

介護保険の日韓比較

杉本 貴代栄

Kiyoe SUGIMOTO

The Comparable Study for Nursing Care Insurance in Korea and Japan

はじめに

韓国は、ジェンダーと世代が交差する問題—これまで「家父長制」という概念で指摘されてきた問題—を顕著に抱える社会であり、ジェンダー側面から見ると非常に興味深い社会である。さらに、後発福祉国家として、旧宗主国の日本の影響を色濃く受けながら、急速に制度を整えつつあり、社会福祉制度の面からしても注目すべき社会である^(注1)。急激な経済成長、低成長後のIMF経済危機、超少子化、と時代の波を受けながら、制度を改革しつつ今日に至っている。

高齢化率は約10%と、既に20%を超えた日本と比較すると未だそれほど高齢化してはいない。しかし、高齢化する将来を見据えて、日本の介護保険を制度のモデルとして、同様の制度である老人長期療養保険制度（以下では、介護保険とする）を2008年7月1日から実施した。世界的にも、ドイツ、日本に次ぐ実施である。日本をモデルとした同様の制度ではあるものの、韓国独自の理由と事情により、日本の介護保険とは異なる制度も導入された。著者は、2011年11月に金城学院大学人文・社会科学研究所の共同研究プロジェクトにより、韓国での介護保険の現地調査を行った。ここではその現地調査を通して、韓国の介護保険の制度、実態を考察し、制度導入後10年を経ながら、改革の議論が焦点とされている日本の介護保険を再考する手がかりとしたい。

1. 介護保険実施の経過

2008年7月1日から実施された韓国の介護保険であるが、その実施へ向けて公式に議論されるきっかけとなったのは、1999年10月に保健福祉部が発表した「老人保健福祉中長期発展計画推進」であった。同年の韓国の高齢化率は6.8%と、高齢化社会への入り口にさしかかっていた。〈表1〉の日韓比較に見るように、日本と比べると韓国では、

高齢化率が未だそれほど高くないときから、介護保険の検討がはじめられていることがわかる。

<表 1：介護保険の経過と高齢化率>

	日本	韓国
介護保険の検討 (高齢化率)	1994年 14.00%	1999年 6.80%
介護保険の実施 (高齢化率)	2000年 17.30%	2008年 10.30%

高齢化率がそれほど高くない段階で、なぜ韓国では社会保険方式の介護保険が導入されたのか、その理由ははなはだ興味深い。その理由について整理すると、①世界最速の高齢化の速度、②家族介護の限界、③介護施設の供給不足、④従来の社会保障制度の限界、⑤介護費用負担の過重、⑥大統領のイニシアティブ（盧泰愚大統領の選挙公約）、とまとめられるだろう^(注2)。つまり、近い将来到来する高齢社会に備えて、家族介護と介護費用を軽減すること、また現状では公的施設に入所できるのは生活保護受給者だけなのでそれ以外の人が入所できる介護施設の供給増を目的としたのだが、⑥については多少の補足が必要かもしれない。

韓国は5年任期の大統領制であり、近年では、1997年IMF経済危機の渦中に誕生したキム・デジュン（金大中）政権（1998年2月～2003年2月）からノ・ムヒョン（盧武鉉）政権（2003年2月～2008年2月）へと継承され、福祉政策がそれぞれの政権の目玉とされてきたのだが、ノ・テウ（盧泰愚）政権（2008年2月～2013年2月）では、介護保険の実施が公約され、大統領の強力なイニシアティブのもと、実現したという経過がある。韓国の介護保険法が2007年4月に可決・公布され、2008年7月1日から即座に実施されたという経過には、大統領のイニシアティブが発揮されやすいという、大統領制という政治体制に依るところも大きいだろう。

むろん、整理をすれば上記したような①から⑥の理由としてあげられるものの、その根底には、日本と同様に（あるいはそれ以上に）家族介護を重視する韓国において、国民の意識が社会的介護を求めることへと変化したことを指摘しなければならない。「先家族扶養・後社会保障」と呼ばれるように高齢者扶養・介護意識が根強い韓国も変化しつつある。介護保険の創設（それに付け加えれば保育サービスの拡充も）は、変化する家族構造に対する積極的な予防策であるともいえる。介護保険制度創設の目的として、家族ケアの支援によって経済的負担の軽減と精神的負担の軽減を通じて家族解体の予防が可能となること、と明らかにしている。「加齢や老人性疾病等により日常生活活動を一人で行うことが困難な高齢者等に提供する身体介護または生活援助等の療養介護

給付に関する事項を規定して、老後の健康増進および生活の安定を図り、その家族の介護負担を減らすことによって国民の生活の質の向上を図ることを目的とする」（老人長期療養保険法第1条）と「家族の負担を減らす」と明記しており、家族を重視するからこそ介護保険が必要であるという、韓国独自の理由と事情が明らかである。

2. 介護保険制度の内容

韓国の介護保険は、日本の介護保険制度をモデルとし、その実施を見極めて策定されたものなので、日本の問題点を教訓としているところがある。韓国の介護保険制度の内容については、〈表2〉の日韓比較に一覧にしたが、概述すると、次のような相違点がある。

介護保険制度の保険者は、これまで医療保険関連事務を行ってきた公的機関、国民健康保険公団である。つまり、日本では市町村が保険者とされたことと異なり、市町村間の格差を解決するために、全国一律の機関とされたのである。被保険者は、日本の介護保険が65歳以上の高齢者を第1号被保険者、40歳-65歳までを第2号被保険者としたことと比べて、健康医保険に加入している全国民を被保険者として指定した。2011年の保険料水準は、一人あたり平均月額で4439ウォン（約340円）、会社員の場合は、医療保険料率の6.55%である。一方、サービスを受ける対象者は日本と同様に、65歳以上の高齢者と40-64歳までの老人性疾患を抱えている者に制限しており、被保険者と受給者は一致しておらず、軽度者と若年障害者は適用外とされる。つまり日本の制度を比べると、被保険者の幅を広くし、受給者は制限する方針である。

財源の仕組みは両国ともに保険料と国庫負担、そして自己負担を基本にしているものの、介護サービスを利用するときの自己負担率は日本が在宅・施設サービスともに1割であることと比べ、韓国は在宅が1.5割、施設が2割と日本より高く設定した。サービスは2000年4月、日本が在宅と施設サービスを同時に実施したように、韓国も両サービスを同時に実施しており、そのための施設拡充や人材育成教育を継続して実施している。要介護者の等級は、日本が要支援2等級と要介護5等級を併せて7等級（要介護5が最も重い）に分類したことと比べて、韓国は3等級に分類した（1等級が最も重い。日本の要介護3程度以上のものが対象となる）。給付方式は、日本が現物給付だけを実施していることと比べて、韓国は現物給付に加えてとして現金給付がある。

主な制度を箇条書きに列挙すると以下のようになる。

- 1) 管理運営は、国民健康保険公団で全国一律。
- 2) 被保険者は、20歳以上の健康保険加入者。保険料は医療保険の保険料と合わせて徴収する。

- 3) 利用者は65歳以上の高齢者。65歳未満で、認知症などで6ヶ月以上自立して生活できない場合は利用できる。
- 4) 要介護の認定は、3段階。
- 5) 利用時の自己負担率は、在宅が15%、施設が20%。
- 6) 現金給付がある。
- 7) ケアマネジャー制度はない。

日本にはない、現金給付制度について説明しておこう。現金給付制度は、家族療養費、療養病院看病費、特例療養費の三種があるが、後者二つの療養病院看病費、特例療養費の施行は保留されていて、現在施行されているのは家族療養費だけである。介護予算が確保されると漸次的に支給される予定である。家族療養費とは、介護サービス受給者が顕著に不便な地域（島・僻地）に居住していたり、精神障害、伝染病などの理由により公的サービスが利用せずに家族等から介護サービスを受けなければならない場合に現金を支給するという例外的なものである。在宅サービスとあわせて現金給付が広く利用されているドイツとは、かなり異なる制度となっている。

<表2：介護保険の日韓比較一覧>

	日本	韓国
制度名	介護保険	老人長期医療保険
施行時期	2000年4月	2008年7月
管理運営	市町村	国民健康保険公団
サービスの種類	在宅、施設	在宅、施設
財源の調達	保険料+国庫負担+本人負担	保険料+国庫負担+本人負担
被保険者	第1号被保険者：65歳以上 第2号被保険者：40歳から65歳未満の医療保険加入者	健康保険の被保険者
保険料	第1号被保険者：全国平均が月4090円（2006年度） 第2号被保険者：政府管掌健康保険の介護保険料率1.13%（2008年度）	健康保険料額×長期療養保険料率（2008年度：4.7%、2015年度には5.7%に引き上げ）
保険料の徴収	第1号被保険者：年金からの天引き 第2号被保険者：加入している医療保険の保険料と併せて徴収	加入している医療保険の保険料と併せて徴収
本人負担（サービスを受けるときの負担）	1割	在宅：1.5割、施設：2割
保険料免除	あり	あり（国民基礎生活保護対象者：全額免除）
費用負担割合	施設→保険料：50%、国：20%、都道府県：17.5%、市町村：12.5% 在宅→保険料：50%、国：25%、都道府県：12.5%、市町村：12.5%	国：保険料予想収入額の20%+医療給与受給権者の長期療養給付費用（国+地方自治体） 2010年推計金額を基準にした場合→保険料：71%、国：29%
受給対象者	1. 65歳以上：常に介護を必要とする状態や、家事や身支度等日常生活に支援が必要な方 2. 40歳から64歳まで：初老期痴呆、脳血管障害疾患など老化が原因とされる15種類の病気により要介護状態や、要支援状態となった方	1. 65歳以上：常に介護を必要とする状態や家事や身支度等日常生活に支援が必要な方 2. 65歳未満：老人性疾患を抱えている者のうち長期療養1～3等級に判定された者
等級	要支援1～2、要介護1～5の7段階	3～1等級の3段階
等級の判定	主治医意見書を書く医師を決定→申請→認定調査→コンピューターによる1次判定→介護認定審査会で等級判定	申請→認定調査による1次判定→長期療養等級判定委員会での等級決定
現金給付	なし	あり（家族療養費、療養病院看病費、特例療養費）
制度実施初年度の介護サービス利用者数	149万人（全高齢者の6.8%）	全高齢者の3.1%を予想
制度導入時の高齢化率	17.3%（2,200万人）	10.3%（推計）

（出典：金 明中「韓国における高齢化の進展と介護保険制度の導入」『ニッセイ基礎研RRPORTJuly2009』2009年）

3. 介護保険の実態：瑞草（ソチョー）区立老人施設を例として

実施の実態を見てみると、実施時の2008年7月に介護認定されたのは14万6,642人、65歳以上の高齢者の2.9%であった。日本の場合、施行時点で要介護者は218万人、高齢者の10%であったので、韓国の介護保険の適用範囲が狭いことがわかる^(注3)。

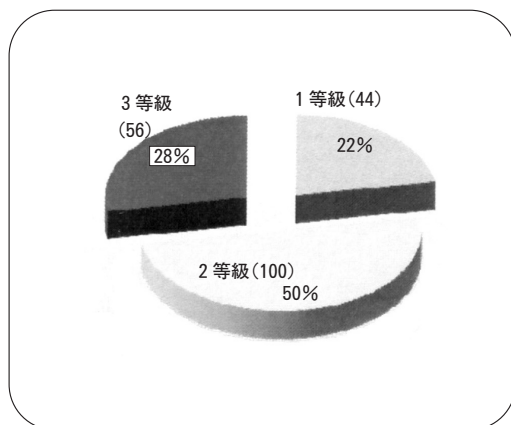
しかし、実施後3年しかたっていないので、入手できる資料は未だ限られている。そこで、2011年11月に著者らが行った実地調査の際に訪問した介護保険対象施設を取り上げてその実態を見ることにする。

ここで取り上げる施設は、瑞草（ソチョー）区という比較的裕福な地域にある、区立の老人入居施設である。介護保険の実施に伴ってその前後から、9,400カ所の施設が新設されたというが、その一つであり、かつ、そのなかでも設備の整った「モデル施設」といわれている。2006年に計画が立てられ、2009年に工事が着工され、2011年2月に開所された。運営は、ソウルカトリック社会福祉会に委託されている。

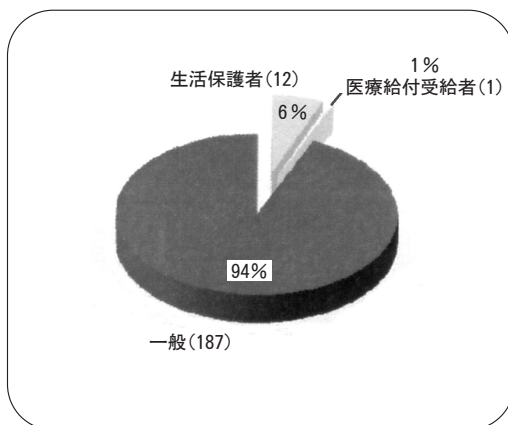
地上4階、地下2階からなる、定員200名の施設であり、内部にはリハビリ室や美容室の設備もあるが、病室はすべて4人部屋である。

入居者の状況を見ると、200人の入居者（男性38名、女性162名）のうち、2級が最も多く50%、次いで級が28%、1級が22%である。半数以上に認知症の疾患があるという。韓国の介護保険の認定は3種類しかないのだが、なかでも入居者には、重度の人が多いということである。入居者のうち1名だけが医療給付受給者（利用料負担が10%）であり、12名が生活保護受給者（利用料負担なし）であり、残りの187名は介護保険を利用した一般の入居者である（利用料負担20%）（＜図1＞と＜図2＞）。

＜図1：等級別入居者＞



＜図2：受給者別入居者＞



では、一般の入居者にとって月額費用がどれくらいかということ、20%の利用料負担と

食費等の経費を合わせると、1級で53万ウォン、2級で51万ウォン、3級で49万ウォンとなる（現時点では、1ウォンは0.07円）。介護保険を利用しない入居施設では、月額300万ウォン以上のところもあるため、介護保険の経済的効用は大きいと言える。〈表3〉は従事者の一覧であるが、「モデル施設」であるからか、十分な人員配置が行われている。例えば、近年日本において問題になっている介護労働者についても、法的配置人員の80名に6名加えて、全員が正規職員として、86名体制で行っている。そのため週5日・40時間勤務が実現している。同施設のある瑞草（ソチョー）区が比較的豊かな地域であるため、介護労働に従事する人（全員が療養保護士を持っている地域の人の）も経済的に余裕のある人が多く、年齢的には40代が中心で、20代・30代もいる。性別では男性が5人いる。しかし介護労働者の賃金は他の職種と比べると高くはなく、月額賃金が120万～130万ウォンである（社会福祉士が200万～300万ウォン）。

〈表3：職種別従事者一覧〉

区分	センター長	事務局長	社会福祉士	介護福祉士	嘱託医	看護師	PT/OT	事務員	栄養士	調理員	洗濯員	管理員	計
人員配置 (法的)	1名	1名	2名	80名	1名	8名	2名		1名				96名
必要人員								3名		9名	2名	4名	18名
追加 人員配置			5名	6名		2名	1名			2名 (part time)			16名
計	1名	1名	7名	86名	1名	10名	3名	3名	1名	11名	2名	4名	130名

4. 課題

韓国の介護保険は、実施後まだ3年半程しか経っていないが、多くの課題があることが指摘されている。ここではそのなかから、①サービス利用者の推移について、②家族ヘルパー制度について、③療養保護士の問題、の3点に限って記述する。

① サービス利用者の推移と課題

制度発当の要介護認定者は、1等級が50,209人、2等級が39,080人、3等級が57,354人と、合計146,642人と、全高齢者数の2.9%であった。当初韓国政府は、要介護者は全高齢者の3%程度と想定していたといわれるが、2008年12月には4%を超え、最新データである2011年4月には5.8%に達した^(注4)。男女別に見ると、2011年4月時点で、男性92,080人、女性226,368人と、女性が7割を占める。等級別に見ると、〈注4〉の

表に見るように、最も重度の1等級の人が減少し、3等級の人の増加がめざましく、全体の約6割を占めるに至っている。

このように全体の趨勢を見ると増加はしているものの、現在の3段階しかない認定制度のなかでは、中・重度の要介護者が対象とならざるを得ない。そのため要介護認定を申請しても、自立（非該当）と判定される人が多い。2011年6月末の時点の集計では、要介護認定の申請者数は653,000人であり、そのうち約半数の32万人は要介護と認定されたが、47%の約28万人は非該当となっている^(注5)。このような利用対象者の範囲の狭さがまずは改革の課題である。制度実施時点では、近い将来4等級を創設する予定とされていたが、現時点ではその実施時期は明らかにされていない。

利用対象者が増加するか否かは、自己負担金の過重とも関わりがあるはずである。介護給付の自己負担は、入所施設の場合、給付費用の20%、在宅の場合は15%を自己負担する。現在、1等級の高齢者が入所施設を利用すると、自己負担は最低月50-60万ウオンに達するといわれる。食材、上級病室利用料、理・美容費などは非給付で、合計するとかなりの費用が必要となる。将来的には、自己負担率を引き下げる（10%程度にすること）も検討課題である。

一般の高齢者にとってもだが、低所得者にとっては自己負担金はなおのこと過重である。生活保護受給者や医療給付対象者の本人負担金は、制度開始時よりそれぞれ全額、半額を免除されていたが、2009年の改正により、医療給付対象者以外の低所得者も本人負担金を半額免除されるようになった。このような改正やさらなる減額が必要とされている。

② 家族ヘルパー制度の取り扱いについて

日本の介護保険制度にはない、現金給付制度（実際には現在では、家族療養費のみ実施）が設けられていることは韓国の介護保険の特徴の一つであるが、給付額は要介護者の等級にかかわらず月15万ウオン（約1万2千円）と、居宅給付の支給限度額よりだいぶ低い（(注2)の「給付種類別サービス金額一覧」を参照のこと）。また、例外的な制度であるために、在宅給付全体に占める割合も0.5%程度と少ない。しかし、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を付け加えなければならない。療養保護士（日本におけるホームヘルパーのような制度一次項の③で詳述）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2時間を限度として保険給付が認められること—いわゆる家族ヘルパー制度である。事実上の家族介護手当である。こうしたケースは約1万5千件のにほり、保険給付費の増大の一因となっているという報告もある^(注6)。

しかし、介護時間を偽る不正請求や架空請求があるところから、2011年8月からその規

制を強化した。家族ヘルパーによるサービス提供時間を1日60分へ、月31日から20日へと制限するとともに、同居の有無にかかわらずに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。

家族介護を何らかの方法で評価するこのような制度は、韓国の家族主義を反映した制度であるといえるだろう。まだ制度開始から間がなく、たびたびの改正を繰り返している制度のなかで、どのような方向に向かうのか、興味深いところである。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介護をする、いわゆる老老介護に対して、毎月30万ウオン程度を支給する案を検討しているという報告もある^(注7)。

③ 療養保護士の教育と雇用環境について

韓国では介護保険の実施とあわせて、介護職員の公的資格である「療養保護士」制度を創設した。療養保護士1級は、要介護認定者とその他の介護を必要とする高齢者に身体介護および生活援助サービスを提供する。療養保護士2級は、要介護認定者には生活援助サービスしか提供できないが、その他の介護を必要とする高齢者には身体介護および生活援助サービスを提供することができる。療養保護士になるための学歴および年齢に関する資格要件はなく、誰でもが療養保護士養成講座を受けられるし、養成講座も短期間である。介護職員の絶対的な不足を憂慮し、介護保険の施行に間に合わせるために誰でもが受講できるようにしたためである。養成講座は、1級の場合は240時間、2級の場合は120時間の受講が義務づけられた。

当初は資格取得希望者が多く、さらに教育機関の設立が比較的簡単であるため、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、教育機関は1080を数え、資格取得者は約34万人となった。2010年時点では、教育機関は1407、資格取得者は約81万人となった^(注8)。こうした状況を踏まえて政府は、教育機関の乱造を抑制するために、2010年4月に教育機関を申告制から行政機関の指定制に切り替え、また教育機関の教育課程修了後に受験する資格試験を導入した。

このような経過をたどって療養保護士の資格をもつ人は急増したものの、取得しやすい資格であるということと連動して、療養保護士の雇用環境が整備されたとは言いがたい。不安定な雇用形態が多く、賃金水準も低く、それゆえに資格を取得しても介護現場で働かない人も多いという。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79.2万ウオン（約6万円）、施設サービス分野では136.4万ウオン（約10万5000円）であるという^(注9)。日本と同様に韓国においても、介護労働分野の処遇改善は緊急の課題である。介護現場の人手不足を補うために、韓国独自の解決策—外国人労働者や移民がそれを補う—が取られているところもあるという^(注10)。

一方で、療養保護士の資格とは、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より専門的な資格の創設が求められることになるのかもしれない。

5. 日本の課題

日本の介護保険制度は、その実施から既に10年が経過したが、サービス利用者が増大するにつれて市町村の介護保険財政は悪化し、その立て直しのために保険料は改定期ごとに引き上げられている。にもかかわらず、利用できるサービス量不足や利用者負担の問題などから、依然として家族の介護なしには生活できない状況が残されている。このような介護保険財政の問題や要介護者とその家族を取り巻く問題だけではなく、介護労働者不足やその労働条件の悪化も社会問題化している。このような日本の介護保険が抱える深刻な問題に対して、韓国の介護保険が直接的な示唆を与えるわけではないが、いずれも家族介護という価値を高く評価する国における介護保険の行方は「共通の課題」である。韓国の介護保険は、日本の制度と状況を良く把握したうえで導入されたものである。つまり、韓国の介護保険は、日本の制度が現在抱えている課題を明らかにし、改革への示唆を与えてくれるはずである。とくに、家族介護、そして直接的に関連する介護労働者のあり方には関心を持たざるをえない。その意味からも、韓国の介護保険の行方には注目していきたい。

アジア地域では、韓国に次いで台湾も、介護保険の導入を目指しているという^(注11)。過去に例をみない急速な高齢化と、そのニーズにどう対応していくかは今後のアジアの共通の課題である。日本を参考にした、アジア型の高齢社会対応の福祉国家モデルが生まれてくるのかもしれない。

注

1) 著者はこれまでも、母子福祉政策について韓国の福祉制度を取り上げて日本との比較研究を行ってきた。本論で取り上げる高齢者福祉政策についても、基本的な立場は母子福祉政策の分析と同様である。韓国の母子福祉政策については以下を参照のこと。

杉本貴代栄編著『シングルマザーの暮らしと福祉政策：日本・アメリカ・デンマーク・韓国の比較調査』（ミネルヴァ書房、2009年4月）

2) 韓国の介護保険制度創設の背景とその理由については、[森 詩恵・藤澤宏樹]に詳しい。ここでは同論文を参考にしてまとめた。

3) 増田雅暢「日韓の介護保険制度の比較から」『週刊社会保障』第2562号、2009年参照。

以下の表からは、家族介護給付の給付レベルがよくわかる。

＜給付種類別サービス金額一覧＞

給付種類		1 等級	2 等級	3 等級
施設給付	専門療養施設／			
	療養共同生活家庭	48,900/日	45,290/日	41,760/日
居宅給付	月限度額	1,140,600	971,200	814,700
現金給付	家族介護給付	等級に関係なく月15万		

(出典：上記論文より抜粋して著者が作成。単位はウォン)

- 4) 増田雅暢「韓国の介護保険実施後3年間の現状と課題①～②」『月間福祉』2011年11月～12月参照。

＜等級別認定者数の推移＞

年月	1 等級	2 等級	3 等級	合計	増加比
2008年7月	50,209	39,080	57,354	146,642 (2.9%)	100
2008年12月	57,396	58,387	98,697	214,480 (4.2%)	146
2009年12月	54,368	71,093	161,446	286,907 (5.4%)	196
2010年12月	46,994	73,833	195,167	315,994 (5.8%)	215
2011年4月	43,358	73,119	201,971	314,448 (5.8%)	214

(出典：同論文。単位は人)

- 5) 同上
 6) 増田雅暢「日韓の介護保険制度の比較から」『週刊社会保障』第2562号、2009年
 7) 同上
 8) (注4)を参照
 9) 同上
 10) 著者は介護労働の福祉国家モデルのなかで韓国は、移民によって担われているモデルであると想定している。今回の調査のなかでも子どもの保育が朝鮮族の人々によって多く担われているという証言を得た。また医療現場においては、朝鮮族の人が安く雇われているという調査結果もある(上野千鶴子、立岩真也「労働としてのケア」『現代思想』Vol.37-2, 2009年2月)。
 11) 朝日新聞2009年8月12日号

＜参考文献＞

- 森詩恵・藤澤宏樹、2010年「韓国介護保険制度の創設とその現状」『大阪経大論集』第61巻第2号
 林春植、宣賢奎、住居広士編著、2010年『韓国介護保険制度の創設を展開』ミネルヴァ書房『海外社会保障研究』No.167、＜特集：韓国の社会保障－日韓比較の視点から＞、2009年
 小川全夫編、2010年『老いる東アジアへの取り組み』九州大学出版会