

# 施行4年目を迎える韓国介護保険

— その現状と課題 —

孫 珉 滢

〔抄 録〕

韓国でも人口高齢化に伴い同居率の低下、家族の介護力が低下している。一方では要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化、家族の身体的・経済的・心理的な負担は増加している。このような状況から家族介護システムから社会的介護システムへの転換としての韓国型の介護保険制度が2008年7月から施行され、4年目を迎えている。

長期療養保険施行以後の認定者及び利用者は、毎年増加する傾向にある。最近の保健福祉部・国民健康保険公団の2011年老人長期療養保険施行3周年記念シンポジウムの資料によれば、2008年の認定数者14万人と利用者数7万人は、2009年には認定者数26万人と利用者数18万人、2011年3月には認定者数32万人と利用者数28万人まで増加している。又、要介護の認定申請から外された潜在的な長期療養対象者も現在(2011年3月基準)約37万人であり、潜在的な長期療養者に対する支援も必要である。このような韓国の高齢社会の状況と公的介護保障制度である「老人長期療養保険制度」の施行後の動向と成果及び課題が注目される。

キーワード：韓国，介護保険

## 1. 韓国介護保険導入の背景

韓国介護保険の導入には、ドイツ・日本とほぼ類似した背景がある。具体的には第1に急速な高齢化と少子化現象がある。高齢化速度は周知の通り韓国のスピードは日本より急速である。高齢化率は2000年の7.2%から2020年の15.6%（大韓民国政府HP，2011：174）をこえる高齢社会が予測されている。それに伴い少子化も急速に進行する傾向にある。2010年現在の合計特殊出生率は、1.22人である。したがって、韓国人口の自然増加率（人口1000当りの自然増加者）は、4.3人であり、10年前の（8.2人）の半分程度（保健福祉部，2011a：4）である。

第2に高齢者の健康問題と要介護者の増加である。高齢者が3つ以上の慢性疾患をもつ割合は平均54.8%（小川全夫，朴光駿，鮮于恵他，2010：55）に達している。国民健康保険公団に

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉潁）

よる『老人性疾患患者診療推移分析』の結果によれば、年度別老人性疾患の罹患者は2002年から2008年までで約5倍以上増加している（国民健康保険，2011.1.31.：1-3）。

第3に家族の変容である。心理的な扶養認識は家族扶養から社会的扶養へ変化しており，居住形式においては3世帯の家族同居率が減少する傾向にある。核家族化の進行による老人世帯の増加だけでなく，1人暮らし要介護高齢者の増加も課題である。要保護の1人暮らし老人の推移は，07年152,000人，08年160,000人，09年168,000人，10年176,000人であり，介護者の不在は社会問題である（大韓民国政府HP，2011：179）。家族変容は又，結婚率と離婚率の変化にもあらわれる。1970年度の1,000人当り結婚率と離婚率は9.2人，0.4人であったが，1980年には10.6人，0.6人，1990年には9.3人，1.1人，2000年は7.0人，2.5人，2010年は6.5人，2.3人である。ベビーブーマー（baby boomers）の結婚時期を除外して結婚率は低下推移であり，この40年間に離婚率は5倍以上増加している（保健福祉部，2011a：96）。

第4に公的介護保障システムの不在である。介護保険制度の施行以前には，高齢者無料入所施設と有料入所施設だけであり，一般庶民の利用可能なシステムは不在であった。このような状況で韓国保健福祉部・学界などによる高齢者介護保障に関する研究・検討がされていった。2001年8月15日光復節の慶祝辞で金大中大統領は本格的に「老人療養保険制度導入」を提唱し，2002年盧武鉉大統領候補も，公的老人療養保障制度の導入を選挙で公約した。2003年3月「公的老人療養保障推進企画団」，2004年3月「公的老人療養保障実行委員会」で制度の基本構成の設計がはじまった。その後モデル事業として第1次（2005年7月～2006年3月），第2次（2006年4月～2007年4月），第3次（2007年5月～2008年6月）まで実施された（孫，2010：19-36）。2006年12月「老人長期療養保険法」立法予告その後国会提出され，2007年4月2日国会通過，2007年4月17日に公布された。施行は2008年7月1日からであり，2010年2月18日には，施設・在宅療養保護士の人材基準強化，認定調査表に‘痴呆’項目を補充，

表1 年度別老人性疾患患者医療利用現況 (単位：千人，千万ウォン)

年度	全 体			65歳未満老人性疾患			65歳以上老人性疾患		
	人口	診療室利用者	総診療費	人口	診療室利用者	総診療費	人口	診療室利用者	総診療費
2002	48,080	499	58,130	44,265	236	26,427	3,815	263	31,703
2003	48,557	560	69,265	44,624	254	29,772	3,933	306	39,494
2004	48,901	621	82,812	44,738	268	34,154	4,163	353	48,658
2005	49,154	683	107,926	44,782	282	42,065	4,372	401	65,860
2006	49,238	759	134,291	44,696	303	48,198	4,543	456	86,092
2007	49,672	847	170,043	44,799	315	54,306	4,873	532	115,737
2008	50,001	952	219,827	44,915	345	66,633	5,086	607	153,194
2009	50,291	1,027	243,869	45,006	355	71,507	5,285	672	172,361
02年対比増加%	104.6	205.7	419.5	101.7	150.4	270.6	138.5	255.4	543.7

資料：国民健康保険「報道資料」2011.1.31

- 注) 1. 老人性疾患の診療件数（漢方診療は除外） 2. 人口 = 健康保険適用人口 + 医療扶助適用人口  
 3. 診療室利用者：漢方，薬局診療は除外 4. 総診療費：漢方除外，薬局診療は含む  
 5. 2002年対比増加%，2002年対比2009年増加量

2010年4月26日療養保護士の資格試験を導入している。

## 2. 韓国介護保険の概要

2008年7月から韓国の介護保険制度（韓国語：老人長期療養保険制度）は施行された。その背景には、要介護者の急増、家族介護の困難、介護動向の長期化などがある。韓国政府はその意義を次のように説明している。心身の障害、疾病、老衰などのために自力で食事・排泄・入浴・外出・家事など日常生活を営むことに支障がある高齢者に身体活動・家事支援・介護などのサービスを提供して、老後生活の安定とその家族の負担を軽減する社会保険制度である。次に韓国介護保険を簡略に紹介する。

- ① サービス利用は、所得水準とは関係なく、老人長期療養保険制度加入者（国民健康保険加入者と同様）とその被扶養者、医療給付受給権者である。
- ② 給付対象は、65歳以上の高齢者または、65歳未満の中で、認知症、脳血管性疾患、パーキンソン病など老人性疾患をもっている者であって、6ヶ月以上の間1人で日常生活を営む事ができないと認められた場合、心身の状態及び長期療養が必要な程度など等級判定によって判定を受けた者である。
- ③ 判定基準は、身体活動能力、認知能力など52項目の調査に基づいて、6ヶ月以上の期間に日常生活を1人で営む事ができないと認めた場合、療養に必要な程度によって1～3等級と判定された者がサービスを受けるようになる。

表2 等級判定基準

等級区分	判定基準
長期療養1等級	日常生活のすべてにおいて他人の援助が必要な者、長期療養認定点数が95点以上、終日寝たきり状態
長期療養2等級	日常生活の相当な部分において他人の援助が必要な者、長期療養認定点数が75点～94点
長期療養3等級	日常生活において部分的に他人の援助が必要な者、長期療養認定点数が55点～74点
等級外（軽症）	食事、排泄、着替えなどにおいて大体自立であるが、生活管理能力の低下によって時々支援が必要な者

- ④ 認定及びサービス利用手順は、（公団の各支社別長期療養センター）申請→（公団職員）訪問調査→長期療養認定及び等級判定及び標準長期利用計画書通報（等級委員会）→（長期療養センター）サービス利用と進んでいく。
- ⑤ 給付内容は、施設給付、在宅給付、特別現金給付がある。
- ⑥ 財源調達は、保険料は健康保険料額の6.55%（月平均：4,822ウォン）であり、老人長期療養保険の加入者は国民健康保険加入者と同一、健康保険料と一体徴収している。長期療養保険料率は保健福祉部長官所属の長期療養委員会の審議をへて大統領令で明示する。国家支援は長期療養保険料の予想収入額の20%負担（国庫）、医療給付受給権者の

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉潁）

長期療養給付費用、訪問看護指示書発給費用のなかで公団が負担すべき費用及び管理運営費の全額を国家と地方自治体が分担する。本人一部負担は次の通りである。施設給付の20%（非給付：食材費、理・美容料などは本人負担）であり、在宅給付の15%を負担する。例外として医療給付受給権者等低所得層は各々1/2で軽減（施設：10%、在宅：7.5%）であり、国民基礎生活受給者は無料である。

⑦ 老人長期療養保険制度の個別的なサービス利用負担料は次のようである。

表3 介護サービスの利用負担

①訪問療養サービス		⑤昼夜間保護	
訪問療養サービス 30分	10,680 ウォン	(1) 3時間～6時間未満 長期療養1等級	24,350 ウォン
訪問療養サービス 60分	16,120 ウォン	長期療養2等級	22,180 ウォン
訪問療養サービス 90分	21,360 ウォン	長期療養3等級	18,680 ウォン
訪問療養サービス 120分	26,760 ウォン	(2) 6時間～8時間未満 長期療養1等級	32,460 ウォン
訪問療養サービス 150分	30,200 ウォン	長期療養2等級	29,580 ウォン
訪問療養サービス 180分	33,500 ウォン	長期療養3等級	24,910 ウォン
訪問療養サービス 210分	36,600 ウォン	(3) 8時間～10時間未満 長期療養1等級	40,580 ウォン
訪問療養サービス 240分	39,500 ウォン	長期療養2等級	36,970 ウォン
		長期療養3等級	31,140 ウォン
②訪問看護サービス		(4) 10時間～12時間 長期療養1等級	44,640 ウォン
訪問看護サービス 30分未満	27,360 ウォン	長期療養2等級	40,670 ウォン
訪問看護サービス 30分～60分未満	35,310 ウォン	長期療養3等級	34,250 ウォン
訪問看護サービス 60分以上	43,260 ウォン	(5) 12時間以上 長期療養1等級	48,700 ウォン
③訪問入浴（1回訪問）		長期療養2等級	44,360 ウォン
(1) 車両利用訪問入浴サービス	71,290 ウォン	長期療養3等級	37,370 ウォン
(2) 車両未利用訪問入浴サービス	39,390 ウォン	⑥施設サービス	
④短期保護（1日）		①老人療養施設（1日）	②老人専門施設（1日）
長期療養1等級	42,490 ウォン	長期療養1等級	48,120 ウォン
長期療養2等級	38,860 ウォン	長期療養2等級	43,550 ウォン
長期療養3等級	35,230 ウォン	長期療養3等級	38,970 ウォン
⑥施設サービス		③老人療養共同生活家庭（1日）	
①老人療養施設（1日）		長期療養1等級	48,120 ウォン
長期療養1等級	38,310 ウォン	長期療養2等級	43,550 ウォン
長期療養2等級	33,660 ウォン	長期療養3等級	38,970 ウォン
長期療養3等級	29,020 ウォン		
③老人療養共同生活家庭（1日）			
長期療養1等級	48,120 ウォン		
長期療養2等級	43,550 ウォン		
長期療養3等級	38,970 ウォン		

資料：保健福祉部長期療養保険 HP

### 3. 韓国介護保険の利用現状

#### (1) 要介護認定者の現状（性別・年齢別・年度別）

老人長期療養保険のサービスを利用するためには、1～3等級の療養等級の認定が必要である。

申請は、施行最初は65歳以上であったが、2011年3月以後は、65歳になる30日以前から

申請可能になった。但し長期療養保険の給付は65歳になる日から利用可能である(老人長期療養保険 HP: 2011/06/24)。等級判定の期間は申請書を提出した後30日以内であり、天災などによる問題発生の場合や精密調査が必要な場合には判定期間を延長する事が可能であり、延長する場合には申請人に延長事由及び期間を通知する。

等級判定は長期療養等級委員会で第1次判定結果と特記事項及び医師所見書、その他審議資料等を総合的に検討・確認して長期療養認定可否及び長期療養等級を最終的に決定する。その具体的な等級判定過程は次のようである。

① 調査員は長期療養認定の申請人の機能を調査表の基準によってチェック(確認)。② 調査表にチェックされている各領域別得点を計算。③ 「療養ニーズ5つ領域<sup>(1)</sup>」の100点得点変換点数計算。④ 調査表の療養ニーズ5つ領域、52項目調査結果と領域別100点得点換算を8つのサービスに適用し、療養認定点数を算出(療養認定点数の算出方法参照)。⑤ 療養認定点数の合計を算出。⑥ 療養認定点数の合計を等級基準に適用して長期療養認定の可否及び長期療養等級を提示する。以上の6段階の過程がある。

保健福祉部及び国民健康保険公団による老人長期療養保険施行3周年施行資料(保健福祉部・国民健康保険公団, 2011: 9)によると老人長期療養保険制度の認定者及び利用者は継続的に増加している。その中で認定者の人数は2008年14万人, 2009年26万人, 2010年3月には32万人であり、施行当時より2倍以上増加している事が確認できる。認定者の増加は老人長期療養保険制度の認識度の上昇とサービスに対する必要性が高まっているからだと推定できる。2010年12月の年齢別等級判定と地域別等級判定は次の通りである。

制度導入後、1等級より3等級が持続的に増加している事が確認できる。背景としては、1等級者の死亡と2, 3等級者の健康状態の維持が考えられる。認定審査は、地域格差はほぼ見られない。全国一律的な調査において、標準化されたマニュアルによって行われるためであり、評価判定は基本的に地域の格差はほぼ存在しないとされる(保健社会研究院, 2011: 1-3)。

保健福祉部と国民健康保険公団の統計資料室の資料によれば老人長期療養保険制度の等級外者は149,783人である。等級判定による認定者だけが長期療養保険サービスの利用が可能であり、同様の老人性疾患でも利用者の自己診断によるサービス利用は不可能である。等級外者は介護を必要とする場合でも介護サービスへの権利はなく、利用できないのが現状である。結果的には日本の介護保険のような医療・保健・福祉の総合化による検討が必要であり、要介護予防制度のための要支援システム導入の検討が必要である。

## (2) 介護サービス利用の現状

老人長期療養保険制度の導入以前の公的なサービスの利用は、高齢者人口の1%(2003年の保健福祉部内部資料, 同年 OECD Health data: 老人福祉サービス利用の国家別比較)にも達せず、不足していた。当時は国民基礎生活保障者(生活保護対象者)・低所得者に制限され

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉滢）

表4 2010年12月の年齢別等級判定

(単位：人)

区分	資格別	等級判定者数	等級判定結果					等級外
			認定者					
			小計	1等級	2等級	3等級		
全体	計	465,777	人数	315,994	46,994	73,833	195,167	149,783
			比率	100.0%	14.9%	23.4%	61.8%	
	一般	327,202	人数	230,322	34,396	55,045	140,881	96,880
			比率	72.9%	10.9%	17.4%	44.6%	
	基礎受給	107,293	人数	58,103	8,760	12,324	37,019	49,190
			比率	18.4%	2.8%	3.9%	11.7%	
	医療給付	6,266	人数	4,052	629	956	2,467	2,214
			比率	1.3%	0.2%	0.3%	0.8%	
	軽減	25,016	人数	23,517	3,209	5,508	14,800	1,499
			比率	7.4%	1.0%	1.7%	4.7%	
65歳未満	小計	31,097	人数	23,680	5,160	4,500	14,020	7,417
			比率	7.5%	1.6%	1.4%	4.4%	
	一般	19,540	人数	15,290	3,312	2,896	9,082	4,250
			比率	4.8%	1.0%	0.9%	2.9%	
	基礎受給	9,262	人数	6,294	1,353	1,176	3,765	2,968
			比率	2.0%	0.4%	0.4%	1.2%	
	医療給付	256	人数	192	51	42	99	64
			比率	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	
	軽減	2,039	人数	1,904	444	386	1,074	135
			比率	0.6%	0.1%	0.1%	0.3%	
65歳以上	小計	434,680	人数	292,314	41,834	69,333	181,147	142,366
			比率	92.5%	13.2%	21.9%	57.3%	
	一般	307,662	人数	215,032	31,084	52,149	131,799	92,630
			比率	68.0%	9.8%	16.5%	41.7%	
	基礎受給	98,031	人数	51,809	7,407	11,148	33,254	46,222
			比率	16.4%	2.3%	3.5%	10.5%	
	医療給付	6,010	人数	3,860	578	914	2,368	2,150
			比率	1.2%	0.2%	0.3%	0.7%	
	軽減	22,977	人数	21,613	2,765	5,122	13,726	1,364
			比率	6.8%	0.9%	1.6%	4.3%	
年齢別	合計	465,777	人数	315,994	46,994	73,833	195,167	149,783
			比率	100.0%	14.9%	23.4%	61.8%	
	0-64歳	31,097	人数	23,680	5,160	4,500	14,020	7,417
			比率	7.5%	1.6%	1.4%	4.4%	
	65-69歳	48,109	人数	30,153	5,121	6,184	18,848	17,956
			比率	9.5%	1.6%	2.0%	6.0%	
	70-74歳	80,360	人数	49,982	7,589	10,927	31,466	30,378
			比率	15.8%	2.4%	3.5%	10.0%	
	75-79歳	103,491	人数	65,356	9,126	15,048	41,182	38,135
			比率	20.7%	2.9%	4.8%	13.0%	
80-84歳	100,394	人数	68,011	9,156	16,287	42,568	32,383	
		比率	21.5%	2.9%	5.2%	13.5%		
85歳以上	102,326	人数	78,812	10,842	20,887	47,083	23,514	
		比率	24.9%	3.4%	6.6%	14.9%		



表5 2010年12月地域別・性別の等級判定

(単位:人)

区分		計	1等級	2等級	3等級	等級外
計	合計	465,777	46,994	73,833	195,167	149,783
	男性	131,275	14,384	20,851	56,556	39,484
	女性	334,502	32,610	52,982	138,611	110,299
ソウル	合計	66,380	9,696	13,514	30,373	12,797
	男性	19,318	3,041	3,762	9,031	3,484
	女性	47,062	6,655	9,752	21,342	9,313
釜山	合計	29,237	2,367	4,052	12,161	10,657
	男性	8,462	779	1,263	3,668	2,752
	女性	20,775	1,588	2,789	8,493	7,905
大丘	合計	19,494	1,740	2,889	7,452	7,413
	男性	5,671	493	828	2,238	2,112
	女性	13,823	1,247	2,061	5,214	5,301
仁川	合計	23,573	2,562	4,084	10,428	6,499
	男性	6,643	784	1,107	3,019	1,733
	女性	16,930	1,778	2,977	7,409	4,766
光州	合計	14,536	948	1,982	6,239	5,367
	男性	3,809	290	543	1,713	1,263
	女性	10,727	658	1,439	4,526	4,104
大田	合計	13,973	1,300	2,041	6,375	4,257
	男性	4,027	372	584	1,829	1,242
	女性	9,946	928	1,457	4,546	3,015
蔚山	合計	5,977	603	904	2,858	1,612
	男性	1,633	186	231	786	430
	女性	4,344	417	673	2,072	1,182
京畿	合計	87,234	10,657	15,780	40,084	20,713
	男性	25,306	3,272	4,528	11,757	5,749
	女性	61,928	7,385	11,252	28,327	14,964
江原	合計	18,940	2,687	3,247	7,474	5,532
	男性	5,611	893	950	2,211	1,557
	女性	13,329	1,794	2,297	5,263	3,975
忠北	合計	15,791	1,894	2,705	6,069	5,123
	男性	4,606	577	760	1,774	1,495
	女性	11,185	1,317	1,945	4,295	3,628
忠南	合計	26,896	2,691	4,568	11,460	8,177
	男性	7,848	813	1,338	3,311	2,386
	女性	19,048	1,878	3,230	8,149	5,791
全北	合計	29,848	1,772	3,333	11,311	13,432
	男性	8,029	498	887	3,185	3,459
	女性	21,819	1,274	2,446	8,126	9,973
全南	合計	35,172	2,078	4,321	12,176	16,597
	男性	8,925	620	1,145	3,308	3,852
	女性	26,247	1,458	3,176	8,868	12,745
慶北	合計	35,192	2,844	4,781	13,695	13,872
	男性	10,001	885	1,433	4,067	3,616
	女性	25,191	1,959	3,348	9,628	10,256
慶南	合計	36,320	2,321	4,225	14,016	15,758
	男性	9,691	678	1,177	3,912	3,924
	女性	26,629	1,643	3,048	10,104	11,834
済州	合計	7,214	834	1,407	2,996	1,977
	男性	1,695	203	315	747	430
	女性	5,519	631	1,092	2,249	1,547

資料:保健福祉部内部資料及び国民健康保険公団 統計資料室

注) 1. 2010年度末現在累積判定者人数であり、住民登録実住所地基準

2. 認定判定者のうち重複及び死亡件は除外

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉潁）

表6 年度別認定現況 (単位：人)

区分		2008年	2009年	2010年
計	合計	214,480	258,476	315,994
	男性	61,158	75,857	91,791
	女性	153,322	182,619	224,203
1等級	合計	57,396	43,349	46,994
	男性	17,158	13,476	14,384
	女性	40,238	29,873	32,610
2等級	合計	58,387	65,570	73,833
	男性	16,570	18,894	20,851
	女性	41,817	46,676	52,982
3等級	合計	98,697	149,557	195,167
	男性	27,430	43,487	56,556
	女性	71,267	106,070	138,611

資料：保健福祉部内部資料及び国民健康保険公団 統計資料室 各年度引用再構成  
 注) 1. 2010年度末現在認定資格有持者の現況であり、住民登録実住所地基準  
 2. 等級認定者のうち重複及び死亡者は除外 3. 認定申請後等級

ていた。しかし、老人長期療養保険制度の導入後は、2010年5月基準として全体高齢者人口中で（約31万人）5.7%が老人長期療養保険制度を利用する統計がある（鮮于惠，2010：1-3）。保健福祉部では2011年には老人人口の（約34万人）6.2%が利用可能と展望している。

老人長期療養保険では、施設サービス・在宅サービス・現金給付サービスの利用が可能であるが認定者は認定の程度によってはすべての介護サービスを利用できるわけではない。1～2等級者は、施設サービス・在宅サービスを選択できる。しかし、3等級者は施設サービスを利用する場合費用における高い自己負担が必要である。3等級の施設サービス利用への制限は、在宅サービスを優先とする意図があり、その背景には費用節減があると考えられる。1～2等級者でも無制限的にサービスを利用する事はできない。具体的な限度額の内容は次のようである。

i) 施設サービス

施設サービスの種類は老人療養施設，(旧)老人療養施設，(旧)老人専門療養施設，老人療養共同生活家庭がある。利用限度は、長期療養等級及び給付提供日数の基準によって異なる。施設給付は非給付項目があり、本人全額負担を必要とする。非給付項目は、食事材料費，上級寝室利用料，理容・美容料費などである。

ii) 在宅サービス

在宅サービスの訪問療養料は、サービス利用した時間を基準として計算する。在宅給付の短期保護は、施設サービスと同様に本人全額費用負担の項目がある。非給付項目は、食事材料費，上級寝室利用料，理容・美容料費などである。各サービスは、類型別給付費用を合算して総給



付費用を算出し、等級別限度額を適用する。その限度額は次のようである。

表7 2008年7月1日～2008年12.31 限度額

長期療養等級	1 等級	2 等級	3 等級
月限度額	1,097,000 ウォン	879,000 ウォン	760,000 ウォン

表8 2009年1月1日～限度額

長期療養等級	1 等級	2 等級	3 等級
月限度額	1,140,600 ウォン	971,200 ウォン	814,700 ウォン

注) 本人負担金 = 総給付費用 × 受給者類型, 本人負担率は受給者の類型によって異なる。

### iii) 現金給付サービス

現金給付は2種類がある。1つは、島嶼・僻地等の地域を対象とする家族療養支給制度であり、もう1つは同居家族療養保護士による事実上の現金給付制度である(孫珉滢, 2011: 1-16)。現在の家族療養費支給は、2010年7月に比べて減少している。その原因としては家族療養費の支給に様々な条件が付くため受給が難しいことが考えられる。

表9 現金給付サービスの利用状況

区分	計		1 等級		2 等級		3 等級	
	人数	金額	人数	金額	人数	金額	人数	金額
2010.7	747	108,870	54	7,555	95	13,345	598	85,970
2011.7	585	86,300	34	4,985	68	9,670	482	71,645

※1人当たり家族療養費は、等級に関係なく月15万ウォン

資料: 韓国保健福祉家族部『老人長期療養保険 2010.7 統計月報』国民健康保険公社  
韓国保健福祉家族部『老人長期療養保険 2011.7 統計月報』国民健康保険公社

また、韓国の保健福祉部では、利用者が在宅ケアを利用する際に、家族療養保護士らの利用料と給付時間を大幅減少する予定である。理由としては、不当請求の増加<sup>(2)</sup>である。

地域別利用状況では、2009年、2010年の長期療養保険主要統計によれば、年間1人当平均療養費で、最も高いのは済州・江原地域である。この現象は、老人長期療養保険制度のモデル事業を実施した地域であり、モデル事業の施行によって他地域より老人長期療養保険制度に対する認知度が高い事であり、それは利用度の増加にも影響すると考えられる(韓国保健社会研究院, 2011: 5-6)。最下位は、連続1位では全南の寶城郡である。また、各年度の給付実績は、次のようである。

表10 家族療養保護士の現金給付サービスの変化

	現行	改定案
適用対象	同居家族療養保護士	同居・非同居家族療養保護士
認定時間	1日90分(1ヶ月31日まで)	1日60分(1ヶ月20日まで)
1回利用料	90分利用: 2万1,360ウォン	60分利用: 1万6,120ウォン

資料: 韓国日報 2011/06/14/9面

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉潁）

表11 年度別給付の利用実績 (単位：千ウォン)

区分	2008		2009		2010	
	総療養費	療養給付費	総療養費	療養給付費	総療養費	療養給付費
計	480,818,142	426,778,661	1,971,789,476	1,736,893,742	2,745,586,363	2,402,287,301

資料：各年度長期療養保険統計年報 国民健康保険公団

(3) 人材教育の現状

介護サービスの質は、サービスの内容と提供者である人材によって影響を受ける。2008年7月施行後、療養保護士教育機関の乱立と不実運営の問題は既に指摘されてきた。具体的な問題としては、教育機関が許可制ではなく、申告制であった。養成教育の課程での問題として、一般新規の受講者の場合280時間では倫理的・専門技術的な福祉のマインドを習得するには、不足である。教育機関の量的な増加と介護士の過剰排出・専門性不足・不法・脱法の場合も多く報告されているのが実情である。

表12 療養保護士課程別教育時間（2008.7施行初期と2010年改正、4月から）

2008.7 施行初期の教育時間											
新規（240時間）			社会福祉士（50時間）			看護師（40時間）			経歴者（160時間）		
理論	実機	実習	理論	実機	実習	理論	実機	実習	理論	実機	実習
80	80	80	31	11	8	28	4	8	80	40	40
2010年改正後の教育時間											
新規（280時間）			社会福祉士（60時間）			看護師（50時間）			物理治療・職業治療士・看護補助（60時間）		
理論	実機	実習	理論	実機	実習	理論	実機	実習	理論	実機	実習
90	94	96	33	11	16	30	4	16	35	9	16

資料：韓国保健福祉部 HP 法令資料

療養保護士の問題としては、教育機関の過剰設立と不法・不当行為の増加である。2008年1月の101ヶ所から2009年10月に1,233ヶ所になりその増加率は12倍である。そのなかで363ヶ所が不法・不当行為による行政措置（朴ドンザ・金ドフン、2010：177-179）を受けた事もあり、療養保護士の教育向上が課題である。このような問題点を改善するために資格試験制度が導入された。その内容としては次のようである。

試験は年1回であり、筆記・実施で60点以上者に資格を与える制度である。しかしながら、療養保護士の過剰供給による過剰競争・低賃金問題などの劣悪な処遇問題も多発している。教育機関の申告制から指定制に改正できた部分は発展的であり評価できる<sup>(3)</sup>。

介護士の勤務実態調査によるとその平均所得<sup>(4)</sup>は、68.7%が月平均月100万ウォン未満である。勤務環境としては、入所施設は40.4%、在宅の場合は95.5%が契約制である。

また、重要な人材問題は、介護サービスに直接関係する介護士だけではなく、現場の管理担当者である健康保険公団の療養関連職員の不足である。最近の新聞報道によれば利用者問題の深刻性が考えられる。具体的には次のようである。2008年7月施行後公団の療養職員の増員

表13 急増する人材

	'07年12月	'08年6月	'08年12月	'09年6月	'09年12月	'10年6月	'10年12月
長期療養機関 介護人材	23,535	37,684	114,633	135,070	158,859	189,473	203,465

資料：保健福祉部・国民健康保険公団，2011『老人長期療養保険施行3週年記念式及び国際シンポジウム』p.81

(2,496人)はなかった。そのうち現場を担当する支社所属職員は1,880人である。日本の場合1人当たり35人を担当しているが、韓国の場合には1人当たり168人を担当する水準である(韓国日報，2011，7，27：3面)。このような状況では認定申請者の等級調査，サービス点検(受給者特性別に1，3，6ヶ月に1回)，等級更新調査(年1回)，不当受給の監視等をするには大変不足している。このような状況で1人の職員が出産休暇を取った場合，その同僚は約300人を担当しなければならない。2009年の場合，170人の療養職員(妊娠中)の中で18人が流産したという報告があった(韓国日報，2011，7，27：3面)。

#### (4) 利用者負担

韓国の介護保険制度でもサービス利用には，日本と同様に保険料負担と認定を前提としている。サービスを利用する時，サービス利用に応じた応益負担が原則となっている。在宅サービスは給付費用の15%，施設サービスは給付費用の20%を利用者が負担する<sup>(5)</sup>。例外としては医療保険受給権者，所得，財産などによって保健福祉部が告示する一定金額以下の者，天災地変等の事由によって生計困難な者(大統領令等で定める)には利用者負担の50%を軽減する。低所得者への配慮として国民基礎生活対象者(日本の生活保護者に該当)の受給者は利用者負担の全額免除である。

韓国の介護保険法で規定している，給付範囲外，月額限度を超える場合，その超過した給付額は，利用者本人の全額負担である。具体的な支給要件の基準は法で定められている。

日本では，償還払い，給付額の減額，保険給付の支払いの一時差止のような滞納者への対応(週刊社会保障，2007：77)等の問題があるが，現在，韓国の滞納問題の深刻化は日本ほどは見られない。韓国介護保険の場合，保険料徴収率は2010年現在97.2%である(職場：99.1%，地域：90.8%)。介護保険制度施行からの3年であり，滞納関連問題は今の段階では少数の問題であるが，未納・滞納問題として議論されていない。

##### i) 利用者負担による利用抑制

老人長期療養保険サービスの利用における利用者負担は，低所得層は選別的に排除される可能性が高い。高所得者ほど負担率は低くなるので，利用率の増加になる。したがって，本人負担の免除になる国民基礎生活保護層よりは，低所得層の利用制限が懸念される。

韓国の介護保険は日本の介護保険と同様に「受給サービス量に応じる利用者負担(里見賢治，

2005：6）」の方式が採択されている。2005年改定により入所施設での食費・居住費は全額自己負担になった。厚生労働省は見直しの必要性を、「給付と負担の公平性」として説明していた。ドイツの介護保険では、10割給付が原則であり、利用者負担はない。日本の場合でも、施設・在宅1割負担である。

韓国の介護保険では、施行初期から入所施設の利用は高負担になっている。日本の経験をモデルにしており、施設サービス利用の制限抑制を目的としていると考えられる。

#### ii) 非利用者の重度化の危険性

韓国介護保険では、保健福祉部の調査では、満足度は非常に高く表れている。しかし、これは利用者に対する調査であり、利用料が負担になって利用を抑制しがちな非利用者の調査ではない。1割負担である日本でも「低所得者には利用者負担が利用の制約になってサービス利用が制約されている」（里見賢治，2002：28-32）といわれている。このような現象は、施設サービス利用における2割負担では、もっと負担になると考えられる。このような抑制は、短期的には経費節約となり、成功的に評価できるかもしれないが、長期的には重度化する危険性が高く結果的には、要介護度の重度化は介護費用の高額化に結びつくのである。

#### iii) 社会的扶養

高い利用者負担は、高所得者にはサービス利用においては便利なシステムである。しかし、低所得者には高負担になり、保険料は負担できる場合でも「利用者負担」が重負担になり、保険料だけ払いサービス利用は制限される可能性が高い。したがって高い利用者負担は、社会的扶養の基本的な意図に反しているといえる。

### (5) 財政の現状

韓国介護保険は、日本と同様に社会保険方式である。現在、医療保険（韓国名：健康保険）のように、保険料、国家負担、利用者負担によって構成されている。保険加入は医療保険加入者と同じであり（第8条）、全国民が負担している。保険料は、介護保険料と医療保険料と統合して徴収し、独立した会計で管理する。介護保険の負担率は、保健福祉部長官所属の老人長期療養保険委員会の審議を経て大統領令で定める。

ここで問題なのは介護保険料が非常に増加していることである。2008年の4.05%、2009年4.78%、2010年6.55%であり、施行3年で37.0%も増加している。保険料徴収率は2010年上半期基準で97.7%であった。

介護保険でも医療保険の国庫支援のように国家負担を明示している。その規定によって毎年一定額を支援している。具体的には、国家は予算範囲内の当該年度の長期療養保険料の予想収入額の100分の20を公団に支援する（韓国の介護保険法第58条）。国民基礎生活保障制度の

表14 韓国医療保険及び介護保険率の変化

区分	2008年	2009年	2010年
医療保険率	5.08%	5.08%	5.33%
介護保険率	4.05%	4.78%	6.55%

資料：国民健康保険公団健康保険政策研究院『老人長期療養保険中長期財政運用展望と政策課題』2010 p.36

受給権者の給付費の全額を国家と地方自治体で負担することになっている。国庫支援金は2008年には1,181億、2009年には2,044億円、2010年には3,323億円であった。

表15 年度別国庫支援金現況

(単位：億ウォン, %)

区分	2008年	2009年	2010年
国庫支援金	1,181	2,044	3,323
増加率	—	57.8	61.5

資料：国民健康保険公団健康保険政策研究院『老人長期療養保険中長期財政運用展望と政策課題』2010 p.39

保健福祉部は財政の効果を肯定的に評価している。その内容としては、介護保険給付費以外にも税収効果<sup>(6)</sup>を評価している。特に総医療費の削減<sup>(7)</sup>を評価している。しかし、韓国の介護保険も社会保険方式であり、政府関連研究報告及びシンポジウム等で評価しているのは、保険料を払えた人たちについてだけである。保険料を払えない人は保険給付から排除しているので、その部分は実際には議論されていない。保険料徴収率は2010年上半期基準して97.7%で、それ以外の2.3%の人は無保険者になる可能性が高い。日本の介護保険で里見が指摘したように普遍性・選択性・権利性の問題(里見賢治, 2004a: 6-13, 里見賢治, 2004b: 18-23)は、社会保険方式自体を自己否定し、逆に公費負担方式の妥当性が浮き彫りになる。

表16 老人長期療養保険財政状況

(単位：億ウォン)

	2008	2009	2010	計	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	2011.5
収入	7,518	20,238	27,720	15,817	3,819	3,160	3,372	2,813	2,653
療養保険料	3,723	11,371	17,509	8,571	1,338	1,586	1,677	1,608	2,362
国庫支援金	1,181	2,044	3,323	3,883	1,294	1,294	1,294	—	—
医療給付負担金	2,564	6,637	6,655	3,266	1,174	258	373	1,183	278
その他収入	51	186	233	97	13	21	28	23	13
支出	5,731	18,791	25,547	11,294	2,290	1,955	2,429	2,405	2,215
療養給付費	4,585	17,236	23,916	10,579	2,133	1,814	2,337	2,174	2,121
管理運営費	1,146	1,556	1,631	716	157	141	93	231	94
当期収支	1,787	1,446	2,174	4,523	1,529	1,205	943	408	437
累積収支	1,787	3,234	5,407	9,930	6,937	8,141	9,084	9,493	9,930

資料：国民健康保険公団 HP

## 4. 課 題

### ① 利用における地域格差問題

地域格差問題は、医療・教育・介護サービスにおける大きな課題である。介護サービスの供給は、施設供給の地域間の格差問題である。その主な理由は、人口少子高齢化による人口過疎地、経済力と財政力、介護保険への認知度、介護機関と介護従事者の拡充等の4点をあげることができる。現在韓国では施行後3年であり、地域格差問題は深刻にあらわれていないが今後過疎地への医療権利・教育権利に続けて介護権利<sup>(8)</sup>が課題になる。したがって、年間療養費支出・人数等の年間利用度上位10都市、下位10都市の綿密な分析が必要である。

### ② 人材養成の問題

日本の経験で分かるように介護者の離職率は他の職種の離職率より高い。韓国の老人長期療養保険制度における療養保護士の過剰供給という批判もあり、現在介護人材の離職問題は議論されていないが、労働条件の劣悪等多様な問題を内包している。例えば、基本資格及び資質（年齢、学歴等の無制限）、人材の地域格差問題、人材の採用情報の不足、低賃金等の問題であり（入所施設：120～140万ウォン、訪問療養：約55万ウォン<sup>(9)</sup>）人材として技術を継続的に期待する事は困難であろう。

### ③ 利用料負担による排除問題

利用料負担問題は、すでに日本で指摘されている。利用者負担がサービス利用を抑制する（里見賢治，2002：30-31）。利用料の負担によるサービス利用が抑制されることは、社会保障の基本的な理念に反している。特に韓国人高齢者の場合、利用料は、家族（息子・嫁）による負担が多く、経済的な負担により介護放棄される可能性が高い。韓国ではまだ4年目であるであるためにそれほど弊害は起こってはいないが、今後の注視が必要である。

### ④ 財政問題

人口高齢化・認知症の発生率の増加等により要介護者のサービス利用率も増加する傾向にある。このような現状において、国庫支援額も2008年に1,181億ウォン、2009年には2,044億ウォンと73.0%増加している。これに伴い保険料は2008年の4.05%から引き上げられ、2009年には4.78%に引き上げになっている。このように財政規模は継続的に拡大し、財政安定化が問題である。現段階では施行後3年であり、財政状況の多方面でのモニタリングなど持続的で安定的な財政の構築が必要である。

OECD中、GDP対比LTC（long-term care）の支出は韓国の場合最下位国家に該当する。スウェーデン（3.6%）、デンマーク（2.0%）、日本（1.6%）よりはるかに低い0.3%である。し



たがって、国としてのLTCへの支出を増加すべきである。

〔注〕

- (1) 5つ領域：身体機能領域、認知機能領域、精神機能領域、看護処置領域、リハビリ領域
- (2) 2010年の不当請求は全国自治体の調査によれば、不当請求は長期療養機関345ヶ所(7億5,000万ウォン)である。そのうち家族療養保護士の不当請求額は4億1,000万ウォンであり、54%に至る。利用時間と利用料金への変化は、90分利用当2万1,360ウォンから60分利用当1万6,120ウォンに縮小された。(韓国日報2011年6月14日9面参照)。
- (3) 国民健康保険公団の『2010年老人長期療養保険主要業務推進計画』によれば、介護業務を遂行できない人は資格取り消し・療養保護士に欠格事由も新設された。
- (4) 保健福祉部・国民健康保険公団2011『老人長期療養保険施行3周年記念式及び国際シンポジウム』によれば月150万未満：28.9%、月200万未満：2.0%、月200万以上：0.4%
- (5) 国民健康保険公団の『2010年老人長期療養保険本人負担実態調査』による施設給付の2010年5月本人負担金は、485,284ウォンで、法定本人一部負担金(給付)277,021であり(57.1%)、非給付本人負担金は208,263ウォン(42.9%)であった。非給付本人負担金は、施設給付受給者の中91.5%の人は非給付であり本人負担があった。内訳は、食事材料費、寝室利用費、理美容費の順であった。非給付項目の理由としては、「施設で一律的に利用するので」が71.0%であり最も多かった。施設サービスの費用を負担する人は、子供(子の嫁)が84.2%でもっとも多い。費用負担に対しては、「高い」が53.7%、「適当」が38.2%であった。「負担」が52.6%、「非常に負担」が33.3%であり負担と考える人(計85.9%)が圧倒的に多数である。

在宅給付における本人負担は、平均115,764ウォンであり、法定本人一部負担金(給付)は、112,096ウォン(96.8%)、非給付である場合の本人負担は3,668ウォンであり非常に少ない3.2%であった。在宅給付別本人負担金は短期保護(257,392ウォン)、昼・夜間保護(147,171ウォン)、訪問療養(109,205ウォン)の順であった。在宅サービスの場合費用を負担する人は、子供(子の嫁)が57.9%であった。費用負担に対しては、「高い」+「非常に高い」が33.27%、「適当」が50.8%であった。「負担」+「非常に負担」は68.5%であり施設(85.9%)への負担感よりは低い。
- (6) 関連産業成長、雇用及び付加価値創出、要介護者がある家族構成員の経済活動機会増加、医療サービス利用形態及び健康状態の変化等
- (7) 保健福祉部・国民健康保険公団による『老人長期療養保険施行3周年記念式及び国際シンポジウム』の標本統計調査(p.99)によれば、入院費・療養病院診療費・総診療費の削減があった。
- (8) 保険福祉部・国民健康保険公団、2011『老人長期療養保険施行3周年記念式及び国際シンポジウム』の中での「全般的なサービス水準の満足度は86.9%」であった。しかし、この満足度調査は、利用経験がある人であり、過疎地で利用できなかった人の意見ではない。
- (9) 訪問介護の場合平均時給6~7千ウォン、月平均84時間勤務、社会保険加入率(施設：92.9%、訪問介護者50.3%)も非常に低い劣悪な水準である。

〔参考文献〕

- 小川全夫、朴光駿、鮮于憲他『老いる東アジアへの取り組み』九州大学 2010  
『韓国日報』「長寿老人「異変」大都市増加」2011年6月22日8面  
『韓国日報』「半分は不正に請求する利用者、嘘しりながら療養等級を認定する」2011年7月27日3面

施行4年目を迎える韓国介護保険（孫 珉滢）

- 韓国保健社会研究院, 2011「老人長期療養保険の動向分析と改善方向」『保健・福祉 Issue & Focus』2011.4 第81号
- 国民健康保険, 2011.1.31 報道資料「2002～2009年老人性疾患患者診療推移分析結果——最近7年間痴呆症患者4.5倍増加」
- 『国民日報』「福祉部説明, 不法誘因・斡旋行為禁止・処罰推進中」2011年7月28日 <http://news.kukinews.com/article/2011/08/01>
- 里見賢治, 2002「劣化する社会保険方式と介護保険を検証する(上)」『社会保険旬報』No.2141
- 里見賢治, 2004a「社会保険システムの動揺と公的介護保障」(上)『社会保険旬報』No.2213
- 里見賢治, 2004b「社会保険システムの動揺と公的介護保障」(下)『社会保険旬報』No.2214
- 里見賢治, 2005「介護保険はフロント・ランナーか? ——未完の介護保険——」『社会福祉研究』鉄道弘済会 No.92
- 里見賢治, 2010『改訂新版 現代社会保障論』高学出版
- 孫珉滢, 2010「韓国・老人長期療養保険制定の過程分析」『佛敎大学大学院紀要社会福祉学研究科篇』第38号 佛敎大学大学院
- 孫珉滢, 2011「韓国・老人長期療養保険制度の現金給付に関する一考察」『佛敎大学大学院紀要社会福祉学研究科篇』第39号 佛敎大学大学院
- 鮮于惠, 2010「政府政策の方向設定のための老人長期療養保険制度の改善案」『保健福祉フォーラム』保健社会研究院
- 大韓民国政府 HP, 2011『2011-2015 第2次低出産・高齢社会基本計画』p.174
- 『朝鮮日報』「10人中7人, 父母認知症時は施設介護を希望」2011年1月13日 A12面
- 朴ドンザ・金ドフン, 2010「療養保護士の立場で見た長期療養サービスの問題点と改善方向」『健康保障政策』2010 No.9 国民健康保険公団・健康保険政策研究院
- 保健福祉部『保健福祉フォーラム』2011a年5月p.4
- 保健福祉部・国民健康保険公団, 2011『老人長期療養保険施行3周年記念式及び国際シンポジウム』保健福祉部・国民健康保険公団
- 老人長期療養保険 HP <http://www.longtermcare.or.kr/>

(そん みんきょん 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程)

(指導: 里見 賢治 教授)

2011年9月30日受理