

韓国の介護保険制度

金 貞任

■ 要約

韓国では、介護保険制度が施行されてから1年目である。その間、介護保険制度はさまざまな問題を抱えながら、国民の生活の中で介護の社会化を目指しているが、いくつかの注目すべき点がある。一般階層の施設入所が「不孝子（親不孝）」視されるスティグマへの抵抗感が強い社会であるが、ソウル市をはじめ施設入所待機者が増加していること、市場原理が導入され、サービス事業所とサービス利用者の契約締結により標準ケアプランが無視され、訪問介護給付が増加したことである。65歳以上の中・重度の高齢者が介護給付の対象であるが、要介護高齢者の増加による財政対策から介護保険制度改正が行われ、介護保険料は上昇したが、国と自治体の財政負担が減少し、介護事業所の経営を考慮した介護報酬の上昇が示された。介護財政の対策として、在宅サービスの充実、介護給付の対象者の普遍化、介護の質の確保策に関する検討などが必要であると考えられる。

■ キーワード

介護保険、介護給付、ケアマネジャー、市場原理

I はじめに

韓国では、2008年7月から老人長期療養保険制度（以下、「介護保険制度」と称する）の保険給付が実施され、1年目である。介護保険制度の導入の背景には、早いスピードで高齢化社会から高齢社会になると推計されている人口構成の変化と家族を取り巻く環境、社会保障制度の問題に直面していることがある。人口高齢化と共に認知症・片麻痺などの要介護高齢者は、2007年に72万人となり高齢者の14.8%を占め、2020年には114万になると予測されており（保健福祉家族部、2008）、社会保障支出の増加要因となることは間違いない。特に、介護を目的とする要介護高齢者の長期入院による医療費用が2001年健康保険診療費の17.8%から2006年25.9%となったことが指摘され

ている（金、2008）。しかし、高齢者に対する介護給付は、生活保護層または低所得層に限定され、それ以外の階層に属する高齢者の介護は、主に家族に強いられており、先家族、後国家の高齢者介護システムでは、家族の保護と同時に、その家族の自律性を尊重することが難しい部分がある。

このような問題に対し、すべての国民が要介護高齢者になった時に所得にかかわらず、介護サービスを受けられることを保障するためには、介護保険制度の導入が必要であると考えられた。そこで、日本の2000年介護保険制度の実施を契機に、韓国の参与福祉5カ年計画（2004～2008年）¹⁾では、健康で活力ある老後生活の維持を目標とし、介護保険制度の構築のための検討会が行われ（保健福祉部、2004）、2008年7月から介護保険制度が実施された。韓国の介護保険制度の実

施は、1989年の国民皆健康保険制度と国民皆年金制度以来の、新たな本格的な社会保険制度であると位置付けることができる(金、2005)。介護保険制度は、サービス対象者を選別から普遍化し、保険・医療・福祉を複合する新たな挑戦でもあり、家族の女性が無償で担ってきた介護を高齢者に応分の負担を求めながら社会全体で支える介護の社会化の方向に一方踏み出したという点で「脱家族化」とみることもできる。介護給付には、公的・私的事業者などが参与する「サービス供給の多元化・市場原理」が導入されることになり、利用者と事業者の契約制度によって選好するサービスを選択するようになった。その一方、介護保険制度は、準備期間が短期間でもあり、その施行に必要な財政の安定性、介護人材の確保、給付サービスの入所施設や在宅サービスなどインフラ整備問題などが浮上したが、その問題を後回しにしながらスタートしたのである。介護保険制度が実施され、1年も経過しないうちに介護保険制度改正が行われ、2009年1月から改正が実施されるようになった。

以上のことを踏まえ、本稿では、韓国の介護保険制度の内容、意義と問題点について考察することを目的としている。

以下では、介護保険制度の概要と現状についてふれ、介護保険制度の問題点を指摘した後、最後にまとめとしたい。

II 介護保険制度の概要

1. 介護保険制度の施行に至る経緯

介護保険制度の導入の検討は、日本が介護保険を実施した2000年に始まり、金大中政権は2001年8月の祝辞で「介護保険制度の導入」を明示し、2002年7月に「老人保健福祉総合対策」にて介護保険制度の構築と施行を提示した。2003年2月の政権移行委員会(金政権→盧政権への移行)で

は、介護保険制度の導入が提案され、盧武鉉政権が2003年「公的老人療養保障推進企画団」を設置し、2004年3月に「同制度の実務企画団」の運営を始めたのである。実務企画団の運営は、介護保険制度の創設を含む新たな高齢者介護システムの構築が極めて重要な政策課題であることを内外に表明するとともに、組織を挙げて取り組むことを明らかにしたことである。介護保険制度の法案は2006年2月に国会に提出され、2007年4月に「老人長期療養保険法(案)」が国会(第266回)にて可決、2007年7月に制定され、2008年7月から介護保険制度が実施された。

介護保険制度導入の基盤整備のためのモデル事業は、3回に分けて実施された。第1次モデル事業(2005年7月～2006年3月)は6市町村が対象地域となり、第2次モデル事業(2006年4月～2007年4月)は8市町村、第3次モデル事業(2007年5月～2008年6月)は13市町村が対象地域となった。しかし、モデル事業について、十分に評価する時間的余裕もなく介護保険制度がスタートしたのである。

介護保険制度の基本目標は、①介護が必要な全ての高齢者を包括する「普遍的な体制」、②サービスの選択と利用が保障される「利用者中心」のサービス体系、③介護市場に公的・私的事業者などが参与する「多様な主体の参与」、④「社会的連帯」による介護保険費用の確保、⑤介護の「在宅優先」と予防及びリハビリ体制の構築である。ここで注目すべき点は、介護給付市場に非営利事業所のみならず営利事業所の参加を認めたことである。

このように、韓国の介護保険制度は法律の成立から施行まで準備期間が短い、基本的に日本の介護保険制度をモデルとして十分研究したうえで設計されている(増田、2009)。

2. 保険者と被保険者

介護保険制度の仕組みとして保険者と被保険者は、次の通りに構成されている。

保険者は、健康保険者である国民健康保険公団（以下「保険公団」）であり、中央集権による体制である。保険公団は、「保健福祉家族部（厚生労働省に当たる）」が監督を行う政府委託準政府機関であり、2000年医療保険制度を一つに統合する時に設立された（その前身は1989年設立）。これまで保険公団は、健康保険制度の保険者で、健康保険制度の運営全般を担ってきたが、介護保険制度の実施により被保険者の管理、保険料の徴収・賦課、要介護認定、介護報酬、ケアプラン作成など重要な事項について実務を担うようになった（金、2008）。介護保険者が中央集権的体制の保険公団であるのは、地方分権の歴史が浅いこともあるが、市町村間の財政格差が激しく、不満の対象である保険料の格差をなくすことを求められたからである。この点では、日本の介護保険制度の、保険料の問題点を研究した上で設計されたといえる。介護保険料の徴収は、健康保険料に上乗せして普通徴収するが、それは、現在の高齢者の大部分が国民年金の資格がないという背景がある²⁾。

被保険者は、20歳以上の健康保険の加入者であり、医療保険と同じ仕組みで、サービス利用者である要介護者も被保険者となる。これは、介護保険制度の基本目標である「社会的連帯」による介護保険費用の確保に当たる部分であり、要介護者にも応分の負担を求めたことになる。被保険者の保険料は、保険者が中央の保険公団であり、全国的に格差が生じる余地がほとんどないように設

計された。保険料の滞納者については、督促、強制徴収などの手順で施行するが、滞納が一定レベルに達した場合、サービス利用から除外される。

3. 介護給付の対象者と内容

介護保険給付の対象者は、次の表のように1等級、2等級、3等級の65歳以上が原則だが、65歳未満の者は老人性疾患にかかった場合のみ対象となり、軽症者と障害者が除外された³⁾。要介護認定について、症状が最も重い者が1等級、2等級、3等級の順になっている。対象者外A型は高齢者人口の約4%と推定しており、2010年から対象外A型にもサービスを給付する予定である。第2条には「老人などは、65歳以上または65歳未満であり、認知症、脳血管疾患、パーキンソン病など老人性疾患のため6カ月以上1人で日常生活の自立が困難な場合、大統領令が定める判定基準に基づき長期間介護を受ける必要があると判定した者」に規定されている。介護給付の対象者の制限は、介護保険制度の基本目標の①要介護が必要な全ての高齢者を包括する「普遍的な体制」と異なる仕組みである。

要介護認定者が高齢者人口に占める割合は、最初の予測では2008年の17万人から2009年には18万になると予測していたが、2008年11月に4.0%（201,131人）となり、2009年4.4%（229,759人）になると推計した（保健福祉家族部、2008）。要介護認定を受けた者は、2008年6月に1等級が31,733人、2等級が22,443人、3等級が38,514人であった。2009年2月に要介護認定を受けた者は、1等級が58,132人、2等級が63,157人、3等級

表1 要介護度認定基準

等級区分	判定基準	
1等級（最重度）	認定点数が95点以上	ADLの6項目以上自立不可能
2等級（重度）	認定点数が75点以上95点未満	ADLの5項目以上部分的不可能
3等級（中重度）	認定点数が55点以上75点未満	ADLの3項目以上部分的不可能

が110,584人となった(保健福祉家族部、2009)。介護保険制度が実施され、9カ月の間に要介護認定者数が非常に増加しており、特に2と3が約3倍増加した。これは、国の広報活動と国民の被保険者としての権利意識の向上であると言えるだろう。

次に、保険給付の内容は、入所サービス、在宅サービスと特別現金給付から構成されている。

入所施設は、老人療養施設(無料・軽費・有料の専門療養施設を含む)と老人療養共同生活家庭(グループホーム)に区分されている。老人福祉法改正では(第34条第1項1号)、介護保険制度の実施に伴い既存の老人療養院⁴⁾(無料・軽費・有料)、老人専門療養院⁵⁾(無料・軽費・有料を含む、老人専門病院は除外)を統合し「老人療養施設」と名づけた。それらの施設は、入所条件とサービス対象者などが異なっているが、それぞれの施設を老人療養施設として名づけたのは、入所施設として示し介護給付の対象にするためであろう。

在宅サービスは、訪問介護サービス、デイ(7:30～19:30)・ナイトサービス(～22:00)、ショートステイサービスからなる。訪問介護の給付は、要介護者の介護認定度に関わらず訪問回数と利用時間によって給付が決められている。デイサービスの利用回数は、要介護認定度によって異なる。短期入所の期間は、1回目が90日間、1年間で180日まで利用が可能である。在宅サービスに対する政府の補助金がスタートしたのは、1992年の在宅奉仕センターの支援であり、対象者は生活保護層・低所得層に限定され、サービス利用の負担は無料であった。軽費デイサービスは2003年からスタートし、サービス対象者が低所得層と一般階層の高齢者だが、サービス利用の負担額は所得の高低にかかわらず一定額である。

特別現金給付は、家族介護(療養)費と療養病院介護費から構成されている。家族介護費は、山・漁村地域の居住者(全国663カ所、2008年)、精

神障害、伝染病などの理由で公的サービスが利用できないとき家族介護者に支給される。療養病院介護費とは、老人専門病院と老人療養病院に入院した要介護者の付き添い手当であり、要介護者の付き添いは家族外の者に限定されるが、初期段階の支給が保留となり、介護予算が確保されると漸次的に支給する予定である。要介護者の付き添い手当が支給されると、施設入所に抵抗感がある韓国の状況から考えると、社会的入院が予想以上に増加し、介護財政の安定化はより困難になると予測される。

介護給付の実施時期について、1等級と2等級は2008年7月から在宅サービスと施設入所の利用が可能であるが、3等級は2008年7月から在宅サービスの利用、2010年から施設入所の利用が可能である。それは、介護保険の財源とインフラ整備が不十分であり、症状が重い者を対象に優先的にサービスを提供する狙いがある。2011年からは、4等級(非該当者)も介護給付の対象にする予定であり、それによって介護保険制度の基本目標の①要介護が必要な全ての高齢者を包括する「普遍的な体制」に一步踏み出すことになる。

介護給付は、公的扶助層以外の階層には、初めての試みであり、「選別主義」から脱却し「普遍主義」への転換を意味し、家族の女性が無償で担ってきた介護から社会全体で支える方向に一步踏み出したという点で「脱家族化」とみることができる(金、2005)。

保険給付の普及について、病院への入院は「世間体がよい」という側面があり、今後老人専門病院と老人療養病院の要介護者の付き添い手当が認められると、その介護給付が急速に増加することが予測される。訪問介護は、公的扶助層以外の階層が有料介護サービスを利用している傾向があり、外部の人が自分の家に入ることにについて抵抗感が少ないと考えられる(金、2008)。一方、入所施設は、韓国の風土から、公的扶助者以外の階

層の子どもが老親を施設に入所させる場合、「不孝子」視されるステイグマへの抵抗感が強い。しかし、韓国人の入所施設に対する意識の変化と被保険者として権利意識が強まると、施設入所を在宅介護よりも好む可能性が高い。

4. 利用者負担及び介護報酬と介護保険制度改正

利用者負担及び介護報酬は、事業者がサービス利用者と契約を結んでサービスを提供した場合、保険者である保険公団が支払うが、サービス利用者の所得の高低に関わらず一定額が支給されるので、サービス事業所の介護報酬は保証される。保険者から介護事業者に直接支払われる介護報酬は、入所施設が8割、在宅サービスが8.5割であり、残りの入所施設の2割と在宅サービスの1.5割はサービス利用者が負担し、事業者に直接支払う。ただし、入所施設と在宅サービスを利用する際に食事は、全額自己負担となる。介護保険制度が実施される前も軽費入所施設と軽費在宅サービスの利用者負担に関しては、利用者の所得の高低にかかわらず利用者負担の額が決まる応益負担の仕組みとなっていた。その意味では、介護保険制度が実施される前・後の利用者負担は、応益負担である。

在宅サービスの介護報酬は、①訪問介護、訪問看護と入浴は、時間単位で定額の介護報酬が支給され、デイサービスは要介護度と時間単位で介護報酬が支給されるようになった。②短期入所は、

1日当たりで定額の介護報酬が支給される。入所者が入院など外泊する時の介護報酬は50%であるが、1人当たり1回6日、1カ月10日に限定されている。入所者が定員をオーバーした時の介護報酬は、入所者全員に対して70%算定し介護報酬が支給される。入所施設の介護報酬は、①事業運営費と間接人件費（施設管理人員と厨房の従事者）は、要介護高齢者1人当たり均等費用で配分するが、②直接人件費（社会福祉士、看護師、医師など）は、要介護高齢者の要介護度に基づき支給される。入所者が医療機関に入院など外泊する時の介護報酬は、1人当たり1回10日、1カ月15日に限定されており、入所施設の介護報酬は、50%算定し支給する。介護職員の配置基準は、配置基準の10%以上、又は5人以上欠員の時の介護報酬は、入所者全員に対して70%算定され、介護職員の欠員が5人未満の場合は入所者全員に対して90%算定される。入所者が入院など外出の時は、短期入所者の受け入れが許可されているが、入所者定員の5%以内、90日以内に定められている。

介護保険制度は、2008年7月から実施されたが、2008年12月に介護保険制度改正が行われ2009年1月から入所サービスと在宅サービスの介護報酬が表1のように改正された。まず、介護保険制度改正により入所サービスの介護報酬は、療養施設の限度額が1等級の1,140,600ウォン（約114千円、1円=約10ウォン）、老人専門療養施設の利用限度額は、1等級が1,444,500ウォン、老人療養共同生活家庭（グループホームに当たる）は、

表2 入所施設の介護報酬

(ウォン, 1日)

区分	1等級	2等級	3等級
老人療養施設*	38,310→38,020	33,660→34,440	29,020→30,860
老人専門療養施設*	48,120→48,150	43,550→44,590	38,970→41,030
老人療養共同生活家庭*	48,120→48,150	43,550→44,590	38,970→41,030

注：*介護保険制度改正（2009年1月から実施）により介護報酬が上昇した。

資料：老人長期療養保険制度、<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev>（2008.12.31）を基に筆者が新たに作成。

表3 在宅サービスの介護報酬

(回数, ウォン)

訪問介護	時間	30分	60分	90分	120分	150分	180分	210分	240分
	金額	10,680	16,120	21,360	26,700	30,200	33,500	36,600	39,500
訪問看護*	時間	30分未満		30分～60分未満		60分以上			
	金額	27,360→28,700		35,310→36,650		43,260→44,600			
短期入所*	要介護度	1等級		2等級		3等級			
	金額	42,490→43,300		38,860→39,600		35,230→35,900			
週間サービス*	3～6時間	24,350→24,960		22,180→22,740		18,680→19,140			
	6～8時間	32,460→33,280		29,580→30,320		24,910→25,520			
	12時間以上	48,700→49,920		44,360→45,580		37,370→38,280			
利用限度額	要介護度	1等級		2等級		3等級			
	月限度額	1,097,000→1,140,600		879,000→971,200		760,000→814,700			

注：夜間（18時以降）20%加算、深夜（22時～06時）及び休日30%加算

*訪問看護、短期入所と週間サービスは、介護保険制度改正により介護報酬が上昇した。

資料：老人長期療養保険制度、<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev> を基に筆者が新たに作成

1等級が1,44,500ウォンとなった。すなわち、介護保険制度がスタートし、6カ月の間に入所施設の介護報酬が上昇したが（老人療養施設の1等級を除く）、その理由は明らかにされていない。介護報酬は、老人療養共同生活家庭が最も高く、続いて老人専門療養施設と療養施設の順である。

在宅サービスの介護報酬も介護保険制度改正により上昇したが、訪問介護の介護報酬のみ除外された。訪問介護をめぐる事業所間の競争が活発に行われているのが指摘されている。介護保険制度改正による在宅サービスの介護報酬は、表2に示した。具体的に、在宅サービスの月限度額は、1等級が1,140,600ウォン、3等級が814,700ウォンとなり、それ以上のサービス利用は全額自己負担となる。訪問介護と訪問看護は、要介護度の程度にかかわらず訪問時間ごとに介護報酬が定められている。夜間と深夜の介護報酬は、18時以降が20%加算、22時～翌朝6時と休日が30%加算となった。在宅サービスには情緒的サービスがあり、保険給付が実施された当時はそれのみ提供には介護報酬がなかったが、介護保険改正により、それのみ提供しても介護給付時間の1/3まで介護報酬が支給されるようになった。それと共に、介護保険制度改正では、交通費の支給が設けられ、

遠距離在宅訪問には1日6000ウォンを加算して介護報酬が支給される。

デイサービスの介護報酬は、1等級の6時間未満が24,960ウォンであり、要介護度ごとに利用時間が長いほど介護報酬が高くなる仕組みである。短期サービスは、要介護度ごとに介護報酬が異なり、1日当たり1等級の介護報酬が43,300ウォンである。

家族に対する介護報酬（現金給付）は、要介護高齢者の介護等級にかかわらず月150,000ウォンである。特例介護費と療養病院介護費（付き添い介護報酬）は、介護保険制度の初期段階では保留となった。福祉用具購入・貸与費用は、要介護度にかかわらず年間1,600,000ウォン（公団負担85%＋自己負担15%）である。

公的扶助者は、介護保険料とサービス自己負担が無料になっている。低所得者は、2009年介護保険制度改正によりサービス利用の自己負担が50%軽減されるようになったが、健康保険の、本人負担軽減の認定を受けた者に限定する。公的扶助者と低所得者は、サービス事業者の選択とサービス利用が保険料を負担している階層と公平的に購入できるシステムになっている。それによって、公的扶助者と低所得者は、介護保険制度の導入前の

スティグマがなくなり、それらの層を囲むサービス事業者間の競争、人間として尊厳を受けながらサービス利用が可能である（金、2008）。

5. サービスの利用の手続きとケアマネジャー

介護サービスの利用の手続きは、利用者とサービス事業者が対等な立場で契約を結ぶことによってサービスが提供される契約制度になっている。①高齢者または代理人が保険公団の窓口で申請書を提出する。②その際、かかりつけ医（医師・漢方医師）の意見書を添付する必要がある。意見書にかかる費用は、一般階層が10分の2（残りは保険者負担）、公的扶助者は無料だが、その負担は国と市町村が担う。③要介護度認定調査は、公団職員が申請者の自宅を訪問し52項目の認定調査を行う。④市郡区（自治体）単位で設置されている認定審査委員会（委員長を含む福祉士・保健・医療などの専門家15人、7人は自治体長が委任）では、公団の認定調査結果（一次判定）とかかりつけ医の意見書を原案として最終判定する。⑤保険公団は、申請書を受付した次の日から30日以内に、審査結果を申請者に通知する。

保険公団は、認定結果を送付する際、認定区分が1等級から3等級に該当する者には、要介護度認定証と標準ケアプランを送付する。ケアプランの作成は、保険公団の職員が担う。韓国のケアプランは、要介護認定者にはサービス内容、サービス事業所などの基本的な情報を提供し、サービス供給者には、要介護認定者の障害レベル、機能障害の内容、サービス欲求など基本的な情報を提供するガイドラインとして役割を果たしている。韓国でケアマネジメントを導入しなかった理由は、①1次モデル事業（2005.7～2006.3）では、ケアマネジメントを考慮し保険公団の職員が要介護者の自宅を訪問してケアプランを作成したが、手続きが煩雑であり、2回訪問調査（要介護認定調査、ケアプラン作成）であるため保険費用の支出の原

因あり、2次モデル事業で中止したこと、②要介護度認定が容易（3段階）であり、在宅サービスの種類が少ないため専門的知識よりも制度の即応性を大切にしたこと、③日本のケアマネジャーの独立理性の問題が一方的に取り上げられたことなどである（鮮于憲、2006）。サービス利用者は、標準ケアプランに基づいて事業者と契約を結ぶか、または必要なサービスを選択して事業者と契約を結びサービスを利用することも可能であるが、介護サービスに関するネットワークが広い利用者ほど介護の質が高いサービス事業者の選択が可能である。契約制度のもとでは、適切な選択を可能にするための利用者に対する情報提供や、判断能力の低いサービス利用者の権利を擁護する仕組み、あるいはサービスの質についての保証の仕組みが必要になってくる（平岡、2005）。

6. サービス供給の多元化と市場化

サービス供給主体について、入所施設と在宅サービスについては、営利を目的とする民間事業者と非営利法人など多様な団体が介護サービスの市場に参加できるように規制が大幅に緩和されている。介護財政とサービス設備などインフラ整備の問題が内在しており、民間事業者や非営利法人により介護サービスの供給量を拡大する必要がある。

1980年代ごろから多くの先進諸国において、行政に民間企業の経営手法を導入し、行政部分の効率化・活性化を図るための制度改革が行われるようになったが、こうした改革を基礎付けているのがNew public management (NPM) である（武智、1999）。この理論に基づいて実施される新たな行政管理の手法としては、業績指導、民間委託、エイジェンシー化、内部市場などがある（平岡、2004）。韓国では、1997年から（IMF時代）新自由主義の導入によって、入所施設と在宅サービスについての一定の基準を満たせば営利企業と非営利

表4 2009年度介護保険予算

区分	2008年推計	修正推計	増減額
収入	17,853億ウォン	20,955億ウォン	3,102億ウォン
保険料	10,495	12,382	1,887
公費	2,114	2,035	△79
医療給与負担料	5,244	6,538	1,294
支出	17,853億ウォン	20,955億ウォン	3,102億ウォン
保険給付費	15,880	18,825	2,945
管理運営費	1,973	2,130	157

資料：保健福祉家族部, 2008.11.27, 報道資料

企業の介護供給市場に参入が可能となり、サービス供給に市場化が進展した。その結果、入所施設と在宅サービスセンターは2005年にそれぞれ583カ所、851カ所だったが、2007年に1,186カ所、1,408カ所となった。介護保険制度が実施された2008年には入所施設が1,584カ所、在宅サービスセンターが1,408カ所となり（保険福祉部、2008）入所施設が在宅サービスより多くなった。新自由主義によると、福祉国家のもとではサービス供給が国家や自治体など公的機関に独占され、サービス選択の自由がないが、新自由主義のもとでは市場を通じたサービス供給が効率的で、個人のニーズに適合したサービスの提供が可能であることが示されている（金、2005）。

これらの手法による改革は、民間部分の積極的な活用、組織、個人間の競争を通じた効率性の向上を目指すという点では、公共サービスを市場原理に従属させる企てといえることができる（平岡、2004）。一方、一般の市場参加では、サービスが競争であれば、①サービスの価額競争と、②サービスの品質の競争などが考えられる。しかし、介護保険制度においては、入所施設と在宅サービスについて国による一定の基準価額が設けられており、これはサービス価額を競争によって上限価額と下限価額を自由に決められない仕組みになっている。このような仕組みになっているため、地域内にサービス事業者が多い場合、サービス利用者を囲む競争は激しくなり、事業者が少ない地域ではサービ

ス価額を高く設定することができないため、サービス利用者が価額変動に気を取られずサービスを利用することが可能である。しかし、平岡（2004）も指摘しているように、介護市場の程度や様態はさまざまであり、介護市場化の程度を一律に過大評価することは避けなければならない。

7. 財源構成

介護保険制度の財源は、利用者負担の在宅サービスが15%と入所施設が20%、国庫負担が20%、介護保険料の60%から65%に構成されている。介護保険料は、20歳以上のすべての国民から健康保険料の4.78%（平均3,284ウォン、2009年）から構成されている。すなわち、介護保険は、社会保険と公費負担の混合方式であるが、国庫負担は「国は、毎年予算の範囲内で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、国と自治体の負担が曖昧化されている。

介護保険料は、2008年に健康保険料の4.05%から、2008年の介護保険制度改正により2009年の健康保険料の4.78%となり、その間に0.73%が増加した（保健福祉家族部、2008）。医療給与負担金も当初推計予算より1,294億ウォンが増加したが、公費は、当初推計予算より79億ウォンが削減されている。介護保険の予算は、2008年1530億25百万ウォンだったが、2009年3283億99百万ウォンとなり、114.6%が増加したが（保健福祉家族部、2008）、2008年の介護保険の予算は半年予

算である。

介護保険制度がスタートし、1年も経過しないうちに予想以上の利用者の増加により介護保険料と医療給付費は増加、公費が減額された。健康保険料が上昇すると介護保険料も上昇し、介護保険財政が不足すると介護保険料が上昇する可能性も高いが、公費は介護保険財政の程度にかかわらず減少する傾向が見られた。

国と自治体は、生活保護者の自己負担の全額と保険料を負担する仕組みであり、低所得者は、介護保険制度改正により2009年から自己負担の50%を国と自治体が負担する。2005年の低所得層の高齢者は、65歳以上高齢者の21.5%を占めていた(保健福祉部、2006)。国民年金は、20年間払った高齢者に対して2008年から支給されているが、現在の高齢者の大部分は国民年金の受給資格がなく、高齢者のみ世帯になると低所得層の高齢者の比率はより高くなる。

III 介護保険制度の効果と問題点

介護保険制度では、社会保険方式を適用しており、介護保険制度の基本目標は、要介護が必要な全ての高齢者を包括する「普遍的な体制」であり、20歳以上の介護保険料の負担による「介護の社会化」を目指した制度であるが、さまざまな問題が浮上している。

第1に、介護保険制度では、65歳以上の高齢者にも応分の保険料とサービス利用料の負担を求め、20歳以上の現役世代と全国民(租税)が支拂するシステムであり、財政の維持可能性に重きが置かれている。サービス利用から軽症の高齢者と20歳から45歳未満の被保険者と障害者は、介護サービスから除外され、「負担あり給付なし」の保険料の負担と給付が不平等の関係から出発する。それによって、世代間の不平等が浮上し、介護保険制度を支える現役世代から支持が得られず、介

護財政の安全性の可能性が危機に直面することもある。したがって、軽度の高齢者と被保険者の世代間サービス利用の格差と不平等をどのように整合していくかが必要である。

第2に、介護保険制度の実施と共にケアマネジャーの導入をめぐる賛否はあったが、サービスの種類が少なく、日本のケアマネジャーの中立性に関する問題などがあり、保険公団の職員が標準ケアプランを作成し、要介護認定証と共に送付するシステムになっている。公団の職員は、モニタリングなどケアマネジャーの役割⁶⁾を果たしておらず、ケアマネジャーに要求される専門的な知識・技術が欠如している場合も少なくないことと、要介護高齢者と相談せず一方的に標準ケアプランを作成し送付している。そのため、要介護高齢者はサービスを提供する機関と直接連絡をしており、サービス提供機関は陰に陽にその機関のサービスの利用を含むケアプランを新たに作成して要介護高齢者に提示する 경우가少なくない。要介護高齢者は、介護に関する情報の非対称によってその機関が提示するサービスを利用し、公団職員が作成する標準ケアプランが無視されているという問題が指摘されている。

第3に、介護給付の普及について、在宅サービスの整備が遅れると施設入所待機者は日本以上に増加することを懸念した(金、2005; 2008)。現在、施設入所待機者は予想以上に増加しており、特に、ソウル市自治団体が直接運営する入所施設では入所待機者が平均的に約1.5倍になっており、2009年2月現在、ソンドン区では入所定員250人に対して407人が入所待機者である。しかし、地方自治体が直接運営する入所施設は全国48市町村に59カ所しかない。こうした問題については、政府もその解決の必要性を認めており、地方自治体直営の入所施設が現在21カ所新築中であり、公団も2011年に入所施設をオープンする予定である(国民健康保険公団、2009)。しかし、この

ような事態の中でも政府は抜本的な対策を取らず介護保険制度改正では、入所施設、デイサービスと短期入所のみ介護報酬が上昇し、訪問介護は対象外となった。今後、要介護高齢者が住みなれた地域で生涯を終えるための抜本的な在宅サービスに関する対策を採らない限り、施設入所待機者は日本以上に増加するだろう。

第4に、介護保険制度の実施と共に、サービス供給体制の多元化が進み、そこに市場原理が導入されるようになり、要介護認定者は自分の権利として介護サービスを利用するようになった。一方、営利企業の参入によって介護報酬の不正請求が相当な件数にのぼっており、1次現地調査(2008.8.28～9.11)によって認定取り消しが10カ所、営業停止が13カ所、警告が2カ所、罰金が24カ所となった(保健福祉家族部、2008)。こうした問題について、保健福祉家族部は毎月現地調査を実施する予定であり、保険公団は現地調査員を20人から200人に増大しサービス事業者の不法行為に対して対応する予定である。その一方、介護サービスの質の確保のために、サービス評価への取り組みとしてサービス事業所を評価し、優秀な事業所に報奨する等インセンティブを与え、サービスの質が低い施設については評価結果の公開、改善措置などの対策が取られているが、なお課題が残されているという見方が有力である。

第5に、介護保険法等の改正案は、2008年11月介護保険委員会にて最終決定をし、同年12月に公表され、一部修正の上で2009年1月から成立した。この改正の内容は、サービス対象者を18万人から23万人に拡大したこと、低所得者の自己負担額を50%削減したこと、制度施行の5カ月の間に浮上した介護報酬の問題などを取り上げている。介護保険法に伴う介護保険制度改正の内容は多岐にわたるものであると考えられるが、保健福祉家族部の報道資料(2008)によると、介護サービス利用者の増大による保険料の引き上げと

介護事業所の経営を解決するための介護報酬の引き上げが主な内容であった。改正ごとに被保険者の保険料が上昇すると被保険者からの反発は強くなると予測される。その一方、国・自治体の負担が79億ウォン減少されたことについて経済成長優先論であるかどうかその説明が見当たらないことである。訪問介護については、訪問介護事業者間のサービス競争が行われているので介護報酬を見送りにしたということである。なお、ケアマネジャーを導入しなかったため介護情報の非対称により標準ケアプランが無視され、介護保険料が無駄に使われているなどさまざまな問題が浮上しているが、その問題への対策が行われてこなかったことである。介護保険制度が導入されてまだ1年目であるが、そのうちに改正が行われると、今後介護保険制度改正がどの程度頻繁に行われるのか予想ができない。

IV おわりに

以上、本稿では韓国の介護保険制度を取り上げつつ、導入の背景、介護保険制度の内容として、財政、保険者と被保険者、介護給付内容と介護報酬、介護サービスの多元化、介護保険制度の効果と問題点等について検討を行ってきた。

介護保険制度の導入は、韓国において初めて公的扶助層以外の階層も利用できるサービスであり、全国民の福祉サービスをなるべく格差が生じないよう向上させるべく国家が配慮し、市場原理を導入し、個人に可能な限りのサービス選択肢の自由を保障するシステムになっている。それと共に、20歳以上が被保険者となり、家族の女性が無償で担ってきた介護を社会全体で支える介護の社会化の方向に一歩踏み出したという点で「脱家族化」とみることができる。

生活保護者は、サービス事業所とサービス種類を選定し、人間として尊厳を受けながらサービス

利用ができるので、不名誉や屈辱を引き起こすようなスティグマがなくなることが期待される。一方、高所得層は、全額自己負担で家政婦または介護ヘルパーを雇ってサービスを担ってきたが、介護保険が導入されたことにより介護保険の給付サービスに合わせて、自己負担による上乗せや横だしのサービスが利用できるようになった。

その一方で、韓国の介護保険制度は、日本とドイツなどの介護保険制度の先進国がモデルとなり、十分検討した上で構築されているはずだが、1年も経過しないうちに改正が行われており、整備しなければならない課題も多く、それらの対策が求められている。とくに、サービス利用者の所得水準に見合った負担のあり方、現役世代である被保険者のサービス利用、ケアマネジメントなどケアマネジャー役割に関する問題、国と自治体の役割分担、市場原理の導入によるサービス事業所とサービス利用者を取り巻く問題を含め、介護保険の財政を確保するため、社会保険、租税、利用者の負担の水準の調和などの問題が山積している。

以上のように、韓国における介護保険制度は、インフラが未整備の段階で実施されたため、政府が迅速に対応する必要もある。しかし、今回のように、介護保険制度改正が頻繁に行われると国民の政府への信頼度は低くなり、国民は私的に老後に備える必要があり、エスピーアンデルセンの福祉類型の自由主義レジーム（アメリカ、カナダ、オーストラリアなどアングロサクソン諸国）、すなわち、福祉供給における市場の役割が大きくなることもありうる。しかし、金大中政権が国民支持を固めるために、市場経済を重視すると新自由主義から福祉を強調する新中道主義へと改革路線を変更した（金成垣、2008、121）。このように、政府が政権を維持するためには、今後、介護保険制度の実施状況や関連する諸制度の状況、韓国の社会経済的事象を踏まえて長期計画

のもとで柔軟に見直しが行われることが重要であると考えられる。

注

- 1) 参与福祉は、第1に、福祉の普遍化を追求し、福祉サービスの対象を低所得層から一般階層にすること、第2に、社会福祉の1次的な責任の主体を国家に規定し、第3に、社会福祉政策の形成過程に国民がサービス主体として参与することを保障することであり、それらが介護保険制度の基本的な枠組となっている（保健福祉部、2004）。社会保障の増進のための長期発展の方向を5年ごとに策定することが規定されている。第1次は「社会保障発展5カ年計画（1999～2003）」であったが、第2次から「参与福祉5カ年計画（2004～2008）」に変更された。それは、盧武鉉政権が参与政府の名称でスタートしたからである（保健福祉部他、2004）。
- 2) 韓国の国民皆年金制度は1988年に実施され、最低加入期間は20年であり、2008年から国民年金が支給された。
- 3) 軽症者を障害者介護給付の対象者から除外した主な理由は、介護保険財政の安定化にある。ただし、施設入所者のうち、軽症者については経過措置をとり、無料・軽費入所施設とともに軽症者の居住を認めた。障害者については、現在介護保険制度との統合を考慮した制度の設計が必要であるという意見があり、今後「公団」が主体となり、主な役割を果たすための検討作業が必要であることが強調された（保険公団報道資料、2009.2.20）。
- 4) 老人療養院とは入所施設であり、老人性疾患により療養を必要とする高齢者が対象。
- 5) 老人療養専門院とは入所施設であり、認知症・片麻痺など中度以上の老人性疾患のため療養が必要な高齢者が対象。
- 6) 駒村（2004）はケアマネジャー：ケアマネジャーの役割として、(1) 情報収集、(2) サポート・指導、(3) サービス管理、社会資源の選択、仲介、調整、連絡、(4) モニタリング、評価を担い、社会福祉サービスを生活機能に変換する補助者、本人の代理人を挙げている（駒村、2004）。

参考文献

金貞任 2005「韓国の介護保険制度の導入」『保健の科学』第47号 pp. 576-583
 _____ 2007. 1.10「韓国の老人スバル療養保険制度（介護保険）の現況」『シルバー産業新聞』
 _____ 2008「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』 pp. 133-151

- 金成垣 2008『後発福祉国家論－比較の中の韓国と東アジア』東京大学出版会 p. 121
- 国民健康保険公団 2009.2.23 報道資料
- 駒村康平 2004「疑似市場論－社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響－」渋谷博史・平岡公一編『福祉の市場化をみる眼』pp. 213-235.
- 鮮于恵 2006「一次モデル事業の総括評価内容」『福祉フォーラム』10 pp. 13-18
- 武智秀之 1999「新行政管理論」庄司洋子・木下康仁・武川正吾・藤村政之編『福祉社会事典』弘文堂 pp. 529-530
- 統計庁 各年度『韓国の社会指標』
- 平岡公一 2004「社会サービスの市場化をめぐる若干の論点」渋谷博史・平岡公一編『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房 pp. 293-312
- _____ 2005「岐路に立つ日本の介護保険制度」武川正吾・イ・ヘキョン編『福祉レジームの日韓比較』東京大学出版会 pp. 123-146
- 保健福祉家族部 2008.11.25・27 報道資料
- 保健福祉家族部 <http://www.mohw.go.kr>
- 保健福祉部 2005『2004年全国老人生活実態及び福祉欲求調査の主要結果』
- 保険福祉部 2008『2008年老人福祉施設現況』
- 保健福祉部・参与福祉企画団 2004『参与福祉5カ年計画：2004-2008年』
- 増田雅暢 2007, 1・2・3回「韓国における介護保険制度の創設」『月間福祉』
- _____ 2009「韓国介護保険制度の施行状況」『月刊介護保険』第2巻第158号 pp. 48-51

(Jung-Nim Kim 東京福祉大学教授)