

介護報酬とサービス利用状況

韓国の介護保険における給付種類別サービス金額（介護報酬）は、表1の通りである。なお、3年ごとに介護報酬を改定する日本とは異なり、韓国では適宜改定されている。

施設給付では、30日換算をすると、1等級では146万7000ウォン（約11万3000円）、2等級では135万8700ウォン（約10万5000円）、3等級では125万2800ウォン（約9万6000円）となる。

居宅給付においては、日本と同様に月単位の支給限度額が設定されており、1等級で114万6000ウォン（約8万8000円）、2等級で97万1200ウォン（約7万5000円）、3等級で81万4700ウォン（約6万3000円）である。個別サービスでは、訪問介護は訪問時間による一定額で、30分で1万6800ウォン（約820円）。訪問入浴は、車両利用可否による一定額、訪問看護は訪問時間による一定額、デイサービスは利用時

各国の福祉事情

Social Welfare in the world 86回

本コーナーでは、世界各国の社会福祉および関連領域に関する動向などを紹介する。11、12月号では、2008年7月から介護保険制度を実施している韓国の現状と課題を取り上げる。第2回となる12月号では、日本の介護保険制度と比較しながら、韓国の介護保険制度の課題を考える。

韓国の介護保険実施後 3年間の現状と課題②

岡山県立大学保健福祉学部教授
増田雅暢

埼玉県出身。1981年厚生省（現厚生労働省）入省。介護保険制度の創設検討業務に従事。内閣府参事官、九州大学助教授、上智大学教授等を経て、2011年8月から現職。専門は社会保障政策論、介護保険、少子化対策。主な著書に「介護保険見直しの争点」（法律文化社、2003年）、「これでいいのか少子化対策」（ミネルヴァ書房、2008年）、「世界の介護保険」（編著、法律文化社、2008年）など。

各国の福祉事情

表1 給付種類別サービス金額

給付種類	1等級	2等級	3等級	
施設給付	48,900 /日	45,290 /日	41,760 /日	
居宅給付	月限度額	1,140,600	971,200	814,700
	訪問介護	訪問時間による一定額 10,680 (30分) ~ 39,500 (4時間)		
	訪問入浴	車両利用可否による一定額 71,290 / 39,500		
	訪問看護	訪問時間による一定額 28,780 (30分) ~ 44,600 (60分)		
	デイサービス	利用時間と等級による一定額 20,840 ~ 44,800		
	ショートステイ 福祉用具	等級による一定額 42,770 / 39,500 / 36,470 年150万程度		
現金給付	家族介護給付 等級に関係なく月15万			

注：単位は、ウォン。居宅給付の月限度額は、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、デイサービスの4つの給付合計額。ショートステイと福祉用具を除く。
資料：各種データをもとに筆者が作成 (2011年現在)

間と等級の組み合わせによる一定額、ショートステイは等級による一定額、福祉用具は年間150万ウォン(約12万円)程度となっている。

また、日本と異なり、現金給付が制度化されているが、離島やへき地、あるいは外部サービスがなじまない場合に限定されており、金額も月15万ウォン(約1万2000円)と、居宅給付の支給限度

額よりだいぶ低い。

実際のサービス利用状況は、施設給付利用者は利用者全体の約3分の1、居宅給付利用者は約3分の2である。居宅給付のなかでは、訪問介護の利用者が圧倒的に多い。次いで、福祉用具、訪問入浴である。日本と異なり、デイサービスの利用は多くない。

✂ 財源と財政規模

韓国の介護保険の財源構成は、利用者負担と保険料と公費負担の組み合わせである。国庫負担は、法令上、「介護保険料の予想収入額の2割に相当する額」とされている。日本の公費負担5割よりはだいぶ低い。ただし、生活保護受給者の場合には全額、国・地方自治体の負担であるので、公費負担割合は、2割よりは多くなる。保険料負担は全体の約6割である。利用者負担は、前月号でも記した通り、居宅サービスは15%、施設サービスは20%である。

保険財政の規模は、2008年の7518億ウォン(約580億円)から、20

10年には2兆8372億ウォン(約2182億円)と増大している。介護保険制定時には、政府は、2010年の財政規模を1兆7000億ウォンと想定していたが、要介護認定者数の予想以上の増加等からそれよりも大きくなっている。

被保険者1人当たりの月額保険料の平均は、4439ウォン(約340円)。サラリーマンの場合は、医療保険料率の6・55%である。

✂ 制度実施後の政策動向

介護保険実施後の主な制度改定の動向は、表2の通りである。
実施後3年間にさまざまな修正が行われている。次に述べる制度の課題とも関連するので、その際に表2の内容についてもふれることにする。

✂ 制度実施後の課題

制度実施後の状況をみると、懸念されていた「保険あつて介護なし」という状態には至らず、そこどころか老人療養施設も居宅サービス機関も予想以上に設置

表2 制度実施後の政策動向

2008年7月	老人長期療養保険制度(介護保険制度)の実施
2009年7月	低所得者の自己負担金を軽減(国民生活基礎保障受給権者[生活保護対象者]ではないが、最低生計費の120%に当たる低所得者の自己負担金について、施設は10%、在宅は7.5%と半額にする) ショートステイの給付期間の短縮(1回90日間180日から月最大15日に調整)
2009年10月	サービス報酬の加減算制を導入(人材配置基準に違反している場合の減算や、追加配置をしている場合の加算等)
2010年2月	訪問介護事業所の人材基準の強化(介護職員を3人から15人以上に拡大、20%以上は常勤)
2010年4月	療養介護士教育機関を申告制から指定制に転換
2010年6月	福祉用具の取り扱いの改正(手動車いす、手動ベッド、電動ベッド、床ずれ予防マットレス、移動風呂、入浴リフトの6品目を貸与専用に転換。過剰利用品目に対して年間の購入回数制限等) 業務評価の実施(すべての介護事業所に対して、申請手続きがなくても業務評価を実施)
2010年7月	評価結果による加算支給基準の新設(事業者の評価結果により、上位10%の優秀事業者に対して介護報酬を加算)
2010年8月	療養介護士の資格を国家資格にする
2011年3月	訪問看護と訪問介護の同時提供を可能に(60分以内)
2011年6月	軽度認知症者の認定拡大(4等級の軽度認知症は3等級扱い)
2011年8月	訪問介護給付の提供認定時間を制限(ヘルパーの資格がある家族による1日の提供時間(90分から60分)、月間日数の制限(31日から20日)。(ただし、認知症による問題行動がある場合や65歳以上の配偶者が提供する場合は例外あり)

用者の満足度は高いと判断している。

しかし、表2の通り、さまざまな修正が行われているのは、多くの課題が表面化していることの現れでもある。

いくつか代表的な課題をあげると、第1に、介護人材確保とその質の問題がある。

され、一部では過当競争となっている。訪問介護の事業所を設立したものの利用者が少ない、という事業者側の悩みを聞くことも多い。

韓国政府(保健福祉部)は介護保険サービスの利用者調査を行っているが、それによると、介護環境の改善について、回答者の約8割の人は、介護環境がよくなったと答えている。また、約8割の人は、より計画的で専門的なサービスを受けられるようになったと答えている。このような結果から、政府は、おおむね利

の実施とあわせて、介護職員の公的資格である「療養介護士」制度を創設した。

この資格を取得するためには、療養介護士の教育機関で、理論80時間、実習160時間(実技80時間、現場実習80時間)の合計240時間の教育を受けたのち、資格試験を受験、合格する必要がある。

療養介護士の資格取得には年齢や学歴の制限がなく、また、学習期間が短期間であることや、当初は教育機関を修了すれば資格取得できたことから、資格取得希望者が大勢現れた。さらに、教育機関

の設立が比較的簡単なことから、あっという間に教育機関が増加した。介護保険実施の半年後の2008年12月には、教育機関数は1080を数え、資格取得者は約34万人となった。2010年4月現在では、教育機関数は1407、資格取得者数は約81万3000人となっている。韓国の人口規模は日本の約半分であることを考えると、資格取得者数の多さがわかる。

療養介護士の年齢分布をみると、40代と50代で7割を占めている。20〜30代の若者は2割程度となっている。実際の雇用環境をみると、不安定な雇用形態が多いほか、賃金水準が低い。韓国労使関係学会の調査によれば、居宅サービス分野では月平均で79・2万ウォン(約6万円)、施設サービス分野では136・4万ウォン(約10万5000円)。そのため、資格を取得しても介護現場で働かないという人も多い。

こうした状況を踏まえ政府は、教育機関の組成乱造を抑制するため、2010年4月、設立にあたって事業者の申告制

各国の福祉事情

から行政機関の指定制に切り替えるとともに、教育機関の教育課程修了後の資格試験制度を導入している。

ただし、療養保護士の雇用環境や勤務条件の改善は、これからの課題である。また、介護人材の質的な面では、療養保護士は、日本でいえばホームヘルパー2級程度の資格であるため、将来的には、療養保護士の上級の資格、さらには日本の介護福祉士のような専門職の創設が必要になる可能性が大きい。

第2の課題として、不正請求問題がある。要介護認定と判定された者は、保険者である国民健康保険公団から「標準長期利用計画書」を作成してもらい、それに基づき居宅サービス等を受けることになるが、利用計画書は日本のケアプランとは異なり、サービス利用の参考指針のようなものであるため、必ずしもその通りにサービス利用されているわけではない。また、要介護認定者数の増加以上に訪問介護事業者が急増したことから、事業者の過当競争現象が起こった。筆者も、事業者の品物贈呈を通じた利用誘導や利

用者の囲い込みの話の聞いたことがある。

虚偽の訪問時間数の報告による不正請求や架空請求の問題が生じたことから、公団では、訪問介護の時間を電子機器の利用によりチェックするなど、不正請求防止策に努めている。

こうした問題の背景には、日本と異なり、利用者のサービス管理をするケアマネジャー制度がないことがあげられる。前述の利用計画書の実効性を高めるためにも、ケアマネジャー制度の創設が必要ではないかと考えられる。

なお、表2にある通り、ショートステイの利用日数の制限や福祉用具の貸与制への転換、介護事業者に対する業務評価の導入など、随時、給付内容や事業者に対する規制の見直しが行われている。

第3の課題としては、いわゆる家族ヘルパー制度の取り扱いがある。韓国では、日本と異なり、療養保護士が家族である要介護者の訪問介護を行った場合にも、1日90分を限度に保険給付が認められている。しかし、介護時間を偽る不正請求や架空請求の問題がみられたこと等か

ら、その規制を強化した。2011年8月には、家族ヘルパーによるサービス提供時間を、基本的に1日60分、月20日に制限するとともに、同居の有無に関わらずこの規制を適用することとしたため、サービス受給者とヘルパーの家族関係の有無の申告を義務づけた。

家族ヘルパー制度には課題はあるものの、家族介護を社会的に評価するひとつの方法として重要であり、今後の動向を注視していきたい。

以上述べた課題のほかに、認知症の判断をめぐっての要介護認定の判定基準の見直しや、高齢者虐待問題への対応、保険財政の増大への抑制策、いまだ実施されていない病院入院患者を看護する家族等への看護費の問題など、多くの課題があるが、紙数の制約もありほかの機会にゆずりたい。

(本稿執筆にあたって、貴重な資料を提供してくれた韓国保健社会研究院のソヌ・トング氏と韓国国民健康保険公団のキム・ドホン氏の両氏に対して厚く御礼申し上げます。)

※現在は「円高ウォン安」の状況のため円換算をすると低めの数値となるが、一応の目安として13万ウォン＝1万円として計算した数値を掲載