

韓国の介護保険の検討状況

1 はじめに

韓国では、現在、介護保険制度の創設に向けての検討が急速に進んでいる。

筆者は、日本の介護保険制度の政策過程に関する研究をはじめ、介護保険制度に関する著述を多くしてきたことから、3年前から韓国の大学や研究所が主催する介護保険についてのシンポジウムや、韓国保健福祉部（日本の厚生労働省に相当する役所）主催の会議などに招待され、日本の介護保険制度創設時の検討状況や施行後の現状と課題について説明をしたり、意見交換を行ったりしてきた。また、昨年及び本年には、韓国保健福祉部からの依頼で、韓国調査団の訪日視察調査のアレンジも行ってきた。¹⁾ 介護保険制度について検討を進めてきた韓国政府の審議会（公的老人療養保障推進企画団）は、本年2月に介護保険創設に関する報告書をまとめている。現在、この報告書の実現を図るべく、公的老人療養保障制度実務企画団において具体的な検討が行われている。

そこで、本稿では、筆者のこれまでの経験やこの報告書等を基に、韓国における介護保険に関する検討状況を紹介する。今後、順調に検討が進めば、数年のうちに、韓国が、ドイツ、日本に続いて本格的な介護保険制度を有する国になることであろう。

2 韓国の高齢化の状況

韓国は、2000年に人口の高齢化率が7%を超えて「高齢化社会」に入った。日本の場合、1970年に7%を超え、本年は19.5%という高水準になっている。日本と比較をすれば、韓国は、大変「若い国」である。しかし、韓国でも出生率の急激な低下から、急速に高齢化が進んでいる。²⁾

韓国の本年10月の高齢化率は8.7%であるが、2019年には14%を超えて「高齢社会」となり、2026年には20%以上の「超高齢社会」になると予想されている。高齢化率が7%から2倍の14%になる「倍加年数」は19年間と、日本の24年間（1970年から1994年）よりも短い。韓国では、「世界一急速な高齢化」として話題を呼んでおり、ここ2、3年、今後の高齢社会への対応のあり方が、行政やマスコミ、社会福祉研究者の間で強い関心をもたれている。

前述した公的老人療養推進企画団の報告書（2004年2月18日。以下「企画団報告書」という。）では、痴呆や脳卒中症等で介護が必要な高齢者は、2003年では65歳以上人口の約15%、約59万人であるが、今後、2010年には79万人、2020年には114万人に増加すると予想している（表1参照）。

企画団報告書では、高齢者介護をめぐって、次のような問題を指摘して、高齢者の自立生活支援と家族負担の軽減、増加する老人療養費と老人医療費に効果的に対応す

るために、高齢化の早期の段階で、「公的老人療養保障体系」の構築が必要であると論じている。

- ① 核家族化・女性の社会参加の増加、保護期間の長期化（平均2年）、老人または老人単独の世帯が増加など、家庭による療養保護が限界。家庭内での介護放棄や、施設入所後の家族の連絡杜絶、痴呆の姑殺人事件の発生。
- ② 中産・庶民層が利用できる施設が絶対的に不足。有料施設の場合の重い負担
- ③ 老人医療費が急速に増加し、健康保険財政を圧迫。2010年には、老人医療費が全医療費の30%に到達の見込み
- ④ 現行の福祉予算では福祉サービスの拡大は困難。医療面でも社会的入院の問題や本人負担の加重問題が存在

【表1 65歳以上療養保護対象者の増加展望】

年	施設			在宅				合計
	最重症	重症	合計	最重症	重症	軽症	軽症痴呆	
2003	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	197,656	195,672	518,629
2007	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171
2010	29,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,040	261,389	692,812
2020	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

注) 痴呆患者として最重症及び軽症障害老人は、最重症及び重症の人数の中に含む
資料) 韓国保健社会研究院推定 (2001年)

3 トップダウンの政策過程

高齢化率が低い段階で、介護保険制度の創設が政策課題となった背景には、大統領からのトップダウンによる政策決定という韓国の政策過程の特徴がある。

まず、2001年8月15日に、大統領（金大中氏）の慶祝辞の中で「老人療養保障制度導入」という提示がなされた。次いで、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」という事項が盛り込まれた。大統領の公約の中でも、老人療養保障制度のモデル事業の実施後、公的老人療養保障制度導入が盛り込まれた。そして、2003年4月、保健福祉部による大統領業務報告の中で、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た。

2003年3月17日、公的老人療養保障制度の検討を進めるために、有識者や政府委員等により構成される「公的老人療養保障推進企画団」が設置された。委員長は、金容益ソウル大学教授であり、事務局及び検討の実施部隊は、韓国保健社会研究所が担うこととなった。企画団には、「制度・総括」「評価・判定」「報酬・給与」

「施設・人力（マンパワー）」という4つの専門委員会が設置された。企画団は、2004年2月までに10回の会議を開催、専門委員会は、個別に各10～0回の会議を開催。財源調達や基盤整備に関して、2回公聴会を開催。昨年8月には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開催。そして、2004年2月18日、企画団報告書がとりまとめられた。

以下、企画団報告書を基に、韓国の介護保険制度案の概要を紹介する。

4 公的老人療養保障体系の基本方向

基本理念と目的は、①高齢者が自分の意思によって自ら生活できるように、自立生活支援及び生活の質の向上、②家庭と在宅中心の支援体系を強化し、家族負担を軽減するとともに、家庭を主にした孝道の文化創造、にある。

制度設計の基本方向としては、次のとおり。

- ① 療養保護が必要なすべての高齢者を包括できる普遍的な体系
- ② サービスの権利性、選択性の保障できる利用者中心のサービス体系
- ③ 国家、家族、地域社会、企業等、多様な主体の参加システム
- ④ 社会的連帯による療養保護費用の確保
- ⑤ 増加する老人医療費に効果的に対応できるシステム
- ⑥ 家庭及び在宅福祉優先及び予防、再生に中心をおくシステム
- ⑦ ニーズに対応したサービスの提供、保健医療及び福祉サービスの効果的な提供

制度構築において特に考慮すべき事項は次のとおり。

- ① 療養保護欲求の査定・評価方法及びシステム（要介護認定基準や要介護判定の方法）
- ② 保険料、租税、利用者負担等、財源の社会的公平な分担方策
- ③ 医療または福祉サービス、病院・施設・在宅サービスの適正な分担方策
- ④ 公と民との間の適正な役割分担方策

5 社会保険方式の採用

長期療養保障制度の財源調達方式については、日本の介護保険創設時の議論と同様に、社会保険方式と租税方式が俎上に上げられた。

企画団報告書によると、方式選択の主な基準として、効率性、衡平性、サービスの質及び既存の社会保障制度との整合性の4点を挙げ、租税方式は、費用統制、社会的連帯、財源負担の衡平性等で優秀、社会保険方式は、消費者選択、インフラ構築の容易性、普遍的適用、権利性、利用者負担の衡平性、サービスの質、既存制度との整合性等で優秀であるとしている。

具体的な案としては、①租税方式から始め、制度の安定とインフラの一定の拡充時点で社会保険方式に転換、②社会保険方式として運営しながら国庫支援による扶助方式を並行、③租税方式として運営、の3案をつくり、昨年7月、学会の専門家等約500人から意見を聴く公聴会が開催された。

①案の支持者は、大韓老人会や在家福祉教会など、②案の支持者は、社会保障学会や

老年学会、家庭看護学会、民主労総など、③案の支持は、言論界や施設教会であった。また、財政調達方式として、社会保険方式の支持は55%、租税方式の支持は41%であった。利用者負担は5割が33%、3割が35%、2割が20%の支持であった。

この公聴会を踏まえて、企画団では基本試案を作成し、昨年11月、2回目の公聴会を開催した。基本試案では、社会保険方式を採用しつつ、公共扶助（生活保護）対象者には租税をあてるというほか、対象者の年齢範囲（45歳以上）、保険料と税と本人負担との間の財源分担（保険料が5割、租税が3割、本人が2割負担）、制度導入の時期等について、具体的に示した。公聴会の結果、社会保険と租税方式の組み合わせについて、経済界、労働界、医療界、市民団体、学会等から基本的に合意が得られた。ただし、政府（租税）の負担は50%、低所得者の負担は10%など、基本試案と異なる意見が出された。

第2次公聴会を踏まえて、企画団で作成した制度基本案は、次のとおりとなった。

- ・財源調達方式：社会保険方式と租税方式の組み合わせ
- ・給付対象者：45歳以上に適用し、65歳以上の高齢者から優先適用
（重度の高齢者、農漁村及び公共扶助高齢者に優先適用）
- ・財源分担：
 - （一般）保険料5割、租税3割、本人2割
 - （公共扶助）租税9割、本人1割（受給者は無料）
- ・保険料負担：健康保険加入者（扶助対象者は租税で支援）
- ・公共扶助対象者：国民基礎生活保障（日本の生活保護に相当）受給権者及びその上位世帯
- ・制度導入後の拡大案：
 - 1段階（07～08年） 65歳以上の最重度（農漁村及び公共扶助対象者は重度以上）
 - 2段階（09～10年） 65歳以上の重度（同 軽度以上）
 - 3段階（11～12年） 65歳以上の軽度
 - 4段階（13年～） 65歳以上の軽度痴呆以上及び45歳以上の老人性疾患対象者
- ・管理運営主体（保険者）：暫定的に健康保険公団とする
保険加入者の保険料の賦課・徴収は、健康保険法準用

財政規模は、公共扶助対象者を、基礎生活受給者及びその上位世帯まで拡大するとして、1段階では対象者は166千人、1兆9,087億ウォン、2段階では同412千人、3兆7,463億ウォン、3段階では同550千人、4兆6,624億ウォンと試算されている。1人あたり月保険料では、2007年が2,651ウォン、2011年が7,640ウォンになる。

6 制度構築にあたっての課題

（1）長期療養保護の評価・判定体系の開発

長期療養保護の評価・判定体系、すなわち要介護認定方法については、療養必要度を基準に等級化（4～6等級）し、対象者の認定の可否と最終の等級決定は、保健・医療・福祉専門家で構成された判定委員会で決定する。

要介護認定方法については、日本の方法に対する研究が熱心に行われており、企画団報告書の中では、2005年にモデル事業、2006年に判定体系の開発完了というスケジ

ルールが示されている。

(2) 療養保護給与及び報酬体系開発

保険給付の範囲については、在宅サービスと施設サービスを想定している。施設サービスでは、老人医療費の増加や健康保険の財政を勘案して、療養病院を給付の範囲に含む方向で検討している。在宅サービスの内容は日本とほぼ同様であるが、いわゆる介護手当について、企画団報告書の中では、「家族の療養保護の認定、家族等の選択の幅を広げるための現金給付、現物給付等給付の種類を広く検討する」となっている。

(3) 施設・人力（マンパワー）の拡充方策

サービス体系としては、在宅介護の優先が原則で、在宅介護80%、施設介護20%の水準を維持する。公共、民間、非営利団体など供給主体の多様化を図る。高齢者の多様なニーズに対応し、保健・医療・療養・福祉等の総合サービスを提供する。ケアの知識と技術を持つ専門家の養成・拡充でサービスの専門化を図る。

一方、問題点としては、痴呆療養病院や専門療養施設、療養病床が需要に比べて大きく不足していることや、ショートステイ等の在宅福祉施設の絶対的不足、在宅ケアのための訪問看護やグループホーム等の不足、ケアの専門家の不足等の実態が指摘されている。³⁾

そこで、現在、「老人医療福祉施設 拡充10か年計画」によって、2011年に施設需要の完全充足を目標として、年次的に療養施設等の拡充が図られている。この計画によると、2003年時点では、療養施設（痴呆療養病院を含む）は、331施設（28,928病床）であるのが、2011年には、1,465施設（109,535病床）に拡大する予定としている。

マンパワーについては、老人専門看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーの養成、制度化を検討している。老人専門看護師とは、2003年に制度化されたもので、療養施設や在宅福祉施設での看護業務や訪問看護、投薬・応急サービス、家族等に対する指導教育にあたる専門家で、2010年には15,761人の需要があるとしている。ケアマネジャーについては、2010年には11,160人の需要を、ホームヘルパーについては、159,252人の需要があると見込んでいる。

7 今後の重要課題

以上、主として企画団報告書をもとに韓国の介護保険構想について解説をした。全体的には、基本構想がまとまったという段階で、これからさらに調査研究をしたり、関係方面と議論をしたりしながら具体化すべき課題が数多く存在している。表2は、同報告書に掲げられたスケジュール案である。同報告書では、2007年度からの制度導入を目標に、制度総括、評価判定、酬価給与及び施設人力の4分野ごとに、成案を得る課題と予定年を記載し、計画的に検討を進めることとしている。

最後に、韓国の介護保険制度創設に関する今後の課題について、二、三私見を述べることにする。

第一点は、韓国の高齢化率がさほど高くないことなどから、日本の場合と違って、介護問題に対する国民の政策へのニーズがまだ全国的なものとはなっていないことである。介護サービス基盤が不十分なことと相まって、政府の検討は拙速ではないかという議論が出やすいものと考えられる。現に最近では、2007年導入は先送りになら

ざるを得ないのではないかという声が聞かれる。今後、介護保険の必要性が共通認識となり、国民的な関心事となるように世論を高めていく必要があるであろう。

第二点は、「保険あってサービスなし」とならないように、介護サービス基盤の整備が不可欠である。日本と比較をすると、施設・在宅サービスとも少ない。もっとも、政府関係者は、介護保険の導入を起爆剤にインフラ整備を凶ろうと考えている。

第三点は、保険者について全国ひとつの組織である健康保険公団にしようとしているが、果たして、要介護認定やケアマネジメント等の業務について、こうした全国組織できめ細かく行うことができるのであろうかという点である。

しかし、韓国にとって有利な点は、すぐそばに介護保険を施行して5年目の日本が存在していることである。日本の介護保険を研究しつつ、長所は生かし短所は是正して、韓国の社会や国民性に適合した制度を創設することが可能である。日本の制度を学んで制度化した医療保険制度では、DRGの導入や医療保険制度の一本化など、既に日本よりも先行した取組が行われている。介護保険分野でも、どのような韓国版介護保険制度が創設されるのか、今後とも注目していきたい。⁴⁾

【表2 今後のスケジュール】

分科	業 務	2003	2004	2005	2006	2007～	2013～
制度	財源調達方式確定	○	○				
	管理運営モデル開発		○				
	法制定		○	○			
総括	モデル事業及び管理運営システム構築		○	○	○		
	制度導入					○	○
	全国民療養保障制度						○
評価	対象者特性調査	○	○				
	機能評価項目測定	○	○				
	評価項目検証		○				
判定	評価項目適用モデル事業		○	○	○		
	評価項目時間推計及び判定体系開発		○	○	○		
	機能等級設定		○	○	○		
報酬	外国の給与報酬体系比較	○					
	給与報酬基本方向設定	○					
	給与範囲確定		○	○			
給与	資源利用水準測定方法開発		○	○			
	療養保護評価及び支払制度準備		○	○	○		
	長期療養施設機能定立	○					
	長期療養必要人力機能定立	○	○				

施設	施設人力推計及び供給方策	○	○				
	施設拡充	○	○	○	○	○	○
人力	専門人力制度化及び養成	○	○	○	○	○	○

注)

1) 韓国政府の調査団は、昨年8月には、東京都稲城市役所と国立保健医療科学院、本年7月には、厚生労働省老健局、埼玉県和光市役所、所沢市役所と全国国民健康保険中央会を訪問調査した。関係者の方々のご協力に厚く御礼申し上げます。

2) 韓国の合計特殊出生率は、1972年には4.14、1982年には2.42と高水準であったが、90年代に入り低下傾向が顕著となり、1992年には1.78、1997年には1.54、2003年には1.19と、現在では日本よりも低くなっている。

3) 企画団報告書では、痴呆療養病院は45か所(4,512病床)、療養施設等は293か所(20,510病床)で、全高齢者人口に対する施設入所率は0.6%にすぎず、欧米や日本の5~6%水準と比較して低いとしている。また、在宅介護の比率も、欧米や日本の15~20%の水準に比べ、韓国では0.4%である。

4) 本稿の基になった企画団報告書は、金基玉氏(国立保健医療科学院客員)の翻訳によるものである。この場をお借りして氏に御礼申し上げます。