	235 円
BA14	通院同行支援	685 円	825 円
BA15	家事支援	195 円	235 円
BA16	買い物郵便局代行支援	130 円	155 円
BA17	医療補助（浣腸など）	65 円	80 円
BA18	日常生活安全監視	200 円	240 円
BA20	一緒行為支援（テレビ・新聞など）	175 円	210 円
BA22	介護者支援（午前6時から午後6時まで に3回訪問）	130 円	160 円
BA23	シャワー支援	200 円	240 円
BA24	排泄支援	220 円	265 円

(注) BA06、BA19、BA21 は欠番である。具体的内容の（ ）内は、筆者が補足した。

1 元は 3.65 円である（2020 年 10 月 28 日現在）。例えば、最後の BA24 の排泄支援は、日本円で 803 円となる。

(出典) 衛生福利部、2020a を筆者加工。

分化されているのが台湾の大きな特徴である。日本のホームヘルプサービスの生活援助に一部対応する食事準備、同行支援、代行支援に関するカテゴリーもあれば、身体介護に対応するサービスが多くのカテゴリーに細分化されていることも分かる。また訪問看護関連のカテゴリーもある。

なお、同年5月に、衛生福利部はホームヘルパーの賃金が月給の場合には、32,000元以上、時給の場合には1時間200元以上、要介護者宅間での移動時間も労働時間として数え1時間140元以上の給与が支払われるように、各自治体に通達した(郭安君、2018、p.152)。

長期介護管理センターの長期介護管理専員(以下、ケアマネジャーと略す)が訪問調査し、大量の質問項目をチェックした結果をタブレットに入力し、要介護認定を行う。その情報が、拠点Aの事例管理員(以下、ケースマネジャーと略す)に伝えられ、当該要介護高齢者やその家族と面談しながらニーズを把握し、ケアプランを作成する。ホームヘルプサービスに関しては、表3の多くのカテゴリーを組み合わせるプランを作成することになる。おそらく標準的なテンプレートがあり、それに加えたり引いたりしてケアプランを作ることになるのであろう。

## (2) 各在宅サービスの推移

以下の表4によれば、a.のホームヘルプサービスは、2017年の約5.6万人から2018年の約11.8万人と2倍以上に増えている。2019年の上半期では約11.4万人となり順調な増加が見込まれる。しかし、在宅の要介護高齢者数が約70万人存在することを考えると、そしてまた長期介護年計画2.0の下では、年齢に関係なく心身障がい者がサービス利用をすることが可能であることを考えると、サービスを利用することができる人々の数はさらに大きくなるはずである。

日本の介護保険制度においても全く同様であるが、ホームヘルプサービスは、当該高齢者のみがサービス提供の対象であり、当事者だけに自立支援に向けたサービスが提供される。台湾において所得レベルが中間層であれば、要介護の後期高齢者の介護サービスだけでなく、家族全体の身の回りの世話全般を長時間にわたり行ってくれる「住み込み型外国人介護労働者」を雇用する選択肢を選ぶであろう。高齢者が入院する場合でも、当該の外国人介護労働者が病院に住み込んで

表 4 長期介護計画以降の各サービスの実績

		2008	2010	2015	2017	2018	2019
a. ホームヘルプサービス (居家服務)	事業者数	124	133	181	238	420	688
	利用者数	22,305	27,800	46,428	56,056	117,911	113,668A
b. デイサービス (認知症含む、日間照顧)	事業者数	31	66	198	291	355	423
	利用者数	339	785	2,993	5,091	11,622	11,019B
c. 家庭型デイ (家庭托顧)	事業者数	4	23	22	31	104	165
	利用者数	1	35	200	321	681	-C
d. 福祉用具購入・レンタル及び住宅改修 (回数)	利用者数	-	6,112	7,016	8,008	20,841	52,270
e. 食事配達サービス (栄養餐飲)	事業者数	166	201	197	249	265	281
	利用者数	5,356	5,267	7,066	9,479	16,834	16,470
f. 移送サービス (交通接送)	事業者数	31	43	41	48	112	139
	利用者数	7,232	21,916	24,724	27,428	66,440	105,538
g. 訪問看護 (居家護理)	事業者数	487	489	494	505	1,255	1,681
	利用者数	1,690	9,443	23,975	-		
h. 地域訪問リハビリ (社区及居家復健)	事業者数	62	122	143	211	49,234	84,794
	利用者数	1,765	9,511	25,090	-		
i. レスパイト・サービス (喘息服務)	事業者数	1,390	1,444	1,565	1,702	1,673	1,979
	利用者数	2,250	9,267	37,346	18,383	49,053	71,286

(注1) 2015年までと2017年以降は、利用者の数の計算方法が異なる。また、2018年は、全てのサービスに関して、パーソナルIDに基づき、ケアマネジメント情報システムを用いて利用者数を計算しており、延べ人数ではない。

(注2) a.b.c.の各サービスの利用者数は上半期(1月～6月)の数字である。2019年の1年間の利用者数はABCの合計として173,829のみが公表されている(Cheng-fen Chen, Tsung-hsi, 2020, pp. 5-6)。

(出典) 衛生福利部、2018、社会及家庭署、長期照顧統計  
Ministry of Health and Welfare, 2020, Taiwan Health and Welfare Report 2019

<http://www.cdway.com.tw/gov/mhw2/book108/book01e/index.html>

身の回りの世話をしてくれることから、大変重宝する存在である。つまり長期介護計画 2.0 を推進するとしても、住み込み型外国人介護労働者が約 26 万人という圧倒的な多数で就労している以上、ホームヘルプサービスもデイサービスも劇的な発展を見込めないという深刻な構造的問題が横たわっているのである。

上述したような現状があるにもかかわらず、一方で台湾中央政府は、住み込み型の外国人介護労働者を減らすという政策を掲げ続けており、この建前から、台湾人によるホームヘルプサービスを発展させるという戦略も立てている。この強固な建前があるために、外国人介護労働者を雇用しようという家庭が、まずは台湾人のホームヘルパーを募集しなければならない。応募がないことを確認したうえで、ようやく斡旋会社から住み込み型の外国人介護労働者を紹介してもらうというプロセスを辿る。

b. のデイサービスについても、ホームヘルプサービス同様、利用者の数が少ない。長期介護計画 1.0 がスタートした当時のデイサービス利用者数に比べれば、2018 年は増えているが、2019 年の上半期も 11,019 人となっており今後の増加が見込まれる。ただし前述の理由により、劇的に増加することはありえない。

台湾には、ユニークな c. 家庭型デイ（家庭託顧）というサービスがあるが、表 4 で分かるように、事業者数も利用者も少ないために、現状では一般的な通所型のデイサービスのニーズを補完する機能も有しているとは言い難い。しかし、例えば認知症の要介護高齢者が大規模なデイサービスを回避し、小規模なストレスフリーな環境を求める傾向があるとするならば、今後に期待することができるサービスである。後述するレスパイトケアの一つの選択肢として今後利用者が増える可能性は残されている。問題は、通常のデイサービス同様、一般の人々にその存在が知られていないことである。日本の地域包括支援センターのようなワンストップの相談機関が台湾に導入されれば、拠点 C 同様、そうした身近な場所で家庭型デイ（家庭託顧）に関する情報を得ることができるであろう。

なお、2019 年に関して、a.b.c の各サービスの上半期のデータを合計すると、約 25 万人になる。ところが、表 4（注 2）で示したように合計は約 17.4 万人である。下半期にサービスの利用が鈍化したことを示している。

f. の移送サービス（交通接送サービス）も、今後需要が高まるサービスの一つである。同サービスは、利用者が自宅から病院・医療機関への移動に際し用い

られるサービスであり、後掲の表5が示すように、住んでいる地域により、自己負担比率が異なる。また地方政府ごとにさらに同一地方政府内でも偏遠地区があるため料金単価が異なる。衛生福利部発行の資料に単価が示されていないために、一般のニーズがあるとしても、情報が公開されていないために使いづらい。

### (3) レスパイトケア・サービス

台湾のレスパイト・ケアサービス（喘息服務）は、家族介護者支援のためのサービスであり、3種類のタイプに分かれる。表5では、その給付金額（額度）が、2つの等級カテゴリーで分けられ、さらに他の在宅サービス同様、申請者の収入レベルにより、0%、5%、16%の3ランクに分かれる。

第1のタイプは、ホームレスパイトサービス（居家喘息服務）であり、1日6時間の全日型サービス（2,310元、1元は3.65円。表3（注）参照）と3時間の半日型コース（1,155元）に分けられ、介護スタッフが、要介護高齢者の自宅を訪問し身体介護サービス等を提供する。第2のタイプは、コミュニティレスパイトサービス（社区喘息服務）であり、要介護高齢者をデイサービスセンターに通所させるサービスである。こちらも2つの種類に分けられ、1日6時間の全日型サービス（1,250元）と3時間の半日型コース（625元）が存在する。拠点C（地元街角介護サービスステーション）でのサービスもある（170元）。また、小規模多機能施設等に通ってもらい、夜間18時から翌朝8時のレスパイトサービスを利用するサービスがある（2,000元）。このように社区サービスは、多様な機関・組織で提供されることが分かる。第3は、施設レスパイトサービス（機構喘息服務）であり、要介護高齢者を介護施設において短期間預かるサービスである。1日当たりのサービス費用は、2,310元となっている。以上のレスパイトケアサービス費用は全て給付及支払基準に基づいている（衛生福利部、2020、pp. 39-40）。

2018年12月1日から、衛生福利部は労働部と共同で外国人介護労働者がいる家族にレスパイトケアを拡大するパイロットプランを開始した。第7級または8級の重度要介護高齢者の一人ぐらしの高齢者（+外国人介護労働者）、主たる介護者が70歳以上の場合、外国人介護労働者が、一時的にケアサービスを提供していない事態に至った時に、レスパイトケアサービスを申請することができる

というプログラムである。2019年には、8,610家族が、このサービスを利用した。

なお、従前より、住み込み型外国人介護労働者を雇用している家族について、ホームヘルプサービスやデイサービスを利用することは不可能であるが、住宅改修サービスや福祉用具サービスを利用することは可能である。そうした情報が当事者である本人や家族には理解されていないという問題が生じている。どのようなサービスが利用できるのか、自己負担がどれくらいなのか、気軽に相談できるスタッフが、拠点Cにいるのが望ましい。もちろん1966というホットラインも使うことができる。

このように、住み込み型外国人介護労働者を雇用する家族が、一定の条件のもとで長期介護計画2.0のサービスが使える方向に進むと考えられ、今後も様々なパイロット事業が展開されることであろう。というのも、本研究を通じて、国家プランのサービス提供水準が高まっていくにもかかわらず、利用者数はその展開に呼応するほどには増加していないことが分かったが、全体のサービス提供事業者や利用者を増やすためにも、条件の緩和によるニーズの掘り起こしが必要と認識されつつあるからだ。

台湾では、家族だけで要介護の老親、老配偶者を介護しようとする文化や意識は根強いが、そのような介護は、時に老親虐待、老配偶者虐待を招くところとなっており（西下彰俊、2019、pp. 247-253）、そうした社会問題を発生させないために外部の介護サービスを利用できるような文化的機運を高めることが必要である。かつて日本でもそうであったが、介護保険制度を始めるまでは、外部サービスの利用には心理的な抵抗感が強かった。抵抗感を超えてスティグマ意識を持つ高齢者や家族も多かったに違いない。その社会状況をブレイクスルーできたのは介護保険の導入であった。保険料を納付することによる権利意識の芽生えである。台湾もこのシステムは整いつつあるのに利用者が増えないというアンバランスな状況を変えるためには、最後の切り札である介護保険導入しか考えられない。

## 第2章 認知症予防・介護計画2.0

台湾政府は2013年に「認知症予防・介護計画1.0」（失智症防治照護政策綱

領暨行動方案) をスタートさせ、2016年に終了した。翌2017年に長期介護計画2.0がスタートした。長期介護計画1.0と決定的に異なるのが、介護サービス利用の5番目の対象者として「50歳以上の認知症患者(失智症)」が入ったことと提供されるサービスの9番目として「認知症ケア」が導入されたことである(西下彰俊、2019、p. 222)。認知症予防・介護計画1.0により、ある程度の認知症ケアサービスの基盤整備を台湾全体で進めた上で、長期介護計画2.0において50歳以上の認知症高齢者をケアサービスの対象に加えている。きわめて計画的な展開となっていることが分かる。

この流れを受けて、2018年6月には「認知症予防・介護計画2.0」(失智症防治照護政策綱領暨行動方案2.0)という国家プランをスタートさせ(衛生福利部、2017b)、認知症ケアに特化した2種類の地域センターを構築した。認知症総合ケアセンター(失智共同照護中心)を全国に73か所配置している。さらに、地域密着型のサービス拠点として、認知症地域サービス拠点(失智社區服務拠点)を全国に338か所配置している。認知症総合ケアセンターは、多機能型で非常にユニークである。1つ目の機能はケースマネジメントであり、利用者本位のケアアセスメントを行う。2つ目は、認知症介護にかかわる人材の育成並びに研修を行う。3つ目は、社会教育機能で一般の人々を対象に認知症に関する講座を開設する。4つ目は、地域密着型の認知症ケアサービスを実際に提供する機能である。2020年中に、94か所まで増やす計画である。他方、認知症地域サービス拠点は、認知症の理解を促進し、認知症の症状を緩和すること、安全に見守ること、認知症関連団体の支援、在宅介護者の支援等を主な機能としている。2020年中に505か所まで増やす予定である(衛生福利部長期照顧司、2020c)。因みに、2018年8月現在では、台北市には、認知症総合ケアセンターが2か所、認知症地域サービス拠点が10か所あり、新北市では同じく、センターが8か所、拠点が43か所出ている(衛生福利部、2018b, pp. 10-13)。

認知症総合ケアセンターは、多機能型であり地域ごとの中核となるセンターである。日本には存在しないセンターであり(認知症介護研究・研修センターは全国に3か所あるが、台湾のセンターとは質的に異なっている)、今後の社会的効果をアセスメントすべき貴重な機関である。唯一懸念するのは、医療資源との連携がない点である。認知症という疾患を巡っては医療機関との有機的な連携が不

可欠であり、その点が認知症予防・介護計画 2.0 においてどのように描かれているか確認する必要がある。同プラン 2.0 は、2025 年を終了年度であるが、それまでに達成されるべき 7 つの戦略、測定目標、目標が設定されている。7 つの戦略等についてはすでに別稿で紹介しているので参照されたい（西下彰俊、2019、pp. 232-233）

こうした認知症ケアに関する国家プランが 2013 年以降 2 つ続けて展開された背景には、認知症高齢者の現時点での数の多さ及び将来の急増と、認知症の老親や老配偶者を在宅で介護することの困難さへの気づきがあった。加えて、日本が 2012 年に「認知症施策推進 5 か年計画」（オレンジプラン）をスタートさせたこと、また認知症施策を加速するために 2015 年から「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）を開始したことも大きく影響している。

台湾における認知症高齢者は、行政院によれば、2018 年現在 27 万人存在する。極めて軽度の場合が約 40%（約 11 万人）、軽度が約 34%（約 9.2 万人）、中度が約 12%（約 3.2 万人）、重度が約 14%（約 3.7 万人）という分布である（衛生福利部、2018b, p. 7）。すでに確認したように台湾において高齢化のピッチが上がるのが 2020 年から 2030 年にかけてであるが、この同じ 10 年間に、認知症高齢者の数も急増し 46 万人に達する。2061 年には 85.4 万人に達することが予測されている。切れ目のない認知症対策の国家プランが必要とされる理由がここにある。

### 第 3 章 新しい在宅介護サービス 4 分類と介護等級・自己負担比率

#### (1) 新しい在宅介護サービスの 4 分類

表 5 は、等級ごと支給される給付額（元）と各種サービスの利用範囲、利用者の所得水準による自己負担比率、サービスの利用期間を一覧出来る形で示したものである。

まず、等級判定に至る認定調査の具体的な流れ、認定調査票の質問項目については既に述べたところであるが（西下彰俊、2019、pp. 234-235）、長期介護サービスを利用できる資格を持つのが、第 2 級から第 8 級までであることを確認

表 5 長期介護等級・長期介護サービス限度額及び自己負担比率

長期介護等級	個人負担												レスパイト・サービス (1年)															
	ケア・専門サービス (月) コード B・コード C 対応		交通移送サービス (月) コード D 対応						福祉用具レンタル及び住宅改修サービス (3年)				コード E・コード F 対応		コード G 対応													
	第 1 類 行政区画の面積が 500 km <sup>2</sup> 未満		第 2 類 行政区画の面積が 500 km <sup>2</sup> 以上 2500 km <sup>2</sup> 未満		第 3 類 行政区画の面積が 2500 km <sup>2</sup> 以上		第 4 類 辺鄙地域		給付額 円		部分負担 比率 (%)		給付額 円		部分負担 比率 (%)													
	給付額 (元)	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)	給付額 円	部分負担 比率 (%)												
第 2 級	10,020																											
第 3 級	15,460																											
第 4 級	18,580																											
第 5 級	24,100	0	1,680	0	10	30	1,840	0	9	27	2,000	0	8	25	2,400	0	7	21	40,000	0	10	30	32,340	0	5	16		
第 6 級	28,070																											
第 7 級	32,090																											
第 8 級	36,180																											

(注) コード B・コード C に対応する各在宅ケア・専門サービスの種類と単位数は、衛生福利部が公表している「長期照顧給付及支払基準」の pp. 17-40 に詳述されている。コード D に対応する交通移送サービスは、同資料の p. 40 に紹介されている。コード E・コード F に対応する福祉用具・住宅改修サービスは、同資料の pp. 42-62 に詳述されている。コード G 対応のレスパイト・サービスは、同資料の pp. 40-41 に示されている。

(出典) 衛生福利部、2020、p. 10, <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4212-44992-201.html>

しておきたい。すなわち第1級に認定されれば、長期介護サービスは利用できないということである。日本円に換算すると、第2級は約36,600円、第3級は約56,400円、第4級は約68,000円、第5級は約88,000円、第6級は約102,500円、第7級は約117,000円、第8級は約132,000円といった分布となる。

台湾の介護サービスは、表5の上部から分かるように、「ケア・専門サービス」、「交通移送サービス」、「福祉用具レンタル及び住宅改修サービス」、「レスパイト・サービス」の4つのカテゴリーに分けられるが、いずれのサービスも利用申請者の所得水準により自己負担割合が設定されている。

## (2) 所得基準

4つのカテゴリーのいずれのサービスを利用する場合も、所得水準が地方政府により判定される。低収入戸は、全てのサービスが無料であるが、中低収入戸は、サービスの種類によってまた居住地域によって異なるが、5%から最大10%の自己負担がかかる。中低収入戸以上の収入がある場合は、一般戸として、同様にサービスの種類及び居住地域による差があるが、16%から最大30%の自己負担がかかるシステムとなっている。

社会救助法第4条によれば、低収入戸とは家庭総収入の全世帯人員の平均が、一人1か月あたり最低生活費以下であることが戸籍所在地の主管機関によって認定され、かつ家庭財産が中央、直轄市主管機関による当該年度の一定金額を超えない者である。また、中低収入戸は、同じく家庭総収入の全世帯人員の平均が、一人1か月あたり最低生活費の1.5倍を超えないことが戸籍所在地の主管機関によって認定され、かつ家庭財産が中央、直轄市主管機関による当該年度の一定

表6 都市別 最低生活費

単位：元

年度	臺灣省	臺北市	新北市	桃園市	臺中市	臺南市	高雄市	福建省
2015年	10,867	14,794	12,840	12,821	11,860	10,869	12,485	9,769
2020年	12,388	17,005	15,500	15,281	14,596	12,388	13,099	11,648

(注) 臺灣省には、表頭部に掲載されていない宜蘭縣を含む11縣、基隆3市が含まれている。

(出典) 衛生福利部社会救助及社工司、2019

金額を超えない者である（全国法規資料庫、2015；中山徹・山田理恵子、2014、p. 54）。

衛生福利部社会救助及社工司の「109年最低生活費、低収入戸及中低収入戸資格審核標準及109年度低収入戸類別条件一覧表」には、表6が示すように、全地方政府の情報が掲載されている。例えば、2020年度における台北市の最低生活費は17,005元（約62,000円）であり、総人口が最も多い新北市では15,500元（約56,500円）となっている。中低収入戸については、台北市が24,293元（約88,700円）、新北市が23,250元（約84,800円）とされる（衛生福利部社会救助及社工司、2019）。以上のような所得基準に則り、介護サービス利用時の自己負担が決定される。

## 第4章 2元化するケアマネジメントの問題

### (1) ケアマネジメントの現状

ケアマネジメントに関する以下の考察は、行政院の林萬億委員（国立台湾大学教授）に行った2019年8月のインタビューに基づいている。

長期介護管理センターの介護管理専員（以下、ケアマネジャーと略す）がサービス利用申請者の自宅を訪問し、要介護者自身と主要な介護者に対してタブレットのシステム（CMS=Care Management System）を用いて等級判定（1級から8級）を含めたアセスメントを行い同時に問題リストの作成を行う。加えて、長期介護管理センターが要介護の等級判定の確認と給付額に関する判定を行う。申請者の所得により本人の自己負担比率が異なるのでこの手続きは不可欠である。同手続きを経て、長期介護管理センターは、当該ケースのその後のケアマネジメントをコミュニティ統合型センターである拠点Aのケース管理専員（以下、ケースマネジャーと略す）に委託する。後述するように、委託出来ないケースは、長期介護管理センターのケアマネジャーが行う。

同ケースマネジャーは、当該申請者の自宅を訪問し申請者の介護ニーズに基づいてケアプランを作成する。同ケアプランに基づき、実際のサービス提供機関である拠点B（B層）が介護サービスの提供を行う。サービス提供が行われた後、拠点Bは、その費用を当該地方政府に請求する。サービスを利用した要介護高

高齢者の等級と所得により、また利用するサービスにより自己負担比率が決まるが、それ以外の費用が、2018年に開始された「給付及び支給の基準」に則り当該地方府から拠点Bに支払われる（衛生福利部長照専区、2020a）。

台湾の現行介護システムでは、日本のような時間の長さで単位数を決めることはなく、サービス利用の有無でコストが計算される。この台湾式モデルは、サービスプロバイダーである拠点Bには利益が出やすく効果的であるかもしれないが、肝心のサービス利用者及び家族にとっては、ケアプランに列記されたサービスが果たして満足のいく時間の長さのあるものかどうかサービスを受けるまで分からないこととどのサービス項目（カテゴリー）の介護を受けているのかについて、当事者である利用者に丁寧な説明がなければ非常に納得がいかない事態となる。そのあたりの問題が実際の現場でどう解決されているのかあるいは説明もななくただサービスを受けているだけなのか気になる点である。ケースマネジャーやサービス提供事業者による説明がなければ、利用のニーズも生まれえないし、利用者数の増加にもつながっていかない。現場レベルでの不熱心さがニーズの掘り起こしにつながっていない可能性もあり、この点は今後の研究で明らかにしたい課題である。

## (2) パーソンセンタード・ケアプランニング

パーソンセンタード・ケアプランニングは、Chih-Chig Yang らの表現をもじった造語であり、ここでは、ケアプランの作成が、高齢者の多様なニーズに寄り添って行われることを意味する。

具体的に言えば、サービス申請者である要介護高齢者が多様な在宅サービスを希望し、かつ拠点Aのケースマネジャーが多様なサービスを組み合わせてケアプランを作成することを意味する。パーソンセンタード・ケアプランニングは、台湾だけでなく日本の課題でもある。

長期介護管理センターのケアマネジャーと拠点Aのケースマネジャーの連携の中で、言葉の正しい意味において、その理念が達成されているかどうか問われている。Chih-Ching Yang らには、大卒のマクロレベルの特性としてだけでなく、メゾレベルのケアマネジメントに関しても、パーソンセンタード性の特性が発揮できているかどうか、発揮できていないとするならばどこに問題があるの

かについて関心を寄せるべきであり、そうした研究を期待したい。Chih-Ching Yangらは、衛生福利部の幹部であるからこそ、台湾の介護制度全般について、マクロレベル、メゾレベル、ミクロレベルの重層的な自己評価に関する分析を客観的に実行することを期待する。

先にも触れたが、サービスの提供時間ではなくサービスの種類でコスト計算する方式が効果的であるか否かは、この3つの立場のステークホルダーの全体を通して調査しなければ判明しない。要介護高齢者およびその家族は、多様なサービスの種類について情報を持たない。2018年に衛生福利部が構築した新しい介護システムが、エンドユーザーである要介護高齢者およびその家族に受け入れられているかどうかは問われなければならない。

### (3) 拠点 A と拠点 B の関係

ところで、拠点 B はサテライトなので拠点 A の周辺に複数ある場合も多い。拠点 A のケースマネジャーは、どのような基準で拠点 B を選択するのであろうか。さらに言えば、各直轄市や縣(市)の地方政府が、サービス提供事業者である拠点 B と予め契約を結んでおく必要があるが、地方政府は、当該地域にある拠点 B 全てと契約するのであろうか。あるいはサービスの質の高い拠点 B のみ選抜して契約するのであろうか。

ケアマネジメントの実際の運用に関して幾つかの構造的問題が指摘できる。まず第1に、自宅での調査のあり方に2つのパターンが存在する点である。林谷燕(2020、p. 46)によれば、連携スキームは2つあり、1つは共同訪問型、もう1つは別個分担型である。後掲の図2のチャートが示すように、1つは共同訪問型である。これは、介護管理専門員(長期介護管理センターのケアマネジャーのこと)とAケース管理員(拠点Aのケースマネジャーのこと)が合同でサービス申請者宅で認定調査を行い、ケースマネジャーが介護サービスの内容、提供方式、自己負担額などを伝えるやり方である。

もう1つは、別個分担型であり、ケアマネジャーが申請者宅で単独で認定調査を行い、1級から8級までの要介護度を決めた後、拠点Aのケースマネジャーがその後にケアプラン作成からケアマネジメント全般を行うというやり方である(林谷燕、2020、p. 44)。

こうしたケアマネジメントの専門職に関して、サービス利用申請者の居住地に拠点 A があれば、そのケースマネジャーがケアプランを作成し、拠点 B に委託してサービス提供につなげる。その後は、サービスの質評価などフォローアップを継続して行う。他方、サービス利用を希望する申請者の居住地に拠点 A がなければ、長期介護管理センターのケアマネジャーがケアプラン作成、サービス提供からサービスの質の監視・コントロールなどフォローアップを行う。つまり、サービス利用希望者と拠点 A の物理的距離がその後の専門職の役割分担のあり方を規定するという本末転倒した構造になっている。

#### (4) ケアマネジメントの構造的問題性

そもそも、長期介護 10 年計画 2.0 において、要介護認定の調査と認定業務は、その後のケアプラン作成を含めたケアマネジメントと切り離されるはずだった。各縣市の長期介護管理センターが訪問調査を含めた要介護認定を行い、拠点 A がケアプラン作成を含めたケアマネジメントを担当するという機能分担システムであったはずだ（鳥羽美香、2020、p. 229）。しかしここで確認したように、拠点 A が存在しなければ、役割を分けただけの長期介護管理センターがケアマネジメント全般を行うという変則的なパターンが存在する点で構造上の第 1 の問題がある。

日本の介護保険制度のように、全国一律のケアマネジメントを行うのではなく、台湾では、拠点 A や拠点 B の配置状況が大きな要因となり、ケアマネジメントは、全国一律ではなくアドホックな状況依存的な性格を持つことになる。

加えて、根本的な批判もある。台湾の研究者である莊秀美らは、「長期介護管理センターを補完するために拠点 A を設置したが、拠点 A に置かれているケースマネジャーが、長期介護管理センターに置かれているケアマネジャーの役割を分担することになった。これは、結局、ケアマネジメントの効率性の向上の役に立つこともないし、両者の協働も困難である。そのため、拠点 A の設置よりも長期介護管理センターの増設の方が肝心である」（莊秀美・洪春旬、2018、p. 69）と批判する。さらに続けて、莊らは、台湾の拠点 A、拠点 B、拠点 C という 3 層のパッケージから構成される地域包括ケアシステムは、そのパッケージ性に意味がないとして、短期的には同システムの実現可能性は厳しいと断言し

ている（莊秀美・洪春旬、2018、p. 69）。要は、機能を分化させることでより非効率になったという問題提起を莊は行い、現行のシステムを強く批判している。

#### (5) 2元化するケアマネジメントとサービスの流れ

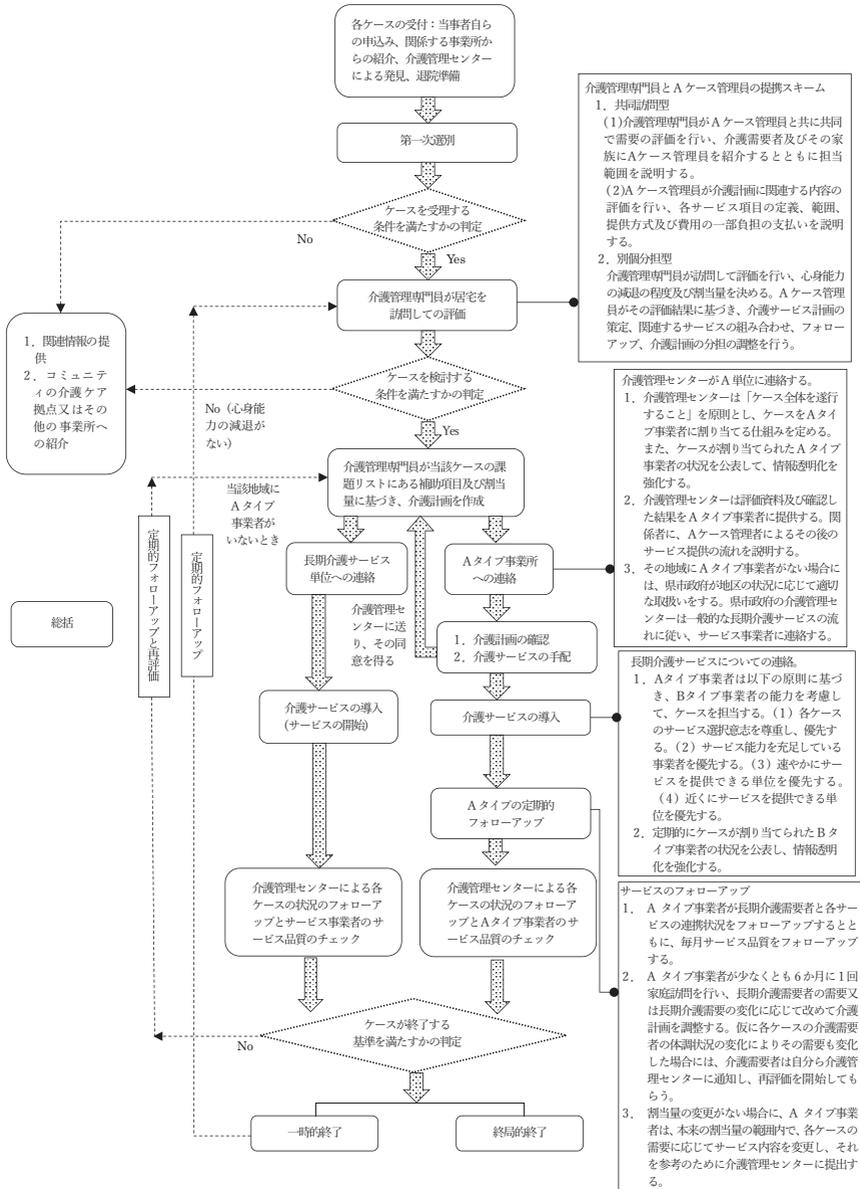
構造的問題の第2は、図2の長期介護管理サービスの流れ（チャート）の中に、「当該地域にAタイプ事業者（拠点A）がない時」を想定していることである。そもそも拠点Aは、「コミュニティ統合型センター」として2026年までに郷鎮市区（市町村）ごとに最低1か所設置することが決まっている。拠点Aは、病院、診療所、デイサービスセンター等から構成され、訪問看護、デイサービス、ショートステイ、食事サービス、訪問看護、移送サービスなど多種類のサービスを提供する機関である（西下彰俊、2019、p. 228）。しかし、拠点Aが地域的に偏在しているのであるならば、地域包括ケアを標榜すること自体が矛盾していると言わざるを得ない。地域の福祉・医療資源を有機的に連携させ活用するのが拠点A-拠点B-拠点Cの3層モデルであったはずである。そもそも「複合型デイサービスセンター」としての拠点Bが目標値をかなり超えて多数存在している、つまり各地域に普遍的に存在しているという現状を踏まえるならば、拠点Aではなくむしろ拠点Bにケースマネジャーを配置した方が、よほどスムーズなケアマネジメントが達成できる。

衛生福利部の「109年長期照顧十年計畫2.0服務資源佈建一覽表—長照2.0新增服務項目及び109年長照2.0核定本目標値」によれば、拠点Aの目標値は469であるところ、2020年7月現在646か所整備され138%に達している。拠点Bは目標値が829であるところ同時点で6,001か所に及んでいる。大幅に増えすぎており達成率は724%に達している。拠点Cは、目標値が2,529か所であるところ、3,099か所整備されており、達成率は123%に及んでいる。明らかに拠点Bが地域に普遍的に存在しており、大規模で経験年数の長い拠点Bを選抜し、ケースマネジメント機関として委託すべきであろう。

Cheng fen Chenらは、もともとA-B-Cの目標値の数字のバランスがピラミッド型をしていたはずが、いつの間にか、ダイヤモンド型に形を変えてしまったと述べている（Cheng-fen Chen, Tsung-hsi Fu, 2020, pp. 6-7）。

中央政府が、目標値と実際の整備数の開きを緩和するために、2020年の修正

図 2 長期介護管理サービスの流れ



(出典) 林谷燕、2020、p. 46

後の目標値を拠点 A について 511 か所、拠点 B について 3,166 か所、拠点 C について 2,294 か所に変更しているとの報告もある（傳從喜、2019、p. 61）。

第 3 の構造的問題は、図 2 のチャートの右側の複数のボックス中に「情報透明化を強化する」と言う表現が強調されていることである。曰く、「ケースが割り当てられた A タイプ事業者の状況を公表して」、そしてまた、「ケースが割り当てられた B タイプ事業者の状況を公表して」と言う表現が目につく。裏を返せば、これまで、不透明な割り当てを長期介護管理センターや拠点 A がしてきたことの証左であろう。

急激には増加することのない利用者を、多くの拠点 B の在宅サービス提供事業者で奪い合う形となる。拠点 A がどの拠点 B を選ぶかという判断は、拠点 A に所属する担当者あるいは拠点 A の責任者に任される。自己負担分以外は、地方政府の負担となることから、癒着や不当な競争が生まれる素地が生まれる。このように見てくると、透明性の確保と情報公開は、本当の意味で至急の課題である。

第 4 の構造的問題は、要介護高齢者の日常生活動作能力の悪化により介護ニーズが変化した際の長期介護管理センターの対応である。右側下のボックスには、介護需要者（要介護高齢者）の体調変化によりニーズが変化した場合には、高齢者本人が介護管理センターに連絡するようにとあるが、この発想は根本的に間違っている。サービス提供事業者及びケースマネジャーが、全ての責任においてニーズの変化を把握すべきであるし、その責任を高齢者本人に転嫁ことが決してあってはならない。パーソンセンタード・ケアマネジメントにはほど遠い発想であると言わざるを得ない。

さて、そうした構造的問題含みのケアマネジメントを確認したが、次に、ケアプランに関連するメモを通じて見たケアマネジャーとケースマネジャーの連携を考察する。これは幾つかのエピソードについてインタビュー調査で聞き取りした情報を再構成したプランである。

#### (6) ケアマネジメントの一元化の課題

以下の表 6 及び表 7 は、ケアマネジャーとケースマネジャーが作成するケアプランについて、個人が特定できない形で聞き取った内容を再構成したものである。

表6 長期介護管理センターのケアマネジャー作成のケアプラン

1. ケース：再評価の時間が近づいてきている。前回最後の評価は2017年10月29日、CMS（ケアマネジメントシステム）：第6級中度失能、評価：レスパイトサービス。

2. サービス申請理由：サービス利用者は多種類の言語を理解している。2016年より鬱病と認知症を発症している。内服薬を服用し診察を受けていた。最初はA医院で認知症の診察を受けていた。地域B、地域Cのデイサービスを利用した。利用者は生活面の自立ができた。利用者の妻は平日に監視カメラを使って利用者に指示を与えており（利用者の妻は台南で仕事し週末だけ帰宅する）、利用者も指示通りに行動することができた。その他には隣人の協力で世話をしてもらって、規則的な生活を送っていた。

その後、利用者は健康状態が悪化したため、2017年10月から外国籍の介護労働者を雇って介護サービスを受けた。しかし、外国人介護労働者の言語能力が良くないため、利用者はコミュニケーションが不足し平日の言葉の刺激がなくなっていった。11月から音声に対して過度に敏感になり、情緒不安定で怒りやすく、外出拒否などの症状が出てきた。利用者の精神状況は明らかに悪化し、平日もベッドで横になって休んでいる。音への恐怖、情緒の変化が大きく、突然急に怒り出したり、或いは急に冷静に戻ったりしている。利用者の妻の友人の紹介で、今はA医院からD医院に移り診察を定期的に受けている。

しかし、利用者の最近の状況が悪化した理由について、D医院の医師は見当がつかなかったため、薬物でコントロールするしかなかった。利用者の妻と議論した後、利用者の言語及び生活面の刺激をすること、身体のトレーニングをすることをアドバイスした。ただし、利用者本人は外出を拒否しているため、在宅の訪問リハビリテーションによるケアを申請するよう利用者の妻にアドバイスし、彼女もそれに同意して申し込んだ。

### 3. 特別な状況の有無

利用者は49歳以下ではない。主な介護者がいる。心身障害者の臨時的及び短期的介護サービスの補助を受けていない。特別介護手当も受けていない。外国籍介護者を雇っている。

（出典）2018年12月に実施したインタビューの内容を再構成したものである。

表 7 拠点 A のケースマネジャーのケアプラン

### 1. 利用者のニーズ

A. 訪問調査の際、利用者に認知症と鬱病があることが分かった。定期的に台北 D 医院神経内科で診察を受けている。利用者は今、家族が雇っているインドネシア籍の住み込み型介護労働者と一緒に自宅で同居生活をしている。利用者の妻の勤務地は台南にあるため、毎週金曜日に帰宅後利用者に付き添っている。利用者の外出拒否の理由については、外出すると両方の耳が周波数の高い刺激によって激しい痛みを感じるためと利用者の妻が説明した。病院の診察を受け異常がないと診断されたが、それでも利用者が今後外出する意欲を持ってほしいと利用者の妻は言う。在宅訪問リハビリテーション、在宅レスパイト（主として6時間以内）を申し込み利用できることを利用者の妻が期待している。

B. サービス項目の説明をした後、下に述べたような提案でケア・サービスを提供する。その他のサービスはそのニーズがないため暫く提供しない。

### 2. ケースマネジャーによる 2 種類のケア・サービスの提案

#### A. CA01（IADLs 復能介護—在宅）

1 か月に 3 回の訪問リハビリテーションサービスを利用する。これは、自宅を訪問し手段的日常生活動作能力の改善を目指すサービスであり、4,500 単位（コード CA01）である。

#### B. GA01（在宅レスパイトサービス—全日）

1 年間で 14 日利用できる在宅レスパイトサービス（居家喘息サービス—全日）で 6 時間利用できる。その際の費用は 1 日当たり 2,310 元（コード GA01）である。

### 3. 検討項目：

介護及び専門的なサービスを使用することを望んでいると最初に利用者の妻の確認をした。CMS レベル第 6 級と認定評価した。インドネシア国籍の家庭介護労働者を雇っていることを確認したので、介護サービス及び専門的なサービスの金額の 30% だけを給付する。毎月の給付金額は、8,421 元になる。補助金額を超えた部分は自費で使用することで利用者の妻が同意した。現在はインドネシア人の家庭介護労働者を雇い利用者の日常生活の介護をしているため、制度上在宅サービスを申し込むことはできない。在宅訪問リハビリテーションだけを申請した。また、利用者の妻は彼女が雇っているインドネシア国籍の家庭介護労働者に介護関係の知識を学ぶように指導することを期待している。評価した結果、確かにその必要があることを確認した。

4. その他：

- A. このケースは交通移送サービスの利用を望んでいないことを最初に確認した。
- B. このケースは福祉用具と在宅バリアフリー改善（住宅改修）サービスの利用を望まないことを最初に確認した。
- C. このケースはレスパイトサービスの利用を望んでいることを最初に確認した。毎年の給付金額は 32,340 元であり、更にこのケースは、自分で外国人労働者を雇っている場合のレスパイトサービス使用（自聘外籍使用喘息服務）に一致したため台北市政府は自己資金をサポートする。補助金額を超えた部分の自己負担に利用者の妻が同意している。

自宅訪問時間：2018 年 4 月 26 日

拠点 A：社団法人 P ケースマネジャー：Q

5. ケアプラン：

- A. ケアマネジャーがアドバイスした申請項目：  
レスパイトサービスの申請を勧めたところ、利用者の妻もそれに同意し申請した。
- B. 利用者家族の意向で申請した項目：介護及び専門的サービス、レスパイトケアサービス

評価日付：2018 年 4 月 18 日

ケアマネジャー：R

6. 変更についてのコメント：

2017 年 5 月 9 日に専門スタッフからの連絡により、利用者家族は夜間、休日サービスの必要が生じたので、「夜間サービス」と「土日祝日サービス」を新しく選択。

夜間サービスは、20 時から 24 時までの在宅サービスであり（コード AA08）、1 回あたり 385 元である。土日祝日サービスは、平日以外の在宅サービスであり（1 回あたり 770 元である）、両サービスは、同一日に重ねて利用することはできない。

変更日時：2018 年 5 月 9 日

ケアマネジャー：R

（出典）表 6 と同じ。

両表から分かるのは、サービス利用申請者の家族からケアプランニング及びケアマネジメントについて聞き取る内容が重複している点である。ケアサービス、ケアマネジメントに係る専門職という社会資源が潤沢に存在するわけではないの

で、最適な状況での有効活用が不可欠である。1事例（再構成されたものであるが）に関する表6及び表7の内容から言えば、ケアプランニング及びケアマネジメントに関する責任は、拠点Aのケースマネジャーに一元化すべきであろう。しかしすでに確認したように、拠点Aの配置がアンバランスなので、一元化は難しいということになる。

台湾の介護システムの最大の弱点は、サービス利用希望者の要介護認定を軸にケアマネジメント全体にかかわりを持つケアマネジャーの身分が不安定なために質の高い人材が集まらないことである。葉千佳がすでに指摘しているように、ケアマネジャーの多くが非常勤職で低賃金であるにもかかわらず、大量のケースを受け持たざるを得ない過酷な状況は、直ちに是正されなければならない（葉千佳、2016、p. 13；西下彰俊、2017、pp. 25-26）。ケアマネジャーの身分の安定化を図ることで、拠点Aのケースマネジャーとの有機的な連携が可能となる。

さて、既に図2に関連して指摘したことであるが、そしてこれは常にありうることであるが、申請者本人の要介護度が悪化した時には、本来は在宅サービス提供事業者がケアマネジャーに連絡し、再度の要介護認定を行うべきである。ところが、現行の長期介護サービス法には関連する条文がない。これがサービス法上の問題点の1つとなっている。実務上は、拠点Aの事業者が（地域に拠点Aがなければ、ケアマネジャーが）6か月ごとに少なくとも1回は自宅訪問を行い（要介護度の変化の有無にかかわらず）、要介護高齢者のニーズが変化した場合にケアプランを調整する。要介護度が悪化した場合には、後追いで長期介護管理センターに連絡することにならざるを得ない（林谷燕、2020、p. 45）。

加えて、長期介護サービス法8条は、長期介護管理センターが措置する認定結果に対して本人または家族に不服がある場合の救済手段に言及していない。つまり、異議申し立てが制度化されていないことが確認できるのであり、この実態が、サービス法上の問題の2つ目である（林谷燕、2020、p. 48）。

## 第5章 住み込み型外国人介護労働者の現状と課題

労働部労働力発展署によれば、2020年7月現在、産業外籍勞工（外国人一般労働者）の合計は約44.5万人、社福外籍勞工（外国人介護労働者）の合計は約

表 8 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						總計
	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)	100.0 (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)	100.0 (379,653)
2015	16.3 (59,261)	26.3 (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)	100.0 (587,940)
2020	16.3 (72,615)	27.8 (123,723)	12.7 (56,556)	43.1 (191,683)	0.0 (5)	100.0 (444,582)	77.0 (197,204)	11.8 (30,213)	0.2 (416)	11.1 (28,384)	0.0 (1)	100.0 (256,218)	100.0 (700,800)

(注) 2020年は7月現在のデータを示す。

(出典) 労働部労働力發展署、2020、<https://www.wda.gov.tw/>、<https://english.mol.gov.tw/6387/>

25.6 万人に達しており、合計約 70 万人を超えている。外国人介護労働者のうち、4,000 人程度が介護施設の労働者であるが、ほとんどは台湾人家族に雇用される「住み込み型外国人介護労働者」である。表 8 が示すように、最も多いのがインドネシア人で約 19.7 万人で 77%、以下、フィリピン人の約 3 万人（約 12%）、ヴェトナム人の約 2.8 万人（約 11%）と続いている。インドネシア人とフィリピン人の割合が若干減りつつあるのに対し、ヴェトナム人の割合が増えつつある。

以上の外国人介護労働者について様々な状況を明らかにしているのが、労働部が 2019 年に公表した「108 年外籍勞工管理及運用調査統計」である（表省略）。同調査は、2019 年 7 月 8 日に実施された。調査の有効回答は、雇用主調査が 4,057 人、外国人介護労働者調査が 8,655 人である。

まず、性別に関しては、女性が圧倒的に多く 99.4%（239,093 名）を占めている。男性は、0.6%（1,476 名）に過ぎない。次に年齢階層についてみると、25 歳未満は 7.6%（18,227 名）、25 歳以上 34 歳以下は 36.8%（88,062 名）、35 歳以上 44 歳以下は 43.8%（104,604 名）、45 歳以上は 11.8%（28,200 名）という分布である。25 歳以上 44 歳以下が圧倒的に多く 8 割を占めている。彼女達のうち、結婚して子供のいる場合も多いと思われる。

Pei-Chia Lan が指摘するように、本国にいればシャドウワーク（無償労働）に過ぎない介護を、グローバルな移動を経て、台湾で要介護高齢者や認知症高齢者にサービスとして介護を提供することでペイドワーク（有償労働）となる。それと引き換えに、子供の養育は夫や親族に任せることとなり、そこではシャドウワークが再生産される（Pei-Chia Lan, 2006, pp. 107-109）。台湾における住み込み型外国人介護労働者の就労働機は、まさに Pei-Chia Lan が指摘するペイドワークへの参入とその就労を通じての自己表現である。

給与に関しては、外国人介護労働者の平均給与は、19,947 元（そのうち基本給は、17,550 元）であり、外国人労働者全般の平均給与が、29,029 元（そのうち基本給は、23,514 元）に比べて著しく低い。外国人介護労働者は外国人労働者全般と比較して、平均給与で 70% 弱、基本給で 75% 弱と低くなっていることが分かる。この差が生じる原因としては、建設業等一般の外国人労働者は台湾の労働基準法が適用になるのに対し、24 時間住み込み型の外国人介護労働者

は労働基準法の適用外であることの影響が大きい（ただし、施設介護の外国人労働者は労働基準法が適用される）。

賃金の分布を見ると、18,000 元未満が 5.2%（12,585 名）、18,000 元以上 19,000 元未満が 10.5%（25,247 名）、19,000 元以上 20,000 元未満が 54.3%（130,742 名）、20,000 元以上 21,000 元未満が 12.2%（29,368 名）、21,000 元以上 22,000 元未満が 5.5%（13,129 名）、22,000 元以上 23,000 元未満が 5.8%（14,026 名）、23,100 元以上が 6.4%（15,471 名）となっている。

同じく、労働部「108 年外籍勞工管理及運用調查統計」によれば、外国人介護労働者を雇用している雇用主の回答者 4,057 名中、64.7%（2,625 名）が特段の悩みを感じていない。悩みがあるとの回答をした雇用主は 35.3%（1,432 名）と少ない。悩みの具体的な内容は、コミュニケーションが困難であるとの悩みが全体に対して 25.5%、スマホのタッピングやチャットが好きで使っているとの悩みが同じく 17.5%、仕事の態度が悪いという回答が 7.8% であった。全体としては、雇用主から見ると外国人介護労働者の雇用を肯定的に捉え満足していることが理解できる。

しかし、当事者である住み込み型の外国人介護労働者は、現状に満足し肯定的に捉えているのであろうか。鄭安君は、この観点から、外国人家庭介護労働者 32 名、外国人施設介護労働者 3 名を含めた 42 名の女性に、インタビューを行っている（鄭安君、2019、pp. 49-78）。内訳は、インドネシア人 19 名、フィリピン人 16 名、ヴェトナム人 7 名である。彼女達の生の声から発せられる最も深刻な事態は、明らかな契約違反による様々な労働内容と過重労働である。実に 7 割を超える女性達が、契約内容と異なる労働条件で働いている。3つのパターンがあると鄭は指摘する。1つは、当該の要介護高齢者以外の同居家族全員の家事労働を担わされるパターン。2つ目は、当該の要介護高齢者以外の高齢の配偶者の介護あるいは高齢の要介護状態にある兄弟姉妹の介護など複数の高齢者の介護を担当させられるパターン。3つ目は、存在するはずの要介護高齢者はおらず、家事労働やベビーシッターが主な労働となるパターンである。3つ目のパターンは、外国人家事労働者を雇用する際の基準が厳しいため、また雇用税の負担が介護に比べて厳しいため、偽装により外国人家庭介護労働者を雇い経済的負担を軽くするという動機である。

3つのパターンとも契約違反であり違法であるが、肝心の外国人家庭介護労働者が契約違反の労働条件を受け入れてしまう現実があるという（鄭安君、2019、pp. 61-63）。様々な契約外の仕事を課されても、なお長期にわたって就労を続ける。そこには、不満な労働環境に適応してしまうという側面がありそうだ。

現状に満足できるかどうかは複合的な要因が関連している。例えば、雇用主との人間関係であり、要介護高齢者の心身の状態であり、労働者のための占有部屋があるかどうか、食事の内容や量に対する満足度など多様なファクターがありうる。

## 第6章 新しいエンドオブライフ・ケアの展開

### (1) 患者自主権利法の成立

我々は、心身の衰えとともに長期介護サービスを受ける中で、あるいは介護サービスを利用することなく、人生のターミナルの段階で医療機関と接点を持つことがある。人生の最期の段階の生き方について自己決定できる権利を行使しながら選択できるという社会システムは望ましい社会である。台湾は、このような望ましい社会を目指して「病人自主権利法」（以下、患者自主権利法と称す）を2016年1月6日に公布し、2019年1月6日に施行した（2015年12月18日立法院で可決している）。

患者が重篤な病を得つつ「エンドオブライフ」を自己決定して1つのライフを選択することがはたして可能なかどうか。その自己決定という判断をめぐる課題は存在しないのかどうか。本章では、長期介護サービスの決してそう遠くないであろう先に横たわる深刻でしかし避けて通れない重要な課題について論じたい。言葉を換えるならば、台湾において「善終」が如何にして可能かを論じることとしたい。ここで善終とは、善い終焉のことを意味する（鍾宜錚、2015、p. 120）。

なお、患者自主権利法に先立ち、2000年に安寧緩和医療法が成立している。同法は、当事者本人の事前指示または家族の代理決定による延命治療の差し替えや中止を認める法律であり（鍾宜錚、2015、p. 123）、患者自主権利法が成立する立法論理の前提となった法律として注目する必要がある。ただし、家族の代理

決を認めた点で限界を有していた。

岡村志嘉子によれば、患者自主権利法の立法目的は、「医療に対する患者の自主権の尊重、天寿を全うする権利の保障、患者と医師の良好な関係の促進である」とされ、また、基本原則として「患者は、病状、医療の選択肢及び各選択肢の効果とリスクについて知る権利を有し、医師の提供する医療の選択肢について選択し決定を行う権利を有する」とされる（岡村志嘉子、2016、p. 1）。

## (2) 医療の事前指示書作成

自らの終末期の医療を選択する権利を行使する希望を持ち、かつ完全な行為能力を有する患者（20歳以上または20歳未満で結婚している人）が、定められた医療機関を訪問し、「医療の事前指示書（AD＝アドバンス・ディレクティブ）」に関する相談（ACP＝アドバンス・ケア・プランニング）を行う。その際、当該患者だけではなく、完全な行為能力を有する証人2人の同席が必要となる。当該証人のうち2親等以内の親族が1人以上必要であり、当該患者が決めた「医療委任代理人（Health Care Agent, HCA）」が同席しなければならない。医療機関側からは、ソーシャルワーカー、医師、看護師が参加し、医療の事前指示書を作成するための相談を行う。この相談はカウンセリングと呼ばれ、当該医療機関には手数料として1万円前後を支払うことになる。しかし、読売新聞によれば、エンドオブライフの自己決定の権利を得るための病院が77か所と少ない点が懸念される。これらの病院でしか事前指示書が作成できない。同新聞によれば、2020年2月現在、事前指示書を作成した人は約1.2万人に留まっている（読売新聞、2020）。

なお、2019年現在、台湾には公立病院が82、市立病院が398、合計480か所存在するので77か所がいかに少ないかが分かる（衛生福利部、2020d）。

## (3) 延命治療等医療行為を終了できる条件

カウンセリングを通じて、予め医療の事前指示書を作成するのであるが、以下の①から⑤のいずれかになった場合に延命治療を受けるかどうかを決める。具体的には、延命治療を構成する生命維持治療及び人工栄養投与について、「受け入れ」、「拒絶」、「意識が無い、もしくは、はっきり意思を伝えられない」「しばら

く治療を受けた後で治療を停止」の4つの選択肢の中から1つを選択する。

なお、3番目の選択肢「意識が無い、もしくは、はっきり意思を伝えられない」の場合には、「医療委任代理人」が決定する。しかし、この3番目の選択肢の置き方は間違っており、改善が必要である。何故ならば、医療の事前指示書を作成しうるのは完全な行為能力を有する患者に限られるからである。結局、生命維持治療及び人工栄養投与のそれぞれに関して、「受け入れ」、「拒絶」、「しばらく治療を受けた後で治療を停止」の3つの選択肢の中から選択を行い医療の事前指示書を医療機関に作成してもらう。また同医療機関で、患者本人の健康保険カードに内容を登録する。

患者自主権利法は、第14条において、以下の①から⑤の状態のいずれかであれば、医療の事前指示書に基づいて、延命治療・生命維持治療または人工栄養補給等の医療行為を終了することが出来るとしている（全国法規資料庫、2019）。

- ①末期患者＝「安寧緩和医療条例（ホスピス緩和医療条例）」で定められる「末期病人（末期患者）」
- ②回復不能の昏睡状態＝外傷により6か月以上意識が回復しない、もしくは外傷以外で3か月以上意識が回復しないなどの「不可逆転昏迷（不可逆性昏睡）」
- ③永久的な植物状態＝外傷による「植物状態」が6か月以上続く、もしくは外傷以外での「植物状態」が3か月以上続く「永久植物人状態（遷延性意識障害）」
- ④極度の知能喪失＝「臨床的認知症尺度表（Clinical Dementia Rating）」で3点以上、もしくは「生活機能評価（Functional Assessment Staging Test）」で7点以上の「極重度失智（極めて重篤な認知症）」
- ⑤その他、政府の公布する症状、もしくは耐えられない痛苦、不治の病で現在の医療水準では治療できないケースを衛生福利部が公告

2019年1月7日付けのTAIWAN TODAYによれば（TAIWAN TODAY, 2019）、患者自主権利法施行細則の主な要点は以下の通りである。

- ・現場での治療を決定する上では、「患者本人の同意を優先し、関係者の同意はそれを補う形」とする。
- ・患者は同時に複数の医療委任代理人を指定し、その順位や権限を決めることが

出来る。

- ・「医療の事前指示書」をスキャンした電子ファイルは原本と同じ法的効力を持つ。
- ・患者が治療を受ける中（臨床）で行った書面の決定と「事前の指示」が異なる際には、書面が明示する意思に従う。しかし、その書面が生命維持治療や人工栄養投与の拒絶を選択している場合は、「事前指示」の撤回や変更が行われるまで、「事前指示」の医療内容が執行される。
- ・「末期病人」、「不可逆転昏迷」、「永久植物人状態」、「極重度失智」、そして「その他、政府の公布する症状、もしくは耐えられない痛苦、不治の病で現在の医療水準では治療できないケース」の5つの判定基準を明確に定める。
- ・医療機関あるいは医師が患者の「事前の指示」を執行しない場合は、その患者の転院に協力し、本人が自らの終末期の医療を選択する権利を保障すること。

#### (4) 患者自主権利法の問題点

同法は、予め作成された事前指示書に基づく医療行為終了について条件を定めている。すなわち、第14条では、専門医師2名が上記①から⑤のいずれかの状態であることを確認し、かつ緩和ケア職員が少なくとも2回確認した後、医療機関または医師が患者本人の事前指示書に基づき、生命維持治療または人工栄養等の全部または一部を終了することが出来る、と明記している。さらに、同医療機関または同医師は、刑事責任を問われないことも明記されている。第16条では、事前指示書に基づき医療行為を終了した患者に対して、「緩和ケアその他の適切な処置を行わなければならない」としている。

しかしここで直ちに問題になるのは、新しい法律である患者自主権利法が患者の自己決定の権利を保護するのは、ACPのカウンセリングを通じて「拒絶」を自己決定し、2親等内の親族及び医療委任代理人の同席のもとで「拒絶」を確認した医療行為終了時点までであるという事実である（受け入れて、治療を継続する場合は当該の問題は発生しない）。

つまり、延命治療・生命維持治療等の医療行為終了までは、患者が自己決定権を行使できるけれども、医療行為終了後の「緩和ケア及びその他の適切なケア」は、第16条が保障しているところであり、死の直前のターミナル段階では、こ

れまで同様相変わらず医療機関または医師の判断に委ねられ適切なケアが行われることとなる。第 16 条の規定は、患者自主権利法が保障する患者の自己決定の権利を本当のターミナルの段階で阻害していると解釈することも出来るのであって、当該法律の立法理念を担保できない。その意味で当該法律の整合性が保たれていないと判断できる。

## 結論と今後の課題

本研究の目的は、以下の 4 つであった。第 1 に、先進性と停滞性が交錯するこうした台湾の介護をめぐるシステム全体の現状を具体的に明らかにすることである。そして第 2 の目的は、この独自の発展を遂げる台湾の認知症ケアを含めた長期介護計画及び密接に関連するケアマネジメントの現状と課題を析出することである。第 3 には、新しい対処ができていないという意味で停滞性を示す住み込み型外国人介護労働者に注目し、長期介護計画 2.0 の介護システムとどのような折り合いをつけることができるのかについて明らかにすることである。そして第 4 には、もう一つの先進性と位置付けられるエンドオブライフ・ケアのあり方について、患者自主権利法を中心にその強みと課題を明らかにすることであった。

いくつかの目的に関してはある程度達成できたが、しかしながら依然として達成されないまま残さざるを得ない論点も多い。以下では、そうした論点をまとめ一定程度の到達点を示しつつ、今後の課題にも言及していきたい。

### (1) 新しい介護システムの導入と介護保険制度導入の可能性

外国のケアマネジメントにも詳しい白澤政和は、「蔡政権で介護保険制度の創設には至っていないが、長期介護 10 年計画での変化は、日本からの仕組みを相当取り入れながら、介護保険制度創設の準備をしているように思える」と指摘している（白澤政和、2019、p. 198）。2018 年 1 月にスタートした新システムが、結果として介護保険制度創設の準備になっているとの判断には賛成である。

そう判断した時、前任者の馬政権時に介護保険制度創設を見据えて策定した「長期介護サービス法」の条文の中で、停滞性の象徴でもある「住み込み型外国

人介護労働者問題」をどう位置付けていたのか、あるいは条文に明文化されていないとしても前政権において介護保険制度下における外国人介護労働者の位置づけについてどう検討していたかを遡及的に調査することは必要不可欠な作業である。

本研究で論じたように、台湾は、長期介護に関する国家プランである長期介護計画 1.0 及び長期介護計画 2.0 を続けて展開しサービス利用の対象者数を拡大させた。コミュニティの介護資源を有機的に活用できるように拠点 A-拠点 B-拠点 C の 3 層モデルを開発し（西下彰俊、2019、pp. 227-229）、2 元型ケアマネジメントシステムを開発した。そして、表 5 において、各種の在宅サービスを 4 つのカテゴリーにタイプ別に分け、自己負担額を具体的に理解できるように明示してきた。同表には、高齢者だけでなく一般の人々にも新しい制度の枠組みを理解してもらいたいという意思が強く表れているように受け止めることができる。

なお、今後の課題としては、長期介護計画 2.0 のプランの中で、認知症予防・介護計画 2.0 と拠点 A-拠点 B-拠点 C の 3 層モデルがどのような関係性にあるのかについては、明示された資料がないので理解することができない。例えば、認知症予防・介護計画 2.0 では、認知症総合ケアセンター及び認知症地域サービス拠点の設置が急務となっているが、これらの機関が、拠点 A-拠点 B-拠点 C の 3 層モデルとどのような関係にあるのか不明である。私見では、認知症総合ケアセンターと拠点 A が有機的に連携すべきであろうし、認知症地域サービス拠点が拠点 C と連携すべきである。要介護高齢者のうち一定程度は認知症高齢者なのだから、不経済な分立は避けるべきである。しかし、こうした全体を俯瞰した総合的な計画がないとするならば、深刻な構造的な問題であると言わざるを得ない。

## (2) 在宅サービスの利用者が拡大しない背景と介護保険導入による権利意識の醸成

台湾の各種の在宅サービスの利用者が目下の新しい動きに呼応する形で増えていかないとすれば、その理由として想定できるのは以下の 3 つである。第 1 は、家族だけで老親あるいは老配偶者の介護する意識が強いため外部の介護サービスを利用しない。第 2 は、介護サービスの提供事業者あるいは介護職員の

絶対数が不足しているために、必要とする時にすぐに介護サービスを利用することができない。第3に、第2の理由と関連するが、家族内の在宅介護だけでなく、子供の世話、掃除、洗濯、炊事等の家事全般、仕事の手伝い、親戚の用事など様々な仕事にオールラウンドに対応できる住み込み型外国人介護労働者を雇用した方が、安上がりになれる。

図1で確認したように、台湾はこの10年で急激に高齢化し、35年後には日本の高齢化を追い抜くことが推計として示されている。まず、高齢化の進行の中で至急の課題となるのが、介護サービスの財源問題である。現在は、たばこ税や相続税等各種税金を財源に賄っているが、安定的な財源確保は今後困難になるであろう。

日本もそうしたように、安定的な財源を確保する方法が介護保険の導入である。被保険者から保険料を徴収し、要介護という保険事故に遭遇した被保険者が介護サービスを利用する際に低率の自己負担で済むいわゆる共助のシステムである。サービス利用者の自己負担を超えるコストに関しては、介護保険の金庫がサービス提供事業者を支払う。介護保険のメリットは、保険料を支払うことによるサービス利用の権利意識である。保険料を支払うことで、外部介護サービス利用に対する心理的な抵抗感もなくなるであろう。また心理的な抵抗感の深層にあるステイグマ性も払拭できるであろう。先に述べた第1の理由を挙げる層の多くは介護保険創設により外部サービスの利用に進むことが期待される。

Cheng-fen Chenらが指摘するように、家族だけの介護が40%、住み込み型外国人介護労働者の雇用が26%、長期介護在宅サービス利用が23%、施設介護が11% (Cheng-fen Chen, et al. 2000, p. 7) という中で、介護保険の導入により介護の社会化が一層進むことが期待できる。

### (3) 認知症高齢者の増加と成年後見制度

日本の介護保険制度はサービス提供事業者を主体的に選択し、契約行為を実行するという点に特徴がある。契約行為を行うことができない被保険者・サービス利用者に対し、新成年後見制度を同時に開始することで対応してきた。台湾が日本型の介護保険制度を創設するならば、同様の成年後見制度の同時創設も今後の大きな課題の一つとなろう。

幸い台湾では、2009年11月23日に新しい成年後見制度が施行されている。改正成年後見法では、日本と違い任意成年後見制度が導入されないままになっている等後見制度の体系が異なっているが、重度の認知症等で後見宣告を受けた場合には、成年後見人が被後見人の法定代理人になることから、契約行為が成立し介護サービスを利用することが可能である。先に述べた私の危惧は杞憂に終わる(江涛、2015、pp. 28-40)。

#### (4) 患者自主権利法と同法の今後の課題

今後の課題として、以下の2つの点が指摘できる。まず1つ目。患者自主権利法は、第8条で、「完全な行為能力を有する満20歳以上の者」が、本人の受ける医療に関して事前指示書を作成することが出来るとした。また、患者自らが指定した医療判断委任代理人及び2親等以内の親族2名以上を証人として同席のもとで決められた医療機関で事前指示書を作成することが出来るとした。本人だけでなく、医療判断委任代理人及び証人としての2親等以内の親族も「完全な行為能力を有する者」が必須条件となっている。しかし完全な行為能力を有するかどうかを誰がどのような基準で判断するのだろうか。患者の自己決定権の保障という理念は尊重されるべきであるが、その理念を保障する条件が明確に示されることが不可欠である。これは、同法が今後改正していかなければならない今後の課題の1つ目である。

今後の課題の2つ目は、以下の通りである。患者自主権利法の第14条で、事前指示書に基づく医療行為終了が可能な患者の条件(状態)として5つを示している。このうち4番目は、極度の認知症を罹患している状態を示している。重篤性に関する判断の根拠になるのは、臨床的認知症尺度表で3点以上もしくは生活機能評価で7点以上の極重度失智症(極めて重篤な認知症)であるとされているが、果たして同法が公布される前の段階で、当該基準の妥当性はどのように決定されたのであろうか。加えて、認知症という疾患を、延命治療・生命維持治療の終了を事前に自己決定する患者の1つの状態として措定して問題はないのであろうか。措定の正当性根拠はどこにあるのだろうか。

前述したように、2018年に認知症予防・介護計画2.0をスタートさせ、認知症に優しいDementia Friendly Societyの構築を社会の目標にする中で、極めて

重篤な認知症の場合を想定し生命維持治療の終了を事前に宣言する対象となる疾患として位置づけることは望ましくないと考える。すなわち、意図せざる結果として、認知症に対する不安を煽ることになったり、認知症に対する差別を助長したりする社会的装置になる可能性がある。この点については、本研究の今後の課題として位置づけ研究を継続することとしたい。

【引用参考文献リスト】

- Department of Planning, 2019, National Ten-year Long-term Care Plan 2.0  
<https://www.mohw.gov.tw/fp-4344-46546-2.html>
- 衛生福利部、2016、長期照顧十年計畫 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、失智症照護  
<file:///E:/%E2%98%85%E3%80%8020201103%E3%80%80%E8%A1%8C%E6%94%BF%E9%99%A2%E3%80%802018%E5%B9%B4%E3%80%80%E5%A4%B1%E6%99%BA%E7%97%87%E7%85%A7%E8%AD%B7.pdf>
- 衛生福利部、2019、長照十年計畫 2.0 成果報告  
<https://www.mohw.gov.tw/>
- 衛生福利部社会救助及社工司、2019、109年最低生活費、低收入戶及中低收入戶資格審核標準及109年度低收入戶類別條件一覽表  
<https://dep.mohw.gov.tw/dosaasw/cp-566-49605-103.html>
- 衛生福利部長照專區、2020a、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

<https://1966.gov.tw/LTC/cp-4212-44992-201.html>

- ・ 衛生福利部長照專區、2020b、附件—社區整體照顧服務體系服務流程圖  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-54350-25683879-c72f-464f-b6d4-edeed6496360.html>
- ・ 衛生福利部、2020c、109 年長期照顧十年計畫 2.0 服務資源佈建一覽表—長照 2.0 新增服務項目及び 109 年長照 2.0 核定本目標值  
<https://www.mohw.gov.tw/dl-61062-da2d51af-67f2-4e74-b521-d4f39d437e72.html>
- ・ 衛生福利部、2020d、statistics of Medical Care Institution's status & Hospital Ltilization 2019  
<https://www.mohw.gov.tw/Lp -4932-2.html> (2020 年 9 月 15 日閲覧)
- ・ 大塚陽子・頼心盈、2020、政策科学、台湾における高齢者介護労働と福祉レジームにおけるジェンダー課題、第 27/3 号、pp. 131-144
- ・ 岡村志嘉子、2016、台湾一患者自主権利法の制定、国立国会図書館調査及び立法考査局、外国の立法、2016. 2  
[https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo\\_9851748\\_po\\_02660210.pdf?contentNo=1&alternativeNo=](https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_9851748_po_02660210.pdf?contentNo=1&alternativeNo=)
- ・ 行政院、2018、失智症照護  
<https://www.ey.gov.tw/Page/448DE008087A1971/b9286801-23ba-4999-93e8-37f698a5a015>
- ・ 嶋亜弥子、2018、長期介護十年計画 2.0 で介護をより安心に (台湾) JETRO、地域・分析レポート、pp. 1-7  
<https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/2018/1eafcc551f81eee3.html>  
(2020 年 9 月 15 日閲覧)
- ・ 鍾宜錚、2015、台湾における終末期医療の法と倫理、Core Ethics, Vo. 11, pp. 123-134
- ・ 鍾宜錚、2017、台湾における終末期医療の議論と「善終」の法制化、生命倫理、Vol. 29、No. 1、pp. 113-121
- ・ 鍾宜錚、2019、台湾における終末期医療の法と倫理、死生学・応用倫理研究、24、pp. 58-69

- ・ 江涛、2015、台湾における成年後見制度に関する一考察、千葉大学大学院人文社会科学部編、人文社会科学研究、第 29 号、pp. 28-40
- ・ 莊秀美・洪春旬、2018、台湾における地域包括ケアシステム構築に向けた課題分析、西日本社会学会年報、No. 16、pp. 61-71
- ・ TAIWAN TODAY, 2019  
<https://jp.taiwantoday.tw/news.php?unit=151&post=148297>
- ・ Chih-Ching Yang, JuiYuan Hsueh et. al, 2020, Current Status of Long-term Care In Taiwan: Transition of Long-term care Plan From 1.0 to 2.0, International Journal of Health Policy and management, 9 (8), pp. 363-364
- ・ 鄭安君、2018、台湾における外国人介護労働者増加の背景、宇都宮大学国際学部研究論集、第 46 号、pp. 143-157
- ・ 鄭安君、2019、台湾の介護分野における外国人労働者受け入れに関する問題～労働者の労働・生活・行動と失踪問題の視点を軸に～（博士論文）  
[https://uuair.repo.nii.ac.jp/?action=pages\\_view\\_main&active\\_action=repository\\_view\\_main\\_item\\_detail&item\\_id=12022&item\\_no=1&page\\_id=13&block\\_id=58](https://uuair.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=12022&item_no=1&page_id=13&block_id=58)（閲覧日：2020 年 9 月 18 日）
- ・ 傅從喜、2019、長期照顧 2.0 初期的資源佈建與服務發展、國家發展委員會編、國土及公共治理季刊、第 7 卷第 3 期、pp. 60-71
- ・ 鳥羽美香、2020、台湾の長期介護十年計画とケアマネジメント、文京学院大学人間学部研究紀要、第 21 巻、223-231
- ・ 中山徹・山田理恵子、2014、台湾における社会救助法と遊民支援策、大阪府立大学人間社会学部編、社会問題研究、第 63 巻、pp. 53-68
- ・ 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、現代法学会編、現代法学、第 32 号、pp. 3-28
- ・ 西下彰俊、2019、台湾における 2 つの長期介護プランの展開、現代法学会編、現代法学、第 36 号、pp. 217-261
- ・ 西下彰俊、2020、討論者としての論点整理、家族社会学会編、家族社会学研究、VOL. 32、No. 1、pp. 99-104
- ・ 野村総合研究所、2019、台湾における介護分野の実態調査、平成 30 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業、pp. 1-66  
[https://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryout/](https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryout/)

downloadfiles/pdf/30fy\_outboundkaigotaiwan\_NRI.pdf

(閲覧日：2020年9月15日)

- ・平原佐斗司、2018、長寿科学振興財団編、Aging & Health, 2018/10 pp.22-25
- ・林谷燕、2020、東アジア諸国における高齢者介護システム—台湾の現状及び問題、社会保障法学会編、社会保障法研究、第11号、pp.37-59、信山社
- ・Yumiko Nakahara, 2017, International Labor Mobility to and from Taiwan, Springer
- ・Pei-Chia Lan, 2006, Global Cinderellas-Migrant Domestic and Newly Rich Employers in Taiwan, Duke University Press
- ・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、第17号、pp.16-27
- ・読売新聞、2020、6月20日夕刊
- ・立法院法律系統、2019、病人自主権利法  
<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?0^620306620606736A030660CB06036823A6600706136C33A66406>
- ・労働部労働力発展署、2020a  
<https://www.wda.gov.tw/> <https://english.mol.gov.tw/6387/>
- ・労働部労働力発展署、2020b  
<https://www.wda.gov.tw/NewsFAQ.aspx?n=9C9CC6640661FEBA&sms=A1CA5B0D37C1A94B> 移工工作資格及規定
- ・労働部労働力発展署、2020c  
<https://statdb.mol.gov.tw/html/mon/i0120020620e.htm>
- ・労働部、2019、108年外籍勞工管理及運用調查統計  
<https://www.mol.gov.tw/announcement/2099/44042/>

[付記] 本研究は、科学研究費補助金（課題番号 18K02115）及び2019年度個人研究助成費（研究課題番号 19-23）の補助を得て実施した調査研究の成果の一部である。記して感謝する次第である。