

台湾・韓国・日本の各介護システムの 到達点及び今後の展望

—— 台湾の長期介護プランの展開を中心に ——

西 下 彰 俊

はじめに

第1章 台湾・韓国・日本の介護サービスの法的基盤とサービス提供システム

第2章 台湾・韓国・日本の要介護認定システムの比較

第3章 台湾における長期介護 2.0 の到達点

第4章 台湾における2元型ケアマネジメントの特徴

第5章 「長期介護 3.0」の展望

結論と今後の課題

はじめに

台湾も韓国もそれぞれの従来の介護システムから大きく飛躍しようとしている。台湾は本研究の第5章で論じるように3つ目の長期介護国家10年計画である「長期介護 3.0」を2026年1月にスタートさせる。韓国は、2026年3月より「医療・療養（介護）などの地域ケアの統合支援に関する法律」（第20415号）を施行し、医療システム（医療保険）と介護システム（介護保険）を統合した新しい枠組みとしての地域ケアを各自治体でスタートさせる。台湾の長期介護 3.0 の基本的な枠組みが、衛生福利部から公表されているのに対し、韓国は、当該の法律が制定されたものの、モデル事業の中身の公表を含めて、新しい統合システムの基本的な枠組みも方法論も主管官庁である保健福祉部及び保険者である国民健康保険公団から公表されていない。他方日本では、3年に一度の間隔で（次回は2027年度）、各介護サービスの公定価格（単位）を変更したり、或いは軽度者へのサービスを介護保険制度から外したりするなど、制度改善に向けての介護システムの新しい枠組を構築するのではなく、どちらかと言えば、後ろ向きの改悪

ばかりが目につくといった現状である。

本論考では、台湾・韓国・日本について、各国の従来の介護システムの到達点を明らかにする。その各国の到達点の分析の中で、強みもあれば、当然のことながら欠点もあることから、そうした問題点に関しては可能な限り改善に向けての提案を試みる。

第1章 台湾・韓国・日本の介護サービスの法的基盤とサービス提供システム

第1節 台湾・韓国・日本の介護サービスの法的基盤

(1) 台湾

まず、各国の介護サービスの特徴を「法的側面」から浮き彫りにする。台湾の介護サービスの法的基盤は、2017年に施行された「長期介護サービス法」である。同法第9条では、在宅介護サービスが、①居宅型、②地域型、③施設宿泊型、④家庭介護者支援サービス、⑤その他中央主管機関の公告を経たサービス方式に区分され、①から③に関しては、それぞれを構成する具体的なサービスが第10条、第11条、第12条に列記されている。なお、④家庭介護者支援サービスについては、第13条に、関連情報の提供及び仲介、介護知識及び技能訓練、一時休息（レスパイト）サービス、情緒支援及びグループサービスの仲介、その他家庭介護者の能力及び生活の質の向上に資するサービスの5つに区分されている（岡村志嘉子、2015、pp. 128-129）。

他方、施設介護サービスについては、長期介護サービス法の特に第4章「介護施設の管理」において、22の条文を通じ詳細に規定している。しかしながら実態としては、現在に至るまで介護施設数が急激には増えていない。背景には、要介護や認知症の老親や老いた配偶者を施設に入れることに対する心理的抵抗が存在する。その上、施設入所の費用が高額になるため、多くの家族は、インドネシアやフィリピン、ベトナムの外国人労働者と契約し、住み込みで介護や身の回りの世話をしてもらう形を選択している（西下彰俊、2022a、pp. 195-205）。その住み込み型外国人労働者の数は、合計で20万人を超えており、主要な介護のあり方の1つになっている。彼らへの月額賃金の平均は、労働部の統計によ

ると、22,638 台湾元（以下、元と略す。2025 年 11 月 25 日現在 1 元＝5 円なので約 11.3 万円）であり、極めて低賃金である（小島克久、2025、p. 52）。

（2）韓国

要介護高齢者及び在宅で介護する家族に対する支援の法的位置づけについて、韓国の老人長期療養保険法と日本の介護保険法を比較する形でその特徴を明らかにする。

日本と韓国では、介護保険制度の理念および目的が異なるとの仮説を立て、介護保険サービスの理念及び目的をめぐっては、実は 2 つの特性に関するモデルが設定できると考えた。1 つは、「高齢者本人モデル」である。すなわち、介護保険サービスの提供が、要介護高齢者または認知症高齢者の自立支援及び生活の質の向上に資することを第一義的な目的とする考え方である。もう 1 つは、「介護者家族・高齢者本人モデル」である。同モデルは、介護保険サービスの提供が、要介護高齢者及び認知症高齢者を日常的に介護する家族の生活の質の向上及びサービスを受ける当事者の生活の質向上を第一義的な目的とする考え方である（西下彰俊、2020、p. 31；西下彰俊、2022a、p. 22）。日本と韓国では、このモデルが異なるのではないかという問題意識から、まず、韓国の「老人長期療養保険法」の第 1 条を確認してみる。

同法第 1 条には、「加齢や老人性疾病等により日常生活を一人で行うことが困難な高齢者等に提供する身体介護又は生活援助等の療養介護給付に関する事項を規定して、老後の健康増進および生活の安定を図り、その家族の負担を減らすことによって国民の生活の質の向上を図ることを目的とする。」とある。つまり、家族負担の軽減が主たる目的で介護保険が創設されたと解釈できるのである。条文の前半では要介護高齢者・認知症高齢者に対する支援を含みながらも、主たる目的が介護者を含めた家族への負担軽減による支援であることを明言している。

上記条文では、日常生活を一人で行うことが困難な高齢者等に提供する療養介護を規定して、老後の健康増進、老後の生活の安定を図るとしているものの、介護を必要とする高齢者に主たる焦点が当たっているとは解釈できない。一方、家族の負担軽減については具体的に明示されており、このことから、筆者は韓国の老人長期療養保険法が「介護者家族・高齢者本人モデル」に立脚していると判断する。

一方、日本の介護保険法では第 1 条に以下のように目的が明記されている。す

なわち「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と。

日本の介護保険法の条文では、要介護高齢者に焦点を当て保健医療・福祉サービスを提供することにより尊厳のある自立生活が可能になるように支援することが主たる目的であると明記されており、介護者家族には全く言及していない。このことから、筆者は、日本の介護保険法の条文が「高齢者本人モデル」に立脚していると判断する。介護保険が創設されて四半世紀が経過した現時点で、このモデルが果たして妥当であるかどうかについては後段で検討する。

特徴的な相違は、韓国の介護保険法では、老後に触れつつ介護者家族の支援が主たる目的であるのに対し、日本の介護保険法では、要介護高齢者本人の自立支援が主たる目的であることを強調し、一方介護者家族への支援については全く言及がないことである（増田雅暢、2022、p. 212）。両国とも、要介護高齢者・認知症高齢者に対する保険制度を有しているが、実はその根拠法が示す理念には明白な相違が存在すると言える（西下彰俊、2020、pp. 31-32）。

なお、韓国の老人長期療養保険法が「介護者家族・高齢者本人モデル」に立脚していると筆者が判断するにあたり、その判断を補強するに至った在宅サービスの運用ルールが存在する。それは、「昼・夜間保護サービス」に関するものである。

韓国の在宅サービスのうち、昼・夜間保護サービスだけが特異的な性格を帯びているのだが、それは保健福祉部が、2013年1月から昼・夜間保護サービスに関する増額ルールを設定したからである。

その増額ルールは2種類ある。1つは、認知症専担室（認知症高齢者のための専用居室）における昼・夜間保護サービスを頻回利用する場合であり、一か月あたり15日以上（1日8時間以上）利用した場合には、等級別の介護報酬限度額の70%の追加の算定が行われる。認知症専担室は、職員配置が厳しい割に介護報酬が高くないのであまり普及しなかったようだが、2021年1月から等級別の

介護報酬限度額の 50% 増額に変更された。

もう 1 つのルールは、制度開始時から存続する一般の昼・夜間保護サービスを頻回利用する場合であり、1 か月あたり 20 日以上（1 日 8 時間以上）利用する場合に、各等級で規定された介護報酬限度額を 50% 増額とするというルールである（保健福祉部、2019）。なお、この特別ルールは、2021 年 1 月から各等級で規定された介護報酬限度額の 20% 増額に変更された。変更の理由は、今後もこのサービスの囲い込みによる寡占化が進行する可能性が高いと判断され、それを防止するためであろう。

こうした 2 種類の特別ルール導入の背景には、昼・夜間保護サービスをさらに活性化させることであり、その増額分は、昼・夜間保護サービスの利用に限定されないことから、複数の在宅サービスを利用する動機を強化するためであった。増額分は訪問看護や家族療養保護費のサービスに充当される場合が多い（西下彰俊、2022、pp. 43-51）。

この新ルールが強力なインセンティブとなり昼・夜間保護サービス提供事業者による 20 日間（ないしは 15 日間）の囲い込みが発生した。そもそも利用者本人である要介護高齢者や認知症高齢者の方が、昼夜間保護サービスを連日 8 時間以上の長時間にわたり利用したいという希望があるのかどうか甚だ疑問である。この 50% 増額ルールが 20% 増額ルールに変更されたのは、高齢者が希望していない過剰なサービスが要介護高齢者に強制的に提供されるという印象を払拭するためであろう。

同サービスは、短期保護サービスと同様、高齢者自身と介護者家族の間でケアニーズが最も先鋭的に対立するサービスなので、本来は日本のようにケアマネジャーが双方のケアニーズを調整するケアマネジメントが必要不可欠である。韓国ではこうした場面でケアマネジメントを行うケアマネジャーが制度化されていないので、昼・夜間保護サービス事業者が高齢者に過剰なサービスを提供するこのような深刻な実態を防ぐことができなかった。この点が同国の介護保険制度の最も大きな課題の一つである。

昼・夜間保護サービスは、韓国において、介護保険が導入されるまでほとんど存在しなかった（鳥羽美香・高橋明美、2019、p. 254）。そのため、昼・夜間保護サービスの認知度は今でも低いし、一度利用してもらった要介護高齢者を離さ

ずこのサービスに結び付けておきたいという動機がサービス提供事業者には強く存在する。加えて 20% 増額ルールが存在するので、このことから長期にわたる日数を利用してもらうための説得的な誘いができたのである。なお、昼・夜間保護サービス事業所の数は、2023 年現在、訪問療養サービス（ホームヘルプサービス）事業所の 3 分の 1 程度である。

日帰りで介護を必要とする高齢者を専門機関に預けるという習慣がない中で、療養保険創設とともに、日本のデイサービスのようにな 6 時間から 7 時間程度利用するという段階の時期を経ずして、朝から夜まで 10 時間から 12 時間預けるという長時間にわたるサービスの利用の仕方を保健福祉部は制度化した。こうした発想は、前述の「高齢者本人モデル」ではなく「介護者家族・高齢者本人モデル」に基づいていると言わざるを得ない。

(3) 日本

介護保険制度の問題性に関しては、様々な角度からの批判が示されている。そのうち、最も根源的な批判をしているのが井口克郎（神戸大学）である。井口は、日本国憲法と国際人権規約（社会権規約）の「健康権」の観点から制度の批判をしている。すなわち、憲法 25 条は、すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有すると規定していることから、人々の健康を基本的人権の権利として位置づける。その上で、2024 年度からの介護保険制度の様々な改悪は「違憲の疑い」があるとしている。さらに、日本が 1979 年に批准した国際人権規約第 1 規約の第 12 条及び具体的に示された一般的違憲第 14 において、到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受することが人々の権利であると明記されていることに着目した上で、介護保険制度の様々な改悪は、社会保障後退禁止原則に違反していることから違法と断じている（井口克郎、2023、pp. 8-10）。

第 2 節 各国の介護制度の特性

(1) 台湾

a. 同質性と異質性

台湾の介護制度は、スウェーデン同様全て税金を財源としており、この点で介護保険料と税金の両方を財源とする介護保険制度を持つ日本や韓国とは大きく異なっている。税金のみを財源としている点で、台湾とスウェーデンは共通点があ

る。しかし、要介護認定に関しては、台湾は、スウェーデンと異なり、日本や韓国と似ている（そもそもスウェーデンには要介護認定という仕組みがない）。以上のことから、台湾は、財源という点でスウェーデンと同じであるが、日本や韓国と異なり、要介護認定という点ではスウェーデンと異なるが日本や韓国と同じという、いわば折衷型の介護システムであるということが出来る。

このように台湾は、日本と介護の仕組みが大きく異なるが、10年を単位とする国家プラン構築という点では日本と似ている。日本では、1990年に高齢者保健福祉10年戦略（ゴールドプラン）をスタートさせ、以後、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21とシームレスに国家プランを展開してきた（ただし、10年計画としてスタートしたが、中間の5年で目標を見直し新ゴールドプランとするなど展開に固有の特徴がある）。

こうした国家プランの仕組みを日本から学んだ台湾では、「長期照顧十年計画1.0」（2007年-2016年、以下、長期介護1.0と略す）を皮切りに、「長期照顧十年計画2.0」（2016年-2025年、以下、長期介護2.0と略す）を進めて来ている。2026年1月から、衛生福利部が長期介護3.0（2026年-2035年）を本格的に開始する。またこれに先立ち、2025年6月には同3.0の計画の骨子・概要を公表するに至っている。

b. サービスの対象

台湾には、他にも、スウェーデン、日本、韓国の介護制度と大きく異なっている点がある。これらの国々では、介護の対象者を65歳以上の高齢者に限定していたり（スウェーデンの場合）、主に高齢者を対象としつつも、40歳から64歳についても老化に伴う疾病に罹患しているという条件のもと、介護サービス利用の対象としていたり（日本の場合）、主に高齢者を対象としつつも、老化に伴う状態であれば、介護サービス利用の対象としている（韓国の場合）一方、台湾の介護制度は、高齢者だけでなく、障害児や障害者も対象としている点及び50代以降の認知症患者を対象としている点で、ユニークな制度になっていることが挙げられる。こうした台湾の介護制度の持つユニバーサルな特性に焦点を当てつつ、その特性が持つ光と影を、台湾の今後10年を占う長期介護3.0及び韓国・日本の介護政策と絡めながら浮き彫りにする。

c. 要介護度の区分

日本も韓国も、要介護度の区分が存在する。日本は要支援 1 から要介護 5 までの 7 段階であり、韓国は 1 等級から認知支援等級までの 6 段階である。要介護度の区分の基準は、日本の場合、要介護認定等基準時間であり、韓国は点数である。そうした基準が具体的にどのように運用され、樹形図に中間評価得点を示して最終的な要介護度に至るのか厚労省の HP に公表されている。もちろん、介護サービスの利用を希望する高齢者や介護家族がその認定方法のプロセスを理解することは一般的に難しいかもしれないが、重要なのは国民に向けて情報公開されているという事実である。韓国の場合、介護保険の主管官庁である保健福祉部や保険者である国民健康保険公団に簡略な説明があり公開されている。驚くことに、台湾では第 1 級から第 8 級までの 8 つの等級の要介護認定の基準がどういふものなのか情報公開されていない。これらの要介護度を区分するための「基準」がコンピュータシステム上存在するわけであるから、基準に関する情報を公開すべきである。この点が、台湾の介護システムの改善すべき大きな課題の 1 つである。

(2) 韓国

韓国の老人長期療養保険制度には幾つの特徴があり、以下順に述べる。

a. 国民健康保険公団による在宅サービスの客観的評価

韓国では「国民健康保険公団」（以下、公団と略す）が介護保険制度開始の翌年の 2009 年から、介護サービスを提供する事業者に対する評価を実施している。具体的には、2009 年は介護施設を対象に、2010 年は在宅介護サービス提供事業所を対象に申し込みのあった事業所だけを対象に評価を実施した。2011 年からこの評価は義務となり全てを対象とする悉皆調査となり、現在は、同公団が全国の各種在宅サービス提供事業所全体に対する評価を 2 年かけて実施し、その翌年に介護施設全体に対する評価を行っている。評価を行う者は、社会福祉士、看護師の国家資格を持ち 3 年以上の現場経験を持つ同公団職員、高齢者福祉を専門とする大学教授、長年福祉分野を担当した退職公務員である。

韓国では公団が作成する客観的評価項目群（一部評価基準が変更される）を公団が書面審査するだけでなく、2018 年からは各事業者への面接、問い合わせ、一部職員へのヒアリング、一部利用者・家族へのヒアリングを行い、多角的な

定期評価を行っている。各事業者が定期評価に応じることは義務であり、評価が低い場合には事後的に随意調査が実施される。なお、評価にあたって事業所側に自己負担の費用を強いることはない。評価に際して職員の一部、利用者・家族の一部にも聞き取り調査をするが、そうした聞き取りの結果がどのように最終評価に影響するのかはブラックボックスになっており、現場の不満が強いという問題点がある。

同公団のサイトで評価の全体的な結果及び個別事業者の評定ランクについて情報公開している（国民健康保険公団、2025）。サービスの利用を希望する高齢者や介護者家族がこうした結果を参考にサービスの契約を行うことを同公団は期待しているが、実態としては、A 評価、B 評価に入っているかどうかの確認程度に留まっているようである。公団が毎年事業者評価を続けているのは、サービス利用者の便宜を図ることもさることながら、5 つの評価区分、すなわち A 評価（最優秀）、B 評価（優秀）、C 評価（良好）、D 評価（普通）、E 評価（不十分）を設け、各事業者が介護サービスの質を向上させる動機付けにしようとしていることにある。

こうした客観的な評価について、上位 10% 以内の事業所には、前年度の介護報酬（自己負担額を除いた公団が支払う額）の 2% 分をインセンティブとして公団が支給する。上位 11% から 20% 以内の事業所には、同 1% の金額を提供する。同公団によるこのような継続的な評価の目的が、韓国全体の介護サービスの質向上であることは断るまでもない。

表 1 は、2024 年に実施された様々な在宅サービスに関する評価結果を示したものである。在宅サービス全体としては、9,035 事業所のうち、21.8%（1,973 事業所）が最優秀を意味する A 評価を受けている。A 評価グループ全体の平均点は、93.4 点であった。以下、優秀を意味する B 評価は 32.2%（2,912 事業所）、良好を意味する C 評価は 21.7%（1,962 事業所）、普通を意味する D 評価は 13.6%（1,223 事業所）、不十分を意味する E 評価は 10.7%（965 事業所）という分布であった。

在宅サービスの種類別にみると、同表から、訪問看護（177 事業所）が最も A 評価の割合が高く 35.0%（62 事業所）であり、以下、2 番目が昼・夜間保護サービス（1,852 事業所）で A 評価が 25.5%（470 事業所）であった。3 位が訪問入浴（844 事業所）であり、A 評価が 23.8%（201 事業所）であった。4 位が訪

問療養サービス（5,551 事業所）であり、A 評価が 20.7%（1,154 事業所）であった。逆に、最も A 評価の割合が低かったのは、短期保護サービスで 12.4%、福祉用具で 14.1% であった。この 2 種のサービスの A 評価の割合を高めるとともに、A 評価の比率の比較的高い訪問看護、昼・夜間保護サービス、訪問入浴、訪問療養の 4 サービスについてもさらに A 評価の割合を高めることが不可欠である。

表 1 2024 年における各在宅サービスに対する公団評価

	事業所数 合計	A 評価	B 評価	C 評価	D 評価	E 評価
合 計	9,035	1,973 21.8 93.4	2,912 32.2 85.7	1,962 21.7 78.2	1,223 13.6 70.7	965 10.7 61.4
訪問療養	5,551	1,154 20.7 93.4	1,703 30.7 85.7	1,241 22.4 78.3	886 16.0 70.4	567 10.2 60.6
訪問入浴	844	201 23.8 93.8	285 33.8 85.8	175 20.7 77.6	84 10.0 72.5	99 11.7 65.0
訪問看護	177	62 35.0 94.5	61 34.5 86.0	27 15.3 80.5	16 9.0 74.0	11 6.2 68.3
昼・夜間 保護	1,852	470 25.5 93.2	682 36.8 85.9	386 20.8 78.7	145 7.8 71.6	169 9.1 64.6
短期保護	16	2 12.4 93.4	6 37.5 85.0	4 25.0 76.1	1 6.3 66.9	3 18.8 70.2
福祉用具	595	84 14.1 93.0	175 29.4 85.1	129 21.7 76.8	91 15.3 70.1	116 19.5 56.7

（注）上段：機関か所数、中段：%、下段：平均点

（出典）国民健康保険公団、2025、p. 31 を筆者修正

b. 在宅サービスの経営主体別平均点

在宅サービスも施設サービスも圧倒的に「個人経営」が多いことが、韓国の介護サービス提供システムの最大の特徴である。法人や地方自治体が経営する場合もあるが少数に留まっている。こうした経営主体別に、公団評価の平均点に差があるのかどうかを見たのが、表 2 以降の各表である。

事業所の数が最も多い訪問療養サービスの結果を示した表 2 によれば、2019 年-20 年時点での事業者数は 6,939 か所であり、公団による評価の平均値は 84.5 点であった。その後の 2024 年での事業者数は 5,551 か所であり、公団による評価の平均値は 80.6 点である。最も代表的な在宅サービスである訪問療養サービスの平均点が最も新しい公団評価で 3.9 ポイント低下している点は、介護サービスの質が悪くなっていることを示しており、深刻な結果である。

経営主体別に見ると、事業者数が最も多いのが個人経営で、2019 年-20 年時点での事業者数は 6,000 か所であり、評価の平均値は 84.0 点であった。2024 年での事業者数は 5,088 か所に大きく減っており、評価の平均値は 80.4 点であった。最も利用者の多い訪問療養サービスで事業所（機関）が大幅に減少する中、平均点が 3.6 ポイント低下している点は由々しき問題である。法人が経営する場合や地方自治体が経営する場合は、個人経営よりも平均値が高いが、2024 年は、2019 年-20 年よりも大きく平均値を下げている。長年指摘されていることであ

表 2 訪問療養サービスの経営主体別平均点の変化

区分	実施機関				平均点	
	2024		2019-20		2024	2019-20
	機関数	比率	機関数	比率		
合 計	5,551	100.0	6,939	100.0	80.6	84.5
個人	5,088	91.65	6,000	86.5	80.4	84.0
法人	447	8.05	899	13.0	83.3	88.1
地方自治体	3	0.05	18	0.2	86.1	89.9
その他	13	0.23	22	0.3	81.8	87.3

（出典）国民健康保険公団、2025、p. 69 を筆者修正

るが、個人経営が法人経営や地方自治体経営の平均値に迫いつくことが課題である。

昼・夜間保護サービスの評価結果を示した表3によれば、2019年-20年時点での事業者数は2,312か所であり、公団による評価の平均値は84.1点であった。その後の2024年での事業者数は1,852か所と減っており、評価の平均値は83.2点である。昼・夜間保護サービスの平均点が1ポイント近く下降している点は問題である。

経営主体別に見ると、事業者数が最も多いのが個人経営で、2019年-20年時点での事業者数は1,442か所であり、評価の平均値は82.1点であった。2024年での事業者数は1,500か所と若干増えているが、評価の平均値は82.7点であった。事業所が若干増える中、平均も0.6ポイントと若干上昇している。法人が経営する場合及び地方自治体が経営する場合は、2019年-20年時点より平均点はそれぞれ2.5ポイント、1.1ポイント下げているが、2024年時点では、個人経営よりも平均値が高い。昼・夜間保護サービスは、訪問療養サービスと同じく、圧倒的多数を占める個人経営が法人経営、自治体経営の平均値よりも低い結果である。この傾向は、筆者が調べ始めた2017年以降継続的に続く結果であり、介護サービスの質向上にとって最大のネックであると言っても過言ではない。

表3 昼・夜間保護サービスの経営主体別平均点の変化

区分	実施機関				平均点	
	2024		2019-20		2024	2019-20
	機関数	比率	機関数	比率		
合 計	1,852	100.0	2,312	100.0	83.2	84.1
個人	1,500	80.99	1,442	62.4	82.7	82.1
法人	304	16.41	748	32.3	84.8	87.3
地方自治体	45	2.42	113	4.9	87.7	88.8
その他	3	0.16	9	0.4	88.7	80.4

(出典) 国民健康保険公団、2025、p. 69 を筆者修正

c. 施設サービスに対する公団評価

韓国には、2種類の介護施設の類型がある。1つは老人療養施設（老人療養院）であり入所定員は10人以上である。もう1つは老人療養共同生活家庭であり、入所定員は5人以上9人以下である。公団は3年に1度、韓国全土の老人療養施設及び老人療養共同生活家庭を評価する。2024年現在、全国に老人療養施設は3,850か所あり入居者数は203,037人であり、老人療養共同生活家庭については1,913か所あり、入居者数は21,738人である（国民健康保険公団、2023、p. 745）。

これらの介護施設を公団の地域支社単位で評価を行う。書類で評価する部分と現地で面談する部分から構成される。2019年から2021年まで使用された施設評価指標の50項目は、まず5つに大分類される。①機関運営、②環境及び安全、③利用者権利保障、④サービス提供過程、⑤サービス提供結果の5つである。大分類のそれぞれがさらに中分類される。機関運営は、機関管理、人的資源管理、資源活用の3つに中分類され、さらに小分類を経て合計12の評価要素に分けられる。環境及び安全は、施設及び設備管理、衛生及び感染管理、安全管理の3つに中分類され、小分類を経て最終的には12の評価要素に分けられる。利用者権利保障については、利用者権利と利用者尊厳性に中分類され、小分類を経て5つの評価要素に分けられる。サービス提供過程は、サービス提供という1つの中分類となり、小分類を経て最終的には13の評価要素に分けられる。そして最後5つ目のサービス提供結果は、利用者状態と満足度評価の2つに中分類され、同じく小分類を経て最終的には6つの評価要素に分けられる。以上の施設評価指標の小分類、さらに小分類を構成する合計50の評価要素の具体的な内容、各評価要素の配点を含めた全体像に関して、以下を参照されたい（西下彰俊、2022b、pp. 13-16）。

上記50の評価要素に基づいて100点満点で各介護施設が評価される。2016年から2018年まで使われた施設評価指標とは若干の差異があり、今回の指標では2つの評価要素が追加されている。2021年版でも若干の追加や削除の変更が行われたが、その分析検討は、今後の課題としたい。

50の評価要素には、1点から4点の配点が決められている。3点や4点の場合は評価基準が複数存在しており、特に複雑である。そのため、公団の評価チー

ムの負担が極めて大きい。一方、評価を受ける老人療養施設側及び老人療養共同生活家庭の機関側もエビデンスを示す関連必要書類の作成や整理で相当な負担がかかる。50 の要素それぞれに設定されている数多くの評価基準を減らすなど、介護の質評価の作業に関わる社会的コストを削減することが大きな課題である。加えて、評価に必要な情報は WEB で事前登録し、施設内モニタリングや質疑応答、入所者へのインタビューなど必要最小限の現地訪問に限定し時間短縮が出来るようにすべきである。また、評価に際して職員の一部、利用者・家族の一部に聞き取り調査をするが、聞き取りの結果がどのように最終評価に影響するのかはブラックボックスになっており、現場の不満が強い。聞き取りに伴う評価状況のフィードバックが不可欠である。

d. 施設サービスの経営主体別平均点

表 4 は、施設サービスの平均点を経営主体別に示している。最も新しい結果が 2021 年のそれであり（新型コロナウイルスの影響で報告書が 2023 年に公表）、その前の評価が 2018 年であった。ここでは、老人療養院及び老人療養共同生活家庭がまとめて示されている。

2018 年の介護施設全体（4,287 か所）の平均点は 74.9 点と様々な在宅サービスの平均点と比べて極めて低かったが、2021 年の介護施設全体（4,423 か所）の平均点は 79.0 点と 4.1 ポイント上昇している。しかしまだ、80 点には届いて

表 4 施設サービスの経営主体別平均点の変化

区分	実施機関				平均点	
	2021		2018		2021	2018
	機関数	比率	機関数	比率		
合 計	4,423	100.0	4,287	100.0	79.0	74.9
個人	3,083	69.7	2,905	67.8	77.0	72.0
法人	1,229	27.7	1,267	29.6	83.4	80.6
地方自治体	101	2.2	105	2.4	87.0	86.9
その他	10	0.2	12	0.3	68.2	78.4

（出典）国民健康保険公団、2023、p. 60 を筆者修正

いないので課題が残る結果である。

全介護施設のうち、個人経営が最も多く 3,083 施設存在し、約 70% を占めており、その平均点は 77.0 点と最も低い。前回の 2018 年でも個人経営が最低であり平均点は 72.0 点であった。次に多いのは法人経営であり、平均点は 83.4 点である。前回も 80.6 点と 80 点を超えている。最も平均点が高かったのが地方自治体直営の施設であり平均点は 87.0 点である。前回も 86.9 点と最も高かった。しかしながら設置数が極めて少なく 100 か所しかなく、構成割合は 2% 台である。この結果から分かるように、個人が経営する老人療養院及び老人療養共同生活家庭が全国で 7 割という多数を占めているが、その多数の介護施設の公団評価が芳しくないという構造的な問題がここに存在する。

e. 施設サービスの入所者規模別平均点

以下の表 5 は、施設サービスの入所者数規模別平均点を示した結果である。老人療養院は、「30 人以上」と「10 人以上 30 人未満」の 2 つのタイプに分かれており、老人療養共同生活家庭は、「10 人未満」（5 人以上 9 人以下）のタイプのみである。2021 年に関しては、2018 年同様、30 人以上、10 人以上 30 人未満、10 人未満の各タイプの構成割合は 3 等分に近い。

入所者数の規模別平均点に関しては、2021 年において 30 人以上の介護施設が 83.6 点で最も平均点が高い。2018 年の平均 81.7 点に比べて 2 ポイントほど上昇している。次に平均点が高いのは、10 人以上 30 人未満で、2021 年の平均点は 78.8 点で、2018 年の 73.4 点より、5.4 ポイントの急上昇となっている。最も平均点が低いのが 10 人未満で 2021 年の平均点は 73.1 点であるものの、2018 年の平均点 69.2 点よりは 4 ポイント近く上昇している。結局、これは入居者 10 人以上の老人療養院が、入居者 10 人未満の老人療養共同生活家庭よりも公団による客観的評価が高いという結果である。老人療養共同生活家庭は、少人数の要介護高齢者・認知症高齢者に対してアットホームな環境の中で手厚いケアが行われていると考えられているものの、最も低い評価になるのは予想外であるが、その背景や原因を探ることは今後の課題としなければならない。

韓国において介護施設の経営が個人で行われる割合が高いことから、個人経営の老人療養共同生活家庭ではもともと定員の少ない利用者の介護報酬で最大限の利潤を得ようとするため、利潤を追求するあまり、介護の質を低めるような手抜

きのケアを行なっている可能性があるのだろうか。50 項目の評価点を詳細に分析する必要がある。

前述の施設介護指標の大分類、中分類、小分類、評価要素のどの項目で公団による評価が下がっているのか。この点について、老人療養院と老人療養共同生活家庭を比較分析することでその原因が明らかになるであろう。入所者の規模別に 3 つのカテゴリに分けて各中分類の評価点数を比較することも必要な課題である。

表 5 施設サービスの入所者数の規模別平均点

区分	実施機関				平均点	
	2021		2018		2021	2018
	機関数	比率	機関数	比率		
合 計	5,246	100.0	4,287	100.0	79.0	74.9
30 人以上	1,873	35.7	1,490	34.8	83.6	81.7
10 人以上 30 人未満	1,626	31.0	1,328	31.0	78.8	73.4
10 人未満	1,747	33.3	1,469	34.3	73.1	69.2

(出典) 国民健康保険公団、2023、p. 43 を筆者修正

平均点で分析することも重要だが、実は、先に述べたように A 等級から E 等級の 5 段階に分かれていることから、入所者の規模別に 5 段階の分布を見た方がその差が明確になる。

表 6 を具体的に見ると、90 点以上の A 評価に関して最も比率が高いのは、入居者 30 人以上の 28.4% であり、以下、10 人以上 30 人未満の 16.1% であり、10 人未満が 7.2% と最も低い。逆に、60 点未満の E 評価に関して最も比率が高いのは、10 人未満の場合で 19.6%、以下、10 人以上 30 人未満の 10.1% であり、最も割合の低いのが入居者 30 人以上の 4.5% である。老人療養共同生活家庭に、E 評価が多い背景は先に述べたように、個人事業主が利益を出すことばかりを考え、介護の質を蔑ろにしている可能性が高いということであろう。

入居者が 9 人以下の老人療養共同生活家庭は、要介護高齢者の場合も認知症高齢者の場合も、日本の認知症グループホームケアと同様、アットホームな雰囲気

気の中で入居者本位のケアが行なわれるはずであり、本来ならば理想的なケア形態の1つである。しかし、これだけ評価が低いということは、やはり個人で経営や運営を行うという仕組み自体に問題があると考えられる。

以上の分析から、個人経営者が、訪問療養サービス、昼・夜間保護サービス、老人療養共同生活家庭の各介護サービスを10人未満の利用者に対して提供する場合に、介護の質が著しく低下すると結論づけることが出来る。さらに言えば、調査年は異なるものの、介護施設の公団評価全体が、訪問療養サービス、昼・夜間保護サービスといった在宅サービスの公団評価よりも毎回常に低いという事実は、今後の大きな改善課題として指摘しなければならない。

公団が継続的に実施している定期評価の結果について、主管官庁である保健福祉部が、どのように認識し、老人長期療養保険制度の抜本的な改善、改革を行っていくのか注視したい。

表6 2021年における入所者の規模別 評価の分布

単位：％、() 内実数

	事業所の数	A 評価 90 点以上	B 評価 80 点以上	C 評価 70 点以上	D 評価 60 点以上	E 評価 60 点未満
30 人以上	1,725	28.4 (490)	35.4 (610)	22.8 (394)	8.9 (153)	4.5 (78)
10 人以上 30 人未満	1,409	16.1 (228)	31.1 (438)	25.7 (362)	17.0 (239)	10.1 (142)
10 人未満	1,289	7.2 (93)	20.4 (263)	31.8 (410)	21.0 (270)	19.6 (253)

(出典) 国民健康保険公団、2023、p. 44 を筆者修正

f. P 老人療養院の場合

表7は、2021年にA評価（最優秀）を得たP老人療養院（ソウル市内）の大分類別評価の結果である。星の数は5分類全てで4個以上であり、上限の5個も2分野ある。星の数の基準は、40点未満は星の数はなく点数だけが表示され、点数40点から50点未満までは星が0.5個付与される。50点から90点までは5点間隔で星が付き、最大5個付与される。公開情報のサイトでは、関心

のある地区と介護の種別として老人療養院を選ぶと、その地区にある全ての老人療養院の評価結果が一覧できる形で表示される。同サイトでは、実際に星の形で当該施設の結果が表示され、点数も表示される。

表7 A 評価（最優秀）を受けた P 老人療養院の大分類別評価

大分類領域	機関運営	環境と安全	受給者の権利保障	給付提供過程	給付提供結果
星の数	4/5	5/5	4/5	4.5/5	5/5
点数	83 点	97 点	83 点	87 点	96 点

（出典）P 老人療養院内部資料

表 8 は、2021 年の国民健康保険公団による定期（外部）評価の改善事項である。A 評価（最優秀）ではあるが、4 項目にわたる改善要求があった。P 療養院は、3 年後に必ず受審する公団による定期（外部）評価に向けて改善することが不可欠である。

表 8 P 老人療養院への改善事項文書

項目	意見事項	改善事項
11	職員権益保護運営委員会への従事者代表参加	運営委員会に参加した施設職員代表に入所者の処遇改善のための意見を直接聞くこと。
22	災難状況対応	災難状況対応訓練の時、職員と入所者が全て参加しなければならない。口頭での教育は認められない。参加した入所者の名簿が必ず必要である（署名は不要）。
29	老人人権保護運営委員会に保護者代表が参加	運営委員会に参加した入所者の家族代表に入所者の要求事項と不満事項などの意見を直接聞くこと。
31	サービス提供計画書の署名	サービス提供計画書の作成日に家族が署名すること。作成日と同意日を区別すること。郵送の場合、発送者を明らかにすることを勧告。

（出典）P 老人療養院内部資料

(3) 日本

厚生労働省は、長年整備してきた CHASE と VISIT というデータベースを統合して 2021 年から科学的介護情報システム LIFE (Long-term care Information system for Evidence=科学的介護) を運用している。

しかし、データ収集に関していくつかの問題点が指摘されている。まず、介護施設における個人情報収集の際の同意に関連して問題点が指摘されている。すなわち、前述の井口は、介護事業者が利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を厚生労働省の LIFE に送る際に利用者の同意は必要ないとしている点を批判している。具体的には、加算を算定する際も同意が必要としつつも、「匿名性が確保されていることから、同意のない利用者の情報も加算に算定できる」としている点を批判している (井口克郎、2023、pp. 6-8)。

筆者も、LIFE の制度の中の「ADL 改善加算」において用いられているバーセル・インデックス (Barthel Index=BI) の非科学性を別のところで既に指摘している。BI は、国際的にも普及している日常生活動作能力 (ADL) を測定する尺度であるが、問題点が幾つも指摘できる。すなわち、同インデックスは 10 項目から構成され合計点が 100 点満点なのでその簡便さが国際的に評価されているが、しかし ADL を測定する各項目の最高点が異なっており、また中間点が設定されている項目とそうでない項目があることから、一貫性がないという欠点がある。BI は、具体的には、①食事 (10 点、5 点、0 点)、②移乗 (15 点、10 点、5 点、0 点)、③整容 (5 点、0 点)、④トイレ動作 (10 点、5 点、0 点)、⑤入浴 (5 点、0 点)、⑥歩行 (15 点、10 点、5 点、0 点)、⑦階段昇降 (10 点、5 点、0 点)、⑧着替え (10 点、5 点、0 点)、⑨排便コントロール (10 点、5 点、0 点)、⑩排尿コントロール (10 点、5 点、0 点) から構成される。15 点満点が 2 項目、10 点満点が 6 項目、5 点満点が 2 項目である。15 点満点と 10 点満点の各項目には中間点があるものの、5 点満点の項目には中間点がないという不統一と 10 項目中 3 項目がトイレ関連であるという偏りがあることの合理的説明がどこにも存在しないことが構造的問題である (西下彰俊、2022a、pp. 168-169)。なお、こうした欠点を除いた他の尺度が提案されたが、点数集計の簡便さがないために普及しなかった経緯がある。

LIFE の発想そのものを批判し、他のシステムの構築を志向する研究も見られ

る。森川美絵（津田塾大学）は、ケアの現場ではADLや身体機能のみならず、個人の価値観や意向・ニーズなどを手掛かりに、その人にふさわしいケアを模索するという問題認識から、ADLや身体機能とは異なる次元・側面に着眼したLIFEとは異なる「科学的根拠」となるケアデータを算出する枠組みを作る研究を実践している。加えて、その枠組みに基づいたケアの実践やマネジメントのモデルを作り出すことによって「科学的根拠に基づくケア」というオルタナティブを提示することを志向している。

森川らは、社会的ケア関連QOLの尺度ASCOT日本語版を開発した上で、多様な種別の介護サービス事業所に同尺度を導入し、QOLデータを現場にフィードバックすることで、ケアプランの見直しに繋げるなどの効果を検証している（森川美絵、2024、pp. 43-44）。LIFEのメリットは、各介護施設ごとの個別データを入力することで、マクロデータの結果をフィードバックしてもらい介護サービスの質向上に役立てることにあるが、そもそも、人手不足の中、データを収集し入力するマンパワーを確保することが難しい。小規模介護施設や認知症グループホーム、今後対象に加わる予定の訪問介護事業所、通所介護事業所など小規模事業者にとっては、逆にLIFEに参加することによって、現状の介護の質を低下させることにつながるというパラドクスが生じる可能性を否定できない。

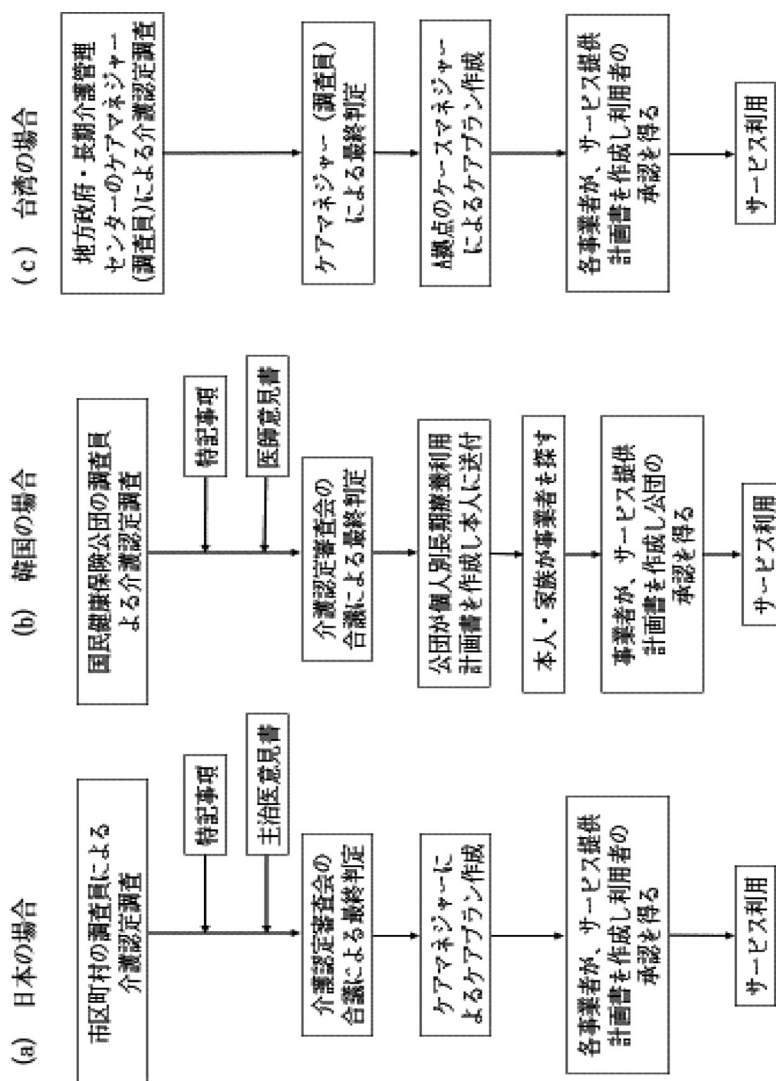
なお、日本には、前述した韓国・国民健康保険公団が公表しているような全国の全介護事業所に対する外部評価は存在しない。何故なら、全国で統一された評価基準がそもそも存在しないからである。外部評価という点では、日本は、韓国や台湾に比べてたいそう遅れており、現在ある任意の評価システムも様々な問題を抱えている（西下彰俊、2022a、pp. 138-141）。

第2章 台湾・韓国・日本の要介護認定システムの比較

第1節 台湾・韓国・日本の要介護認定に関する要件の相違

以下の図1から分かるように、介護保険制度を有する日本と韓国は、要介護認定に関する必要条件について差がほとんどない。異なるのは、「医師意見書」を誰が用意するのかという点と誰が意見書作成の自己負担をするかの2点である。前者について日本では、介護保険の保険者である市区町村が、介護保険サー

図 1 3 か国の要介護認定に関する要件の相違



(出典) 筆者作成

ビスの利用を希望する高齢者の主治医に意見書作成を求めるのに対し、韓国では、介護保険サービスの利用を希望する高齢者自身が、医師意見書の作成を医者に依頼する。なお、日本では、主治医がいない場合は、保険者の市区町村が指定した病院、診療所を受診することにより、担当医が主治医となり意見書を書く。

後者については、日本では自己負担が発生しない。介護保険、具体的には国民健康保険団体連合会から、新規の在宅者の場合は 5,500 円が、新規の施設入所者の場合は 4,400 円がそれぞれ支出される。他方、韓国では自己負担が発生する。2025 年において、医師、漢方医の場合は、61,040 ウォン、保健所の場合は、58,970 ウォンが公定価格であり、15% の自己負担としてそれぞれ 9,156 ウォン（約 1,007 円）または 8,846 ウォン（約 973 円）の自己負担が発生する。

台湾に関しては、図 1 が示すように、要介護認定にあたって医師の意見書は必要とされない。これが、台湾の要介護認定の大きな特色である。各地方政府が持つ長期介護管理センターに所属するケアマネジャーが認定調査に用いる 71 項目の調査票（以下で詳述）には、疾病や医療に関する質問項目が含まれるが、調査員は医師ではなく、看護師もしくは社会福祉士である。かかりつけの医師の判断を示す意見書が、要介護認定の必要項目に入っていないことは問題であり、今後の改善課題のうちの一つである。

最近になり、日本の主治医意見書の必要性に関して、異議を唱える研究者も出てきている。伊藤由希子（津田塾大学）によれば、初対面の医師でも意見書を書けるし、かかりつけ医がいたとしても入院中は病院の医師に患者の日常が分からない、入院前の主治医には入院後の生活について分からないとの理由から、全ての申請に主治医意見書が必要かどうか疑問が残ると（伊藤由希子、2024、pp. 32-33）。さらに伊藤は、介護認定審査会の 2 次判定のマンパワー不足や時間的コストがかかり過ぎることも問題視している。

第 2 節 台湾の要介護認定の方法

衛生福利部は、2017 年開始の長期介護 2.0 に合わせて、要介護高齢者だけでなく様々な背景を持つ介護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。介護サービス希望者は、ホットライン 1966 に電話をすることで各地域の長期介護管理センターに繋がり、手続きを開始することができる。この電話

を通じてセンターの職員であるケアマネジャー（長期介護管理専員）がサービス希望者の自宅を訪問する。入院中の場合も、同様の手続きとなる。

同ケアマネジャーは、要介護認定ソフトが組み込まれたタブレットを訪問調査に持参し、その場で要介護認定のための聞き取り調査を実施し、結果を入力する。各ケアマネジャーは 200 人から 400 人程度のケースを担当するが、要介護認定ソフトの開発は、ケアマネジャーの過酷な労働環境を改善する一助となっている。

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=Activities of daily Living）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短期記憶力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）。

衛生福利部が 2019 年に発表した要介護認定調査票である「照顧管理評估量表」は 28 ページにも及ぶ大部なものであり、以下に示すように、A から K の合計 11 の柱から構成されている（衛生福利部、2019a）。

- 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. 申請者の日常生活動作能力測定尺度（個案日常活動功能量表、10 項目）
- F. 申請者の手段的日常生活動作能力測定尺度（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（殊複雜照護需要、8 項目）
- H. 自宅の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）

上記 11 の柱の具体的な内容は、A では、婚姻状態、学歴、経済状況及び疾病、年齢の 4 項目が確認される。B では、主たる介護者の氏名、性別、年齢、続柄、

副介護者の氏名、続柄の 5 項目が質問される。C では、要介護高齢者（申請者）のコミュニケーション能力が、意識状態、視力、聴力、意思伝達能力、理解力の 5 要素から把握される。D では、短期記憶力評価が、3 つの名詞が記憶できたかどうかで把握される。E では、日常生活動作能力（ADL）10 項目がチェックされる（前述のバーセルインデックス 10 項目に対応している）。F では、電話の使用、買い物、食事準備、洗濯、外出など手段の日常生活動作能力（IADL）8 項目が確認される。G では、要介護高齢者の特別なケアニーズとして、痛み、皮膚状態、関節の可動域、栄養状態、疾病の有無、胃瘻・透析など特別なニーズ、嚥下、座位保持の 8 項目がチェックされる。H では、同居者の有無を含めた自宅の環境、社会参加の状況が確認される。I では、認知症の徘徊、攻撃的行動、妄想、幻覚、鬱症状など 14 項目の Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（＝BPSD、認知症の心理・行動症状）の有無及び頻度がチェックされる。J では、主たる介護者の身体的精神的健康状態、睡眠、体力、問題行動の有無等 5 側面から確認される。K では、同じく主たる介護者に関して、外出可能性、代替介護者の有無、介護期間、健康状態、生活の質、仕事の有無及び仕事への影響など 8 項目が質問される。

以上 11 の柱から構成される合計 71 項目のうち、B の 5 項目、J の 5 項目、K の 8 項目の合計 18 項目が在宅介護者に関する質問項目となっている。在宅介護者への回答に関する情報が、第 1 級から第 8 級の要介護を確定する要介護認定のコンピュータプログラムにどのように組み込まれているのかについては明らかにされていない。

34 種類の介護に関連する「問題リスト」が示されているが、同リストの 31 番目には「介護者の重度な介護負担」がある。聞き取り調査後、タブレットにインストールされた要介護認定システムが要介護等級、支給限度額だけでなく、要介護高齢者や介護者に関する「問題リスト」を自動的に示すシステムである。この結果を受けて、ケアマネジャーあるいは A 拠点のケースマネジャーが当該の要介護高齢者や介護者と相談しつつケアプランを作成し、最終的には長期介護管理センターが同ケアプランを承認するという流れになる。

以上のプロセスから判断すると、認定調査では、在宅介護者に関して 18 種類の多様な項目の質問に要介護高齢者または在宅介護者が回答することになるが、

結果的には、問題リストに「介護者の重度な介護負担」がリストアップされる。そして、ケアマネジャーあるいはA拠点のケースマネジャーがケアプランを作成する段階で、問題リストに「介護者の重度な介護負担」が明記されている場合には、数種類に及ぶレスパイトケア・サービスと自己負担額が紹介され、その利用が勧められる（西下彰俊、2022a、pp. 157-158）。

第3節 韓国の要介護認定における等級区分の偏り

筆者がかねてより注目しているのが、韓国の等級ごとの分布（比率）である。表9が示すように、最も重度の1等級、やや重度の2等級の全体に占める割合が、明らかに少ないしさらに少なくなりつつある。2024年末は両等級の合計が13.3%、2023年末は両等級の合計が13.7%と極めて低い（保健福祉部、2025）。さらに遡ると、2020年末は、両等級の合計が15.1%、2019年末は17.0%であり、継続して重度の等級認定者が少なくなりつつあるという構造的問題が横たわっている（西下彰俊、2022a、p. 26）。

一方、表10が示すように、日本は、最も重度の要介護5とやや重度の要介護4の合計の比率が2023年末では、29.3%、2022年末では29.4%と非常に高率である（厚生労働省、2025）。さらに遡ると、2021年末は、両介護度の合計が29.4%、2020年末も29.4%であった（西下彰俊、2022a、p. 26）。直近の4年間、要介護5と要介護4の合計の比率が30%弱と高い水準で推移している。なお、日本では要支援1、要支援2という予防給付があるが、表10では、要介護1から要介護5までの介護給付における重度者の割合を計算している。日本の場合40歳以上65歳未満の第2号被保険者が存在するが、介護給付の約10万人を含めて計算している。

韓国と日本の高齢者の日常生活動作能力の分布の実態にさほどの差がないと仮定すると、明らかに韓国の重度者に対する要介護認定が厳し過ぎるという問題が指摘できる。韓国の約13%から14%という数字は、日本の約30%の半分弱にしか過ぎない。重度者ほど介護報酬が高額になるので、韓国では介護保険の総コストを抑制すべく、従来より要介護の判定基準点数を継続して厳しくしていると推測される。1等級の95点以上、2等級の75点以上94点以下というカッティングポイントを再検討すべき時期に来ていると言えよう。

表 9 韓国の等級別人数及び認定割合

	1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級	認知支援等級 44 点以下	認定者数 合計
点数	95 点以上	75-94 点	60-74 点	50-59 点	45-49 点		
2025 年の介護報酬 (注 1)	2,306,400W	2,083,400W	1,485,700W	1,370,600W	1,177,000W	657,400W	
2024 年末人数	55,340 人	99,429 人	310,717 人	536,261 人	135,448 人	27,835 人	1,165,030 人 (注 2)
比率	4.8%	8.5%	26.7%	46.0%	11.6%	2.4%	100.0%
2023 年末人数	52,913 人	98,015 人	297,796 人	499,584 人	123,971 人	25,634 人	1,097,913 人 (注 3)
比率	4.8%	8.9%	27.1%	45.6%	11.3%	2.3%	100.0%

(注 1) W=ウォン、0.11 円 (注 2) 等級外判定者数は、136,039 人 (注 3) 等級外判定者数は、140,502 人
(出典) 国民健康保険公社『老人長期療養保険統計年報』の 2024 年版 (p. 92)、2023 年版 (p. 92) より筆者作成

表 10 日本の第 1 号被保険者の要介護度別人数及び認定割合

	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1	認定者数 合計
2023 年末人数	589,907	894,589	927,231	1,191,037	1,464,074	5,066,838
比率	11.6%	17.7%	18.3%	23.5%	28.9%	100.0%
2022 年末人数	587,349	886,183	920,075	1,160,409	1,446,043	5,000,059
比率	11.7%	17.7%	18.4%	23.2%	28.9%	100.0%

(出典) 厚生労働省、2025

さらに構造的問題点を付け加えるならば、2025 年における 1 等級の介護報酬は 2,306,400 ウォン（2025 年 10 月 13 日現在 1 ウォン＝、0.11 円、253,704 円）、2 等級は 2,083,400 ウォン（229,174 円）である。日本の要介護 5 の介護報酬は、362,170 円、要介護 4 は、309,380 円であり、両国の物価水準の差を割り引いたとして、そもそもの介護報酬額が日本に比較して低過ぎることを指摘しなければならない。

なお、台湾の場合は、2024 年の介護サービスの利用者総数が、558,071 人であり、そのうち高齢者が 496,354 人で全体の約 89% を占める。全年齢を含めた場合の最も重度を示す第 8 級は 11.5% であり、やや重い第 7 級は 9.4% である（衛生福利部、2025）。台湾の両等級の合計が全体に占める割合は、20.9% となり、韓国よりは高く、日本よりは低いという中間の位置にある。

第 4 節 日本の要介護認定の問題点

日本の介護保険システムにも、深刻な問題が横たわっている。介護認定ソフトが算出する統計モデル上のデータである要介護認定等基準時間の分数により、要介護度が決まるのであるが、1 つだけ例外がある。それは、「要支援 2 と要介護 1」の要介護認定等基準時間に関する問題である。表 11 から分かるように、要支援 2 と要介護 1 の要介護認定等基準時間が、どちらも「32 分以上 50 分未満」と同一であり（網掛け部分）、このことから派生する構造的問題が指摘できる。すなわち、下野によれば、「2005 年までの要支援が、現行の要支援 1 であり、2005 年までの要介護 1 が、現行の要支援 2 と要介護 1 に分割されている。32 分以上 50 分未満という同じ時間幅でありながら、要支援 2 は 10,531 単位、要介護 1 は、

16,765 単位となり、サービスを原則 1 割で利用できる範囲が著しく異なる。」
下野は、一体どのような判断を付け加えることで要支援 2 と要介護 1 を区別できるのかと強い疑問を投げかけている（下野恵子、2019、pp. 42-43）。

表 11 要介護認定等基準時間の重なり

要介護度	介護報酬	要介護認定等基準時間
要支援 1	5,032 単位	25 分以上 32 分未満
要支援 2	10,531 単位	32 分以上 50 分未満
要介護 1	16,765 単位	32 分以上 50 分未満
要介護 2	19,705 単位	50 分以上 70 分未満
要介護 3	27,048 単位	70 分以上 90 分未満
要介護 4	30,938 単位	90 分以上 110 分未満
要介護 5	36,217 単位	110 分以上

（出典）厚生労働省、2006 より筆者作成

各保険者が設置している介護認定審査会において、①軽度の認知機能低下があるかどうか、②要支援状態への回復が見込めるかどうかについて最終判断をし、要支援 2 か要介護 1 かを決定する。要支援 2 は予防給付であり、要介護 1 は介護給付であるので、利用できるサービスに違いがあるし、そもそもケアプランを作成するケアマネジャーが所属する組織も異なる。

より構造的で深刻な問題は、要介護認定システムを構築するにあたり前提となった最も重要な基礎データ収集に関する問題である。そもそも根本的な問題が未決のままなのである。同じく下野が指摘しているように、現行の要介護認定等基準時間は、介護施設だけの 1 分間タイムスタディのデータだけに基づいて設定されている。在宅介護の割合が高いにも関わらず、在宅介護者の 1 分間タイムスタディが全く行われていないために、在宅介護者の介護行動は現行の要介護認定等基準時間には全く反映されていない。もちろん、在宅介護者の介護行動は多様であり、各要介護高齢者の置かれた状況の影響を強く受ける要素は多々ある。介護施設の介護職員による標準化された行動パターンとは異なるとしても、在宅

介護者の1分間タイムスタディは行うべきである。

今後は、現行の要介護認定システム全体を見直し、新たな要介護認定システムを構築しなければならない。その際には、以下の対応が必要不可欠である。まず、3つのタイプの介護施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院）での全曜日をカバーしさらに全介護行為を含むタイムスタディを実施することが肝要である。タイムスタディというのは、介護職員の介護業務の流れや流れに伴う困難を1分単位で調査することであり、要介護認定ソフトのプログラミング（アルゴリズム）に入れる重要なデータである。施設介護のタイムスタディだけでなく、訪問介護等の在宅サービスのタイムスタディのデータを集めるべきである。

現行の要介護認定システムのデータ収集が介護施設だけを対象にしていたという問題点だけでなく、いくつかの介護施設ではタイムスタディ調査を実施する日がたまたま入浴介護のサービスを提供する日でなかったために、介護負担のデータから入浴サービスが抜けてしまうととうんでもない欠陥データだと言われている。もしこれが事実ならば、タイムスタディの調査設計が杜撰であったと言わざるを得ない。その後のいかなる手続きが全て客観的科学的であるとしても最初のデータ収集が不完全であってはならない。

こうした根本的な改善を行なった後、新しいタイムスタディのデータに基づく樹形図を構築することである。要介護認定等基準時間の時間幅の変更等を軸とする新要介護認定システムを構築し運用することが不可欠である。

実は、厚生労働省は16年ぶりに重い腰を上げ、2025年12月以降2026年2月にかけて、要介護認定のための新しいデータを得る計画を発表した。具体的には、認定調査員が訪問介護、通所介護、グループホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等の利用者を訪問し、ストップウォッチを用いてケア時間やケア内容を記録するタイムスタディ調査を行うことが発表された。この調査データが2026年4月以降に行われる介護保険部会で公表され、結果を踏まえた対応を検討する予定である（シルバー新報、2025）。これまでいろいろな場所で指摘してきたデータ収集の方法論の欠陥が、今後取り組まれる在宅サービス利用者の実態調査、タイムスタディ調査により、改善されることを期待して止まない。

第3章 台湾における長期介護 2.0 の到達点

第1節 衛生福利部による成果公表と財源問題

衛生福利部によれば長期介護 2.0 の成果として以下の5点が挙げられている。第1に、中央政府が介護サービスに投じる予算を2016年の49.5億元（約247.5億円）から2025年には926億元（約4,630億円）と約19倍に増やしている。第2に、介護職員や介護人材の養成雇用を2016年の25,194人から2024年の100,420人と4倍近くまで増やした。第3に、介護サービスの利用者が2016年の9万人から2024年の75.6万人に約8.4倍に増えたこと。第4に、長期介護サービスの拠点が2017年の720か所から2024年の15,051か所と約21倍に増えたこと。そして第5に、病院を退院してから平均して2か月近く経たないと長期介護サービスが利用できなかったのが、2024年には平均4日で介護サービスが利用出来る状態になり約13分の1に短縮できたこと。以上の5点が示されている（衛生福利部、2025b、p. 4）。第4については、長期介護サービスの拠点が具体的にどのような機関なのか不明であり、その内訳が示されていない点が不明確である。第5についても、何故7年間で13分の1にまで短縮できたのかの分析が示されていないし、退院したケースが、どれくらいの人数なのか、全国なのか都市部だけなのか、その詳細が示されていないので、成果と断定するだけの情報が示されていない。

なお、衛生福利部の成果の第1に挙げられた予算について、最近、気になる報道がなされている。同部は、2025年に926億元まで介護サービスの予算を増やしたことを成果としているが、インターネットの報道では、この財源に関して2026年以降10年間の国家プランである長期介護 3.0 に充当する予算が不足しているとの記事が公表された（Yahoo, 2025）。同記事によれば、長期介護発展基金の支出決算が、2020年の416億元（約2,080億円）から2024年の773（約3,865億円）億元に急増しており、2026年には1,139億元（約5,695億円）に達すると見込まれている。今後、基金の収入であるたばこ税だけでなくその他の税収が減る中で、財源不足のリスクを指摘している。陽明交通大学の李玉春教授は、対策として、新しい事業税の導入を提案している。一方、2024年に公表された林倖如教授の研究によれば、基金の収入の大部分を構成する相続税、たばこ

税、酒税、固定資産税を含めた総収入が、2017 年の 118.4 億元（約 592 億円）から 2023 年の 999.9 億元（約 5,000 億円）まで毎年増え続けているので、財源の問題はない。特に 2018 年から 2023 年まで毎年 100 億元以上 300 億元近くまで黒字が出ており累積の黒字額は 1,509 億元（約 7,545 億円）に達していると（林倬如、2024、p. 26）。衛生福利部が示したデータによれば、長期介護発展基金が 2017 年以降 2024 年まで基金の収入が支出を大幅に上回り、2025 年に初めて単年度で赤字を出すことが分かる。2026 年から 29 年までは殆ど単年度黒字にならず、2029 年以降 35 年まで単年度で見れば徐々に赤字が増えるものの、基金としての累積金額は、長期介護 3.0 の最終年である 2035 年に、758 億台湾元（約 3,790 億円）存在するとの予測である（衛生福利部、2025b、p. 14）。

今後も、基金の収入が減り、支出が増える傾向が続くので、エビデンスに基づく財源の予測に関する分析検討が必須であり、その予測の中で、今後 10 年続く長期介護 3.0 の展開のための財源も確保しなければならない。

第 2 節 2 つの長期介護プランの比較

台湾において、最初に創設された 10 年間に及ぶ国家プランは、「長期介護国家プラン 1.0」であり、2007 年から 2016 年の期間であった。表 12 が示すように、介護サービスの対象者は、① 65 歳以上の要介護高齢者、② 55 歳以上の山岳地帯原住民、③ 50 歳以上の精神障がい者または身体障がい者、④ 65 歳以上の独居高齢者で手段的日常生活動作への補助が必要な方の 4 つのグループに限定されていた。日本は、高齢者や 40 歳以上 65 歳未満の老化に伴う疾病を罹患した方が対象であるが、台湾は、要介護高齢者だけでなく、55 歳以上の山岳地帯原住民、50 歳以上の精神障がい者または身体障がい者が介護サービスの対象となっている。

次に「長期介護国家プラン 2.0」が 2017 年から 2026 年まで展開された。プラン 1.0 の対象者に加えて、⑤ 50 歳以上の認知症患者、⑥ 55-64 歳で身体に衰えのある平地原住民、⑦ 49 歳以下の精神障がい者または身体障がい者、⑧ 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が新しく含まれている。55 歳以上の原住民だけでなく、全年齢の精神障がい者または身体障がい

表 12 2つの長期介護プランとサービス対象者・提供サービス

	長期介護プラン 1.0 (2007 年-16 年)	長期介護プラン 2.0 (2017 年-26 年)
サービス対象者	①65 歳以上の要介護高齢者 ②55 歳以上の山岳地帯原住民 ③50 歳以上の精神障がい者または身体障がい者 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	⑤50 歳以上の認知症患者 ⑥55-64 歳で身体機能に衰えのある平地原住民 ⑦49 歳以下の精神障がい者または身体障がい者 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
提供サービスのリスト	①在宅サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、家庭托顧＝在宅デイ） ②移送サービス ③配食サービス ④福祉用具の購入・レンタル及び住宅改修 ⑤在宅看護 ⑥地域在宅リハビリテーション ⑦ショートステイ・サービス ⑧長期介護施設ケア	⑨認知症ケア 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家族介護者支援サービス 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、連携型コミュニティセンター、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遅らせ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

（出典）Ministry of Health and Welfare, 2019, p. 71

者が含まれている。

同プランには、1.0 にはなかった 4 つの特徴がある。第 1 に「A 単位 - B 単位 - C 単位 3 層モデルによる高齢者地域居住の実現」であり、第 2 に、「サービス対象、サービス項目の拡大」である。第 3 に、「見つかる、探しやすいサービス」であり、そして第 4 に、「新しい補助金給付・決済制度の誕生」である。

このうち台湾にしか存在しないユニークなシステムが、A 単位 - B 単位 - C 単位 3 層モデルである。なお、台湾の現在の要介護認定システム（CMS=care management system）は、「長期介護国家プラン 2.0」がスタートした翌年の 2017 年に整備された。

第3節 台湾型地域包括ケアシステムの誕生

a. A単位-B単位-C単位モデルの目的

長期介護2.0では、サービス対象と項目拡大とともに、革新的施策として地域包括ケアの構築に重点が置かれている。

地域の中で、A・B・Cという3つのレベルのケアサービス拠点を配置することを通じて、地域における介護サービス提供事業者を増やし、拠点密度を高めて、住民に身近な場所で統合的に介護サービスを提供することである。現在このサービス拠点のネットワークは、ABCモデルまたはABCケア拠点と呼ばれている(莊秀美・洪春旬、2018、p. 65)。

b. A単位-B単位-C単位の誕生

台湾の衛生福利部は、長期介護2.0に伴う対象者の急拡大に対応するために、表13が示すように、3つの拠点から構成される地域包括型のサービス供給システムを構想した。

1つ目がA単位「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)である。病院、診療所、居宅介護サービス、デイサービス、訪問看護サービスなどのサービスを提供するセンターで、原則として市町村ごとに最低1か所を設置すること、長期介護2.0の最終年度までに全国で合計469か所に設置することが目標となっている。同A単位に、「ケースマネジャー」が置かれたことが最大の特徴である。なお、衛生福利部や国家發展委員会の委託研究等の資料には、A単位、A級、A級単位といった表現が使われているが(英訳ではTier A)、本稿でもA単位と呼び、同様に、B単位、C単位と呼ぶこととする。A単位を申請できる組織は、公的機関はもとより、公益法人(社会福祉法人等)、医療機関を含み、自治体当局の審査を経てA単位として認定される。

2つ目がB単位「複合型サービスセンター」(複合型日間服務中心)であり、ホームヘルプサービスやデイサービスなどの在宅サービスや地域の衛生所(保健センター)で、生活機能のリハビリテーションなどを行う。中学校区に1つ設置し、全国で829か所設置することが予定されている。このB単位は、多機能かつ専門的な介護サービスを提供する介護拠点として位置づけられ、①自ら介護サービスを2種類以上提供、②A単位に協力する、③C単位を支援するといった役割を担う。具体的には、居宅・地域ケア、認知症及び家族介護者支援、相談

表 13 A 単位 - B 単位 - C 単位の資格・目的・サービス内容

	コミュニティ統合型サービスセンター (A 単位)	複合型サービスセンター (B 単位)	街角介護ステーション (C 単位)
資格	県市政府によって法的に認可登録されており、介護サービスを提供した経験のある団体または組織	介護サービスの提供事業者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 法的に登録された社会団体（コミュニティ発展協会を含む） 2. 法人化された社会福祉・宗教団体、文化のおよび教育的財団 3. コミュニティにおける宗教団体、農漁業協会・文化的・歴史的グループなどの非営利団体 4. 村（里）のオフィス 5. 医療機関 6. 老人福祉施設（小型施設を除く） 7. 介護サービス事業者
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ パーソンセンタード・ケアの理念を実現 ・ 個別的に適切なケアプランニング ・ サービスのマッチングとサービスのフォローアップ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 積極的に介護サービスリソースを展開 ・ 人々に多元かつ身近なサービスを即時にアクセス可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における介護予防を実現 ・ サービス対象を衰弱高齢者、軽度失能者まで拡大 ・ 可能な限り、要介護状態を先に延ばす
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービス利用者のためのケアプランニングやサービスの連結 ・ サービスの提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護サービスを提供 ・ ホームヘルプサービス、デイサービス、家庭托顧サービス、交通移送サービス、食事サービス、福祉用具サービス、ショートステイ、高齢者福祉施設 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健康促進、社会参加、共同食事、介護予防や緩和失能サービス 2. 余裕があれば、衰弱や軽度失能者の短時間の臨時介護を提供する（一時的なケア）

（出典）衛生福利部、2019b より筆者作成

業務、配食サービス、介護予防、要介護状態悪化防止、地域リハビリの各サービスを提供する。B 単位の指定を申請できる組織は公益法人（社会福祉法人等）、高齢者施設・障がい者施設、医療機関などとなっている。

そして3つ目が、C 単位「街角介護ステーション」（弄長照站）であり、コミュニティ予防保健、食事・配食サービス、見守り訪問、電話の見守りサービス、介護予防などが行われる。3つの村に1つ設置することとし、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）。なお、B 単位と C 単位は、A 単位のサテライトの位置づけとなる。C 単位は、身近な介護拠点となり、高齢者の社会参加、活動の場所としての役割も期待される。C 単位で

は、地元大学やボランティアとの連携も進んでおり、社会福祉を専攻する大学生の実習場所として機能する場合もある。

第4節 3 拠点地域包括ネットワークに関する本質的問題

以上の3種類の拠点の認定申請は、義務でも強制でもない。地方政府に申請しなくても、そして拠点として指定を受けなくても、従来からの介護事業者は、こうした分類に関係なく介護サービスを提供することができる（小島克久、2018、p. 12）。しかし、この任意性は、A、B、Cの3つの単位の設置目標数を定め、台湾全体に地域包括型医療福祉ネットワークを構築しようという衛生福利部の国家プロジェクトとしての意気込みからすれば、逆効果である。何故、義務化しなかったのか疑問が残る。こうした任意性の問題だけでなく、A単位・B単位・C単位の3層ネットワークの地域的偏在性すなわち地域格差の問題も深刻である。基幹となるA単位がごく少数にとどまるか皆無の市町村もあり、中核となる拠点の偏在性も留意しなければならない。

衛生福利部の方針に関しては、上記の任意性の問題だけでなく、数量規制の問題が指摘できる。衛生福利部は目標値を定め、A単位を469か所、B単位を829か所、C単位を2,529か所とした（衛生福利部、2016）。

最も直近の2025年7月末日現在では、A単位は810か所、B単位は9,891か所、C単位は4,940か所と実績値が大幅に目標値を超えている（衛生福利部、2025）。2026年までの目標設置数に比べて、A拠点は1.7倍、B拠点は11.9倍、C拠点は2.0倍となっている。台湾全体としては、各単位の当初目標を大幅に超える倍数となっているが、A単位に関しては、彰化縣、臺東縣、連江縣が当初目標を下回っている。特に、連江縣に関しては、A単位が皆無の状態が継続している。C単位に関しても、連江縣が当初目標を下回っている（B単位については、目標数を上回っている）。こうしてみると、都市部と非都市部間で、基盤整備の大きな地域格差が存在することが分かる（衛生福利部、2025）。

加えて、A単位・B単位・C単位の3層ネットワーク形成に関して、本質的な批判もなされている。莊らによれば、第1に、地域包括ケアというABC計画が追求している目標が定義付けされていない、第2に、地域包括というもの、何を（対象）どこまで統合するのか範囲が不明である、第3に如何に統合するの

かという戦略が見えない、第4に、統合する条件は何か、財源、人力などの環境条件が明らかにされていない、第5に、政府の役割や機能は何か、方向性が示されていない、第6に、介護福祉サービス提供者などの民間団体の位置、能力、相互関係などはどうなっているか、官民の協働関係が明らかにされていない。こうした多くの批判点について、衛生福利部は全く具体策を示していない（莊秀美・洪春旬、2018、p. 67）。

数量の肥大化の問題に加えてさらに深刻なのが、A単位による在宅サービスの「囲い込み」の問題である。A単位だけに配置されている「ケアマネジャー」がケアプランを作成しかつサービス提供事業者を決めていくのが標準であるが、自らが所属するA単位の法人のサービスを利用者が利用するように囲い込むのである。すでに述べたように、急激に増大したB単位は、ホームヘルプサービスやデイサービス等を専ら提供する機関であるが、A単位による囲い込みがなされれば、仕事を引き受けることが出来ずサービスを提供できない。この囲い込みという問題は、日本の介護保険のケアプラン作成段階でも生じているが、減算というペナルティが課されている。しかし台湾では、ペナルティが設定されていない。A単位においては、組織の母体である病院やクリニックが在宅サービス事業所を併設しているため、自然な形で囲い込みが行われている。B単位の存在意義が失われている現状を衛生福利部はどのように把握し、対策を講じるのであろうか。

A単位だけに配置されている「ケアマネジャー」については、李佳儒が指摘するように、長期介護管理センターのケアマネジャーとの連携だけでなく、B単位へのサービス依頼や配下にあるB単位のサービスの質に関するモニタリングや、B単位のサービス利用者からのクレーム対応など、様々な役割が期待されており、過重労働となっている（李佳儒、2022、pp. 14-15）。

2024年現在、市縣の長期介護管理センターに所属するケアマネジャー（長顧管理専員）は全国に1,534人（男性121人、女性1,413人）であり、ケアマネジャーが実施した認定結果に関する多くの情報を共有しつつケアプランを作成するA単位のケアマネジャー（個案管理員）は、3,726人（男性554人、女性3,172人）である。例えば台北市の場合、ケアマネジャーが121人（男性13人、女性108人）であり、ケアプランを作成するA単位のケアマネジャーは、276人（男性62人、女性214人）となっている。中には、ケアマネジャーの

数が、ケアマネジャーより少ない自治体が台東縣、金門縣と複数あり、連江縣のようにケースマネジャーが皆無という自治体もあり、地域格差が顕著であり、深刻な状態である。

もともと長期介護管理センターのケアマネジャー数が少なく過重労働になっている現状から、ケースマネジャーを A 単位に設置することで、業務分担することになった経緯があるが、ケアマネジメントの過程における役割は大きく異なるので、両専門職の全国的な増員が必要不可欠である。特に既に指摘したように、島嶼部、非都市部の地域への増員が必要である。合わせて、長期介護管理センターの非常勤ケアマネジャーの常勤化も推進すべきである。

衛生福利部は、2026 年 1 月の長期介護 3.0 開始に向け、8 つの目標に向けて様々な領域で具体的な枠組み構築を進めているところであるが、3.0 の財源の一部を、こうした両専門職や実際にサービスを直接提供する介護職員の数を増やし、労働条件の質を上げることに充当すべきであろう。

第 5 節 認知症ケア

a. 2 つの認知症予防・介護計画

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。そうした中、衛生福利部は 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 年に終了している。介護政策としては、2017 年に長期介護計画 2.0 がスタートしている。長期介護計画 2.0 が長期介護計画 1.0 と決定的に異なる点が 2 つある。1 つは、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)」が入ったことであり、もう 1 つは、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。きわめてスムーズな計画に基づく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)、認知症医療・介護に特化した2種類の地域センターを構築した。1つは、「認知症総合ケアセンター」(失智症共同照護中心、Integrated Dementia Care Center=IDCC)であり、2024年現在、全国に120か所配置されている。もう1つは、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」(失智症社区服務拠点、Support Center for People with Dementia and their families=SPDF)が2024年現在、全国に545か所配置されている。

前者の認知症総合ケアセンターは、地域ごとの医療及び福祉の中核となるセンターであり、今後の認知症ケアを発展させる貴重な機関である。同センターは、地域の総合病院に置かれる場合が多い。例えば、台北市で初期に整備された5つのセンターの場合、3つが台北市総合医院の各分院であった。同センターは日本には存在しない組織であるが、認知症医療という点では日本の認知症疾患医療センターが近いと考えられる。同センターは、医療以外にも多機能型でユニークである。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。後者の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(衛生福利部長期照顧司、2020c)。因みに、2021年時点では、大都市部のうち台北市には、認知症総合ケアセンターが11所、認知症地域サービス拠点が45か所あり、新北市では同じくセンターが11か所、拠点が43か所出来ている。また台中市では、同じくセンターが10か所、拠点が39か所あり、高雄市ではセンターが9か所、拠点が55か所出来ている(衛生福利部長照專區、2022)。

さて、認知症予防・介護計画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、認知症高齢者の数の多さ及び将来の急増と、認知症家族の団体の積極的な活動、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、認知症予防

の重要性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（略称オレンジプラン）、2015年に認知症施策推進総合戦略（略称新オレンジプラン）、2019年に認知症施策推進大綱を公表した影響も大きい。2024年に施行された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」（略称、認知症対策基本法）の影響も大きく、今後は、台湾において同様の法律の立法化が期待されるところである。

b. 認知症予防・介護行動計画の現在と今後

認知症高齢者や若年性認知症患者は、記憶障がいや見当識障がい等を中核症状としさらにBPSD（認知症心理・行動症状）など周辺症状を有する存在である。症状が悪化し事理弁識能力を喪失した場合に、本人の人権を保護できるように成年後見制度等で社会的に支援する仕組みを持つ国も多い。

以上の点を背景に、長期介護2.0では、前掲の表12の右側上部で示すように、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きた点である。なお、長期介護3.0では、認知症に関するサービスの対象が年齢を問わない（49歳以下を含む）ことになる点が特筆に値する。

2013年に7つの戦略が設定され「台湾認知症予防・介護行動計画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「台湾認知症予防・介護行動計画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、同じく7つの戦略、測定指標、目標が設定されている。

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が特に重要である。戦略4に含まれる10指標のうち代表的な指標は、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。このうち③に関しては目標値を既に上回り120か所に達している。

なお、台湾では、長期介護ケアシステムの展開と認知症ケアシステムの展開を、別々の主管官庁が担っているため、相互の有機的連携が取れておらず、構造的な問題となっている。

第4章 台湾における2元型ケアマネジメントの特徴

第1節 申請からサービス利用までの流れ

まず、第1段階として、高齢者自身あるいは家族が、介護サービスの利用について、ホットライン1966等を通じて各県・市の長期介護管理センターに申し込む。あるいは、病院から退院予定患者についての連絡や関連機関からサービス利用希望ケースについての連絡が長期介護管理センターに入る。

次に、長期介護管理センター所属のケアマネジャー（長期介護管理専員）が、サービス利用を希望する高齢者や障がい者等を始めとする介護を必要とする人の自宅に出向く。ケアマネジャーは、看護師あるいは社会福祉士の国家資格を持つ。

第3に、ケアマネジャーは、認定ソフトがインストールされたタブレットで、71項目の各項目について聞き取りを行い、チェックマークを付ける。認定調査終了後、第1級から第8級までの認定結果、介護報酬額（給付額、自己負担割合）、課題リストを明らかにする。具体的な介護報酬については、第2級は10,020元（約50,100円）、第3級は15,460元（約77,300円）、第4級は18,580元（約92,900円）、第5級は24,100元（約120,500円）、第6級は28,070元（約140,350円）、第7級は32,090元（約160,450円）、第8級は36,180元（約180,900円）となっている（西下彰俊、2022a、p.160）。

なお、台湾において、認定結果に対する異議申立制度がスウェーデン同様存在する。長期介護認定結果に対してサービス申請者が不満を持つ場合、申請者の居

住地を管轄する長期介護管理センターに対し指定された期限内に再審査を求める申立書を提出する。同センターは、初回の調査とは異なるケアマネジャーや第3者機関が再評価を実施する。特に第1級では、介護サービスを利用できないので、申し立てが多いと推測される。加えて、より軽度の等級に判定されるとサービス利用の枠（介護報酬額）が減ってしまうので異議申し立てが行われると判断できる。

こうした異議申し立ては、センター以外に地方自治体の衛生局・社会局に対して問い合わせることも可能である。認定結果以外のサービスに関する苦情などは、衛生局・社会局だけでなく、長期介護専門ダイヤル 1966 を通じて行うことも可能である。

第4に、ケアマネジャーは、申請者が居住する地域にあるA単位のケースマネジャーに、ケアプラン作成を依頼する。委託を受けたケースマネジャーは申請者を訪問し、申請者のケアニーズを確認しながらケアプランを作成し、同プランをケアマネジャーに送付し承認を得る。承認を得た後、ケアプランに基づいて、在宅サービスを具体的に提供する事業者であるB単位を選定する。

第5に、介護・専門サービスの利用者は予め決められた自己負担額を支払う。支払いの比率は利用者の所得水準の高低により決定される16%、5%、0%の3通りの比率があり、ケアマネジャーによる認定調査時に、当該の比率が告げられる。サービスを提供したB単位（A単位もサービスを提供できる）は、サービスごとに細かく決められた公定価格のそれぞれ、84%、95%、100%を県・市に請求する。

第2節 管理と協働

こうして一連のプロセスが終了するが、事後的にサービスの質のフォローアップ、モニタリングが行われる。A単位のケースマネジャーは、委託したB単位の具体的なサービスの提供状況や苦情などを調査し、問題があれば改善指導を出す。長期介護管理センターのケアマネジャーは、A単位のケアプラン作成過程やB単位へのサービス提供委託状況を調べ、問題があれば改善要求を出す。

こうした介護サービス提供やケアマネジメントに関する介護の質保障が、常に行われる点が台湾のケアマネジメントの特徴である。

すでに、拙著で指摘したように、台湾の介護制度は、認定結果を受けた要介護

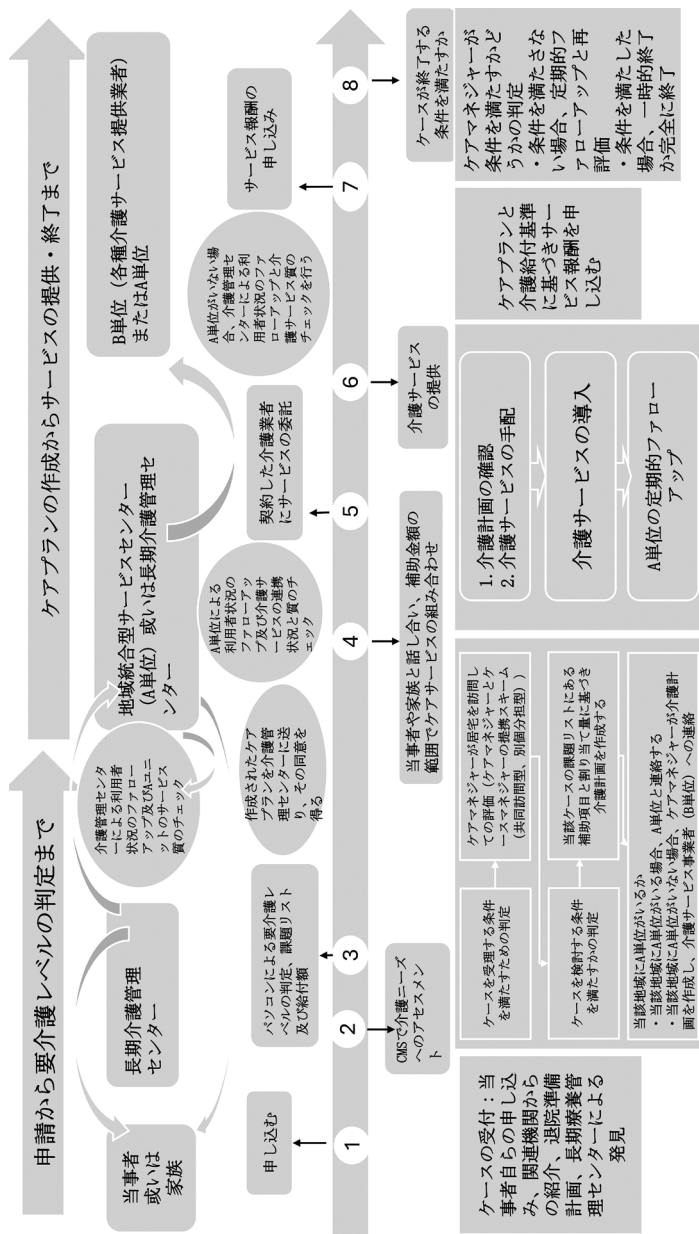
者のケアプラン作成までの手続きが煩雑過ぎるという構造的問題がある。それに対して日本では、認定結果を受けた要介護者のケアプラン作成は、担当するケアマネジャーが単独で担うので台湾のような煩雑過ぎるという問題は存在しない（西下彰俊、2022a、pp. 186-194）。

A 単位に所属するケースマネジャーの制度は、現在の要介護認定システム（CMS）同様、2016 年スタートの長期介護 2.0 において設けられた。既に論じたように、介護サービスを必要とする場合には、介護サービスのホットラインである番号 1966 を用いて、最寄りの県市の長期介護管理センターに連絡する。すると、同センター所属のケアマネジャーが希望者の自宅を訪問しあるいは退院前の病室を訪問し、認定ソフトがインストールされたタブレットで 71 項目の認定調査が行われ等級が判定される。その後、連携している A 単位のケースマネジャーに、認定結果が伝えられる。ケースマネジャーは、サービス希望者の自宅や病室を訪問し、介護サービスに関するニーズを聞き出し、ケアプランを作成する。この段階で、作成したケアプランを連携している長期介護管理センターの担当ケアマネジャーに送付し承諾を受けなければならない。

この現状を、李は「両者の関係は一見、公（長期介護管理センター）と私（A 単位）部門による協働のパートナーシップであるが、実際には管理と被管理という関係であり、ケースマネジャーは長期介護管理センターの下請けに過ぎないと言わざるを得ない」という（李佳需、2023、p. 15）。確かに、ケアマネジャーが A 単位のケアプラン作成過程や B 単位へのサービス提供委託状況を調べ、問題があれば改善要求を出すという点で管理的でありそこに協働性は見られない。

ケースマネジャーの役割は多義にわたり、①ケアプランを作成するための準備作業、②ケアプランの作成、③B 単位が提供する介護サービスへの結び付け、④各サービスについてのフォローアップ及び計画調整などケアマネジメントを実施し、⑤サービスの相談及び提供サービスに対する苦情処理を行う（李佳需、2023、pp. 9-10）。こうした流れを一覧できる形でチャートで図示したのが、図 2 である。

図2 2元型ケアマネジメントとサービスの流れ



(出典) 衛生福利部、2019、「衛生福利部社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知」p.23を李佳儒 (2023) が翻訳し修正。筆者加筆修正。

第5章 「長期介護 3.0」の展望

第1節 長期介護 3.0 プランの主要な目標

長期介護 3.0 には、8つの目標が設定されている。1. 健康促進、2. 医療・介護の統合、3. 積極的リハビリテーション、4. 施設能力の強化、5. 家族支援強化、6. スマートケアの導入、7. 平穏な善終（看取り）の実現、8. 人材と専門性の発展である（衛生福利部、2025、p. 8）。

以下、各目標の具体的なアプローチを紹介すると、まず「健康促進」については、4つのアプローチが設定されている。①地域共生型のケアネットワークを形成すること、②予防、健康増進、活力増進、要介護、認知症予防を含むサービスを拡大すること、③若年性認知症を含めた地域拠点での包括的サービスを推進すること、④外国人介護労働者を雇用する家庭を含めて、承認範囲内で地域ケアサービスを利用可能とすること。

第2の「医療・介護の統合」については、①退院前から退院後の在宅ケア計画を立てることで、医療から介護へのシームレスな連携を強化すること、②在宅責任医療ネットワークを構築し、急性期後のケア（PAC, Post Acute Care）と接続すること、③在宅医療、責任医療、遠隔医療、緩和医療を統合すること。

第3の「積極的リハビリテーション」については、①年齢を問わず PAC 対象の要介護者に介護サービスを繋げること、②個々のケースマネージャーが退院前に PAC チームと連携し、在宅介護プランを作成すること、③日間ケアセンターの機能を強化し、多様なリハビリサービスを導入すること。

第4の「施設能力の強化」については、①中重度ケア体制を強化すること、②夜間ケアや緊急時対応を強化し、小規模多機能型施設の役割を拡大すること、③夜間ケア臨時宿泊ベッドを増やし、多様な家族形態のニーズに対応させること、④公営住宅や民間資源との連携により、地域格差を縮小させること。

第5の「家族支援強化」については、①入院患者に対し、病院が研修済み介護助手と看護師を配置し、費用は公費と当事者の自己負担で分担すること、②入院中の患者の家族介護負担を軽減し、ケアの質を向上させること、③対象に PAC 要介護者や若年性認知症者も含め、家族に休養の時間を確保すること。

第6の「スマートケアの導入」については、①在宅向けのスマート福祉用具

のレンタル制度を導入し、要介護度に応じて適宜調整できるようにすること、②デイケアセンターや介護施設にも導入し、安全性及び自立支援を強化すること、③スタッフの業務効率向上と介護負担軽減を実現すること。

第7の「平穏な善終（看取り）の実現」については、①患者の医療に関する自主決定権を尊重し、早期に終末期ケア計画（ACP, Advance Care Planning）の実現を推進する、②一定の年齢の特定疾病の対象者には、現在有料のACPを一生に1度だけ政府が無料で提供できるようにする、③事前の医療決定を利用し易くし、尊厳ある最期を支援すること。

第8の「人材と専門性の発展」については、①介護スタッフの労働条件を改善すること、②外国人の中級人材の採用を拡大すること、③ボランティア人材や女性の再就業の支援を推進すること、④ケアのレベル・程度に応じた人員配置制度を導入し、人材不足を補うこと（衛生福利部、2025、pp. 9-16）。

第2節 長期介護 3.0 プランの重点課題

行政院は、2026年1月に実施される長期介護 3.0 プランの重点課題として4点を挙げている。まず第1に、「体系の統合」が指摘できる。具体的には、①退院前に退院準備サービスとして要介護度評価を行い、「在宅介護計画」が完成し、スムーズに退院後に介護サービスが利用できる状態にする。②そのためには、A拠点のケースマネジャーへの支援を強化し、医療から介護への接続を円滑にする。③要介護状態であることがあらたに確認された場合には、速やかに長期介護・医療・家族支援サービスへと繋げる。

第2に、「在宅・地域ケアの拡充」が挙げられ、日間ケアセンターの機能拡張、リハビリサービスの強化、小規模多機能施設の役割拡大、夜間ケアと臨時宿泊ベッドの増設が課題とされた。

第3には、「テクノロジー導入」が挙げられ、AIを地域ニーズに合わせて導入することが課題とされた。

第4は、「医療との連携強化」が指摘できる。具体的には、①在宅医療、責任医療、遠隔医療、緩和医療を「大家医計画」に統合すること。②情報管理プラットフォームを用い、医療と介護の情報を一元化することが課題とされた（行政院、2025）。

第3節 長期介護 3.0 プランの特徴及び戦略

行政院は、3.0 プランの特徴及び具体的戦略として8項目を挙げている。まず、「地域共生型ケア」を特徴として示している。①これまで住み込みの外国人介護労働者を雇っている家庭は、ホームヘルプサービスやデイサービスなど地域コミュニティサービスを利用することができなかったが、承認された枠の範囲内でそれらのサービスが利用できるようにする。②地域の中に多様なサービス拠点を整備する。要は、誰でも地域資源に繋がれる仕組みが地域共生型ケアである。

第2は、「医療と介護のシームレス連携」である。①在宅責任医療ネットワークを整え、在宅医療・在宅ケアを一体化すること、②急性期医療が終わった後のPAC（急性期後ケア）とその後のリハビリ・長期介護サービスを切れ目なく接続すること。要は、退院したらすぐに長期ケアに繋がる流れを構築することである。

第3は、「サービス対象の拡大」である。これまでは高齢者が中心であったが、今後は若年性認知症者や年齢を問わず要介護にある方を含むことで、年齢に関係なく必要性がある人が対象になる。

第4は、「中重度ケアの強化」である。①夜間・緊急サービスを拡充すること。②臨時宿泊やショートステイ用のベッドを増やすこと。③資源の不足している地域には、公営住宅や民間資源と組み合わせ整備すること。要は、重度の要介護でも、夜間や緊急時に対応できる体制を強化すること。

第5は、「入院時の支援」である。家族が負担していた病院での付き添い看護費用を政府と家族で共同負担する仕組みにし、家族の経済的負担を減らし、入院中のケアの質を高める。

第6は、「スマートケアの導入」である。①在宅介護用にスマート福祉用具レンタル制度を新設すること、②デイサービスや介護施設にICT・AI技術を導入し、ケアの効率化・安全性を向上させること。要は、テクノロジーで自立を支援し、介護者の負担を軽減すること。

第7に、「安寧・看取り」である。がんなどの特定疾病を罹患している人や一定年齢以上の人が、一生に一度無料でACP（事前医療ケア相談）を受けられるなど、自分の最期をどう迎えるか早めに事前に話し合える仕組みを構築すること。

そして第8に、「人材の拡充」である。①介護人材の労働条件を改善すること、②外国人や中高年、女性の再就業を促進すること、③現場で働く人が続けやすい

ように、待遇を改善し新しい人材を投入すること。要は、人材不足を根本から補うこと（行政院、2025c）。

以上のことから、長期介護 3.0 は、単なる政策の強化ではなく、分野横断、省庁横断、官民協力を強力に推進する社会プロジェクトであることが分かる。衛生福利部は、医療資源・介護資源を積極的に統合し、制度改革、テクノロジー導入、地域連携を通じて、「今日の親が、明日の私達が、慣れ親しんだ土地で安心と尊厳を持って老いる社会」の実現を目指している。すなわち「長く生きるだけでなく、良く生きる」共生社会を築くことを目標としている（行政院、2025）。

結論と今後の課題

台湾における長期介護 1.0 から長期介護 2.0 への移行は、まさしくパラダイムシフトであった。長期介護 2.0 において、介護サービスの対象が拡大され、それに伴ってサービス利用者の数も大幅に増えた。CMS と呼ばれる要介護認定のための調査項目も確定し（項目や選択肢の微調整は適宜実施）、台湾独自のケアマネジャー及びケースマネジャーによる 2 元型ケアマネジメントシステムも出来上がった。

長期介護 2.0 において、最重度の 8 等級の介護報酬額が約 18 万円であるが、物価水準の差を差し引いてもかなり安いレベルである。小島が「公的介護制度からの給付水準が十分なのか」と疑問を呈しているが（小島克久、2025、p. 53）、全く同感である。確かに、公的介護サービスが要介護の人に提供された割合を示す長照服務涵蓋率（介護サービスカバー率）は、2017 年の 20.3% から 2024 年には 84.7% と 4 倍に急増しているが（小島克久、2025、p. 48）、今後の課題の 1 つとして、最重度の寝たきりの状態にある方への公的なサービスの供給量と提供されるサービスの質であることが指摘されている。加えて、李佳儒が指摘するように、都市部と非都市部の構造的格差は依然として残されたままである（李佳儒、2023、p. 13）。それにもかかわらず、長期介護 3.0 プランでは、都市部と非都市部の専門家資源、機関配置状況の是正について全く言及がないし、今後の取り組むべき課題として明記されていない。

果たして、台湾独自の 2 元型ケアマネジメントシステムは、長期介護 3.0 プ

ランの下で、どうあるべきなのだろうか。既に指摘したように、長期介護 2.0 の下では、A 単位は地域的に偏在しているため、地域によっては、ケアプラン作成を含めて A 単位が担うべき役割を長期介護管理センターが遂行しているという事実があり、加えて、最初に実施される認定調査も、ケアマネジャーとケースマネジャーが一緒に行う場合もあれば、両者がばらばらに行われる場合もある。要するに、台湾の介護システムは、特にケアマネジメントの部分で標準化されていない点が大きな構造的問題である。こうした状況依存性を払拭するための解決策は 1 つしかない。A 単位の廃止である。現状でも A 単位がない地域では、長期介護管理センターが代行出来ているのであるから、その方法を全国に展開すれば良い。最大のネックは、A 単位を病院や診療所が併設している場合が多いことであり、ケアプランで囲い込んで在宅サービスを提供している場合が多いことである。しかし、介護制度の全てのプロセスを標準化することは、近い将来台湾が介護保険制度を創設する際に必須の前提条件なので、今後標準化に向けての対策を講じていかなければならない。

さて、韓国では、2024 年 3 月に新法である「医療・療養（介護）などの地域ケアの統合支援に関する法律」（統合ドルボム法）が成立した。そして 2026 年 3 月に同法が施行される。この法律は画期的であり、医療保険と介護保険が一体的に運用され、各自自治体単位で遂行される予定である。例えば、認定調査を誰が行うのか、点数制にするのか等方法論の中身については未だ一切公表されていないが、退院後の高齢者、在宅生活をする要介護高齢者を、4 つのタイプに分けてケアを実施するのではないかと予測する。すなわち、医療ニーズも介護ニーズも高いタイプ、医療ニーズは高いが介護ニーズが低いタイプ、医療ニーズは低い、介護ニーズが高いタイプ、どちらのニーズも低いタイプである。これらのタイプを、医者及び公団職員のチームが、訪問調査により判定していくと予想される。

訪問調査で使われる医療・介護ニーズ調査票がどのような質問項目で構成されるのか、認定プログラムがどのようなアルゴリズムで構築されているのか、現状の要介護認定で使われている点数制が用いられるのかなど、興味関心は尽きない。一方で、昨今の医師不足が叫ばれる中、この新システムで動員できる医療資源が足りているのか、著しい地域格差が指定される中、この新システムが、非都市部でも成立可能なのか等、施行前から疑問や心配も尽きない。そもそも新法施行直

前になっても具体的な運用の方法論が情報公開されていないことが最大の懸念材料である。

なお、韓国のムンジェイン政権下で2018年以降展開された「地域社会統合ドルボム（コミュニティケア）」の政策発展過程、南揚州市、富川市、安山市などモデル事業の自治体事例分析は、以下の文献に詳しい（高橋明美、2023、pp. 19-37）。

いずれにせよ、台湾も韓国も新しいビジョンに向けて、新たな一歩を踏み出しつつある。大いに期待しつつ、問題点があればこれまで同様指摘をしていきたい。

残念ながら日本は介護保険制度の様々な問題を抱えながら、青息吐息の状態である。制度の延命を図るために、さらに要介護1、要介護2といった軽度認定者を制度の埒外に置こうとしている。さらに、介護保険サービスの利用者を抑制すべく、ケアプラン作成に関わる費用に自己負担をかけようとしている。またサービス利用時の自己負担が2割になる利用者の年収額を引き下げようとしている。全て後ろ向きの動きであるが、唯一、16年ぶりに在宅サービス利用者を中心にタイムスタディ調査を実施し、より客観的な要介護認定を行うための基礎データ収集を行うという計画の発表は朗報である（環境新聞社、2025）。新しいデータ収集の先にあるのは、要介護認定ソフトの開発である。そして今度こそ、前述した要支援2と要介護1に横たわる要介護認定等基準時間の重複問題を解決すべきである。さらに、前述したように、韓国や台湾を見習い、介護の質向上のための全国統一の外部評価、第三者評価の枠組みを構築し実施すべきである。

引用・参考文献リスト

- ・井口克郎、2023、次期介護保険制度改定——国の狙いと健康権からみた問題点、月刊ゆたかなくらし、No. 487、pp. 4-11
- ・井口克郎、2023、2024年介護保険制度改定と近年の介護政策の動向、月刊ゆたかなくらし、No. 497、pp. 4-9
- ・伊藤由希子、2024、要介護認定迅速化のための規制改革（時事評論）、週刊社会保障、No. 3272、pp. 32-33
- ・衛生福利部、2016、長期照顧十年計画2.0報告 <https://ltc.mmc.edu.tw/Img/MmcEdu/20160803083657.pdf>

- ・ 衛生福利部、2019a、照顧管理評估量表-衛福部長照專區（1966 專線） <https://1966.gov.tw/LTC/cp-4015-4246-01.html>
- ・ 衛生福利部、2019b、「社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知」 [file:///C:/Users/%E8%A5%BF%E4%B8%8B/Downloads/%E5%85%AC%E5%91%8A-%E7%A4%BE%E5%8D%80%E6%95%B4%E9%AB%94%E7%85%A7%E9%A1%A7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E9%AB%94%E7%B3%BB%E8%A8%88%E7%95%AB%E8%A1%8C%E6%94%BF%E9%A0%88%E7%9F%A5%20 \(6\).pdf](file:///C:/Users/%E8%A5%BF%E4%B8%8B/Downloads/%E5%85%AC%E5%91%8A-%E7%A4%BE%E5%8D%80%E6%95%B4%E9%AB%94%E7%85%A7%E9%A1%A7%E6%9C%8D%E5%8B%99%E9%AB%94%E7%B3%BB%E8%A8%88%E7%95%AB%E8%A1%8C%E6%94%BF%E9%A0%88%E7%9F%A5%20%20(6).pdf)
- ・ 衛生福利部、2025a、114 年長期照顧十年計畫 2.0 服務資源建一覽表 <https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html>
- ・ 衛生福利部、2025b、長照 3.0 規劃報告、行政院第 3957 次會議、pp. 1-16 <https://www-ws.pthg.gov.tw/Upload/2015pthg/167/relfile/16358/52852/8dca6291-19a7-4689-bdcb-03c69c134210.pdf>
- ・ 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. 121-139
- ・ 環境新聞社、2025、シルバー新報、2025 年 6 月 6 日付 2 面、
- ・ 行政院、2025、卓揆：2026 年「長照 3.0」計畫上路實現「健康老化、在地老化、安寧善終」願景 <https://www.ey.gov.tw/Page/9277F759E41CCD91/40b5827e-a0b9-476f-88aa-f5150d8fbcd4>
- ・ 厚生労働省、2006、要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令 <https://laws.e-gov.go.jp/law/411M50000100058>
- ・ 厚生労働省、2025、介護保険事業状況報告 - 結果の概要 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html#link01>
- ・ 国民健康保険公団、2023、2021 年長期療養機関（施設給与）定期評価結果報告書 <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/%E9%87%91%E6%B3%B0%E5%9D%87/FMfcgzQcqHRdWtdHwSIGxzwDwbwLDvf>
- ・ 国民健康保険公団、2025、2024 年長期療養機関定期評価結果報告書 <https://drive.google.com/file/d/1AQ7fDa0EKzuhtPJUaBfL7wSSbq05UMTP/view>
- ・ 小島克久、2025、台湾の介護システムの公民負担——国際基準の保健医療統計から、週刊社会保障、No. 3336、pp. 48-53
- ・ 下野恵子、2019、介護保険解体の危機——誰もが安心できる超高齢社会のために、法政大学出版局

- ・高橋明美、2023、韓国における「コミュニティケア」の展開、文京学院大学、地域連携教育研究、第 16 号、pp. 19-37
- ・鳥羽美香・高橋明美、2019、日本と韓国における高齢者デイサービスの一考察、文京学院大学人間学部、研究紀要、第 20 巻、pp. 251-259
- ・西下彰俊、2007、スウェーデンの高齢者ケア——その光と影を追って、新評論
- ・西下彰俊、2019、台湾における 2 つの長期介護プランの展開、東京経済大学現代法学会編、現代法学、第 36 号、pp. 217-261
- ・西下彰俊、2022a、東アジアの高齢者ケア——韓国と台湾のチャレンジ、新評論
- ・西下彰俊、2022b、韓国における介護の質に関する定期評価及び昼・夜間保護サービス提供の研究、東京女子大学社会学年報、第 10 号、pp. 1-25
- ・西下彰俊編、2024、比較福祉社会学の展開——ケアとジェンダーの視点から、新評論
- ・保健福祉部、2019、長期療養給与提供基準、給与費用算定方法等に関する告示（保健福祉部告示第 2019-309 号） http://www.mohw.go.kr/react/modules/viewHtmlConv.jsp?BOARD_ID=5900&CONT_SEQ=352090&FILE_SEQ=272981
- ・増田雅暢、2022、介護保険はどのようにつくられたか——介護保険の政策過程と家族介護者支援の提案、TAC 出版。
- ・Ministry of Health and Welfare, 2019, Taiwan Health and Welfare Report, pp. 1-198
- ・森川美絵、2024、福祉社会学におけるケア研究、福祉社会学会編、福祉社会学 21、pp. 31-49
- ・Yahoo、2025、基金財源不穩！ 審計部：長照 3.0 未上路恐先破産 <https://tw.news.yahoo.com/share/bbfe32d7-1fb7-300d-8c87-a2dd4ca392d82019b>
- ・李佳儒、2023、台湾のケアマネジメントの現状と課題、文京学院大学、地域連携教育研究、第 16 号、pp. 3-18
- ・林倖如、2024、臺灣長照法制之財源辨析：社會保險制？ 稅收制？——借鏡日本法的再思考、月旦醫事法網 Angle Health Law Review, pp. 18-33

[付記] 本論考は、科研費採択課題（課題番号 23K01825）及び 2024 年度東京経済大学・個人研究助成費（課題番号 24-25）の研究成果の一部である。記して感謝する次第である。