

韓国の介護保険の成立と今後の課題

1 はじめに

韓国では、介護保険制度を創設する老人長期療養保険法案が、2007 年 2 月に関係委員会で法案が可決され、4 月 2 日、国会の本会議を通過して成立した。

韓国は、日本と比較をすると、現在の高齢化率は 9.5%（2006 年）と低いですが、高齢化の進行は日本以上であり、間近に迫っている本格的な高齢化社会を見据えて、数年前から介護保険制度の導入の検討が進められてきた。本格的な介護保険制度の創設は、ドイツ、日本に次いで世界で 3 番目となる。

韓国政府は、日本の介護保険制度を十分研究しながら検討を進めてきたので、日本の制度との類似点が多いが、他方で、韓国の社会保障制度や行政機構に対応して日本と異なるところも多い。また、西欧から見ると、高齢者の介護は家族で担うべきという考え方が強いとされる儒教文化圏である日本・韓国の両国において、ドイツ以外の西欧諸国に先駆けて、介護サービスを社会保険方式で提供する介護保険制度が創設されるということは、誠に興味深い事象であろう。

筆者は、韓国の介護保険の検討状況について、第 1 章で紹介をしたが、本章では、その後の経緯及び韓国の介護保険制度の概要と今後の課題について解説する。1)

2 法案の作成経緯とモデル事業の実施

第 1 章では、2004 年 2 月の公的老人療養保障推進企画団（保健福祉部長官（日本の厚生大臣に相当）の諮問機関）の最終報告書を解説したが、その後、この報告書を踏まえ、同年 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、介護保険制度の設計が進められた。同実行委員会は、2005 年 2 月、「公的老人療養保障制度実行模型」を作成して、政府に報告。政府は、これを基に立法作業を進め、2006 年 2 月、「老人スバル保険法案」を国会に提出した。

「老人スバル保険法案」とは、独特な名称であるが、これには次のような意図があるとされる。ひとつは、「老人」という言葉を明記することにより、高齢者が制度の主な対象であることを明確にしたこと。もうひとつは「スバル」という中国語にもなく、日常生活でも一般には使われない純粋な韓国語を意図的に用いたこと。「スバル」という言葉は、「近くで面倒を見る。助けが必要な人に対して、その人の手足になって助けること」を意味する。²⁾

政府提出法案の名称に、この言葉が使われたのは、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考えられたことによるという。

法案は、2006 年 11 月の公聴会等を経て、2007 年 2 月、関係委員会で可決され、4 月

に国会を通過した。国会審議では、政府提出法案以外に、5種類の議員立法法案が提出され、さまざまな議論が行われた。その結果、法律の題名の変更を始め、いくつかの主要な修正がなされている。³⁾

法案の題名は、「老人長期療養保険法」と修正された。「スバル」という言葉が修正されているが、医療的側面も必要ではないかという医師団体の反対や、高齢者にとって「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、修正されることになったとされる。

こうした制度設計・立法作業と並行して、2005年7月から、モデル事業を実施されている。モデル事業の概要は、次のとおりである。

①第1次モデル事業（2005年7月～2006年3月。9か月間）

国民基礎生活受給者（日本の生活保護受給者）を対象にして、評価判定基準や手続き、報酬、費用審査、支払体系等、全般的な運営体系に対する技術的な部分の検証。全国6市郡区において実施

②第2次モデル事業（2006年4月～2007年3月。12か月間）

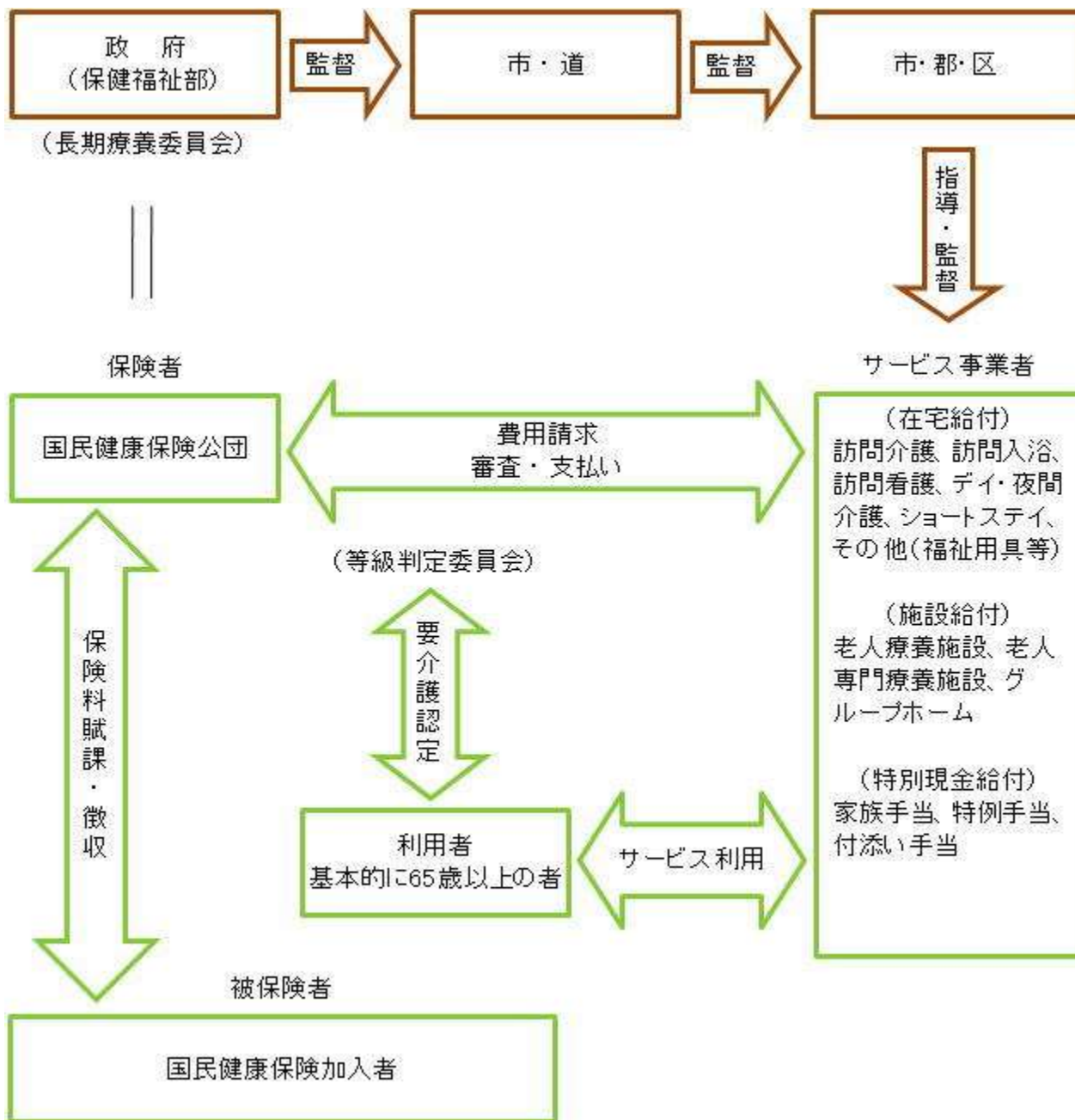
1次モデル事業の結果に基づいて、対象者（一般高齢者も含める）や地域を拡大して、本事業と類似な形態で運営体系全般を検証。全国8市郡区において実施。

③第3次モデル事業（2007年5月～2008年6月。14か月間）

対象者、地域、サービス内容などを拡大し、本事業と同一に実施。

3 韓国の介護保険制度の特徴

韓国の介護保険制度の概要は、図のとおりである。これを、日本及びドイツの介護保険制度と比較をすると、両者の制度を折衷した「第3類型」のような内容となっている。



制度の概要図と、韓国、日本、ドイツ3国の介護保険制度を比較した表を参照しながら、韓国の介護保険制度の特徴を論じてみよう。

韓国・日本・ドイツの介護保険制度の比較

	韓国	日本	ドイツ
名称	老人長期療養保険法	介護保険法	要介護のリスクの社会的保障に関する法律
法律制定年月	2007年3月(予定)	1997年12月	1994年5月
法律施行期日	2007年7月(予定) (要介護認定申請等) 2008年7月(予定) (介護給付の提供・保険料の徴収等)	2000年4月 (保険料徴収、在宅・施設サービス同時実施)	1995年1月 (最初に保険料徴収を実施) 1995年4月(在宅サービス) 1996年7月(施設サービス)

制度の建て方	医療保険活用型	独立型・地域保険型	医療保険活用型
保険者	国民健康保険公団（全国で1）	市町村（施行時点では約3,000）	介護金庫（全国で6）
被保険者	国民健康保険の加入者	40歳以上の医療保険被保険者（65歳を境に第1号・第2号被保険者と区別）	医療保険加入者
給付対象者	原則として高齢者	原則として高齢者	すべての年齢層
要介護度	3段階（中・重度）	7段階（要支援と要介護。施行時は6段階）	3段階（特に重度を加えると4段階）
保険給付内容	在宅・施設サービス	在宅・施設サービス	在宅・施設サービス（医療系サービスは除く）
現金給付の有無	島・へき地等で家族療養費	なし	介護手当あり
利用者負担	在宅給付は15% 施設給付は20%	10%。施設入所の食費と宿泊費は給付対象外	なし。ただし、保険給付は定額制で、それを超える部分は自己負担。また、施設入所の食費と宿泊費は自己負担
財源構成	利用者負担と保険料負担。 保険料負担の20%相当額は国庫負担	利用者負担以外は、公費と保険料で2分の1の負担。公費は、国と地方自治体で負担	全て保険料負担

(注)「現金給付」とは家族介護に着目した給付を指す

(1) 制度の建て方は、医療保険制度活用型

韓国政府は、日本の介護保険制度を十分研究しており、たとえば要介護認定の方法・手続きはほぼ日本と類似しているが、制度の建て方は、ドイツと同様に医療保険制度活用型である。後述する通り、保険者となりうる主体は、国民健康保険公団が唯一の存在であるという事情がある。

韓国の医療保険制度は、職域や地域により保険者が分離されている日本とは異なり、2001年7月から、職域（サラリーマン）や公務員、地域（自営業者等）の公的医療保険がひとつの制度に統合されている。⁴⁾ その唯一の保険者が、国民健康保険公団である。まず、1998年に、公務員・私学教職員医療管理公団と227箇所の地域医療保険組合が統合して国民医療保険管理公団が設立された。そこが、2000年7月、さらに139の職場医療保険組合と統合されて、現在の国民健康保険公団（以下「保険公団」という。）が設立され、現在に至っている。

保険公団の本部はソウルにあり、地域本部が全国6箇所、支社が178箇所、職員定員は10,334人（以上2007年3月）、直営の医療施設も有するという大きな組織となっている。これまで、医療保険制度の運営全般（保険料の賦課・徴収、保険給付等の実務）を担ってきたが、介護保険制度においても、保険者として、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。

保険者を誰にするのかについては、日本では、制度設計時に、市町村保険者以外に、国や都道府県にするという案も検討された。韓国でも、保険者論は、制度設計の最大課題のひとつであった。保険公団にするか、市町村にするのか、というのが論点であった。日本の場合には、市町村が国民健康保険の保険者としてノウハウを有しているほか、老人福祉制度の担い手であったことから、介護保険制度でも市町村が保険者と位置付けられたが、韓国の市町村の場合には、保険者としてのノウハウがなく、また地方自治体としての歴史が浅いことなど、保険公団が医療保険者としてのノウハウを持っていること等から、保険公団が保険者と位置付けられることとなった。ただし、政府案が提案された後、5種類の議員立法の法案が出され、要介護認定やサービス提供機関の指定等の業務については、市町村の関与を強めるべきとの意見が強いこともあり、政府の当初案に対して市町村の役割拡大の方向で修正がなされている。⁵⁾

(2) 制度の目的と基本原則

法律第1条の目的規定では、「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にする」とされている。

介護給付の基本原則としては、①高齢者等の心身状態・生活環境と高齢者等及びその家族のニーズと選択を総合的に考慮して、必要な範囲内で適正に提供しなければならないこと、②高齢者等が家族と一緒に生活しながら家庭で介護を受ける在宅給付が優先的に提供されなければならないこと、③高齢者等の心身状態や健康等が悪化しないように医療サービスと連携して提供しなければならないこと、と定められている(第3条)。

日本の介護保険法と類似しているが、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みられる。

(3) 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り、ドイツと同じ構成である。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。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。

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病を持った者、ということであるので、基本的には高齢者が対象である。この点は、日本の介護保険とほぼ同様の構成である。

このように、被保険者と給付対象者については、日本とドイツのそれぞれの制度の折衷となっている。

対象者数 (推計)

年	全体数	一般高齢者	公的扶助者	施設給付	在宅給付
2008	158,112	141,680	16,432	59,160	98,952
2009	163,587	146,579	17,008	61,211	102,377
2010	168,674	151,130	17,543	89,177	79,497
2011	174,256	156,126	18,131	92,130	82,126

2012	180,595	161,797	18,798	95,483	85,111
2013	187,421	167,905	19,516	99,095	88,326
2014	194,115	173,894	20,221	102,636	91,479
2015	200,379	179,499	20,880	105,950	94,429

(4) 要介護認定の手続き

要介護認定の手続きについては、日本と類似している。まず、サービス利用者は、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、訪問調査を行い、調査項目（現段階では44項目）の結果を基にコンピュータによる1次判定を行う。次いで、支部に設置された等級判定委員会で2次判定を行い、要介護者であるか否か、要介護者であれば要介護度を決定する。

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。

日本では、コンピュータ判定に対する不信感があったことから、市町村保険者が設置する介護認定審査会が2次審査を行うこととし、必要に応じ1次判定の結果を修正することとした。制度施行前のモデル事業では、1次判定の結果の約4分の1が2次判定で修正された。これに対して、韓国の第1次モデル事業では、1.1%の等級変更という低い数値となっている。

等級判定委員会は、市・郡・区の単位で設置するが、人口等を考慮して、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理事長が委嘱する。ただし、この中には、市長・郡長・区庁長が推薦する委員が7人、医師または韓医師が1人以上含まなければならないとされている。

さらに、法案の国会修正により、等級判定委員会の委員長は委員の中で市長・郡長・区庁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する地方自治体の関与の度合いを強めている。

(5) 保険給付の内容と介護報酬

保険給付の内容は、「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、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。

また、「特別現金給付」があり、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」がある。

家族療養費は、地理的な条件以外に、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、日本とは異なるが、対象地域や対象者は限られている。

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、施設・人材基準を満たした上で、市長・郡長・区庁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、市長等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。

介護報酬は、保健福祉部に設置される長期療養委員会の審議を経て、保健福祉部長官が定めることとされている。第2次モデル事業における介護報酬をみると、施設給付では、1日単位・等級ごとの定額制であり、たとえば、老人専門療養施設の場合、1等級の場合は1日あたり40,850ウォン(5,106円)、2等級では37,610ウォン(4701円)、3等級では31,890ウォン(3,986円)(100円=800ウォンで換算。以下同じ)。

在宅給付では、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14,430ウォン(1,803円)、90分以上120分未満が19,120ウォン(2,390円)、120分以上では23,930ウォン(2,991円)。150分を超えると30分当たり2,880ウォン(360円)の加算。訪問看護は、1回あたり31,000ウォン(3,875円)。訪問入浴は、1回あたり50,110ウォン(6,264円)。

家族療養費は、1等級が150,000ウォン(18,750円)、2等級が120,000ウォン(15,000円)、3等級が110,000ウォン(13,750円)。療養病院介護費は、月200,000ウォン(25,000円)である。

また、在宅給付の毎月の限度額は、1等級が975,120ウォン(121,890円)、2等級が796,260ウォン(99,532円)、3等級が707,480ウォン(88,435円)。

総じて、日本よりは低い金額水準である。民間事業者が積極的に参画してくるのかということについては、関係者の懐疑的な意見がある。

(6) 利用者負担と財源構成

利用者負担としては、在宅給付の場合は15%、施設給付の場合は20%となっている。法案国会提出前の政府部内の検討段階では、在宅・施設給付とも20%の負担が想定されていたが、利用者負担の軽減や在宅優先の考え方から、在宅給付の負担の軽減が図られている。なお、生活保護受給者や低所得者、天変地変等の事由からの生計困難者は50%の軽減が行われる。

財源構成は、利用者負担と保険料と国庫負担の組み合わせである。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に相当する金額を公団に支援する」とされている。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ことから、国・地方の負担割合は20%よりも大きくなる。

表のとおり、総費用は、2010年には1兆6,911億ウォン(約2,100億円)、2015年には2兆億円(約2,500億円)と想定されている。総費用の内訳は、保険料62%、国・地方25%、利用者負担13%(2010年)という見込である。保険料を月額でみると、2010年時点で、サラリーマン(職域)の場合は月額5,953ウォン(744円。その半分は事業主負担)、自営業者等(地域)の場合は月額2,550ウォン(319円)と、月額2,911円(第1号保険料の全保険者平均)でスタートした日本と比較をすると、一

桁小さい水準となっている。

財源構成は、全て保険料で賄っているドイツとは異なり、日本と類似しているが、公費負担の割合は、日本（50%）よりもだいぶ小さい。その分、保険料負担の割合が大きくなっているため、高齢化の進展に伴い介護保険財政の拡大を図ろうとするときに、保険料負担増加の合意が得られなければ、介護保険財政も抑制的な運営とならざるを得ないであろう。もっとも、そうした事態を想定して、あらかじめ給付対象者を絞り、財政規模全体を抑制しているところが見られる。

（7）施行

等級判定の申請や施設の指定、保険料の算定などは、2007年7月1日からの施行である。保険給付の実施や保険料の徴収は、2008年7月から。なお、保険給付は、2008年から2009年までは1等級から2等級を対象にし、2010年から3等級まで拡大することとされている。

財源負担（推計）

年	総費用	保険料	公費負担				自己負担
			国庫補助	国の負担	自治体負担	公費負担合計	
2008	658,576	328,306	65,661	48,829	16,309	265,226	65,044
2009	1,082,876	678,089	135,618	100,890	33,697	270,204	134,583
2010	1,691,175	1,050,943	210,189	163,580	54,635	428,403	211,829
2011	1,745,533	1,084,528	216,906	168,871	56,402	442,179	218,827
2012	1,807,325	1,122,701	224,540	174,887	58,411	457,838	226,786
2013	1,873,849	1,163,799	232,760	181,364	60,575	474,699	235,352
2014	1,939,085	1,204,101	240,820	187,716	62,696	491,233	243,752
2015	2,000,115	1,241,804	248,361	193,659	64,681	506,702	251,609

（注）単位は、百万ウォン。2008年の公費負担合計には、保険公団のコンピュータ整備等の当初補助134,420百万ウォンを含む。「国の負担」及び「自治体負担」とは、公的扶助者に対する補助を表す。

4 韓国の介護保険の今後の課題

以上、韓国の介護保険制度の概要を紹介したが、これに対する課題としてどの様な

点があげられるだろうか。ここでは主な課題について言及する。

第1に、「保険あってサービスなし」と批判を招くことがないようなサービス基盤の充実である。この点は、日本でも最大の課題となった。

2005年12月現在の老人療養施設数は543か所、定員数は約3万人という状況であるが、2008年7月の介護保険施行時にはさらに3万5千人の増員が必要であるという。そのため、保健福祉部では2006年から2008年までの3年間で、施設及び定員の増を図ることとしている。また、在宅老人福祉施設は851か所（ホームヘルパー派遣施設399か所、デイサービス施設346か所、ショートステイ施設103か所）、定員数は約4万人であるが、これも2008年までに3万9千人の増が必要であるという。施設・在宅サービスのいずれも、施行までに2005年段階の規模の倍増が必要となっている。さらに、その後も施設入所者の増大が予想されているので、引き続き施設整備を推進していく必要がある。

法案では、政府（保健福祉部）は、年度別の要介護者数や財源調達計画、介護施設及び人材の拡充方策等を含んだ5年単位の「長期療養基本計画」を策定し、地方自治体では、この計画にそって細部の施行計画を策定しなければならない、という義務を負わせている。もっともこうした基盤整備を図ったとしても、島嶼部やへき地では施設整備が難しいという想定のもとに、家族介護に対する現金給付を家族療養費として制度化している。

サービスの基盤整備が進むかどうかということについては、国や地方自治体の補助ばかりでなく、サービス事業者が参画しても利益があがるような水準の介護報酬が必要であるが、前述したとおり、現在予定している報酬水準では低いのではないかとという批判も聞かれる。

第2に、被保険者、すなわち国民から社会保険としての理解を得られるのかという課題である。

基本的に保険料は、年齢を問わず、全国民が負担をするが、給付対象者は65歳以上の中・重度の要介護者ということで、大変少ない。政府の試算では、2008年は高齢者全体の1.7%（8万5千人）、2010年でも3.1%（16万9千人）という規模である。日本の場合は、施行時点で要介護者は218万人、高齢者の10%という状況であった。給付対象者を限定することにより国の財政負担や保険料負担を低く押さえているが、給付を受ける確率があまりにも小さいと、保険料負担の見返りに給付の権利性を得るといって社会保険としての性格が弱まり、保険料負担に対する理解を得られにくくなるのではないだろうか。モデル事業の状況を見ると、介護認定の申請者の3分の2は等級外という結果になっており、高齢者の中でも要介護者は例外的な存在というイメージである。

第3に、全国で唯一の保険者である保険公団が、要介護者やその家族の状態に応じたきめ細かな介護サービスを提供できるのかという課題がある。

要介護認定の申請者は、保険公団から等級判定を受けると、保険公団のアドバイスのもとにサービスを利用する。公団では、ケアプランを作成することとしている。ただし、法制度上、日本の介護保険制度におけるケアマネジャーやケアマネジメント機関（居宅介護支援事業所）の仕組みはない。この点ではドイツと同様であるが、はたしてサービス利用者の立場にたった介護サービスを提供できるかどうか、市町村やサービス事業者等の他の機関と連携がとれた総合的なサービスを提供することができるかが問われることになるであろう。

第4に、将来的な課題としては、給付対象を高齢者のみならず年齢が若い障害者にまで拡大することができるかということがあげられる。日本と異なり、施行時点から被保険者の年齢制限は設けていないので、給付対象の拡大は制度的には対応しやすいが、財政規模の拡大につながる。法律の題名や目的にあるとおり、当面は高齢者の中・重度の要介護者を対象にスタートし、制度の施行状況をみて検討を進めるというのが現実的な選択肢といえよう。そうした意味で、日本の介護保険制度以上に、「小さく生んで、大きく育てる」という色彩が強い。

なお、障害者への適用検討は、国会審議でも議論となり、法案修正後の第5条に、国は、長期療養基本計画を策定・施行するにあたって、高齢者ばかりでなく障害者も含めて、介護サービスや身体活動支援サービスなどを提供し、生活安定と自立支援のための施策を講じる旨の規定が盛り込まれている。

以上、2008年7月からスタートする予定の韓国の介護保険制度の概要と今後の課題を解説した。制度設計にあたっては、日本の介護保険制度を十分調査・研究し、参考にしているが、上述した通り、日本とは異なる仕組みも盛り込まれている。韓国では、年金制度や医療保険制度について日本の制度を参考にして制度化しながら、その後の医療保険制度の統合のように、短期間で韓国の実情に応じた制度に修正している事例もみられる。日本の後追いであった社会保障制度が、医療保険制度の一元化という点では、日本を追い越し、先行する結果となっている。

今後、韓国の介護保険制度の運用実績や経験が、韓国の高齢者介護の充実のみならず、ドイツ・日本を含めた「介護保険先進3か国」におけるそれぞれの介護保険制度の発展に役立つことを期待したい。

(注)

- 1) 本稿の執筆にあたっては、韓国の国民健康保険公団健康保険研究院次長で、2005年4月から2007年3月まで勤務した朴勳氏に、老人長期療養保険法案の翻訳や各種資料の提供など、大変ご協力いただいたので、厚く御礼申し上げます。
- 2) 日本語の「介助」に献身的な色彩を加味したようなニュアンスを受ける。なお、韓国では、日本の「介護」に近い意味で「介護」を用いている。
- 3) 主な法案修正としては、題名の変更のほか、①目的条項に「健康増進」を加えること、②介護給付に要する費用の関与を拡大することや保険公団との役割分担を明確にすること、等がある。日本の介護保険法案にも、健康増進の目的を掲げ、介護給付に要する費用の関与を拡大することや保険公団との役割分担を明確にすること、等がある。
- 4) 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）に分かれていたが、1990年代末に全組合を単一の組合に統合することが決定され、2001年から完全に統合されている。組合変更の際の手続きの解消という国民の利便性の向上等のメリットがあるとされる。医療保険制度の統合は、日本にとって参考になる事例である。
- 5) 日本の市町村に該当するものは、韓国では「基礎自治団体」であり、市（77）、郡（88）、自治区（1）に相当する。市は、ソウル市や広域市（プサン等）の中の区である。なお、広域自治団体としては、京畿道等の道庁に属する市が6の計16団体である。