

韓国の介護保険制度に関する研究

宮城好郎・宣賢奎

A Study Regarding the Public Nursing Care Insurance System in Korea

Yoshiro MIYAGI・Hyeon-kyu SEON

This paper clarifies the public nursing care insurance system in Korea that is scheduled to be introduced in July 2008, and includes an explanation of the background, outline and other issues leading to its introduction. The infrastructure improvement of nursing services is progressing slowly due to the difficulty of securing sources of revenue for the system's introduction, and since the system itself has many problems, the bill has not been enacted yet. However, if the system is introduced it is believed that the environment of care and welfare in Korea that had previously been dependent upon nursing care provided by family members will change suddenly. Since it means that the family's care burden will be reduced and that various problems currently being confronted will be solved, the earliest possible introduction of the system is desired.

In particular, this paper discusses the Korean system with an emphasis on its comparison with the public nursing care insurance system in Japan. It is hoped that this study will contribute to the future management of the public nursing care insurance system in Japan.

はじめに

世界で最も早いスピードで高齢化が進んでいる韓国では、2008年7月に介護保険制度⁽¹⁾が施行される予定になっている。筆者らはこれまでの研究を通して、韓国の介護保険制度の導入の背景、介護保険制度の概要と課題等について明らかにしてきた^{(2)~(3)}。しかし、これらの先行研究は、制度の枠組みがまだ確定していない段階での議論であったため、不確実な要素が多く含まれている。実は現在、韓国の介護保険制度は政府与党が立案した介護保険法が国会に提出されている段階であり、2008年7年の施行に向け、与野党間で激しい議論が交わされている状況にある。

国会に提出された介護保険法案は不備が目立つため、

与野党間の折り合いがつかず、2006年12月末現在の時点でまだ法案が国会を通過していない。ただ、2006年2月に法案が提出されてから、幾多の折衝を経て、いくつかの項目については合意に達しており、法案成立が間近に迫っている。

そこで本研究では、韓国の介護保険制度に関する直近の動向を踏まえつつ、与野党間で合意に達した事項を中心に、日本の介護保険制度との比較に重点を置きながら、先行研究を補足する形で議論を行いたい。さらに、本研究を通して得られる成果が、日韓の高齢者介護に関するそれぞれの基層にある共通点と相違点をより明確にするという今後の比較研究に資することを目的とするものである。

宮城好郎(みやぎよしろう)
岩手県立大学助教授
宣賢奎(そんひょんぎゅ)
東日本国際大学助教授

表1 主要国の人口高齢化速度

区分	日本	韓国	アメリカ	フランス	スウェーデン
高齢社会到達所要年数	24	18	72	115	85
高齢化社会（7%）到達年度	1970	2000	1942	1864	1890
高齢社会（14%）到達年次	1994	2018	2014	1979	1975

資料：韓国統計庁「将来人口推計」、2001年及び国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」、2003年

表2 高齢者の子どもとの同居率の推移

	1980	1985	1990	1995	1998
韓国 ¹⁾	80.3%	78.3%	72.4%	56.2%	53.2%
日本 ²⁾	69.0%	64.6%	59.7%	55.3%	50.3%

資料：1) 韓国保健社会研究院、各年度

2) 旧厚生省大臣官房統計情報部「平成10年国民生活基礎調査」

I. 介護保険制度の創設の背景

1. 急速な人口高齢化

2005年現在の韓国の高齢化率は9.1%（438万人）である。出生率の低下（2005年現在の合計特殊出生率は1.02）、平均寿命の伸張等により、世界に類をみない早いスピードで人口の高齢化が進んでいる韓国では、2018年には高齢社会に突入すると予測されている（表1）。2015年後の高齢者人口は640万人に増え、2025年後には1000万人に達すると推計されている。2030年には高齢化率が24%を超える見込みである。2004年に62万人（高齢者人口の14.8%）だった要介護者は2010年に110万人に増え、2020年には158万人に達すると予想されている。なかでも、2004年現在35万人と推計されている認知症高齢者の急増が予想され、2020年には69万人に達する見込みである。

2. 家族の介護機能の低下

「先家庭保護・後社会保障」政策をとってきた韓国

では、老人福祉法の基本姿勢に基づき、高齢者の介護の大部分を私的な介護体系、すなわち伝統的家族介護に依存してきた⁽⁴⁾。日本に比べて、高齢者のための公的扶養体系が不十分な韓国では、その大部分を私的な扶養体系に依存してきた。韓国は「孝」を重視する儒教文化圏の社会的価値を持つ国であり、「年老いた親の面倒は子どもが看る」ということが半ば常識とされている。しかし、1990年以降の急速な産業化や都市化は家族扶養形態の変容を迫り、老父母に対する扶養意識、すなわち「孝」に対する意識が薄れつつあるなか、子どもを中心とした家族依存型の高齢者扶養及び介護が限界に達している。

高齢者の子どもとの同居率や経済的支援は年々減少しており、家族による扶養（介護を含む）機能が低下しつつある。高齢者の家族との同居率をみると、1980年の80.3%から1998年には53.2%にまで減少している（表2）。

欧米諸国や日本の場合、大多数の高齢者は公的年金から老後の生活資金を得ている。つまり、自己の労働の対価として収入を得ている高齢者は少なく、ほとんどの高齢者が公的年金に依存しているのである。ところが韓国の場合は、ほぼ半数の高齢者が子どもからの経済的援助に頼っている。韓国は欧米諸国や日本に比べて公的年金制度の整備が遅かったうえ、給付額も少ないためであると思われる。国際的にみると、子ども

表3 高齢者の主な収入源の国際比較

	日本	米国	韓国	ドイツ	スウェーデン
仕事（勤労所得）	0.8%	13.9%	28.1%	7.1%	11.8%
公的な年金	67.5%	56.6%	5.9%	75.8%	80.1%
私的な年金	1.6%	16.4%	0.6%	9.1%	1.9%
預貯金などの引き出し	2.3%	7.0%	5.6%	1.9%	0.2%
財産からの収入	2.3%	7.0%	5.6%	1.9%	0.2%
子供からの援助	3.4%	0.1%	43.2%	0.2%	0.0%
生活保護	0.9%	0.5%	5.0%	1.5%	2.9%
その他	1.7%	3.1%	2.2%	3.1%	2.2%

資料：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」、2000年

からの経済的援助はまだ高い水準である。しかし、高齢者の収入に占める子どもからの経済的援助は年々減少しており、1980年の72.4%（総務庁「第1回国際比較調査」）から2000年には43.2%にまで減っている（表3）。公的年金制度の充実による影響を差し引いても、この20年間に約30%も減少したことになる。1990年代後半の経済不況による勤労世帯の収入減が子どもの援助の比率を低めたひとつの要因とも考えられるが、子どもの親に対する扶養意識は確実に低下していると判断される。日本では、「親孝行したいときに親はなし」という言葉が「親孝行したくないのに親がいる」というふうに変ってきているといわれているが、韓国でも同様の状況がみられるといつてよい。

その一方で、女性の経済活動への参加率が増加しており、従業者総数に占める女性労働者の就業率は1980年の37.5%から2000年には41.1%に上昇している（表4）。これは家庭における無職者の減少を意味し、家族による扶養能力の低下を示してくれるものである⁽⁵⁾。介護保険制度の導入は、主に女性を中心に行われている家族による介護負担を軽減するというねらいもある。

表4 従業者総数に占める女性労働者の比率

	1980	1985	1990	1995	2000
従業者総数(千人)	14,431	15,592	18,539	20,845	22,069
男性労働者(千人)	9,019	9,617	11,030	12,435	13,000
女性労働者(千人)	5,412	5,975	7,509	8,410	9,069
女性労働者の比率	37.5%	38.3%	40.5%	40.3%	41.1%

資料：韓国統計庁『人口動態調査』、2001年

3. 医療費の膨張と社会的入院の増加

日本同様、韓国でも高齢者人口の増加による老人医療費が急増している。2000年に301万人だった高齢者人口（高齢化率6.6%）が2005年には438万人に増えている（高齢化率9.1%）。そのため、韓国でも老人医療費が急増しており、1985年にわずか4.7%だった医療費総額に占める老人医療費の割合が2005年には24.4%へ

表5 医療費総額に占める老人医療費の推移

単位：億ウォン（100ウォン＝約12円）

	1985	1990	1995	2000	2005
(a)医療費総額	5,832	22,197	59,774	118,734	248,615
(b)老人医療費	275	2,391	7,281	20,896	60,731
(c)老人医療費の割合(b/a)	4.7%	10.8%	12.2%	17.6%	24.4%

資料：国民健康保険公団『医療保険統計年譜』、各年度

と増加している（表5）。国民健康保険公団は、老人医療費は2010年には111兆705億ウォンに膨れ上がると予測している（同28.1%）。

そこで韓国政府では、1999年の薬剤費適正化のための実勢価格償還制度の導入を皮切りに、医薬分業と段階的償還制度の導入、保険料の引き上げ、診療報酬体系の改正、薬剤費の引き上げ、外来の患者負担制度の強化、診断群別包括報酬制（DRG/PPS）の導入など、医療保険の財政安定化のためのさまざまな施策を講じてきた。しかし、医療費の膨張に歯止めはかからず、今後も高齢者の医療需要の拡大に伴い医療保険財政はさらに逼迫することが予想されている。

社会的入院患者の問題が解決されていない日本同様、韓国でも地域における社会福祉基盤が脆弱なため、家庭に復帰できない慢性療養患者が増えているという問題を抱えている。韓国政府は、増え続ける医療費を削減する有効な手立てとして介護保険制度の導入が必至であると判断したのである。

4. 介護サービスの未整備

韓国では、長年の軍事政権下における経済優先政策により、先進諸国に比べて医療保険や年金などの社会保障制度の整備がかなり遅れている。低下した家族機能を代替する外部サービスに対する需要が急速に高まっているにもかかわらず、社会福祉サービスの基盤整備は進んでいない。老人居住福祉施設、老人医療福祉施設、老人余暇福祉施設、老人在宅福祉施設などの公的施設が運営されているが、多様化・高度化している高齢者の需要を満たすには十分でない（表6）。

実際に施設に入所している高齢者は少なく、施設入所の高齢者は、2000年現在で7864人に過ぎない。これは施設入所対象の高齢者11万7970人の6.7%に満たない数である。残り的高齢者11万106人（93.3%）は家族、隣人、家庭奉仕員などの援助、あるいは何の援助も受けられないまま生活している。要介護者の増加とともに在宅福祉サービスへの需要も急増しており、在宅福祉サービスの整備が急ピッチで進められている。しかし、サービス提供主体が絶対的に足りなく、在宅福祉サービスの量的不足は否めない（表7）。

5. その他

介護保険制度の導入以前の日本同様、韓国では貧困層を対象とした無料の国家保障と民間企業が提供する

表6 老人医療福祉施設数

2000年12月現在

分類	施設	施設数
老人居住福祉施設	無料養老施設	93
	実費養老施設	4
	有料養老施設	22
	実費老人福祉住宅	0
	有料老人福祉住宅	3
	小計	122
老人医療福祉施設	無料老人療養施設	77
	実費老人療養施設	13
	有料老人療養施設	13
	老人専門療養施設	32
	有料老人専門療養施設	0
	老人専門病院	4
	小計	139
老人余暇福祉施設*	老人福祉会館	133
	敬老堂	40,691
	老人教室	583
	老人休養所	6
	小計	41,413
在宅老人福祉施設	家庭奉仕員派遣施設	105
	昼間保護施設	97
	短期保護施設	36
	小計	238

注：*は1999年12月現在

資料：保健福祉部『在宅老人福祉施設現況』、2001年及び保健福祉部『保健福祉白書』、2001年をもとに作成

表7 高齢者人口と施設入所の高齢者人口

(a)高齢者人口	340万人	
(b)要介護高齢者人口(ADL全部制限)	11万7,000人	3.4%(b/a)
(c)施設入所高齢者人口	7,864人	6.7%(c/b)
(d)在宅保護高齢者人口	約13,000人	11.1%(d/b)

資料：韓国保健社会研究院「全国高齢者生活の実態及び福祉欲求調査」、1998年より作成

高額な有料サービスを利用する富裕層の両方から排除されている膨大な人口層が存在する。つまり、中間所得階層が利用できる介護サービスが存在しないのである。最も税金を払っている中間階層の権益保障と普遍的なサービス提供という視点からして、介護保険制度の導入は必要不可欠である。

II. 介護保険制度の概要

1. 制度導入の沿革

介護保険制度の導入が初めて示唆されたのは、2001

年8月15日に行われた金大中大統領の光復節(日本の終戦記念日)記念演説である。その後、2003年4月の『老人保健福祉総合対策』に介護保険制度の体系に関する記述が明記され、2004年1月に、2007年7月からの制度施行が閣議決定された。しかし、2005年9月15日に行われた保健福祉部の「老人鬚髪保障制度に関する公聴会」において、介護サービスの基盤整備の遅れを理由に制度施行を1年遅らせ、2008年7月から段階的に導入することが明らかにされた。本格的な制度施行のためのモデル事業がすでに始まっており、2005年7月から第1次モデル事業が行われている(2005年7月-2006年3月)。今後も、2007年3月までに第2次モデル事業(2006年4月-2007年3月)、2008年6月までに第3次モデル事業(2007年4月-2008年6月)が行われる予定である⁽⁶⁾。

保健福祉部では、11章91条にわたる「老人鬚髪保障法律制定案」を2005年12月の通常国会に提出した。その後、一部の項目について修正が加えられ、2006年2月7日に「老人鬚髪保険法案」が閣議決定された(表8)。当初、年内中の法案成立を目指していたが、不備が目立つとの理由から難航しており、現在もなお、与野党間で激しい攻防が続いている。幸い、一部の項目については合意に達しており、近いうちに法案が成立する見通しである。

以下では、「老人鬚髪保障法律制定案」(2005年9月15日)及び閣議決定案された「老人鬚髪保険法案」(2006年2月7日)に基づき、2006年12月末現在における韓国の介護保険制度の概要についてまとめる。

2. 制度の仕組み

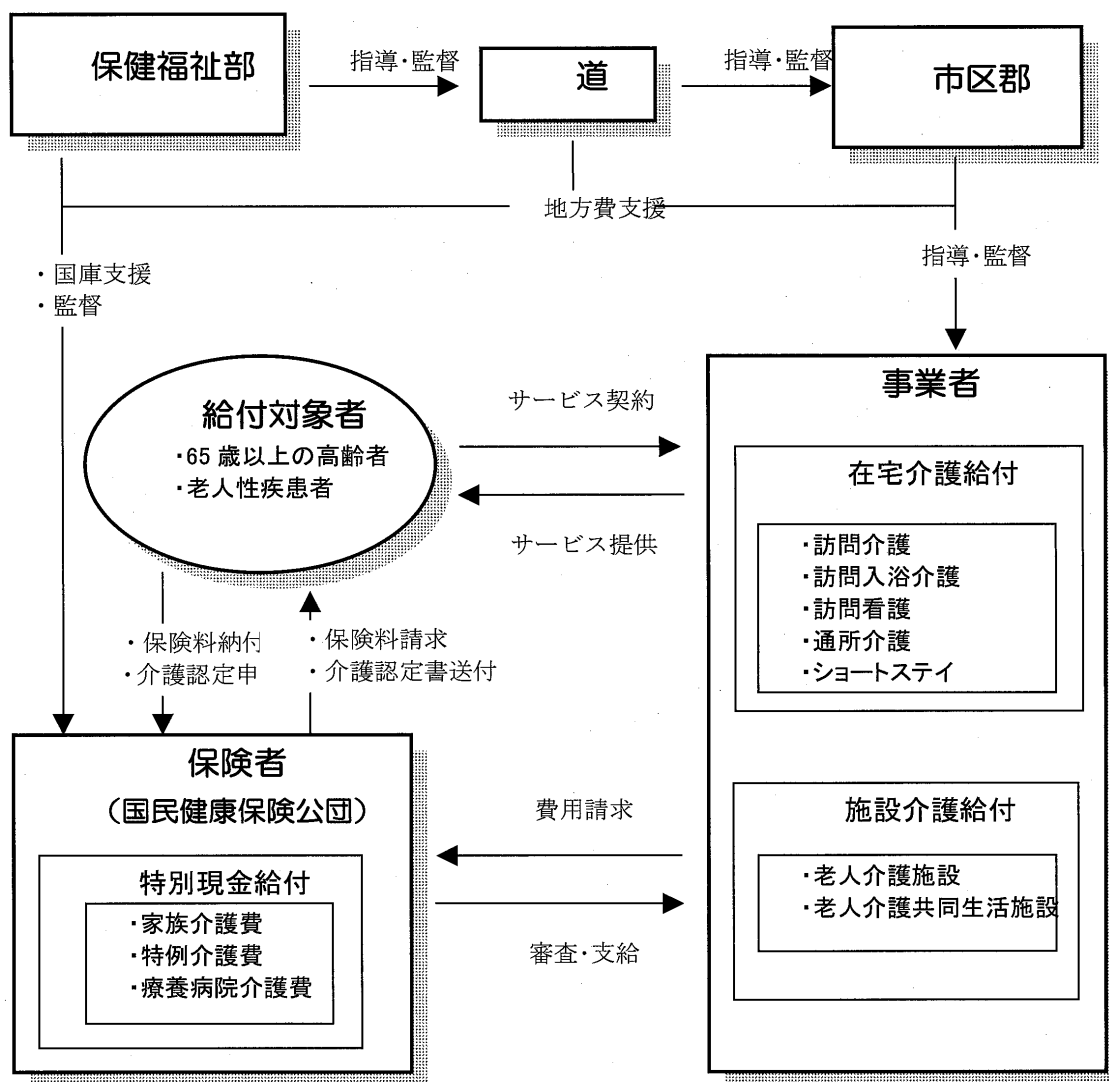
(1) 保険者及び運営機関

介護保険制度の保険者は医療保険の管理運営機関である「国民健康保険公団」である。当初、国民健康保険公団では加入者の資格管理、保険料の徴収、介護給付費の審査及び支給、介護施設の指定に関する業務だけを行い、訪問調査、介護等級の判定、介護計画書の作成及び交付、介護給付の質の評価に関する業務を行うため「老人鬚髪評価管理院」が新設される予定であった。しかしその後、管理組織の二元化による問題を憂慮して国民健康保険公団に一連の業務を一元化することにした。

また、要介護認定のための「介護等級判定委員会」が市区郡に設置される。国民健康保険公団の管轄であ

表8 韓国の介護保険制度の成立過程

	保健福祉部「老人鬚髪保障制度に関する公聴会」(2005年9月15日)	保健福祉部「老人鬚髪保険法制定案説明資料」[閣議決定案](2006年2月7日)
法 案 名	「老人鬚髪保障法律制定案」	「老人鬚髪保険法案」
施 行 日	2008年7月1日(一部は2007年7月1日)。但し、大統領令に定める低い等級の者に対しては2010年7月1日から施行	同左
項 目	第11章第91条附則第6条	第12章第70条附則第5条
保 険 者 (運 営 管 理 機 関)	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険公団(既存機関):加入者の資格管理、保険料の徴収、介護給付費の審査及び支給、介護施設の指定に関する業務 老人鬚髪評価管理院(新設機関):訪問調査、介護等級の判定、介護計画書の作成及び交付、介護給付の質の評価に関する業務 	すべての業務を国民健康保険公団に一元化
被 保 険 者	「国民健康保険法」第5条の規定による加入者と被扶養者	「国民健康保険法」第5条及び第93条の規定による加入者と被扶養者
財 源 及 び 利 用 者 負 担	<ul style="list-style-type: none"> 国庫負担率を50%(国と地方自治体の負担比率は大統領令に定める)、利用者負担率を20%と明記 生活保護受給者の一部負担金は大統領令により軽減可能 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者負担率のみを20%と明記し、国庫負担率を削除して「大統領令に従う」とする 生活保護受給者及び障害者の一部負担金は大統領令により軽減可能
保 険 料	徴収方法	医療保険料と統合して徴収
	徴収額	「国民健康保険法」の規定によって算定した保険料額に介護保険料率を乗じて算定
要 介 護 認 定	申 請	医師の所見書を添えて老人鬚髪評価管理院に申請
	調 査	老人鬚髪評価管理院の職員による訪問調査(但し、地方自治体など保健福祉部令に定める者に訪問調査を委託できる)
	認 定	市区郡に設置される介護等級判定委員会(介護認定の有効期限は大統領令に定める期間)
	通 知	老人鬚髪評価管理院が申請を受けてから30日以内に申請者及び国民健康保険公団に通知
	介 護 度	—
サ ー ビ ス 給 付 形 態	原則、現物給付(特別現金給付あり)	同左
給 付 対 象 者	<ul style="list-style-type: none"> 65歳以上の要介護高齢者 認知症や脳血管性疾患など老人性疾病を持つ64歳以下の人のうち、6ヶ月以上にわたって日常生活を一人で営むことのできない者 	同左
介 護 報 酬	老人鬚髪委員会審議を経て保健福祉部長官に定める	同左
給 付 サ ー ビ ス	<ul style="list-style-type: none"> 施設介護サービス:老人介護施設、老人介護共同生活施設 在宅介護サービス:訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護(デイサービス)、短期入所(ショートステイ)、その他福祉用具等大統領令に定める給付 特別現金給付:家族介護費、特例介護費、療養病院介護費 	同左
ケ ア プ ラ ン	<ul style="list-style-type: none"> 在宅介護サービス利用者は本人が老人鬚髪評価管理院に作成を依頼し、老人鬚髪評価管理院が介護管理要員を通して作成(但し、本人も作成可能) 施設介護サービス利用者は当該介護施設の職員が作成 	国民健康保険公団が標準介護計画書を作成し、要介護認定書と一緒に申請者に送付
マ ン パ ワ ー	<ul style="list-style-type: none"> 介護士の資格を新設(業務範囲、資格基準、補習教育など必要な事項は保健福祉部令に定める) 介護士に対する経過措置として、介護施設で生活指導員または家庭奉仕員として勤務している者は、法施行後3年間は介護士業務を遂行できる 	同左



出所：保健福祉部「老人髪髪保険法の制定案に関する説明資料」を一部修正

図1 韓国の介護保険制度の概要

この委員会は、国民健康保険公団職員、自治体職員、医者、看護師、社会福祉士など15人以内の専門家で構成される。

(2) 被保険者及び給付対象者

被保険者は「国民健康保険法」第5条及び第93条の規定による加入者と被扶養者とされている。これに基づく、20歳以上のすべての国民が被保険者となる。一方、65歳以上の要介護高齢者と認知症や脳血管性疾患など老人性疾患を持つ64歳以下の人のうち、6ヶ月以上にわたって日常生活を一人で営むことのできない者が給付対象者となる。障害者を給付対象者に含めるべきとの声は依然として高いが、財源確保を理由に見送られ、日本同様、障害者は給付対象から外れている。

ちなみに、制度導入初年度で要介護高齢者の約10%にあたる8万5000人（最初は寝たきりや認知症などの重症の高齢者に限定）にサービスが提供される見込みである。

(3) 財源

介護保険制度を円滑に運営するためには財源確保が最たる課題である。政府推計では、制度スタート時に1兆1921億ウォン（約1430兆円）の給付費用が必要となる（表9）。財源確保をめぐっては、これまでさまざまな議論がなされてきた。政府は当初、国庫負担率を40%とすると公表したが、少ないとの批判が上がり、急遽、その負担率を50%に引き上げた。しかし、財源確保の不透明さを理由に、閣議決定案では利用者負担

表9 給付対象者数及び保険費用の将来推計

年 度	対象者数 (千人)			保 険 費 用 (億ウォン)			
	施設	在宅	小計	保険料	政府支援	本人負担	小計
2008	60	25	85	6,648	3,770	1,502	11,921
2010	90	76	166	10,893	5,256	2,584	18,732
2015	108	91	200	13,003	6,279	3,099	22,381

資料：保健福祉部「老人介護保険法制定案説明資料」（2006年2月7日）

率のみを20%と明記し、国庫負担率に関する項目を削除して「大統領令に従う」とした。政府と地方自治体の負担の割合もまだ明確にされておらず、「国と地方自治体の負担比率は大統領令に定める」としている。2006年11月30日に公表された与野党合意案（審議続行）によると、国庫負担30%、保険料50%、利用者負担20%（ただし、在宅サービス利用者は15%、敬老年金受給者及び生活困窮者、障害者は10%に軽減）にすることで最終決着をみたようである。

現在、利用者負担に関する細部案がまとめられている段階であるが、日本同様、施設サービス利用の場合の食事費は全額本人負担とし、月額限度額を超過した上乘せサービスは全額本人負担となる案が有力視されている。

(4) 保険料

保険料は「国民健康保険法」の規定によって算定した保険料額に介護保険料率を乗じて算定した額を医療保険料と統合して一括徴収する。法案には明記されていないが、現在の医療保険料に3～4%を乗じる案が上がっている。この算定式に基づく、職場保険加入者は月額平均4460ウォン（労使折半）、地域保険加入者は月額平均2106ウォンとなる見込みである（2008年推定額）。日本と異なり、子どもの被扶養者になっている65歳以上の高齢者の保険料負担はない。年金制度が成熟していないため、徴収の対象となる高齢者も年金からの天引きはない。

(5) 要介護認定—申請から認定まで—

介護給付を希望する者は医師の所見書を添えて「国民健康保険公団」に申請を行う。申請を受けた国民健康保険公団は職員（社会福祉士や介護管理要員）を利用者宅に訪問させ、申請者の要介護状態を調査する。ただし、地理的な事情等によって国民健康保険公団による調査が困難な場合は、大統領令に定める地方自治体等に訪問調査を依頼できる。訪問調査の項目は法案には明記されていないが、現在行われているモデル事

業における調査項目は51項目（ADL：12項目、看護処置及びリハビリ：21項目、認知機能：8項目、問題行動：10項目）である。最近の報道資料によると、調査項目が44項目になるという話もある。

調査結果は介護認定申込書、主治医の所見書とともに市区郡に設置される「介護等級判定委員会」に上程される。介護等級判定委員会はそれに基づき、介護認定可否及び介護等級等を審査・判定する。介護等級は大統領令に定める等級判定基準に基づいて判定する。要介護度は未定であるが、3段階（重度：要介護度1、中度：要介護度2、軽度：要介護度3）にする案が有力視されている。

国民健康保険公団は介護等級判定委員会から送られてきた審査結果に基づき、申請を受けてから30日以内に介護等級と介護認定の有効期間を申請者に通知しなければならない。介護等級及び介護認定の有効期限は「大統領令に定める」としている。判定結果に異議のある者は、国民健康保険公団に異議申し立てができる。異議申請に対する決定に不服がある者は「老人介護審判委員会」に審査請求ができる。

(6) 介護利用計画書（ケアプラン）の作成

要介護認定を受けた者は、介護利用計画書を作成しサービスを利用する。当初、在宅介護サービス利用者の場合は老人鬚髪評価管理院に作成を依頼し、老人鬚髪評価管理院が介護管理要員を通して作成（本人も作成可能）、施設介護サービス利用者の場合は当該介護施設の職員が作成するとしていた。しかし、老人鬚髪評価管理院の新設廃案に伴い、修正案では利用者の利便性を考慮して国民健康保険公団が「標準介護利用計画書」を作成し、要介護認定書と一緒に申請者に送付することに変更された。

(7) 介護給付サービス

サービス給付は原則、現物給付である。介護給付は大きく分けて施設介護サービス、在宅介護サービス、特別現金給付の3種類から成る。施設介護サービスは

老人介護施設、老人介護共同生活施設である。在宅介護サービスは訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護（デイサービス）、短期入所（ショートステイ）、その他福祉用具等大統領令に定める給付であるが、訪問リハビリテーションや福祉用具貸与・販売等は制度定着後に追加給付される見通しである。

特別現金給付として、家族介護費、特例介護費、療養病院介護費が用意されている。家族介護費は介護施設が不足する過疎地や離島などの地域に要介護者が居住し、やむを得ず家族介護補助者から訪問介護に相当する給付を受けた場合に支給される。また、介護認定の有効期間内にやむを得ない理由により介護施設でない施設で在宅介護給付または施設介護給付に相当するサービスを受けた場合には特例介護費が支給される。要介護者が療養病院に入院した場合は、療養病院介護費が支給される。

(8) マンパワー

要介護者に対して入浴、排泄、家事及び日常生活支援などを行う国家資格者として介護士制度が新設される。介護士に対する経過措置として、介護施設で生活指導員または家庭奉仕員として勤務している者は、法施行後3年間は介護士業務を遂行できる。介護士の業務範囲、資格基準、補習教育など必要な事項は保健福祉部令に定める予定である。介護管理要員（ケアマネジャー）に関する条文は盛り込まれていないが、国家資格制度を設けず、再教育を受けた看護師、社会福祉士などに与えられる案が有力視されている。

政府は、制度スタート時の2008年におけるマンパワーを介護士4万5452人、看護師3506人、介護管理要員3399人と推計している（表10）。

(9) サービス提供時間及び介護報酬

要介護度別のサービス提供時間及び介護報酬に関しては法案に明記されていない。参考までに、現在実施されているモデル事業におけるサービス提要時間及びサービス提供価格（＝介護報酬）を記しておく。訪問介護サービスの場合、30分未満9560ウォン、60分未満

1万4430ウォン、90分未満1万9120ウォン、120分未満2万3900ウォンである。訪問入浴介護サービスは1回あたり5万110ウォン、訪問看護サービスは1回あたり3万1000ウォン、デイサービスは一日あたり要介護度1が3万2610ウォン、要介護度2が2万6280ウォン、要介護度3が2万3830ウォンとなっている。利用者はその15%を負担することになる。

一方、施設介護は施設別及び要介護度別に異なる介護報酬体系になっているが、たとえば専門療養施設に入所した場合、要介護度1は1日あたり4万850ウォンとなり、利用者はその20%を負担することになる。

Ⅲ. 考察—日本の介護保険制度との比較を中心に—

韓国の介護保険制度はドイツの介護保険制度と日本の介護保険制度を参考にして作られた側面が強い。そのため、日本の介護保険制度と類似している部分が多いが、相違点も多数ある。現場の声を収斂する形で制度を創設した日本と異なり、韓国では行政のトップダウン式で制度創設の検討が始まった。日本の場合、公的介護サービス基盤がある程度整備されていたうえで介護保険制度の導入が議論され、措置制度の限界というサービス提供システム上の問題が指摘されたことを背景として制度が導入された経緯がある。しかし、公的介護サービスの量的整備が大きな課題となっている韓国では、介護保険創設を契機に高齢者介護サービスの量的拡充を図っていこうとするねらいが見え隠れしている。このような制度導入の背景の違いが、両国の制度の違いを生んでいる。その違いとは、日本の制度に比して韓国の制度はやや見劣る制度になっていると集約できるだろう。ここでは、韓国の介護保険制度を日本の制度と比較しながら、韓国の介護保険制度の課題を浮き彫りにさせたい。

第一に、保険者が現在の医療保険の管理運営機関である「国民健康保険公団」になっている点である。加入者の資格管理、保険料の徴収、介護給付費の審査及

表10 介護専門職の将来予測

名称	2005 (1次モデル事業)	2006 (2次モデル事業)	2007 (8)	2009	2011
介護管理要員 (人)	40	657	3,399	8,435	11,445
看護師 (人)	46	1,599	3,506	6,528	8,159
介護士 (人)	267	9,264	45,452	91,185	116,877

資料：公的老人療養保障制度推進企画団「老人療養保障体系試案公聴会資料」（2004年8月）

び支給、介護施設の指定、訪問調査、介護等級の判定、介護計画書の作成及び交付、介護給付の質の評価に関する業務がこの機関に集中している。老人鬚髪評価管理院の新設に伴う新たな財政負担と保険財政管理と要介護認定機関が異なるという二重構造の管理運営体制が問題視され、国民健康保険公団に一連の業務が一元化された。

しかし、国民健康保険公団が介護保険制度を運営することを危惧する声が高い。国民健康保険公団に介護保険制度を任せると、国民健康保険公団の肥大化を招く恐れがある。また、地域密着型のサービス提供という見地からすると、国民健康保険公団が保険者になることには些か問題がある。市区町村が保険者であり、地域の実情に応じたきめ細かなサービスを提供している日本と異なり、中央組織が保険者となっている韓国では、果たして地域住民のニーズを的確に把握したうえでサービス提供が可能であるか、疑問が残る。

第二に、介護保険制度を運営するための費用負担をめぐる問題である。日本は国の負担が45%であるが、韓国は30%と少ない。逆に、利用者負担は日本が10%であるのに対し、韓国は施設サービス利用者20%、在宅サービス利用者15%であり、韓国の方が国民の負担が重い。このことから、韓国の介護保険制度は政府責任を減らし、国民により多くの負担を求める「社会連帯的原理」に基づいた制度であるといえるだろう。

韓国では国家と市場が重なり合う領域における自立支援のための社会的投資を中核とする「生産的福祉」⁽⁷⁾を社会保障の基本路線とし、社会保障分野における国家責任を減らす政策を講じている。2008年に導入を目指している介護保険制度は、政府が国家責任を減らし、民間企業や地域住民にその役割を期待する福祉政策といえ、国家と民間がそれぞれの能力に応じて役割を分担する日本・韓国型福祉政策に沿ったものであると考えられる。

一方、国と地方自治体の費用負担についてであるが、日本の場合、国が総費用の25%、都道府県が12.5%（2006年4月から施設等給付の場合は国20%、都道府県17.5%）、市町村が12.5%を負担すると明確に定められている。これに対し、韓国では地方自治体の分担率が明確にされていない。地方自治体の分担率を明確にしていないのは、自治体の財政自立度が低いうえ、自治体ごとの財政力の差が大きいためであると考えられる。

韓国の介護保険制度が開始される時期である2008年度と日本の介護保険制度が開始した時期である2000年度を比較すると、日本は他の社会保険制度がすでに定着した後だったが、韓国は国民年金保険制度などの既存の社会保険制度がまだ成熟していない状況下で介護保険制度が開始されるということになる。つまり、既存の社会保険制度の維持のための費用捻出の問題を抱えながら介護保険制度の運営をしなければならない政府にとって、介護保険制度の運営のための財源確保は大きな課題である。日本同様、多額の財政赤字を抱えている韓国政府だけに、今後いかにして、国民の負担を減らしながら財源を確保していくかが介護保険制度の円滑な運営のカギとなる。

保健福祉部では制度が拡大実施される2010年度における予想給付費などの必要経費を1兆6856億ウォン（約1700億円）と見込んでいる。しかし、若年層を中心に新しい保険料徴収に対する反発が予想されるため、必要な財源確保が疑問視される。国庫負担を大幅に引き上げられないとすれば、保険料を少なくとも日本の半分程度に引き上げる案の検討も含め、介護保険財政（必要経費）を正確に見積もって国民に提示し、国民に理解を求めることが必要であろう。

第三に、制度スタート時の給付対象者が限定的なものになっている点である。制度導入初年度には給付が寝たきりや認知症などの重症の高齢者（要介護度1および2）に限定されるため、給付対象者は要介護高齢者の約10%にあたる8万5000人（高齢者人口の1.7%）にとどまる見込みである。制度が拡大実施される2010年度には16万6000人（要介護度3を含む）になると推計されているが、それでも高齢者人口の3.1%に過ぎない。

要介護者の出現率を約17.3%（日本の場合）とし、要介護者の推計してみると、2005年現在の推定要介護者数は推計75万8000人（高齢者人口438万人×0.17）となる。したがって、要介護者に対する給付率は11.2%（8.5万人/75.8万人）にとどまり、2006年3月現在の日本の79.2%（給付者342万人/要介護認定者432万人）に比べて極端に低い。ここに、保険料を納付しているのにサービスの利用ができないという矛盾が生じる。ちなみに韓国政府は、2005年現在の要介護者の出現率12.1%に基づき（日本の出現率との差は両国の要介護認定基準の相違によるものと推察される）、2010年の要介護者を65万人と推計している。しかし、

日本の例をみるまでもなく、実際の要介護者数は韓国政府の予測を超えるペースで進むものと思われる。

社会保険方式を原則としている制度だけに、制度施行のための十分な財源を確保し、給付対象者を限定せず、制度導入時からすべての要介護者にサービスを給付することが望まれる。給付対象から漏れている障害者の問題も検討すべきである。給付対象者の拡大に伴って国民により多くの負担を求める必要があるのであれば、国民が納得できるような介護保険制度のビジョンを示し、国民的コンセンサスの形成を行うべきであろう。

第四に、限定的なサービス給付である。介護保険制度で給付されるサービス内容が日本に比べてかなり貧弱である。当初は、訪問看護サービス、訪問リハビリテーション、グループホームなど、約10種類の在宅サービスを給付対象サービスに盛り込む案が持ち上がっていた。しかしその後、サービス提供のための財源確保を憂慮した政府は給付サービスを大幅に削減した。政府は、財源が確保され次第、徐々に介護保険対象のサービスメニューを増やす方針であるとしている。しかし、保険料に見合うサービス利用ができないことは事実であり、矛盾を抱えたままの見切り発車になる見込みである。要介護者の急増に伴った介護保険財政の悪化のため、2006年4月から介護予防サービスを新設して介護給付を抑制しようとしている日本を反面教師にし、今後は介護予防に重点をおいたサービスメニューの開発が課題であろう。

日本では2006年4月から「改正介護保険法」（2005年6月22日成立）が施行され、「地域密着型介護サービス」と「介護予防サービス」が新たに介護サービスメニューに加わった。韓国の法案には国民健康保険公団の業務内容に介護予防事業が含まれていることからして、制度スタート当初から介護予防に力を入れていくという意図がみられる。ただ現段階では、具体的なサービス内容は明らかになっていない。

日本の介護保険制度と異なる点として、韓国の介護保険制度では家族介護費、特例介護費、療養病院介護費といった特別現金給付が用意されているということである。日本でも制度導入当初、家族介護に対する報酬を支払うべきとの議論があったが、韓国ではドイツの介護保険制度に倣った現金給付が認められる制度となっている。ただ、介護施設が不足する地域でやむを得ず家族が介護しなければならない場合にのみ現金給

付を認めるという条件をつけているので、ドイツのそれとは根本的に異なる。依然として家族介護を美德とする韓国ならではの給付といえるが、家族の介護地獄を放置する手段に用いられる可能性も排除できないため、現金給付には慎重を期すべきであろう。

第五に、マンパワー確保の問題である。国家資格者として「介護士制度」を新設するとしているが、細部案がまだ決まっていないうえ、養成教育機関など介護人材養成のためのインフラの整備もほとんど進んでおらず、円滑なサービス提供に必要な介護スタッフを確保できるかが疑問視される。量的な問題だけでなく、サービスの質的な問題も議論しなければならない。「介護管理要員」（ケアマネジャー）に関しては国家資格制度を設けず、看護師、社会福祉士などに再教育を受けさせ資格を付与する案が有力視されている。しかし、短期間の教育訓練でどれだけの専門性が養われるか甚だ疑問である。制度導入時における経過措置であると推察されるが、ケアマネジメントの専門性確保の見地から、日本の介護支援専門員（ケアマネジャー）のような資格制度を設けるべきである。

最後に、サービス基盤整備の問題である。韓国政府は「老人療養保護インフラ10ヵ年計画」により2011年まで毎年100ヶ所程度の施設を整備するとしているが、2008年の制度スタート時点において入所施設の大幅な不足が予想されている。財政難により制度施行を1年遅らせたほど、介護サービスの基盤整備は遅々として進んでおらず、インフラの整備が計画通りに進むか不安視される。2005年12月末現在、定員3万1000人分の介護施設505ヶ所、在宅サービス事業所765ヶ所が整備されている。しかし、制度導入時には推定給付予定者8万5000人の75%にあたる約6万1000人が入所できる介護施設が必要となる。また、在宅サービス利用者の約2万5000人（対象者の25%）が利用できる在宅サービス事業所が必要となる。韓国政府は、2008年までに1042ヶ所（3万6000人分）の介護施設、242ヶ所（2万6000人分）の在宅サービス事業所を整備するというサービス基盤整備計画を立てているが、財源確保の問題もあり、計画が順調に進むか不透明である。高齢者の需要を満たすだけの基盤整備には今後10年程度かかるとの予測もあり、介護保険制度は早くても2015年以降に導入すべきとの意見が依然として根強い。

これらの課題を解決し制度を円滑に導入するためには、多額の財政支出が必要となるが、日本同様、中央

政府も地方公共団体も厳しい財政状況下にある。そのため、今後の制度施行に当たっては、民間事業者の参加を積極的に誘導するなどの対策が必要となろう。福祉国家の危機といわれる昨今の世界情勢をみるまでもなく、政府のみによるサービス基盤の整備には限界がある。多様化・高度化している高齢者のニーズに対する選択肢を保障する意味でも、民間企業をはじめとする民間事業者の積極的な参加を誘導する必要がある。現在のところ、サービス提供者は社会福祉事業法等による事業者が中心になる予定だが、民間事業者に門戸を開放することも検討されているようである。2005年現在27兆ウォン（約3兆円）にとどまっているシルバーマーケットの活性化が期待される。

ただ、現在実施しているモデル事業で示されている介護報酬は、韓国の購買力平価等を考慮すると一概には言えないものの、日本に比べて相対的に低い。サービス提供主体として民間事業者の役割を重視し、今後、参入を認めたととしても、介護報酬がこれだけ低いとなれば、どれだけの民間事業者が参入するか危惧される。介護保険財政の危機が囁かれている日本に学び、介護報酬を極端に低く抑えたとも考えられるが、生かさず殺さずの介護報酬では政府のサービス基盤整備の目論見は崩れるかもしれない。

以上のような課題の他にも、民間事業者の本格的な参入に伴うサービスの質管理体制の不備、障害者を給付対象から外したがための障害者団体の反発など、韓国の介護保険制度には解決しなければならない問題は少なくない。

おわりに

韓国の介護保険制度は、高齢者世帯の自己負担の大幅な軽減、老人医療費の削減、介護士や介護管理要員などの新しい専門職種の創設による新たな雇用創出（約6万人と予想）、介護施設の拡充による地域経済の活性化など、国民生活の向上に大きく寄与すると思われる。ただ、介護サービスの基盤整備は遅々として進んでおらず、制度自体多くの問題点を抱えているため、見切り発車であるような感が拭えない。現に、介護保険制度の導入は時期尚早であるとの意見が大半を占めており、たとえ法案が成立したとしても、制度施行までには紆余曲折が予想される。

いずれにせよ、韓国の介護保険制度はまだ大枠しか

決まっておらず、詳細は明らかになっていない。そのため、本研究では細目にわたる比較検討ができなかった。要介護認定項目、要介護度区分及びサービス提供時間、要介護度別のサービス利用限度額、介護報酬などが明らかにされた段階で、それを踏まえながら、改めて日韓の介護保険制度の比較検討を行いたい。

注

- (1) 正式名称は「老人鬚髪保険制度」である。本稿では日本に倣って正式な制度名や法案名を除いては、「介護保険制度」と表記する。ちなみに、鬚髪は「スバル」と発音し、「世話 (care) する」という意味である。
- (2) 宣賢奎 (2006) 「世界の介護制度における経済と財政－韓国」『介護保険の経済と財政－新時代の介護保険のあり方を考える－』勁草書房、pp.238-247
- (3) 宮城好郎・宣賢奎 (2005) 「韓国の社会保障の現状と課題」『江南未来総研紀要』第9号、pp.53-73
- (4) 金美淑 (2000) 「韓国の家族扶養の動向と高齢者政策に関する研究」『社会福祉学』40 (2)、p.162
- (5) 宣賢奎 (2004) 「韓国の医療介護」住居広士編『医療介護とは何か－医療と介護の共同保険時代』金原出版、pp.247-256及び宣賢奎 (2005) 「儒教思想と介護」『儒学文化』第6号、pp.49-72
- (6) 2006年11月21日、国民保険公団は2006年9月30日現在の第2次モデル事業の成果を公表した。それによると、モデル事業が行われている全国8市区郡で4394人が要介護認定を受け、その48%にあたる2110人が介護サービスを利用している。給付費総額13億5188万ウォンの内訳をみると、施設介護が10億1470万ウォン（構成比75.1%）、訪問介護が2億4139万ウォン（17.9%）、デイサービス及びショートステイが約8000万ウォン（約6.0%）となっている。要介護認定者の半分以上が介護サービスを利用していない。入院患者1103人（25.0%）を除く1181人（27.0%）がサービスを利用しないが、その理由として家族介護（54.2%）、利用者負担（17.5%）などがあがっている。親の介護を美德とする価値観はさて置き、やはり20%という利用者負担が利用の足かせになっていることが浮き彫りにされた。
- (7) 金大中 (2002) 『生産的福祉への道』毎日新聞社。生産的福祉の基本構想は、①人権と市民権としての福祉、②労働を通じた積極的福祉、③社会連帯に基

づいた参加型福祉体系という3つの軸から構成されており、政府だけでなく、企業、地域住民など多様な主体の参加を呼びかけている。その意味で、福

祉国家としての役割を減らすための政策であるといえる。