

## 韓国における介護保険制度の創設

# 第1回 「韓国における介護保険制度創設の検討経緯」

### はじめに

本年(2007年)4月2日、韓国において、介護保険制度を創設する老人長期療養保険法案が、国会の本会議を通過して成立した。本格的な介護保険制度の創設としては、ドイツ、日本に次いで、世界で3番目になる。

韓国における介護保険制度の創設は、社会保障政策論の観点からは、次の2つの意義を有している。ひとつは、高齢者の介護は家族が担うべきという考え方が強い儒教文化圏として西欧諸国から見られている日本・韓国において、社会全体で介護を支えるという介護保険制度が創設されたことである。介護問題は先進国共通の課題であるが、社会保険システムで介護保障を行う国が増えたことは、今後、他の先進国にも影響を与えるのではないだろうか。

もうひとつは、日本の介護保険制度が大きな影響を与えたことである。1990年代頃から経済発展が著しい東アジア諸国は、日本の社会保障制度を参考にしながら、自国の社会保障制度の整備を進めている。韓国の介護保険制度創設は、その典型例である。しかも、日本の介護保険制度の内容や現状を把握しつつ制度の検討が行うことができることにより、「長所は採用し、短所は回避する」という「後発のメリット」を享受することができる。将来的には、韓国の介護保険制度の運営状況が、日本の介護保険制度の見直しの参考となることも予想される。

本稿では、韓国における介護保険制度創設の背景、制度の概要、今後の課題等を紹介する。まず、今月号では、韓国において介護保険制度の検討が始められた背景や法案成立に至るまでの経緯を解説する。第2回(2008年1月号)では、日本やドイツの介護保険制度と比較をしながら、制度の概要を解説する。第3回(2008年2月号)では、制度の概要解説の続きと、今後の課題を展望することとする。

## 1 創設の背景

韓国で介護保険制度の検討が始まり、関係法案の成立に至った経緯は、表のとおりである。韓国政府内で検討が始まったきっかけは、2001年8月15日、キム・デジュン(金大中)大統領(当時)が、慶祝辞の中で「老人療養保障制度の導入」を発表したことによる。ただし、その時点では、具体的な制度のイメージはなかった。高齢者の長期療養保障制度を介護保険という社会保険方式で対応していく方針を決めた

のは、保健福祉部（日本の厚生省に相当）に設置された公的老人療養保障企画推進団が2004年2月に取りまとめた報告書による。

韓国で介護保険制度の検討が始まった背景として、第一に、韓国社会の人口高齢化の急速な進展があげられる。韓国では、2000年に人口の高齢化率が7%を超えて「高齢化社会」に突入した。日本の場合、7%を超えたのが1970年のことであり、韓国は、日本よりも30年間遅れての高齢化社会の仲間入りであった。現状では、韓国の高齢化率は9.1%（2005年）と、日本の半分以下の数値であり、日本と比較をすると「若い国」である。

しかし、出生率の急激な低下と長寿化の進展等により、急激に高齢化が進むことが予想されている。韓国の合計特殊出生率は、1970年代には4を超え、80年代でも2を超える水準であったが、90年代から急激に低下し、2004年には1.08と、日本よりも低い数値となった。韓国では、少子化対策と高齢化対策を同時に進めなければならないという情勢になっている。人口の高齢化率は、2018年には14%を超えて「高齢社会」となり、2020年代半ばには20%を超え、その後も一層高齢化が進んでいく。2040年以降は、3人に1人は高齢者という「超高齢社会」に突入する（図 参照）。また、高齢化率が7%から2倍の14%になる「倍加年数」は、日本の24年間（1970年から1994年）よりも短い18年間と予測されており、「世界一急速な高齢化の国」として、韓国社会の話題を呼んだ。

高齢化の進展により、認知症や脳卒中等によって介護が必要な高齢者が増加していく。2004年の推計では、要介護高齢者数は、高齢者人口の15%の約59万人（2003年）が、2010年には79万人、2020年には114万人に増加すると予想された。

第2の背景は、韓国の医療保険制度が抱えていた問題との関係である。韓国の医療保険制度は、当初は、保険者が、公務員と職域（民間サラリーマン）、地域（自営業者等）のそれぞれの組合に分かれた方式でスタートしたが、1990年代末に全組合を単一の保険者に統合することが決定された。韓国の医療保険制度史では、「統合主義」が「組合主義」に勝ったといわれる事件である。まず、1998年に公務員と地域の保険が統合され、2000年7月に、保険者組織として国民健康保険公団（第2回で説明するとおり、介護保険の保険者にもなる公団）が設立された。この頃、医療保険財政は、2000年7月からの医薬分業の実施もあって支出が増大しており、将来にわたる健全な財政運営のためには老人医療費の増大抑制が大きな課題となっていた。前述の「公的老人療養保障制度」という文言も、高齢者の医療費と介護費用に対して政府としてどのような方策で対応していくのがよいのかという問題提起を示すものでもあった。高齢者の介護費用については、介護保険制度により対応するという方向で検討が進められていくこととなった。

第3の背景は、隣国の日本において、1997年に介護保険法が制定され、2000年4月から介護保険制度が施行されたことである。韓国の政府関係者はもちろんのこと、社会保障研究者や福祉関係者等が日本の介護保険制度に大きな関心を抱いていた。韓国では、公的医療保険制度の整備をはじめ、社会保障政策の立案に当たっては日本の制度を参考にすることが多く、介護保険制度でも同様の手法がとられることとなった。

さらに、日本への留学経験者が介護保険制度を企画立案する実務者の中で重要な地位を占めていた。たとえば、2002年4月から約3年半にわたって保健福祉部老人

保健課長等を務めた張炳元（ジャン・ビョンウォン）氏は日本社会事業大学に留学し、博士号を取得。また、保健福祉部と連携をしつつ制度設計の調査・研究を進めた韓国保健社会研究院の部長（当時）であった卞在寛（ビョン・チュクァン）氏は、筑波大学に留学し、博士号を取得した。このように、韓国政府の担当者は、日本の介護保険制度の内容や現状を熟知しており、日本の制度を基本にしつつ、韓国の介護保険制度の制度設計に取り組んだ。

## 2 検討経緯

ノ・ムヒョン政権誕生後の2003年4月、2007年の施行を目標に、公的老人療養保障制度導入の推進ということが明示され、これ以降、韓国政府の検討が本格化した。

2003年3月、有識者や政府委員等により構成される「公的老人療養推進企画団」が保健福祉部に設置された。企画団は、4つの専門委員会が置いて個別テーマの議論を進めるとともに、公聴会や日本の介護保険制度の視察、あるいは外国からの専門家招聘討論会等を経て、2004年2月、報告書を取りまとめた。筆者も、外国人専門家として企画団の会議に招待され、日本の介護保険制度の概要、現状、課題等について説明する機会を得た。

企画団報告書では、財源調達方式として、社会保険方式と租税方式とを比較し、社会保険方式をもとにした基本試案を提示した。この報告書を踏まえ、具体的な制度設計にあたる組織として、2004年3月、保健福祉部に「公的老人療養保障制度実行委員会」が設置され、2005年2月、制度モデルが作成された。その後、立法作業が行われるとともに、要介護認定等のモデル事業が2005年7月から実施されることとなった。法案は、2006年2月、国会に提出され、2007年4月成立した。

制度の施行は2008年7月からであり、当初の予定よりは1年遅れとなったが、概して順調な政策過程であった。日本と比較をすると、大統領制の国らしく、「トップダウンの政策決定」が特徴的である。

（参考文献）

金道勲「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題」（日本福祉大学2005年度国際シンポジウム）

増田雅暢「韓国の介護保険の検討状況」（『週刊社会保障』第2309号、2004年）

韓国における介護保険法制定までの主な経緯	
2001年 8月	キム・デジュン大統領、「老人療養保障制度」導入を発表
2002年10月	「老人保健福祉総合対策」（国務会議報告）において、「2007年以降、公的老人療養保障体系構築」が提案される
2002年	ノ・ムヒョン大統領の選挙公約の中で「公的老人療養保障制度導入の推進」が明記される。
2003年4月	保健福祉部に「公的老人療養保障企画推進団」設置

2003年8月	日本の介護保険の視察、外国からの専門家招聘討論会
2004年2月	企画団の報告書がまとまる
2004年3月	保健福祉部に「公的老人療養保障制度実行委員会」設置
2004年7月	日本の介護保険の視察
2005年2月	「公的老人療養保障制度実行模型」まとまる
2005年3月	実行委員会、最終報告を保健福祉部長官に提出
2005年7月	第1次モデルプロジェクトを実施
2005年9月	保健福祉部、介護保険法制定のための公聴会を開催
2006年2月	「老人スバル保険法案」を国会提出
2006年4月	第2次モデル事業を実施
2006年11月	法案の公聴会を開催
2007年2月	法案、委員会を通過
2007年4月	法案、国会で可決成立
2007年5月	第3次モデル事業を実施

## 第2回 「韓国」の介護保険制度の概要

### 法律の名称は「老人長期療養保険法」

韓国の介護保険法案は、「老人スバル保険法」という名称で国会に提出された。「スバル」という言葉は、「助けが必要な人に対して、その人の手足となって助けること」を意味するもので、中国語、由来でない純粋な韓国語である。韓国の介護保険給付が、主として、身体的介護や家事援助など非医療的分野が中心であるため、治療的行為も含んだ概念である「療養」という言葉を用いると、医療保険との混乱をもたらすおそれがあるという政府側の考えから、「スバル」という言葉が用いられた。

しかし、国会審議において、医療的側面も必要ではないかという医師団体の反対や、「療養」という言葉の方が一般的であること、あるいは「スバル」という言葉が低所得者に対するお世話というニュアンスがあることから、法律の名称が「老人長期療養保険法」に修正された。

後述するとおり、韓国の介護保険制度の被保険者の範囲は日本と違って年齢による区別はないが、給付対象者が主として高齢者であるので、法律の名称において「老人」と特定している。他方、日本の制度は実質的には「高齢者介護保険」であるが、法律の名称には対象者が特定されていない。その理由は、制度創設当時において、将来的には対象年齢を引き下げて普遍的な制度にするという意図が秘められていたのであるが、未だそうした改正には至っていない。

法律の目的規定は、「高齢や老人性疾病等によって日常生活を一人で遂行し難い老人等に提供する身体活動または家事支援等の長期療養給付に関する事項を規定して、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を減らすことで国民の生活の質の向上を図ることを目的とする」とされている。日本の介護保険法と類似しているが、介護給付の基本原則に関する規定も含めて比較をすると、日本ほど「高齢者の自立支援」という考え方が強調されていないことや、家族の介護負担の軽減や家族と一緒に生活できる在宅給付優先を明示していることに違いが見られる。韓国では、保険給付対象者が中重度の要介護高齢者に限定されているので、「自立支援」という考え方がなじまないのかもしれない。

## 制度の建て方は、「医療保険制度活用型」

韓国の介護保険制度を、日本及びドイツの介護保険制度と比較をすると、別表のとおりである。興味深いごとに、日独の制度を折衷した「第3類型」のような内容となっている。前月号で述べたとおり、韓国では、主として日本の介護保険制度を参考にして制度設計が進められた。たとえば、要介護認定の方法・手続きは、ほぼ日本のやり方を踏襲している。しかし、保険者については、韓国の現状に即した選択となっており、その結果、制度の建て方がドイツと同様の「医療保険制度活用型」となっており、この点が日本と最も異なるところである。

保険者を誰にするのかについては、日本でも制度検討時の大きな論点のひとつであった。国、都道府県、そして市町村という3案があり、最終的に高齢者に最も近い自治体であり、老人福祉行政の中心である市町村が保険者となった。韓国では、政府案では、医療保険者である国民健康保険公団であったが、学者の中には日本を参考に市町村<sup>\*</sup>保険者論という意見も根強く、国会では議員立法として市町村を保険者とする法案が出された。それでも、国民健康保険公団（以下「保険公団」という。）が介護保険者となったのは、実際に保険者としての実務能力を有している公的団体は、保険公団しか存在しないからである。

韓国の市町村は、独立した地方自治体としての歴史が浅く、また、国民健康保険の保険者である日本の市町村と違って保険者としてのノウハウがないため、保険公団が介護保険者となることは、自然な選択であった。ただし、同じ「医療保険活用型」でも、全国で6つの保険者に分かれているドイツに対し、「全国唯一の保険者」という点が、韓国介護保険の大きな特徴である。

前月号で紹介したとおり、韓国では医療保険制度がひとつの制度に統合されており、その保険者として2000年7月に設立されたのが保険公団である（なお、その前身は1989年に設立された。）。本部はソウル市内にあり、地域本部が全国6か所、支社が178か所、職員定員は1万334人（2007年3月現在）、直営の医療施設も有するという巨大な組織である。これまで医療保険制度の運営全般を担ってきたが、介護保険制度においても、被保険者の管理、保険料の賦課・徴収、要介護認定、保険給付、各種情報提供等の実務を担当することになる。

実は、介護保険法案が国会に上程される前段階から、保険公団は保健福祉部の指示のもとに、介護保険制度の設計業務を担当し、2005年7月からはモデル事業も実施してきている。日本の場合、介護保険の制度設計は旧厚生省の担当チームが自力行

ったが、韓国では、保健福祉部の付属機関である韓国保健社会研究院と保険公団が、保健福祉部と密接な連携の下に、かなりの労力をさいて制度設計を担当したのである。

- ※ 日本の市町村に相当するものは、韓国では「基礎自治団体」であり、市（77）、郡（88）、自治となっている。自治区とはソウル市や広域市（プサン等）の中の区である。広域自治団体としては、1、広域市が6の計16団体である。

## 被保険者と給付対象者

被保険者は、国民健康保険の被保険者である。日本のように「40歳以上」というような年齢で区切っていない。ドイツと同様に全国民で保険料を負担するという仕組みとなっている。保険料は、保険公団が、医療保険料と一緒に介護保険料として徴収する。保険料水準は全国統一であるので、日本で見られる市町村間の差異は生じない。また、介護保険料の賦課方法は、医療保険料の一定割合としている。このように保険料設定についてはシンプルな方法となっている。日本では市町村間の保険料水準の格差が問題視されることが多いので、韓国の関係者は、保険料設定方法が全国一律の方法であることを、制度のメリットとしてあげている。

一方、給付対象者は、65歳以上の高齢者または65歳未満であっても認知症、脳血管疾患等の大統領令で定める老人性疾患を有する者、となっており、基本的には高齢者が対象である。この点では、日本の介護保険とほぼ同様である。

## 要介護認定の手続き

要介護認定の手続きは、日本と類似している。まず、サービス利用希望者は、医師の意見書を添えて、保険公団に要介護認定の申請をする。保険公団は、調査員を派遣して訪問調査を行う。調査では、要介護認定関係の調査項目（51項目）とニーズ関係の調査項目を調べる。要介護認定関係の51項目の調査結果を基にコンピュータ判定を行う。ついで、支社に設置された等級判定委員会で2次判定を行う。要介護度は、重い順に1等級（最重症）、2等級（重症）、3等級の3段階となっている。モデル事業における想定は、1等級が高齢者の0.6%、2等級が0.7%、3等級が1.9%と、全部で高齢者全体の3.2%とみている。

要介護者は、日本の介護保険のおおむね要介護3以上を対象者としており、給付対象者の範囲は日本に比べて狭い。

等級判定委員会は、市郡区の単位で設置するが、ひとつの市郡区に2以上の委員会の設置や、2以上の市郡区を統合してひとつの委員会の設置が可能である。委員会は、15人以内の委員で構成され、医師、保健師等の医療関係者、社会福祉士、市郡区所属の公務員の中から保険公団の理事長が委嘱する。ただし、この中には、市郡区の長が推薦する委員が7人以上、医師または韓医師（韓国の漢方の医師）が1人以上含まれていなければならない。さらに、国会修正で、委員会の委員長は、市郡区の長

が委嘱するとされ、当初の政府案よりも、等級判定の業務に対して地方自治体の関与が強められている。

## 保険給付の内容

保険給付は、「在宅給付」と「施設給付」及び「特別現金給付」となっている。

在宅給付では、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、デイ・夜間介護、ショートステイの5種類が基本で、そのほかに、福祉用具やリハビリ支援など大統領令で定めるものがある。

施設給付は、長期療養機関（介護施設）に入所して受けるサービスであり、長期療養機関とは、老人療養施設や老人専門療養施設、グループホーム等である。老人専門病院は除外されている。

特別現金給付は、島・へき地等、施設が極端に不足している地域における家族介護者への給付である「家族療養費」、指定外の施設で療養を受けた場合の「特例療養費」、老人専門病院等に入院した場合の「療養病院看護費（つきそい看護費）」がある。

家族療養費は、地理的な条件以外に、認知症の要介護者であって本人が外部のサービスをこばみ家族の介護を希望するなど、身体・精神上の理由から在宅サービスの利用が不可能な場合も対象となる。家族介護に対する現金給付があるのは、日本とは異なる点であり、ドイツの介護手当と若干類似している点である。

モデル事業におけるサービス種別の利用状況は、在宅給付 36.4%、施設給付 48.2%、現金給付 15.4%の利用となっている。

事業者は、長期療養機関の場合には、施設・人材基準を満たした上で、市郡区の長の指定を受けなければならない。在宅給付機関の場合には、施設・人材基準を満たした上で、市郡区の長に届け出なければならない。当初の政府案では、長期療養機関の指定権限は保険公団であったが、国会において地方自治体の役割を拡大する観点から、市長等の指定に修正されている。

介護サービス利用にあたって、日本との最も大きな相違は、ケアマネジャーの制度がないことである。保険者である保険公団の職員が、実質的にケアマネジャー的な業務を行うことが想定されている。この点でドイツと似ている。

## 第3回 「韓国介護保険制度の今後の課題」

### 保険給付の内容

韓国では、ケアマネジャー制度を導入していない。導入をめぐる賛否両論があったが、最終的に導入しないこととなった。その理由として、保険者である国民健康保険公団（以下「保険公団」という。）によるケアマネジメントで対応できるため外

部に制度をつくる必要性に乏しい、日本ほど在宅サービスの種類が多くないので複雑なケアプランの作成は不要、日本ではケアマネジャーが所属事業所のサービス利用偏重となる等問題点が生じている等が挙げられている。ドイツにもケアマネジャー制度はないが、はたして保険公団主体のケアマネジメントが円滑に機能するのかどうか課題であり、この点に関しては後述する。

保険給付水準や介護報酬については、現在、保健福祉部において検討中である。

第3次モデル事業における保険給付水準は、表1のとおりとなっている。施設療養の場合、専門療養施設では1等級が約146万4千ウォン（約18万3千円。1万円＝8万ウォンで換算。以下同じ）、2等級が約118万ウォン（約14万7千円）、3等級が約112万4千ウォン（約14万円）。在宅給付の毎月の限度額は、1等級が109万7千ウォン（約13万7千円。）、2等級が87万9千ウォン（約11万円）、3等級が76万ウォン（9.5万円）。家族療養費は1等級が15万ウォン（約1万9千円）、2等級が12万ウォン（1.5万円）、3等級が11万ウォン（約1.4万円）となっている。せっかく家族介護を評価する手当を導入しながら、在宅給付の限度額よりは大変低い数値である。ドイツの介護手当の場合には、外部サービス利用の半分程度の水準は評価しているので、韓国の場合、日本と同様に現金給付について抑制的である。

介護報酬については、訪問介護は、30分以上60分未満が9,560ウォン（1,195円）、60分以上90分未満が1万4,430ウォン（1,803円）、120分以上では2万3,930ウォン（2,991円）。訪問看護は1回あたり3万1,000ウォン（3,875円）。訪問入浴は1回あたり5万110ウォン（6,264円）となっている。

総じて日本よりは低い金額水準である。訪問介護等の在宅サービスの単価をみて、民間事業者が積極的に参画してくるかどうか、関係者からは懐疑的な意見がある。保健福祉部は、施設給付の水準は十分であるが、在宅サービスの単価については、モデル事業の数値よりも引き上げる必要があるかもしれないと言及している。

## 利用者負担と財源構成

利用者負担は、在宅給付の場合は保険給付費の15%、施設給付の場合は20%である。生活保護受給者や低所得者、天変地異等の事由からの生計困難者は50%の軽減が行われる。このほか保険給付外の負担がある。これにより、平均的な利用者負担額（月額）は、入所施設利用者の場合、従来月額平均100～170万ウォンの負担が30～60万ウォンの負担へ、在宅サービスの場合は月額8～12万ウォンの負担と見込まれている。

財源構成は、利用者負担と保険料と公費負担の組み合わせで、日本と同様である。ただし、国庫負担は、法令上は「国は、毎年予算の範囲内で当該年度の介護保険料の予想収入額の100分の20に相当する金額を保険公団に支援する」とされており、日本の公費負担5割という水準よりはだいぶ低い。ただし、生活保護受給者の場合には全額、国・地方自治体の負担となる。

保健福祉部の推計によれば、2010年時点の総費用は約1兆7千ウォン（約2100億円）であり、負担割合は、保険料62%、国・地方25%、利用者負担13%

である。保険料を月額で見ると、2010年時点で、サラリーマン（職域）の場合は月額5935ウォン（約740円。その半分は事業主負担）、自営業者等の場合は月額2550ウォン（約320円）と、月額2911円（第1号被保険者の全保険者平均）でスタートした日本と比較をすると、一桁低い水準となっている。なお、サラリーマンの保険料率は、標準報酬ではなく医療保険料の一定割合としている（2008年は4.7%）。

最後に、施行は2段階施行であり、2007年10月から等級判定の申請や施設の指定等を行い、2008年7月から保険給付の実施や保険料の徴収が始まる。なお、保険給付の対象者は最初の2年間は1・2等級のみであり、2010年から3等級まで拡大される。

## 韓国の介護保険が抱える多くの課題

以上、韓国介護保険制度の概要を説明したが、基本的には日本・ドイツの制度を参考に韓国の実情に合わせてアレンジし、財政的には対象者やサービス内容を絞り込むこと等により国や保険料の負担が極力大きくならないような仕組みとしている。介護保険の創設をめぐって世論を二分するような喧々諤々の議論が行われた日本と比較をすると、大変スムーズに制度が創設されたという印象が強い。しかし、その背景には、高齢化率が低く介護問題が大きな社会問題となっていないため、国民一般の関心が必ずしも高くはなかったという事情がある。関係者からも介護保険制度が創設されたという高揚感や期待感は伝わってこない。高齢者介護サービスの提供・利用の歴史が浅いなかで介護保険制度を導入することによる課題が多く存在する。

まず、「保険あって介護なし」という批判を招くことがないようにサービス基盤の整備が第1の課題である。保健福祉部によれば、2008年度には老人療養施設・在宅サービス提供施設とも需要を満たすことができるとしている。しかし、サービスの質の確保という面では不安材料が多い。老人療養施設の整備といっても、これまで日本の特別養護老人ホームに該当する施設がなかった状況では、施設の設備面ばかりでなく施設ケアのノウハウもこれからの状態である。また、一定の能力をもった介護人材を確保できるかという問題もある。介護福祉士のような資格制度がなく、今回「療養保護士」という資格を創設しようとしているが定着するには時間がかかる。

第2の課題は、保険公団が介護保険制度の唯一の運営主体であるため、制度の成否は保険公団ひとつにかかっていることである。市町村の福祉行政の歴史が浅いこと等から保険公団が保険者となったものの、たとえば、要介護者やその家族の状態や要望に応じた適切なケアマネジメントを行い、きめ細かなサービス利用に結びつけることができるのかどうか。保険公団自身がケアマネジメントを行う担当職員を養成・確保しなければいけないが、他方で職員増に対しては保険公団の人事管理や財政面の制約とぶつかることになる。また、介護保険の対象外の高齢者に対する福祉面での支援は市町村の業務になると思われるが、現時点では市町村の役割が判然としていない。

第3の課題は、施行までに決定することとしている介護報酬の内容である。国の負担や保険料負担を低く抑えるためには、介護報酬を抑制しなければならないが、介護報酬水準が低ければ、介護サービス基盤の量的拡大が望めないばかりか、サービス水準が低い事業者の参画が中心になってしまう。現時点では、在宅サービスの中核となる訪問介護事業について、積極的に参入しようという事業者の声は聞かれない。他方、

民間事業者が簡単に参画できるような仕組みであると、「安かろう、悪かろう」になるおそれもある。筆者のヒアリング調査では、たとえば、福祉用具について購入品目と貸与品目とを区別せずに双方をあわせて年間90万ウォン（約11.2万円）とし、事業者には相談員の必置を義務づけないという見込みになっているので、安い福祉用具を組み合わせ「売りっぱなし」にする事業者が増えてしまうのではないかと懸念する声が聞かれた。

第4の課題は、制度実施後の被保険者の批判や不満にどのようにこたえるのかという点である。給付対象者を絞りこむことは保険財政には利点があっても、保険料を広く求める社会保険制度にとっては好ましいことではない。韓国の介護保険の給付対象者数約20万人は全国民の約0.4%にすぎない（日本の場合は約3.4%）。ほとんどの被保険者が保険料を負担するだけの仕組みとなっており、実際に保険料負担が始まってから制度に対する批判・不満が噴出するおそれがある。また、公的年金の成熟度が低い状況では、高齢者自身が自己負担に対応できるのかという課題も存在する。

このほか、認知症に対するケアの在り方、利用者の苦情解決や権利擁護、障害者福祉との関係等、さまざまな課題があるが紙数の関係で別の機会に譲りたい。ともあれ、韓国の介護保険制度が、要介護高齢者やその家族に真に安心できる介護保障システムとなるのかどうか、さらには韓国の社会保障制度が介護保険創設を契機にどのように発展していくのか、これからの取り組みに注目していきたい。

図 韓国の介護保険制度の概要



