

特集 I : 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

日中韓の介護制度の多様性の背景と 今後の制度展開の方向の検討

小 島 克 久

急速な高齢化が進む東アジアでは、介護制度の構築は重要な政策課題となっている。東アジアの日本、韓国、中国で実際に構築されている介護制度には多様性がある。一方で、社会保険方式の採用などで共通点も見られたり、介護サービスの提供、地域密着の仕組みなどで日本を参考にしたりすることも多い。本稿では、そうした日中韓の介護制度の多様性を、制度構成要素から分析した。その結果、①財政方式など選択肢が限られる部分では共通点が高い、②利用できる介護サービスなどの、各国の実情を反映している、独自の制度内容の決定の余地が大きい部分では、相違点が出やすいことを明らかにした。こうした共通点や相違点が混合することが、日中韓の介護制度の多様性の背景であることを明らかにし、今後の人口高齢化の下であり得る介護制度展開の方向についても考察した。

キーワード：高齢化、高齢化対策、介護制度、東アジア

I. はじめに

東アジアの日本、韓国、中国では今後も高齢化が進むことが見通されており、介護制度の構築はこれらの国々に共通する政策課題である。例えば、わが国では、高齢者福祉の歴史は長いが、2000年に介護保険を実施し、介護サービス利用が大きく広がった。現在は「地域包括ケアシステム」の構築を目指し、より地域に密着し、かつ持続性のある高齢者介護制度の構築を目指している。韓国では2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施された。日本の介護保険を参考にしつつ、韓国独自の制度内容となっている。中国でも「介護保険パイロット事業」が実施されている。

日中韓の介護制度は、共通点がある一方で、相違点も多い。例えば共通点として、介護制度に社会保険方式を採用していること、居宅、施設ケアなどの多様な介護サービスを提供していることを挙げることができる。一方で、保険者（制度運営者）、医療制度との関係、現金給付の有無などでは、日中韓に大きな相違がある。つまり、日中韓の介護制度には、共通点と相違点が伴う「多様性」があるといえる。こうした多様性が生じる背景の検討は、日中韓が今後直面する高齢化への対応に関する知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では日本、韓国、中国の介護制度の多様性とその背景

を現在の制度内容から検討する。そして、人口高齢化の下で展開し得る介護制度構築の方向についても考察する¹⁾。なお、介護制度の多様性はその発展の経緯からの分析も重要であるが、介護制度を含む日中韓の高齢化対策の経緯は本特集の林論文に譲る。

II. 日中韓の介護制度に関する先行研究

そもそも、諸外国の介護制度、特に国際比較研究の歴史は短い。三富（2010）によればその蓄積の開始は1990年代末からとされている。例えば、足立（1998）では、世界の主要国の介護制度を取り上げているが、アジアからは日本にとどまる。鬼塚（2002）では、世界の主要13か国の介護政策を取り上げており、ここでは日本、韓国、中国が含まれている。増田（2014）では、世界各国・地域の介護制度を取り上げ、アジアからは日本、韓国、中国、台湾、シンガポールを取り上げている。さらに、健保連（2020）では、公的介護制度に関する国際比較調査として、ドイツ、フランス、オランダ、韓国、日本を取り上げている。これらの研究では、世界の中で日本や韓国などの介護制度を取り上げている。

東アジアの各国・地域の介護制度を取り上げた先行研究として、韓国では金（2009）が当時実施された韓国の介護保険である老人長期療養保険を取り上げている。金・金・前橋（2013）では、高齢者対策としての医療、介護制度を取り上げている。株本（2017）では、韓国の高齢者ケアとして、医療と介護の連携に焦点を置いている。金・大泉・松江（2017）では、アジアの高齢者の生活保障という視点から、韓国を中心に介護を含む福祉などを取り上げている。また、金（2023）では韓国の介護保険や、地域密着の介護システムや認知諸対策などを取り上げている。

中国の介護制度についても近年研究の蓄積が進んでいる。例えば、沈（2016）は、中国の介護保険パイロット事業実施の背景について、政策立案の面から分析している。郭（2018）は、中国の介護サービス提供システムの多様さを指摘した上で、日本の経験も踏まえた中国の介護保険の全国実施可能性を論じている。袁（2019）は、15か所の介護保険パイロット事業実施都市の事業内容を概観している。片山（2019）も、中国の介護保険パイロット事業の課題として財源確保に注目した分析を行っている。また、包（2020）は、法制度の整備、人材確保などの介護制度の課題について論じている。万・小島（2022）でも、29か所で実施の介護保険パイロット事業の内容を整理したうえで、全国的な介護保険実施の条件を検討している。

このように、日中韓の介護制度に関する研究は蓄積されつつあるが、日中韓を含む東アジア全体を見通すものは少ない²⁾。例えば、西下（2022）では、日本、韓国、台湾の介護システム、特にケアマネジメントに着目している。増田・小島・李（2021）では、東アジ

1) 本稿では、その特集の趣旨から、日本、韓国、中国の介護制度を取り上げる。少子高齢化が顕著でかつ近年介護制度を整備している台湾についても言及する場合がある。

2) 台湾について、本文で挙げた西下（2022）の他、介護制度そのものについては、小島（2015）、小島（2018）、小島（2019）を参照。

アの社会保障制度の中で、介護制度の概要をまとめている。しかし、東アジアとりわけ日中韓の介護制度の共通点や相違点やその背景の詳細な分析は少ない。

このような問題意識から、本稿では日中韓の介護制度の多様性の詳細と今後の課題をとりあげることとした。

Ⅲ. 日中韓の介護制度比較の進め方

介護制度は医療制度と同様に、大まかに言えば財源確保、サービス提供の2つの制度構成要素がある。それぞれの要素がさらに詳細な制度構成要素を持つ。たとえば、サービス提供では、介護サービスを提供する組織、これを支える従事者、介護サービス提供の管理に関わるケアマネジメントなどがある。介護制度の国際比較は、その制度構成要素を細かく分けて、各国・地域の制度内容を整理することで、可能になる。そこで、本稿の土台となった研究事業（厚生労働科研「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」³⁾）では、研究事業期間中に以下のようにこれを進めた。

まず、この厚生労働科研の分担研究者であった筆者は、東アジア（日本、韓国、台湾、中国）の介護制度を各国・地域の資料などから把握する一方、その制度比較のための制度構成要素分類の方法の検討を行った。検討にあたっては、EUの社会保障に関する制度データベースである MISSOC (The EU's Mutual Information System on Social Protection) の分類を参考にした⁴⁾。このデータベースでは、EU加盟国の医療、年金、介護、子育て支援などの社会保障政策について、詳細に情報を整備している。最上位の分類として、法制度、制度の基本的な考え方、カバーされるリスク、対象者、受給条件、サービス提供などの組織、給付、給付の改定、他制度との給付調整、給付への課税の10種類を設定している。これをもとに、医療との関係などの本研究で必要と思われる独自項目も加える形で東アジアの介護制度の制度構成要素の分類を検討した⁵⁾。

次に研究班全体として、日本、韓国、中国の少子高齢化施策要素表の検討を行った。具体的には、少子化・介護・年金の分野について、それぞれの施策を構成する要素を決め、それぞれに日本、韓国、中国の施策をまとめていくものである。要素表の検討にあたっては、各国資料などをもとに原案を作成して、研究班でワークショップを開催して具体的な検討を行った。介護分野については、制度概要、財源、保険者、給付費（介護制度の規模）、被保険者、受給者、サービス内容、サービス事業者、介護従事者、インフォーマル介護者（どのような人がインフォーマル介護者か）、家族介護者（公的支援策など）、要介護認定、ケアマネジメント・ケアプラン、その他関連事項（医療との連携、地域密着、介護の質評

3) この研究事業の概要は以下を参照。

国立社会保障・人口問題研究所 web サイト「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」

<https://www.ipss.go.jp/projects/j/CJK/index.asp>, 最終年度（令和4年度）の報告書は社人研リポジトリ

<https://doi.org/10.50870/00000587> で公開されている。（2023年9月28日最終確認）

4) MISSOCの詳細は小島（2016）を参照。

5) その検討の詳細は小島（2022）を参照。

価、ICTの活用、従事者の安全対策)の14の要素である。要素表は介護制度だけで8ページにわたるため、本稿では、これを要約した表をもとに日中韓の介護制度の共通点や相違点を検討する⁶⁾。

IV. 日中韓の介護制度の多様性

1. 制度概要

日中韓の介護制度の概要をまとめたものが表1である。この表では、わが国に加えて、韓国、中国の介護制度のイメージの他、制度の主な内容をまとめた。この表をもとに日中韓の介護制度を概観することで、本稿での分析の出発点とした⁷⁾。

まず日本の介護保険は、65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者が存在する。つまり、40歳以上の者を対象とした制度である。しかし、主な給付対象者は色の濃い第1号被保険者であり、色の薄い第2号被保険者は、加齢による疾病、末期がんなどの条件に該当する場合に限られる。介護制度の経緯として、1963年の老人福祉法の制定(老人福祉分野が独立した政策分野となる)、1970年代の介護施設の整備、1898年のゴールドプランの制定、実施などを経ている。つまり、わが国の介護制度は、長い歴史を持ち、高齢者を主な対象とした、社会保険方式による制度である。実際に受給者数を見ると、2021年で約638万人が介護保険からの給付を受けており、65歳以上の者では約18%が介護保険の受給者である。その経費である介護給付を表1の規模(給付費)で見ると、2021年度で約11兆円(自己負担を含む)となっている。

次に韓国は介護制度で日本に後続する国である。1981年に老人福祉法が実施され、2008年に老人長期療養保険(介護保険)が実施されている。韓国の介護制度は、わが国と同じ社会保険方式の制度である。給付の対象者が高齢者を中心である点も共通するが、大きな違いは被保険者となる者の範囲が日本よりも広く、0歳からとなっている。これは、韓国の医療保険である国民健康保険の加入者をそのまま老人長期療養保険の加入者としたためである。よって、韓国の介護制度は医療保険活用型の制度である。受給者数を見ると、2021年で約89.9万人が介護保険からの給付を受けており、65歳以上の者の約10.7%が受給者であり、わが国よりおよそ7%ポイント少ない。制度の規模(給付費)も、2021年度で約11.1兆ウォンであるが、日本円換算では約1.2兆円である。

中国は、介護制度構築を目指している後発の国である。2016年に介護保険パイロット事業が15カ所の都市で開始され、2020年には14カ所が追加実施される形で、パイロット事業が拡大された。制度内容は都市により異なるが、都市従業員基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組みとなっている都市が多い。保険料と公費を財源としてい

6) 日中韓の高齢化施策要素表の原本(本稿ではweb appendixに相当するものとして扱う)は以下を参照。厚生労働行政推進調査事業費補助金(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)『日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究』令和4年度報告書 日中韓少子高齢化施策要素表(日本語版) <https://ipss.repo.nii.ac.jp/records/614> (2023年9月28日最終確認)

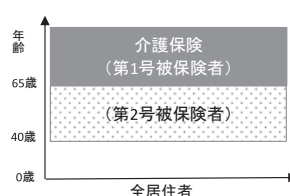
7) 東アジアの介護制度の概要は、増田・小島・李(2021)で触れている。

る点は多くの地域で共通している。一方で要介護認定などは地域による差がある。このように地域の多様性を内包する形で、社会保険方式での制度構築を目指しているのが中国である⁸⁾。この介護保険パイロット事業のもとでの2022年度の受給者数と支出を国家医疗保障局の資料で見ると、受給者数は約120.8万人、支出は104.4億元（約2,090億円）となっている。

この表にはないが、急速な高齢化が進む台湾にも言及しておく。台湾が現在実施している介護制度は「長期照顧十年計画2.0」に基づく制度である。2017年から実施のこの制度は、税財源で運営され、給付対象者は高齢者の他、65歳未満の障害者、50～64歳の認知症患者、55～64歳の原住民族で介護を必要とする者も含まれている。また、「外籍看護工」と呼ばれる外国人介護労働者の家庭での雇用が多い⁹⁾。

このように日中韓の介護制度をごく簡単なイメージで見ただけでも多様性を伺うことができる。

表1 日中韓の介護制度のイメージ

項目	日本	韓国	中国
制度名	介護保険	老人長期療養保険	介護保険パイロット事業(29都市)
制度イメージ	40歳以上を対象者とした制度 	全国民を対象者(給付は高齢者中心) 	29都市で介護保険パイロット(試行)事業(2023年現在) <ul style="list-style-type: none"> ・パイロット事業の詳細は都市により異なる ・都市従業員基本医療保険, 都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組み
主な沿革	1963年 老人福祉法 1970年代 介護施設の整備 1989年 ゴールドプラン 1994年 新ゴールドプラン 2000年 介護保険	1981年 老人福祉法 2008年 老人長期療養保険	2016年 介護保険パイロット(試行)事業 2020年 同事業拡大
制度の主な特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険方式(市区町村を被保険者) ・65歳以上, 40～64歳の住民を被保険者 ・保険料(50%)と公費(50%)を財源 ・要介護認定などを経て介護サービス(居宅, 通所, 施設)提供 ・現金給付は行わない ・外国人介護労働者を受け入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険方式(国民健康保険団を被保険者) ・医療保険加入者が被保険者 ・保険料と公費(介護費用見込みの20%)を財源 ・要介護認定などを経て介護サービス提供(居宅, 通所, 施設) ・条件付きで現金給付あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・社会保険方式(都市従業員基本医療保険を活用) ・都市従業員基本医療保険加入者などが被保険者 ・保険料と公費を財源 ・要介護認定などは地域により異なる
規模(受給者)	6,381,700人(2021年介護給付費等実態統計) ※65歳以上人口(36,213千人)に占める割合は18%	受給者899,113人(2021年老人長期療養保険統計) ※65歳以上人口(8,913千人)に占める割合は10.7%	受給者120.8万人(2022年, 2022年全国医疗保障事业发展统计公报)
規模(給付費)	11兆291兆円(2021年介護給付費等実態統計)自己負担を含む	11兆1,146億ウォン(約1.2兆円, 2021年老人長期療養保険統計)	介護保険基金からの支出は104.4億元(約2,090億円, 2022年, 2022年全国医疗保障事业发展统计公报)

出所：小島克久「東アジアにおける高齢者介護制度の構築段階と日本の経験の伝搬に関する研究(平成28～令和元年度)について」『社会保障研究』第16号所収の図を、厚生労働科研(課題番号20BA2001)『令和2～4年度 総合研究報告書』所収の「日中韓少子高齢化施策要素表」の内容を加筆の上で引用。なお、中国は国家医疗保障局『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』医保发〔2020〕37号(2020.9)、万・小島(2022)、国家医疗保障局『2022年全国医疗保障事业发展统计公报』を参照。

注：規模(給付費)の邦貨換算は、日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場(令和5年8月中において適用)」による。

8) 中国の介護保険モデル事業の現状と実施都市の詳細な分析は、万・小島(2022)参照。

9) 前掲2のうち、小島(2015)、小島(2018)、小島(2019)を参照。

2. 日中韓の介護制度の構成要素—共通点と相違点—

次に、日中韓の介護制度について、その構成要素から詳細な検討を行う。具体的には、表2で日中韓の介護制度の内容を、制度概要、財源、受給者、サービス内容などの制度構成要素別にまとめている。この表は、原票となるⅢで述べた介護制度の構成要素表をもとにしている¹⁰⁾。この表2をもとに、日中韓の介護制度の共通点、相違点の有無を検討することができる。

(1) 制度概要・保険者

まず「制度概要」では、介護制度を規定する法制度、適用される地理的範囲をまとめた。日本では介護保険法が全国に適用され、市町村が保険者として運営している。韓国では、韓国では老人長期療養保険法という介護保険の法律があり、これが全国に適用されている。保険者は国民健康保険公団という医療保険の保険者である。中国では老人權益保護法¹¹⁾や地方政府の条例で介護制度が形成されている。その中で、介護保険はパイロット事業として29カ所の地域で実施されている。ここは日中韓の介護制度の基礎情報であるが、社会保険方式を採用する点では共通点が見られる。

(2) 財源

日中韓の共通点として介護保険の実施、つまり財政方式として社会保険方式を採用していることがある。日本の介護保険でも、財源は介護保険料（以下、保険料）だけでなく、税財源や自己負担もある。韓国や中国でも同様に、介護保険料に加えて、税財源からの補助や自己負担がある。

表2の「財源」から保険料について見ると、日本では、後述の第1号被保険者（65歳以上）、第2号被保険者（40～64歳）に対して、収入や賃金に応じて保険料を徴収している。前者の全国平均は月額で6,014円、後者は賃金の1.64%となっている。韓国では、医療保険料の12.81%を保険料として徴収しており、賃金の0.91%に相当する。中国では所得に基づく、医療保険料の一定割合など、パイロット事業実施都市により異なる¹²⁾。

税財源からの補助も日中韓それぞれで仕組みがある。日本では自己負担を除く介護費用の50%を税財源から補助する。その内訳として、国が25%、都道府県が12.5%、市区町村が12.5%の割合で補助する（原則）。韓国では介護保険保険料の予想収入額の20%、医療扶助（日本の生活保護の医療扶助に相当）受給者の給付費、管理運営費の100%を政府が補助する。ただし、中国では税財源からの補助はパイロット事業実施都市により異なる¹³⁾。

自己負担の仕組みも日中韓にある。日本では原則として介護費用の10%（高所得高齢者は20%、30%もある）を利用者が負担する。韓国では居宅サービスが15%、施設サービスが20%の自己負担割合となっているが、低所得者には減免がある。中国でも自己負担が設定されているが、その割合は15～20%とパイロット事業実施都市により異なる¹⁴⁾。

10) 本稿では、日中韓の介護制度の共通点、相違点のまとめのしやすさの関係で、表2の制度構成要素の項目の順序が原本のそれと若干異なる。用語の使い方などは原票に準じた。

11) 同法の基本的な解説は余（2023）参照。

12) 例えば荊門市では、前年度の住民可処分所得の0.4%の保険料率である（万・小島（2022））。

13) 例えば荊門市では、自己負担を含む介護費用の8分の3を税財源から補助する（万・小島（2022））。

14) 例えば青島市では、都市部従業員の個人負担は10%である（万・小島（2022））。

このように、詳細な点での違いはあるが、財源として保険料、税財源、自己負担の構成になっている点は、日中韓で共通している。介護制度が社会保険方式であることで、財源の面でも共通点が見られることがわかる。

表 2 日中韓の介護制度の要素表

制度構成要素		日本	韓国	中国
制度概要	法	介護保険法	老人長期療養保険法	老人權益保護法および地方政府の条例
	地理的範囲	全国	全国	中国の29地域
	制度運営	市町村が保険者として運営、国や都道府県はこれを支援	韓国国民健康保険公団(医療保険の保険者)が運営、国や自治体が支援	省市政府が運営(民間委託もあり得る)
財源	保険者	市区町村	国民健康保険公団	試行事業が展開される市(運営を保険会社など企業に委託する場合もある)
	原則	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
	税財源補助	あり(自己負担を除く介護費用の50%＝国税25%、都道府県12.5%、市区町村12.5%)	あり(長期療養保険料の予想収入額の20%+医療扶助受給権者の給付費用・管理運営費100%等)	地域により異なる
	保険料率	1号被保険者(65歳以上)は収入に応じて9段階の保険料(全国平均6,014円/月)、2号被保険者(40～64歳)は標準報酬(賃金)の1.64%	医療保険料(2023年で賃金の7.09%、労使折半)の12.81%(給与の0.91%相当)	所得に基づく、医療保険料の一定割合など
受給者	自己負担	あり(定率:原則10%、高所得高齢者は20%、30%)	あり(定率:居宅15%、施設20%、低所得者には減免あり)	地域により異なる(15-20%くらい)
	被保険者	住民基本台帳登録者で、①65歳以上(第1号被保険者)、②40～64歳の者(第2号被保険者)	医療保険加入者(全年齢)および医療扶助受給権者	都市従業員基本医療保険加入者および一部地域では都市・農村住民基本医療保険加入者も対象
	対象	①は要介護(要支援)の認定を受けた者、②はその状態が特定疾病(末期がんや脳筋リウマチ等の老化による病気が原因のもの)によって生じた場合	加入者で、65歳以上若しくは老人性疾患者(64歳未満)の中で要介護認定を受けた者	60歳以上の要介護(要支援)の認定を受けた者で、重度がメイン
	認定基準	心身の状態の喪失度(樹形図モデル)	心身の状態の喪失度(樹形図モデル)	地域により異なる
要介護認定	実施者	介護認定審査会を保険者におく	介護認定審査会は自治体におく	
	要介護の段階等級	7段階(要支援1～2、要介護1～5)	6段階(認知支援等級、5等級～1等級)比較的中度から重度まで	
	有効期間	あり(6か月、原則)	あり(最低1年6ヶ月から最大4年6ヶ月まで(更新申請の場合))	
ケアマネジメント・ケアプラン	ケアマネジメント	あり(ケアプランを作成)	あり(個人別長期療養利用計画書、給付提供計画書)	
	ケアプラン作成者	居宅介護支援事業者(ケアマネージャー)	個人別長期療養利用計画書は保険者、給付提供計画書は介護事業者	例:上海市は介護保険としてはなし
	ケアプラン法的拘束力	あり	あり	

(3) 被保険者

保険料を負担したり、介護サービスを利用したりする被保険者では、日中韓で少し違いがみられる。日本では、住民基本台帳に登録された者で、65歳以上の者を第1号被保険者、40～64歳の者を第2号被保険者とする。「住民」であることを基礎にして、市区町村が保

表2 日中韓の介護制度の要素表（続）

制度構成要素		日本	韓国	中国
サービス内容	サービスの種類	施設、通所(デイサービス・ショートステイ)、居宅	施設、居宅、通所(デイサービス、ショートステイ)、認知活動型訪問療養、特別現金給付(家族療養費)	施設、居宅など地域により異なる。ほとんどの地域は施設を志向
	その他のサービス	福祉用具、住宅改修、移送	福祉用具(居宅給付)、住宅改修・移送	一部の地域で福祉用具
サービス事業者	利用限度枠設定の有無	あり	要介護度別にあり	地域により異なる
	介護報酬体系	あり	あり	サービス利用料を施設が決定し、補助額を自治体が決める
介護従事者	組織形態	公営および民営(非営利、営利)組織	公営および民営(非営利、営利)組織、個人	公営および民営(非営利、営利)組織
	公的な認定制度	あり(指定事業者)	あり(指定事業者)	あり(指定事業者)
家族介護者	事業者の選択	事業者を選択できる	事業者を選択できる	事業者を選択できる
	資格名称	介護福祉士、社会福祉士、初任者研修修了者(介護ヘルパー)、介護支援専門員(ケアマネージャー)、医師、看護師など	介護福祉士、療養保護士(介護ヘルパー)、医師、看護師など	国家レベルの資格認定が廃止
家族介護者	外国人従事者	あり(特定活動(EPA)、介護、技能実習、特定技能、(特別)永住者、日本人(永住者)の配偶者等、定住者)	看病人(中国朝鮮族など)	皆無に近い
	現金給付	現金給付は行わない	介護サービスが利用できない山間部等に居住などの条件付きで、家族療養費を要介護高齢者に支給。	一部地域で実施
家族介護者	公的支援	介護休暇・休業制度、介護相談(地域包括支援センターの任意事業)	家族を介護する療養保護士(介護事業所に所属)に条件付きで俸給が支給、自治体・公団の介護相談センターがある。介護休暇は一部自治体でモデル事業が実施	試行事業あり
	家族介護者研修	自治体の任意事業	国民健康保健公団支社の特別事業	研修あり
その他関連事項	医療との連携	あり(積極的に推進)	医療・療養・介護などの統合型体制を導入予定(2023年モデル事業、2025年導入予定)	医療結合を積極的に推進
	地域密着	地域包括ケアシステムの構築(医療、介護、福祉等の連携)	地域包括ケアシステムの構築(医療、介護、福祉等の連携)	模索中
その他関連事項	介護の質評価	複数の評価方法(第三者評価、自己評価、情報公開など)	保険者の基準による評価制度(インセンティブつき)	なし
	ICTの活用	ICT機器、介護ソフトウェア導入の推進、介護ロボット開発、利用促進、介護レセプトと医療レセプトとの連携など	社会保障情報システムによる情報連携(保健福祉部下の韓国社会保険情報院において至国民の社会保障と社会福祉、保健医療に関する情報を統合して運営するシステム)	家庭病床、緊急ベルなど Smart 養老実行事業

出所:厚生労働科研(課題番号20BAY2001)『令和2～4年度 総合研究報告書』所収の「日中韓少子高齢化施策要素表」による。内容要約の上で作成。中国の下線部は方・小島(2022)による補定。

注:制度の構成要素の並び、用字用語は、「日中韓少子高齢化施策要素表」による。

険者となる「地域保険型」という性格が表れている。韓国では医療保険加入者および医療扶助受給者となっており、年齢の条件はない。医療保険に関わった被保険者の条件となっており、「医療制度活用型」という性格が表れている。中国では、被保険者の範囲はパイロット事業実施都市により異なるが、すべての都市で都市従業員基本医療保険加入者を対象としている。一部の都市では、都市・農村住民基本医療保険加入者も対象としている。中国では居住地（都市か農村か）、職業（雇用されているか否か）で加入する医療保険の種類が異なる。都市の雇用者の医療保険を柱にした、「医療保険活用型」という性格が現れている。

このように、被保険者の範囲では日本の「地域保険型」、韓国、中国は「医療保険活用型」の性格があり、この点では相違点が見られる。

(4) 受給者・要介護認定・ケアプラン

介護保険からのサービス利用には、受給者の範囲、要介護認定や介護サービス提供や利用の仕組みであるケアプランが重要となる。日中韓でそれぞれの仕組みとなっており、項目によっては、相違点の方が顕著である。

まず介護サービスの利用者である「受給者」の範囲は、日中韓すべてで高齢者が中心であり、ここは共通点となる。日本では、第1号被保険者は要介護（要支援）認定を受けた者が受給者の中心である。第2号被保険者の場合、要介護の状態が特定疾病（末期ガン、関節リウマチなどの老化による病気が原因のもの）による場合に限られる。韓国でも、受給者（要介護人認定を者）は65歳以上の者であり、64歳以下の者の場合、老人性疾病患者に限られている。中国では、60歳以上の者で要介護認定を受けた者である。

次に要介護認定は日中韓それぞれに仕組みがある。日本と韓国に共通点がある一方、中国は試験的事業にとどまっている。日本、韓国ともに心身の状態の喪失度（樹形図モデル）をもとに要介護度を判定する。その審査を行う介護認定審査会は、日本では保険者（市町村）、韓国では自治体におかれる。保険者であるか否かの違いはあるが、ともに地方政府で要介護認定を行うことは共通している。ただし、要介護の段階は、日本が7段階（軽い順に要支援1,2および要介護1～5）である一方、韓国は6段階（同、認知症支援等級、5等級～1等級）である。日本が軽度から重度までをカバーするが、韓国は比較的中度から重度までのカバーとなっている。日韓ともに要介護認定の有効期間がある。このように、要介護認定の仕組みには共通点が多いが、その段階、日本は軽度者から対象にする、韓国は比較的中度者から対象とするという対象者の範囲での相違点がある。

そして要介護（支援）と認定された後は、介護サービスの利用計画が必要となる。これが「ケアプラン作成」や「ケアマネジメント」である。その仕組みには日中韓の違いが大きい。日本では介護サービス利用の前にケアプランを作成する必要がある。そのための専門職として介護支援専門員（ケアマネージャー）がいる。ケアプランに従って介護サービスを提供するというケアマネジメントを行う必要がある（法的拘束力あり）。韓国でもケアプランを作成するが、保険者が作成する個人別長期療養利用計画書、介護事業者が作成する給付提供計画書がある。前者は要介護度と利用できるサービスの限度額などを定めた

ものであり、後者は前者に基づく具体的な介護サービス利用計画である。中国では、ケアプラン、ケアマネジメントの仕組みはパイロット事業実施都市により異なり、例えば上海市では、ケアプラン、ケアマネジメントの仕組みは介護保険としては存在しない。このように、ケアマネージャーまで制度化された日本、保険者と介護事業所の二重ケアマネジメントの韓国、制度が固まっていない中国という大きな違いがみられる。

このように、受給者（対象者）、要介護認定、ケアマネジメントで見ると、受給者では高齢者中心という日中韓での共通点の一方、ケアマネジメント・ケアプランでは、日中韓での仕組みの差が見られる。

(5) 利用できる介護サービス・介護報酬

介護保険で利用できるサービスは、日本と韓国では居宅、施設など多様であることが共通する。具体的には、日本、韓国の介護保険ともに、施設、通所（デイサービス、ショートステイなど）、居宅の介護サービスが利用できるほか、福祉用具、住宅改修、移送なども利用できる。ただし、韓国の介護保険では後述するような特別現金給付（家族療養費）があり、ここが大きな違いである。中国でも、居宅、施設など、どのパイロット事業実施都市でも複数のサービスが利用できるが、その状況には都市による違いがある¹⁵⁾。施設を指向する傾向が強い。これらの介護保険からのサービスには無制限で利用できるわけではなく、利用限度枠が設定されている点は各国で共通する。日本と韓国では要介護度別に利用限度枠が設定されている。中国ではパイロット事業実施都市によって異なる。

介護保険から支払われる介護サービスの対価、つまり介護報酬については日本・韓国と中国の間で大きく異なる。日本と韓国では介護保険のもとで介護サービスなどの別に介護報酬が細かく決まっている。ある意味で公定価格の下で、介護事業者は利用者をめぐる競争する「準市場」のような形である。中国では介護サービス利用料は介護事業所が決定し、それに対する補助額を地方政府が決める形であり¹⁶⁾、自由市場的な性格が強い。

(6) 介護サービス提供体制

介護サービスを提供する事業者であるが、日中韓での共通点が多い。日中韓ともに公営と民営（非営利および営利）事業所による介護サービス提供が可能である。公的な認定制度がある一方、利用者には介護事業所の選択が可能である。一方で、その介護事業所を支える従事者には各国での違いがある。日本では、介護福祉士、社会福祉士、初任者研修修了者（介護ヘルパー）、介護支援専門員、医師、看護師など、医療、福祉系のさまざまな人材が、資格（認定）を持った専門職として介護サービスを支えている。韓国でも同様であるが、介護福祉士、介護支援専門員に相当する公的な資格は存在しない。一方で中国では国家レベルでの資格認定が廃止されている。

近年、日本で受け入れが進み始めた外国人介護従事者については、各国での違いが大きい。日本では、特定活動（EPAによるもの）、介護、技能実習、特定技能での在留資格で外国人介護人材を受け入れている。また、日本人の配偶者や永住者などで介護従事者にな

15) 万・小島（2022）による。

16) 例えば、寧波市では介護施設への補助は1日あたり40元の定額である（万・小島（2022））。

る者もいる。韓国では看病人と呼ばれる職種で外国人を受け入れているにとどまる。多くは中国の朝鮮族である。中国では外国人介護従事者は皆無に近い。

このように介護サービス提供体制について、介護人材の面で日中韓の違いが大きい。

(7) 家族介護者支援

介護サービスが充実しても、家族が介護のさまざまな場面で役割を果たすことは多い。介護保険サービスの利用が普及した日本でも在宅の要介護高齢者の主な介護者として、同居の家族が2022年で45.9%を占める¹⁷⁾。そのため、家族介護者への支援は重要であるが、彼らへの支援策でも日中韓の違いが大きい。

日本では、介護保険としての現金給付は行われていない。介護休暇や介護休業制度があり、これに加えて自治体による介護相談、介護者研修などの家族介護者支援が行われている。ただし、自治体の家族介護支援事業は、地域包括支援センターの任意事業であり、事業の内容に地域差があるものと思われる。

韓国では、介護保険に特別現金給付（家族療養費）がある。これは介護サービスが利用できない山間部などに居住している等の条件付きで、家族による介護を受けている要介護高齢者に支給される手当である。条件が厳格であり例外的なものである。その他に、療養保護士（介護ヘルパー）の資格を持つ者が自分の親などを介護する場合に、家族ヘルパーとして介護報酬（給料）が支給される。こちらも介護事業所に所属している、1日当たりの介護時間などの条件がある。地方自治体や国民健康保険公団に介護相談センターが設置されている他、国民健康保険公団による家族介護者研修がある。介護休暇は一部地域でモデル事業が行われている。

中国ではこれらについては試行事業があるにとどまる¹⁸⁾。このように、家族介護者支援策にも各国の違いが大きい。

(8) その他（医療との連携、地域密着など）

日中韓の介護制度の構成要素としてその他の側面をいくつか見てみよう。まず医療との連携の推進は日中韓で共通している。日本では2011年の在宅医療連携拠点事業の開始から積極的に推進している。韓国では、医療・療養・介護などの統合判定体制を導入予定で、療養病院（医療保険）、介護サービス（介護保険）—高齢者オーダーメイド介護サービス（自治体）間の合理的な利用を支援するものである。2023年のモデル事業を経て、2025年の実施を目指している。中国でも「医养結合」の名の下で医療と介護の連携を目指している。

次に、地域密着では日中韓の取り組みに違いがある。日本では「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。これは、「高齢者が住み慣れた地域（日本では中学校の校区程度）で、希望する医療、介護、その他の福祉等のサービスを利用できるようにする体制」を意味し、全国で各地域の実情に合わせた取り組みが進んでいる。韓国でも、コミュニティケアのモデル事業が行われている¹⁹⁾。中国では地域密着の介護サービス提供については模索

17) 厚生労働省「国民生活基礎調査」（2022年）による。

18) 例えば、荊門市では家族介護者を対象とした介護従事者養成課程がある（万・小島（2022））。

19) この詳細は、金（2023）参照。

中である。つまり、地域密着の介護サービス提供には、日中韓でその進展の差が大きい。

その他、介護サービスの質の評価では、複数の評価方法がある日本、保険者による評価を行う韓国がある一方で、中国にはこうした制度がない。ICTの活用については、介護サービス提供、管理などで各国それぞれの取り組みが進んでいる。

V. 日中韓の介護制度の多様性の背景と今後の制度展開可能性

1. 日中韓の介護制度の多様性の背景—制度構成要素別の共通点と相違点の現れ方の傾向から—

日中韓の介護制度には、その構成要素で見ると共通点、相違点がそれぞれ顕著な側面がある。両者の存在が日中韓の介護制度の多様性の背景になっていると考えられる。

表3は、日中韓の介護制度の構成要素で共通点、相違点のどちらが顕著かの視点で、上記の分析結果を改めてまとめたものである。共通点が顕著なのは、制度概要、財源、受給者、介護サービス従事者であり、制度構成要素のその他では、医療との連携、地域密着、ICTの活用である。制度概要と財源では、日中韓が社会保険方式で介護制度を構築したため、財源としては保険料があり、対象者すべてが保険料を負担できるようにその水準を抑えるなどの理由から税財源の補助が導入された。そして便益負担として、自己負担も導入された。この点は、2000年に介護保険を実施した日本に対して、韓国、中国も同じ方向を取っている。この点は、介護制度を税方式、社会保険方式のどちらにするかで決まる内容なので、後者を取ったことで日中韓の介護制度の共通点となっている²⁰⁾。

受給者、介護サービス事業者では、前者は日中韓の介護保険が高齢者介護を中心とした制度を目指したこと、後者では多様な主体による介護サービス提供を目指したことが背景として考えられる。その結果、これらの点でも共通点が顕著である。医療との連携、地域密着では、介護は医療との関係が深いこと、地域に住む高齢者への介護サービス提供を重視したことが共通してあったものと思われる。ただし、その進め方には各国の違いがあろう。ICTの活用は、介護人材の負担軽減などの事情から最新技術の活用が各国で重視されたものと思われる。

このように共通点は、財政方式（社会保険方式か税方式）や介護制度の対象者（高齢者のみ、若年障害者を含める）のように選択肢が限られる、医療との関係のように介護制度との関係が深い制度内容などで現れていることがわかる。

同じ表3から相違点が顕著な制度構成要素として、保険者、被保険者、要介護認定、ケアプラン・ケアマネジメント、利用できる介護サービス、介護報酬、介護従事者、外国人介護労働者、家族介護者支援、その他のうち地域密着と介護の質の評価がある。これらの理由を仮説的に分類すると、①各国の既存の制度が背景にあるもの、②政策判断の違いがうかがえるもの、③取り組みの違いが大きいもの、が考えられる。

20) 台湾では、介護制度に税方式を採用した。これは税財源での介護サービスの充実を重視したためである。一時的に介護保険も検討していた。詳細は、前者は小島（2019）、後者は小島（2015）を参照。

表3 日中韓の介護制度の共通点、相違点のまとめ

制度要素	共通点が 顕著	相違点が 顕著	備考
制度概要	○		日中韓で社会保険方式を採用
保険者		○	日本は地域保険, 韓国, 中国は医療保険活用方式
財源	○		日中韓で保険料, 税財源, 自己負担あり
被保険者		○	日本は地域保険, 韓国, 中国は医療保険活用方式
受給者	○		日中韓で高齢者中心
要介護認定		○	日韓で共通, 中国は試験事業にとどまる
ケアプラン・ケアマネジメント		○	日本ではケアマネジャーを制度化, 韓国は保険者と介護事業者の二重ケアマネジメント, 中国は制度が固まっていない
利用できる介護サービス		○	日韓で施設, 居宅など多様, 中国は施設を指向
介護報酬		○	日韓で介護報酬で公定, 中国は価格は介護事業者が決め, 地方政府は一部を補助
介護サービス事業者	○		日中韓で公営と民営の事業者
介護従事者		○	日韓は資格化された介護従事者の種類に差. 中国は国家レベルの資格認定が廃止
外国人介護労働者		○	日中韓で大きな差(日本で受け入れが進み始める)
家族介護者支援		○	韓国で介護保険の現金給付, 日本では介護休暇, 介護休業, 中国は試験事業
その他(医療との連携)	○		各国で推進
その他(地域密着)	○	○	各国で推進, 日本で「地域包括ケアシステム」の構築で先行
その他(介護の質評価)		○	日韓で仕組みに差, 中国には仕組みなし
その他(ICT活用)	○		

出所:筆者作成.

①として、保険者、被保険者が考えられる。日本では、介護制度を含む高齢者福祉は、1963年の老人福祉法の成立から独立した政策分野としての歩みがある。介護は医療的なケアもあるが、1961年に国民皆保険の仕組みが整い、1973年には老人医療費無料化、1982年に老人保健制度の実施など、高齢者が医療サービスを利用するための仕組みを整えてきた。高齢者福祉と医療に分かれていた介護サービスを統合し、介護サービスを利用しやすくなったのが2000年実施の介護保険法であり、保険者も住民に身近な公的機関である市町村とした。こうした経緯があり、日本の介護保険は、住民であることを基礎とした地域保険としての性格がある。一方、韓国の介護保険は、国民健康保険公団という医療保険の保険者、医療保険の仕組み活用している。韓国の医療保険は、ひとの保険者で国民をすべてカバーし、それを運営する国民健康保険公団には、専門性の高い職員を多く抱える。そうした背景から、韓国の介護保険が医療保険活用型となっている。中国も、都市従業員基本医療保険を活用するスタイルを取っている。医療保険の基金を活用、被保険者として雇用されている人を把握しているという側面から中国も医療保険活用型という性格を持っているものと思われる。

②は、要介護認定、ケアプラン・ケアマネジメント、利用できる介護サービス、介護報酬、介護従事者、外国人介護労働者、家族介護者支援が考えられる。その中で日中韓の違いが顕著なものを取り上げると、ケアプラン・ケアマネジメントは、介護支援専門員を制度化することで、介護サービス事業のひとつとした。韓国は保険者による標準ケアプラン作成があったが、それだけでは個別のニーズに対応できないので、介護事業所による介護

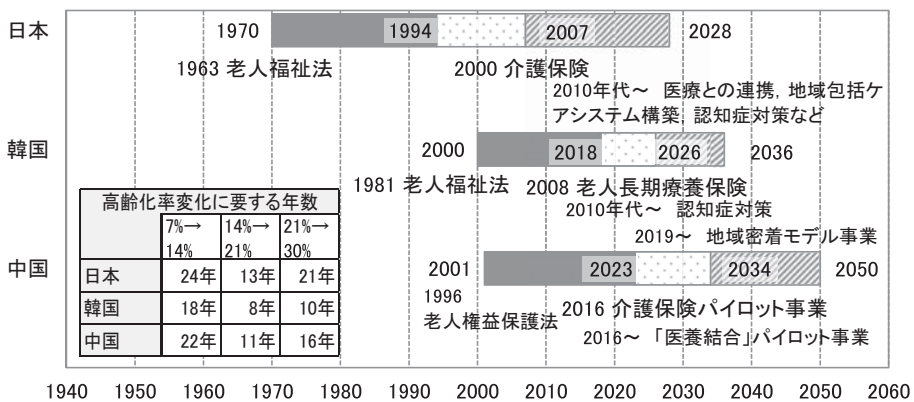
サービス利用計画が必要となり、保険者と介護事業者の二重ケアマネジメントになったものと思われる。外国人介護労働者は、日本は人口高齢者で介護人材が不足する中で、人材確保の必要から、現在の仕組みを構築した。韓国は看病人の受け入れにとどまり、国土が広く人口が多い中国は彼らの必要性を感じなかったものと思われる。家族介護者支援では、日本は介護保険での介護サービス提供で、家族の介護負担軽減で間接的な家族介護者支援を想定したものと思われる。韓国の場合、介護サービスは誰が誰に提供しても同じという考えから、家族療養費や家族ヘルパーの介護報酬が介護保険の給付になったものと思われる。

③は、取り組みは共通して見られるが、その違いが大きいものである、その例として地域密着を挙げると、日本では「地域包括ケアシステム」の構築を全国的に進めている。全国的に地域差を伴う高齢化、介護や医療の人材だけでは、高齢者の介護などのニーズにすべて対応できないことから、医療や介護以外の保健福祉サービスとのつながり、それに住民も含めた地域全体で高齢者を見守る仕組みとなっている。韓国では高齢化が日本ほどの水準でないためか、モデル事業にとどまっている。中国も模索中である。ここは、高齢化の水準の違いが取り組みの差となっているものと思われる。

このように、相違点は各国の実情、政策判断、取り組みの程度の差という、日本のような先行事例を参照しても、各国で制度内容の違いが出やすい側面があるものと思われる。共通点、相違点それぞれが現れやすい制度構成要素があり、これらが混合することで、日中韓の介護制度には多様性があることにつながっていると思われる。

2. 今後の制度展開の可能性—高齢化と政策展開の速度から—

日中韓の介護制度には多様性があるが、今後どのような方向で介護制度展開があり得るか、上記の結果と今後の高齢化の速度から考察する。



出所：国立社会保障・人口問題研究所『人口統計資料集2023』，増田（2014），万・小島（2022），各国資料より作成

図1 高齢化率（65歳以上）の水準到達年次と介護制度展開時期（主なもの）

日中韓の高齢化の速度を、高齢化率（65歳以上）が主な水準に達した年次、かかった年数からみるために、図1のようにまとめた。ここには介護制度展開の時期も加えてみた。この図からまず、高齢化の速度を見てみよう。高齢化率が7%から14%に達するまでの期間である「倍加年数」を見ると、日本は1970年から1994年までの24年、韓国は2000年から2018年までの18年、中国は2001年から2023年までの22年である。倍加年数は日本、中国、韓国の順の長さである。

高齢化率が14%から21%に変化するまでの年数を見ると、日本は13年（1994年から2007年）、韓国が8年（2018年から2026年）、中国が11年（2023年から2034年）であり、上記の倍加年数よりも短い。ここでも日本、中国、韓国の順の長さである。さらに高齢化率が21%から30%になるまでにかかる年数は、日本は21年（2007年から2028年）、韓国が10年（2026年から2038年）、中国が16年（2034年から2050年）である。高齢化率が7%に達した時期は、日本、韓国及び中国では30年程度の差があった。しかし、これが30%に達する時期を日本の2028年を基準にすると、韓国、中国でおおむね10年間隔での達成である。つまり、高齢化の速度で日本との差が縮小する見通しである。

日中韓の老人福祉法、介護保険、介護制度の関連施策の実施時期を、日本との差で見ると、高齢化の速度と比べて短い間隔での実施となっている。まず、老人福祉法の制定は日本が1963年、韓国が1981年であり、18年の差である。中国の高齢者関係の法律の代表である老人權益保護法は1996年の実施で、日本とは33年の差がある。次に、介護保険の実施は日本が2000年、韓国が2008年であり、中国はパイロット事業ではあるものの2016年と、各国が8年間隔で実施している。日本では高齢化率が14%から21%に変化する時期に介護保険が実施された。一方で、韓国や中国では14%に達する前に制度が実施されている。つまり、韓国や中国での介護保険実施のテンポは、日本よりも早い。

介護制度の関連施策として、日中韓の地域密着の介護システム、医療との連携、認知症対策の実施時期についてみてみよう。地域密着の介護システムについては、日本では「地域包括ケアシステム」の推進は、2011年の介護保険法の改正で明確に示された。韓国では、2019年に地域社会統合ドルボムモデル事業が16か所の地域で開始された²¹⁾。モデル事業ではあるが、日本より8年の遅れである。医療との連携は、日本での例を挙げると、2011年度からの「在宅医療連携拠点事業」、2013年度から「在宅医療推進事業」を経て、2015年からの「在宅医療・介護連携推進事業」がある。中国では「医養結合」という名のもと、2016年から2回に分けて北京などの90か所の地域を、医療と介護の連携のパイロット事業を実施している²²⁾。日中両国に政策の実施にあまりタイムラグが見られない。

認知症対策では、日本では総合的な認知症対策の例として、2012年の「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」、2015年の「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」の策定がある。韓国では、2011年

21) 詳細は、金（2023）を参照。

22) 中国国家衛生健康委員会「关于推广医养结合试点工作典型经验的通知」（国卫办老龄发〔2023〕3号）による。
https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2023-03/17/content_5747306.htm（2023年9月26日最終確認）

に認知症管理法を制定したり、2020年度に第4次改正を行った「国家認知症管理総合計画」を実施したりしている²³⁾。認知症対策では日韓での政策の実施の時期が重なっている。

高齢化の動きは韓国、中国で日本よりも急速であるが、介護保険、介護制度関連施策の実施時期は、日本との差が高齢化のテンポよりも短い、時期が重なるという特徴がある。これは、韓国、中国が高齢化や介護政策で先行する日本をみながら、日本のような高齢化の段階に達する前に、介護制度を構築していることの現れであると言えよう。

今後急速に進む高齢化の中で、韓国や中国の介護制度展開の方向として、①日本の経験の参照を重視する、②各国独自の対応を重視する、のふたつが考えられる。医療との連携、地域密着などの分野は、各国での政策実施は時期の差が小さいか、同時期である。その場合、少しでも参考になる最新例を参照するという意味では①が、先行例が乏しいので独自の判断を優先するという意味で②があり得る。どちらが重視されるにせよ、介護政策の経験の蓄積が厚い日本は参照例となるであろう。一方で、日本に参照できる経験があまりない場合は、各国の判断での制度展開が重視されるであろう。

VI. 考察

日中韓の介護制度は多様であり、それを構成要素別に見ると、共通点、相違点強い側面がそれぞれ見られた。前者が強いのは、制度内容の選択肢が少ない、一度決めると内容も決まりやすい性格のもので多い。その場合、日本のような先行例を参照しやすいことを明らかにした。一方、相違点は各国の既存の制度との関係、政策判断で選択の余地が大き、取り組みの進み具合が異なる制度構成要素で見られた。本稿では、日本の経験を参照しつつも、制度内容に共通点、相違点があり、これらが混合していることが、日中韓の介護制度に多様性の背景になっていることを明らかにした。

今後も日中韓では高齢化が進み、韓国や中国ではその速度は日本よりも速いと見通される。介護制度の展開もそれに対応して進むものと思われる。介護制度の構成要素によっては、日本の経験を追う「経路依存」の一方で、そうではない「脱経路依存」もあり得るだろう。しかも、日中韓は2020年代から人口減少社会に入っている。そのため、人口減少下での日中韓の介護制度の展開が、経路依存、脱経路依存のどちらが強い形で進むかは今後の分析課題であると思われる。日中韓に限らず、介護制度の分析には、制度分析に加え、人口高齢化、要介護者数、介護事業所、従事者などの介護インフラといった統計データによる分析も必要である。本稿では、現在の介護制度の構成内容の分析を重視したため、比較可能な統計データによる分析が課題として残された。

今後はこうした課題に対応しながら、分析を進めていくところである。

23) 詳細は、鄭他(2015)、金(2023)を参照。

付記および謝辞

本稿は、厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（課題番号：20BA2001）の成果をもとに、科学研究費補助金（基盤研究C）「東アジアにおける高齢者介護制度の多様性をもたらす背景に関する研究」（課題番号：20K02229）の成果も参照しつつ、執筆したものである。これらの研究会議およびその他の機会にコメントをくださった方々にこの場を借りて御礼を申し上げる。

参考文献

- 足立正樹編著（1998）『各国の介護保障』法律文化社
- 袁麗暉（2019）「中国における試行中の介護保険：その社会的背景、内容、期待できる効果と課題」、『東亜経済研究』, Vol.77, No.1, 2号, pp.1-17.
- 鬼塚信好他編著（2002）『世界の介護事情』中央法規出版
- 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」, 『Int'lecowk』, 第1085号, pp.17-24.
- 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」, 『健保連海外医療保障』, 第124号, pp.1-14.
- 株本千鶴（2017）「韓国の高齢者ケア—医療と介護の連携を中心に—」『健保連海外医療保障』第116号, pp.8-20.
<https://knp-digitalbook.libra.jpn.com/#/content/43> （2023年9月17日最終確認）
- 金賢植・金道勲・前橋明（2013）「韓国における高齢者対策の動向」『健保連海外医療保障』第113号, pp.33-41.
<https://knp-digitalbook.libra.jpn.com/#/content/25> （2023年9月17日最終確認）
- 金貞任（2009）「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』第169号, pp.67-78.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19052107.pdf> （2023年9月17日最終確認）
- 金貞任（2023）「老人長期療養制度の進展と地域社会統合ケアの普及の模索」『社会保障研究』第29号, pp.131-145. <https://ipss.repo.nii.ac.jp/records/2000134> （2023年10月3日最終確認）
- 金成垣・大泉啓一郎・松江暁子編著『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』明石書店.
- 健康保険組合連合会（2020）『公的介護制度に関する国際比較調査報告書』医療保障総合政策調査・研究基金事業 https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_03.pdf （2023年9月17日最終確認）
- 小島克久（2015）「台湾における介護保障の動向」『健保連海外医療保障』第106号, pp.1-12.
<https://knp-digitalbook.libra.jpn.com/#/content/31> （2023年9月17日最終確認）
- 小島克久（2016）「アジアの公的医療および介護制度—台湾—」『社会保障研究』第1号, pp.15-24.
<https://knp-digitalbook.libra.jpn.com/#/content/51> （2023年9月17日最終確認）
- 小島克久（2018）「国際機関・各国の社会保障情報へのアクセス」『社会保障研究』第7号, pp.22-224.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20185015.pdf> （2023年9月17日最終確認）
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度—台湾—」『健保連海外医療保障』第124号, pp.15-24.
<https://knp-digitalbook.libra.jpn.com/#/content/51> （2023年9月17日最終確認）
- 小島克久（2022）「東アジアの介護制度の多様性を踏まえた周辺地域への示唆の検討」『厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」』令和3年度報告書, pp. 92-115.
<https://doi.org/10.50870/00000344> （2023年9月17日最終確認）
- 沈潔（2016）「中国における介護保険制度の創設を巡って：政策の動向と政策的な要因の整理」, 『日本女子大学紀要人間社会学部』, 27号, pp.13-21
- 鄭承媛・井上祐介・趙恩暎, 斎藤民（2015）「韓国における認知症対策および家族介護者支援の取り組みの現状と課題」『海外社会保障研究』第192号, pp.46-51.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20114706.pdf> （2023年9月26日最終確認）

- 西下彰俊（2022）『東アジアの高齢者ケア—韓国・台湾のチャレンジ』新評論.
- 包敏（2020）「中国における高齢者介護サービスの現状と今後～「国务院弁公庁による高齢者介護サービスの発展推進に関する意見」を中心に～」, 『東京医科歯科大学教養部研究紀要』, 50号, pp.13-29.
- 三富紀敬（2010）「介護保障の国際比較研究における基本的な問題」『静岡大学経済研究』第14巻4号, pp.1-36.
<http://doi.org/10.14945/00004841> （2023年9月17日最終確認）
- 広井良典・駒村康平編著（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 増田雅暢編著（2014）『世界の介護保障【第2版】』法律文化社
- 増田雅暢・小島克久・李忻（2021）『よくわかる社会保障論』法律文化社.
- 余乾生（2023）「中国の高齢者権益保障法について」『社会保障研究』第29号, pp.245-248.
<https://ipss.repo.nii.ac.jp/records/2000143> （2023年10月3日最終確認）
- 万琳静・小島克久（2022）「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制」『社会保障研究』第23号, pp.454-468. <https://doi.org/10.50870/00000302> （2023年9月17日最終確認）
- 和田勝編著（2007）『介護保険制度の政策過程—日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究—』東洋経済新報社

Consideration of the Background of Long-term Care System Diversity and its Possible Future Development Direction under Rapid Population Ageing in Japan, China, and South Korea

KOJIMA Katsuhisa

In East Asia, where the population ageing has been proceeding rapidly, construction of long-term system has become an important policy challenge. Japan, South Korea, and China in East Asia have developed each long-term care system with diversity. But, there are commonalities such as the adoption of a social insurance system among them. Japan experience has been referred in long-term care service provision and community-based care system for South Korea and China.

In this paper, I have analyzed the diversity of long-term care system in Japan, China, and South Korea from the perspective of its system components. I have found the results as follows.

1) There are strong commonalities in system components with limited policy options such as financial methods.

2) There are strong differences in system components such as long-term care provision. It is because that each country can decide its system in detail based on the socio-economic and older person's social welfare development status.

With the combination of these commonalities and differences, the diversity has been brought to long-term care system in Japan, China, and South Korea. At the same time, I have considered the possible directions for the development of the long-term care system in these countries with rapid population ageing in the future.

Keywords: Population ageing, Policy for population ageing, Long-term care system, East Asia