

「日韓の介護保険制度の比較から」

日韓の社会保障制度の比較研究

昨年（2009年）12月、埼玉県和光市にある国立保健医療科学院において、同科学院と韓国の保健社会研究院の共催による第1回共同シンポジウムが開催された。シンポジウムのテーマは、「介護保険制度の発展的探索と今後の課題—日韓介護保険制度の比較から—」であった。

国立保健医療科学院は厚生労働省所管の研究機関であり、韓国保健社会研究院は韓国政府の研究機関である。こうした日韓両国を代表する政府研究機関同士で、研究交流や共同研究等を行うことは、それぞれの機関の研究レベルの向上や両国の保健医療行政、社会保障制度の発展のために大変意義深い。

これまで、日本はひたすら欧米諸国、とりわけ西欧諸国の社会保障制度の情報収集や研究に力を入れてきた。彼我の制度を比較し、日本が遅れている部分や欠けている部分が問題視され、制度改善の必要性が論じられてきた。特にスウェーデン等の北欧諸国の制度に対しては絶賛する論者が数多く、研究対象というよりは、まるで憧憬の対象のように取り上げられた。他方、西欧諸国の政治家や研究者が自国の制度と日本の制度を比較して、自国の社会保障制度を論ずることは皆無に近かった。この点で、日本側のせつないほどの「片思い」的状況にあった。西欧諸国の人々にとって、はるか極東の地にある日本と比較することは、日本の制度に対する知識不足や、政治体制や経済状況、文化や国民性等が異なることから、そうした考えさえ浮かばないことだろう。

しかし、アジア圏域の各国の社会保障制度の比較は、西欧諸国の制度研

究とは次元が異なる。これまでアジア圏では日本が圧倒的な「社会保障先進国」であったが、最近その様相がずいぶん変わってきた。特に、韓国の社会保障制度の充実が著しい。韓国では、先頃亡くなった金大中大統領時代から計画的に社会保障制度の整備を進め、「国民皆保険・皆年金」を達成し、さらに社会保険・社会福祉の充実に努めてきた。各種制度創設にあたっては、日本の制度を詳細に研究し、「後発のメリット」を活かしている。現在では日本が参考にすべき点も少なくない。たとえば、医療保険制度では、2000年初頭に「制度の一元化」を達成し、日本でみられる医療保険制度間の財政調整や利害対立という難問からは脱却している。医薬分業やレセプトの電子化も一足早く達成している。

韓国と日本では、その政治体制や社会保障の歴史は異なるけれども、社会保障を支える文化や国民性という面では、西欧諸国のそれよりもだいぶ近い。したがって、日韓の社会保障制度の比較研究は、お互いに自らの制度を見つめなおす上でも参考になることが多い。これから日韓の制度の比較研究が活発に行われることになるだろう。

日本に似ているが異なる韓国の介護保険

韓国の介護保険制度(老人長期療養保険制度)は、法律が2007年4月に制定され、2008年7月から施行されている。制度創設にあたっては、韓国政府は日本の厚生労働省や地方自治体への訪問調査等を何度も行うなど、日本の介護保険について詳しく調査研究をしており、似ている点が多い。たとえば、要介護認定の方法、一次判定は訪問調査を経てコンピュータ判定とし、二次判定は認定審査会で決定するという方法はそっくりである。

しかし、異なる点も多々ある。一番の違いは、保険制度の建て方である。日本は市町村が保険者である独立保険型であるが、韓国は、ドイツと同様に医療保険制度活用型である。医療保険の加入者がそのまま介護保険の加入者であるので、被保険者の範囲が広く、日本のような年齢による限定はない。日本では当初は40歳以上被保険者でスタートし、その後拡充

しようとして、現在暗礁に乗り上げているが、韓国では当初から被保険者の範囲を広く設定しているため、こうした問題は起きない。

保険者は、医療保険の保険者である国民健康保険公団である。公団が介護保険の実務のほとんどすべてを行うので、日本と比較すると、市町村が高齢者介護分野から縁遠くなっている。公団と市町村との連携が課題である。また、医療系サービスは除外しており、サービスの種類は少ない。利用者負担は在宅給付15%、施設給付20%である。日本の介護保険が財政問題で苦しんでいるのをみて、利用者負担は高めに設定し、国庫負担の割合は20%程度と少なめにしている。

ケアマネジャーによるケアマネジメントの仕組みがない点も、大きな相違である。しかし、この点については、弊害がみられる。要介護認定後に公団が作成する標準利用計画書を利用者が重視せず、自分勝手に在宅サービスを利用してしまうために、無駄な、あるいは過剰なサービス利用の原因となっている。早晩、ケアマネジメントの仕組みを導入する必要がある。

家族介護の社会的評価

さらに、日本との相違は、家族介護の社会的評価をめぐる点である。ドイツのように現金給付である介護手当を制度化するのか、それとも日本の議論を踏まえて現金給付は除外するのかが、保険給付の設定の際の論点のひとつとなった。最終的には、離島やへき地等で外部サービスを利用しにくい地域、あるいは要介護者が家族以外のサービスを拒絶する場合において、家族介護に現金を支給する「家族療養費」が制度化された。

家族療養費は、在宅給付の0.5%と少ない。しかし、興味深いことに、制度実施後、家族介護を評価する別の給付が認められたことである。すなわち、療養介護士（ホームヘルパー）が、同居する家族の要介護者に訪問介護を行う場合、1日2時間を限度に保険給付が認められることとなった。事実上の介護手当である。月額、60万ウォン程度になる。保険福祉家族部によると、こうしたケースは約1万5千件にのぼるといふ。

日本では、同居家族の訪問介護について、制度実施前に大議論があり、離島やへき地において例外的に保険給付の対象とされた。一般的には、家族による介護は無償労働であって、外部事業者による訪問介護しか保険給付の対象とされていない。このことが、保険給付費の増大を招き、公費負担の増大と保険料の上昇を招き、訪問事業者側には経営困難をもたらしている。在宅給付の約7割は介護手当であり、被保険者に評価されるとともに、保険給付費の伸びが抑制され、10年間ほとんど保険料に変化がなかったドイツとは大違いである。また、日本では、制度実施後、居宅サービスの利用者の伸びが目覚ましいが、外部サービスを利用したとしても、同居家族の介護時間はさほど減少していない。最近では、介護者のうち約3割は男性となっており、介護専念による収入減も問題となっている。

こうした状況を見ると、家族介護を評価する韓国の対応が参考になる。最近の報道では、韓国の保健福祉家族部は、高齢者が老いた配偶者や家族の面倒を見ている、いわゆる老老介護の家庭に対して、毎月30万ウォン程度を支援する案を検討しているという。西欧諸国をみても、家族等によるインフォーマルケアを評価している国が多い（筆者編著の『世界の介護保障』法律文化社、2008年参照）。子ども手当という家庭内育児を評価する現金給付が制度化された今日、韓国の例も参考にしながら、高齢者の家族介護を評価する介護手当の制度化を真剣に検討する必要がある。