

韓国における高齢者の保健医療と所得に関する諸問題

スンマン・クオン

■ 要約

本論文の目的は、韓国において、高齢化が所得、医療、介護に係る制度改革に及ぼす影響を検討することにある。高齢化は、医療財政を相当圧迫してきているが、所得や医療提供体制などと比べると、医療費支出を決定する大きな要因とはならないと思われる。支払制度改革を通じて、費用最小化を図ったり、費用対効果の大きい方法で医療を提供したりするよう、医師へのインセンティブを提供することが、高齢化が急速に進む時代において、医療制度の効率を改善する根本的な解決策となるだろう。加えて、介護ニーズに対応するための介護保険制度を別に導入することによって、医療機関への社会的入院を削減するとともに、高齢者の保険医療費を抑えることができる。韓国における高齢者の所得水準は、公的年金制度などが不十分なことから比較的低い。そのため、介護保険の導入など、介護に係る財政改革が必要となっている。

■ キーワード

韓国、高齢化、所得格差、医療保険、介護保険

はじめに

韓国では、急速な高齢化が進んでいる。一例をあげると、韓国における高齢化率は現在約8%だが、今後これまでにない速度で増加すると予測されている。高齢化率は、2010年には10.7%、2030年には22.5%、2050年には34.4%になり、その結果、老年人口指数はそれぞれ14.8、35.7、62.5になると見通されている。韓国における急速な高齢化は、平均寿命の伸びによってもたらされているだけでなく、出生率の急激な低下が拍車をかけている。

人口高齢化が医療費支出や医療制度に及ぼす影響については、明らかな結論があるわけではなく、楽観論と悲観論の両論がある。しかし、医療提供者への支払制度などの医療制度上の要因に比べると、高齢化は、医療制度の有効性や医療費支出を決定する、さほど重要な要因とはならないというのがおおかたの見方である。例えば、支払制度改革

革を通じて、費用最小化を図ったり、費用対効果の大きい方法で医療を提供したりするよう、医師へのインセンティブを提供することが、高齢化が急速に進む中で、医療制度の効率を改善する根本的な解決策となるだろう。加えて、介護ニーズに対応するための介護保険制度を別途導入することによって、社会的入院を、介護保険に切り替え、高齢者の医療費を抑えることができる。女性の労働力参加の増加、家族構成の変化、家庭内で介護を担ってきた人々の減少など、社会環境の変化によって、高齢者介護のための制度改革の必要性が高まっている。

本論文の目的は、韓国における高齢化および、高齢化が高齢者の所得、医療政策、介護に係る制度改革に及ぼす影響を検討することにある。まず、韓国における医療制度を概説し、高齢化が医療費支出および医療制度に及ぼす影響について、詳細に検討してみたいと思う。また、韓国の高齢者の

所得についても分析を行う。後半では、既存の医療保険制度とは別に、介護保険を導入するに当たっての主要な問題を論じる。

1. 韓国の医療制度

1989年以來、韓国の社会医療保険は、全国民を対象としている。国民健康保険(NHI)は、2000年、民間企業を基盤とする企業従業員保健組合、および自営業者のための地方自治体ベースの組合を統合し、大規模に再編された(Kwon, 2003a)。保険料は、所得に応じて決められ、雇用者と被雇用者との間で折半される。自営業者に関しては、政府が補助金を出しており、低所得層の保険料支払いは完全に免除されている。NHIでは、包括的な医療給付を提供しており、入院、通院、伝統医学による治療もカバーされる。ただし、保険診療における患者一部自己負担、および保険外診療の医療費(全額自己負担)も含め、患者の自己負担額は比較的高い。医療扶助プログラムの対象となる貧困層は、患者一部負担を免除されており、高齢者および慢性病や重篤な疾患の患者には、通院費の一部負担の控除が適用されている。

病院の90%以上、病床数で言えば85%以上が、民間により運営されている。民間病院は、事実上、医師自身が所有・経営している場合がほとんどである。医師が経営する診療所と病院が提供するサービスには重複している部分があり、競合している。というのは、医師が経営する診療所の中には、産科や外科の小規模の入院設備を備えているものが多いためである(医大や医学部を卒業する学生のほとんどが、専門医としての研修を受けてはいるものの、こうした専門医の多くが診療所開業医となる道を選択し、病院で専門医として勤務する者は少ない)。専門医が開業している診療所は、入院設備だけでなく大規模な外来設備も有する病院と競合することになる。プライマリーケアを担う一

般開業医が果たすべき、専門病院への橋渡しとしての役割は、非常に限定的にしか機能していない。民間医療提供者間の競合の結果、他産業とは異なり、情報の非対称性ゆえに無駄な競争が生じ、過剰な設備やコストの増大を招いている。

医療制度の非効率性は、医療提供者への金銭的インセンティブや支払制度とも密接に関係している。医療提供者は、政府規定の一律な診療報酬表に従って、診療ごとの支払いに基づき診療報酬を受けている。このような出来高払いのシステムの下では過剰診療の問題が必ず生じる。これに加えて、医療提供者は、NHIの報酬表に含まれていないため規定外の報酬を設定できる、新たなサービスや高度な技術に飛び付きがちだという、本来の意図に反するインセンティブを与えられているのである。こうしたことが起こるのは、保険外の診療や薬剤に関しては、同じ症状に適用される保険診療のほかに、追加的に患者に請求できるようになっているためである。また、規定の報酬表が完璧でない限り、医療サービスによって利益幅が異なってしまう。このことは、医師が最も利益幅の大きいサービスを選択する可能性があることを意味する。このため、治療に最適な医療の組み合わせがゆがめられてしまう。1997年以來、診断群(DRG)別定額支払方式のプログラムを試行してきた結果、入院期間、医療費、平均テスト実施数、抗生物質使用量の抑制に効果的であることが分かり、かつ、医療の質は全く低下しないことが証明された(合併症の発生率、および追加手術の必要性によって計測)。それにもかかわらず、医療提供者の反対に遭い、その本格的な実施は保留された(Kwon, 2003b)。

韓国では、医療費の対GDP比は約6パーセントとなっている。これは、OECD加盟国の中では比較的低いレベルであり、韓国は医療費抑制に成功していると言える。一方で、その背景には、韓国のGDPがこれまで急速に成長してきたためでもあ

る。しかし、今後の GDP の伸びはこれまでより鈍化すると見込まれており、医療費の対 GDP 比は、上昇することが予想される²⁾。国民健康保険は実施されているが、社会保険としての役割を果たしているとは言えない。それは、医療費の社会保険制度および公費からの支出は、医療費全体の約 53% にしか過ぎないためである。その一方で、国民健康保険の自己負担額や医療以外の健康関連商品・サービスの購入費など、家計が負担する個人の医療費は、37% と高い割合を占めている (OECD, 2007)。

2. 高齢化、医療費、医療政策

(1) 高齢化と医療費

高齢者は、若年者よりも入院日数が長いこと、高齢者の医療費の割合は、外来よりも入院で高くなっている (例えば、この数値を 2002 年について見ると、外来 15.1% に対し入院 26.1% であった)。韓国では現在、介護施設が不足しており、介護のための公的保険が実施されていなかった¹⁾。そのため、多くの高齢者が病院のベッドを占領している。こうした入院は「社会的入院」と呼ばれ、医療制度の非効率化を招いている。韓国保健産業振興院 (KHIDI) が、11 の救急病院をサンプルとして行った調査 (2001 年) では、入院患者の少なくとも 14% が救急病院には不適切な患者であり、退院もしくは介護施設に移す必要があるという結果が得られ

た。社会的入院患者が介護施設に移ることができれば、医療費の削減につながる。

人口高齢化に伴い、高齢者医療費が医療費全体に占める割合が増大するのは、当然の現象である。したがって、一人当たりの医療費に着目して調査を行わなければならない。高齢者一人当たりの医療費は、高齢者を除いた人口の一人当たり医療費より 3 倍以上も高額である (表 1)。韓国では、65 歳以上の一人当たり医療費と 65 歳未満のそれとの比が、年々上昇している。しかし、OECD 加盟各国の中では、まだ低い方である。なお、主な OECD 加盟国のこの比を見ると、日本 4.8、カナダ 4.7、オーストラリア 4.0、英国 3.9、米国 3.8、フランス 3.9、ドイツは 2.7 である (Anderson and Hussey, 2000)。

韓国の医療保険データから、一人当たりの医療保険支払額は、典型的な U の字を描きながら年齢とともに増加することが分かる (図 1)。すべての年齢グループについて、年々医療費が増大する中で、高齢者に関しては、増加率が若干大きいため、グラフに示される U の字も、少し急勾配になっている。しかし、最高齢者 (75 歳以上) の一人当たり医療費は、65~74 歳人口の一人当たり医療費よりも少ない。これは、75 歳以上の高齢者の方が、65~74 歳の高齢者より、健康であることを意味するのではない。おそらく、75 歳以上の高齢者が少なからぬ割合で、医療機関ではなく、自宅で亡くなっているためではないかと思われる。あるいは、

表 1 医療費の比較 (65 歳以上/0~64 歳)

	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年
65 歳以上の医療費 (1,000KRW/一人当たり)	700.3	919.0	1,023.5	1,160.8	1,380.8	1,412.4
0~64 歳の医療費 (1,000KRW)	241.8	331.4	342.6	367.7	398.2	419.6
比 (65 歳以上/0~64 歳)	2.90	2.77	2.99	3.16	3.47	3.37

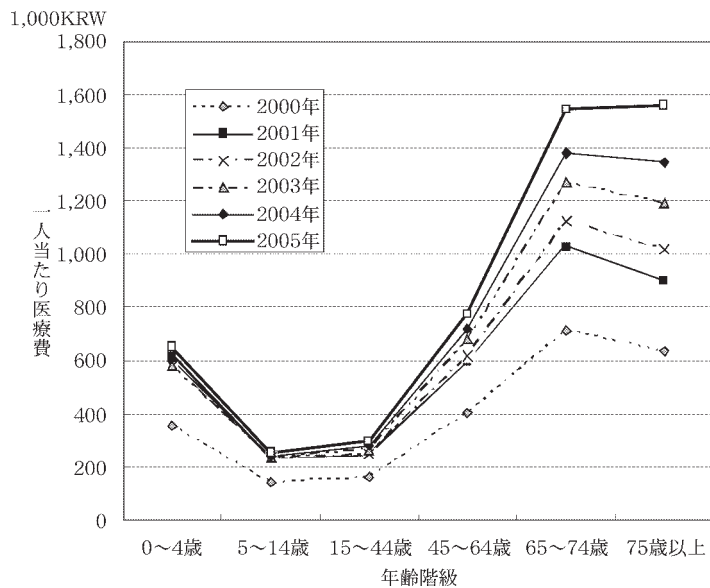
資料：韓国国民健康保険公団 (NHIC) 健康保険統計 年報

所得が低くて十分な医療を受けることができずいたり、病院を訪れることが困難ほど身体機能が衰えていたりすることが考えられる。また、高齢者に高度な医療を提供することに対する抵抗感の存在という文化的背景も考えられる。病院へのアクセスが向上すれば、75歳以上の高齢者の一人当たり医療費が増加する可能性がある。その意味で、介護施設の整備を通じて、高齢者を病院ではなく、介護施設へ移すことができれば、高齢者の医療費抑制に非常に重要な役割を果たすであろう。図1～3は、一人当たり医療費の年齢階級別傾向が、患者一日当たりの医療費より、むしろ一人当たりの入院日数により決定されることを示している。一日当たり医療費は、高齢になるほど高くなっている。

しかし、高齢化が医療費に及ぼす影響は、一般に思われているほど顕著ではない。国際比較分析に基づく多くの研究により、人口の年齢構成は、医療費の決定要因として、さほど重要ではないことが明らかになっている。むしろ、国民所得や医

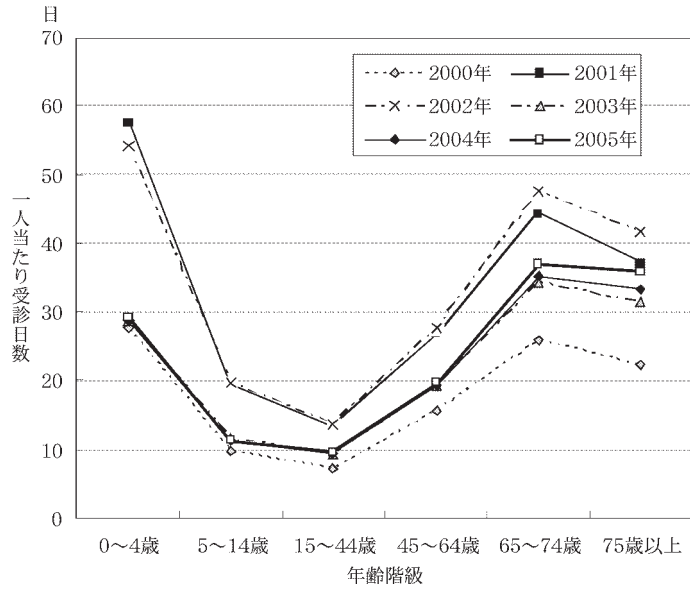
療技術など、他の要因の方が決定的な役割を果たしている (Chernochovsky and Markowitz, 2004; Hogan and Hogan, 2004)。例えば OECD 加盟国では、高齢者のための医療費支出が GDP に占める割合と高齢化率との間には、わずかな相関しか見られなかった (Anderson and Hussey, 2000)。むしろ、医療制度の特性や医療技術、医療提供者の行動などが、医療費を決定する重大な要因となっている (O'Connell, 1996)。OECD のパネルデータや韓国の時系列データに基づくさまざまな分析から、Kim, et al (2003) および Tchoe (2005) は、高齢化率は、韓国における医療費決定要因として、統計的に重要ではない、あるいは所得 (GDP) や医師の供給量などの要因に比べて、軽微な影響しかないことを明らかにした。

医療費に影響を与える要因は多い。したがって、高齢化が医療費に及ぼす影響の予測には、多くの不確定要素が関連するため、予測は難しい。高齢者の健康状態は、経時的に変化することから、年齢階級別医療費に基づく推定は、将来への予測と



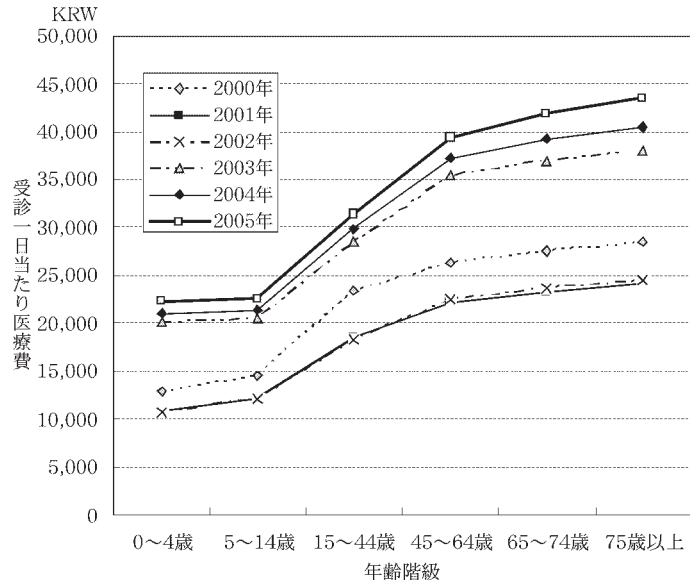
資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

図1 一人当たり医療費 (年齢階級別、1,000 KRW)



資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

図2 一人当たり受診日数（年齢階級別）



資料：韓国国民健康保険公団資料より作成。

図3 受診一日当たり医療費（年齢階級別、KRW）

して信頼することができない。例えば、20年後における70歳の人の健康状態と医療ニーズは、今日における70歳の人の平均的な状態やニーズとは、大きく変化していると思われる。つまり、20年後には高齢者の健康状態が改善され、医療ニーズも減少していることが予想されるのである³⁾。韓国では高齢者向け介護施設が不足していることから、病院への社会的入院が非常に多い。そのため、現在のデータに基づいて将来の高齢者医療費を予測すると、過大推計になってしまう可能性がある。介護施設で高齢者のケアを行うようになれば、現在の高齢者医療費のかなりの部分を節約することができるからである。一方、現在の高齢者が医療に十分にアクセスできずにいるとしたら、現在のデータに基づいて予測しても、見積もりが実際より低くなってしまいうだろう。高齢化が医療費に及ぼす影響の国際比較分析も、あまり信頼性が高いとは言えない。国によって、医療費や介護費の定義が異なる上に、医療機関と介護施設の構成も異なるためである。介護施設が担う役割や、その整備がどれだけ進んでいるかによって、各国の高齢者医療費は大きく異なる可能性がある。

さらに、終末期医療、もしくは死亡前の一年間にかかる医療費は莫大であることから、人口動態自体の変化よりも、死亡に至るまでの時間や死期が近い人の数の方が医療費にはるかに大きな影響を与える(Hogan, Lunney, Gabel and Lynn, 2001; Zweifel, Felder and Meier, 1999)。これに対し、縦断調査による研究に基づき、Seshamani と Gray (2004)は、患者の年齢が高くなるにしたがって医療費は一樣に上昇すると反論、さらに、最も年齢が高い者については入院費が減少することを示した。最も高齢な患者グループにおいては、入院の可能性が低下するためである。病院で最期を迎える場合、長期介護施設や自宅で亡くなるのに比べて、医療資源やコストに非常に大きな影響を与える。加えて、医師の行動および臨床上の判断も、

高齢者医療費に重要な影響を与える。高齢患者にもっと良好なアウトカムが期待できると医師たちが考えれば、高齢者の終末期医療に、より多くの資源を積極的に投じるようになるかもしれない。今後、高齢化が医療費に及ぼす影響に関する研究においては、終末期医療のコストに焦点を当てる必要がある。また、長期間にわたる追跡調査を行う時系列データを収集することも主要な課題のひとつである。

(2) 高齢化時代における医療政策

人口高齢化自体は、医療費を増大させる重大な要因とはならないものの、医療制度に影響を与える重要な中間変数となりうる。医療政策においては、高齢者をターゲットとするよりは、むしろ、人口高齢化にも対応できる医療制度を確立するために、医療制度の根本的な改革によって効率の改善を図る必要がある。中でも、診療報酬の支払制度と医薬品政策は、医療制度の効率化にかかわる主要要因である。また、財源およびサービス提供の両面にかかわる政策として、介護ニーズに対応した保険制度の導入などの介護制度の改革が、医療制度に大きな影響を及ぼすだろう。

韓国では、医師は、先発医薬品とジェネリック医薬品のどちらでも処方することができる。薬剤師が、先発医薬品の代わりにジェネリック医薬品を出すことができるのは、生物学的同等性試験によって有効性が検証済みのジェネリック製品が利用できる場合だけである。これには、患者本人の同意が必要で、処方を行った医師に対してもジェネリック医薬品で代替したことを、薬剤師は事後通知しなければならない。このため、薬剤師がジェネリック医薬品を代替薬として勧めることは、非常に少ない。ジェネリック医薬品の方が先発医薬品より安価であり、ジェネリック医薬品との競争から医薬品価格が引き下げられる可能性もあるため、ジェネリック医薬品の役割を拡大することは

重要である。加えて、薬剤師がジェネリック医薬品を代替薬として勧める機会が少なければ、医師が強い影響力を行使して先発医薬品を選択することが可能になるため、製薬企業が医師にリベートを提供するなど、不公正な取引慣行の誘因となってしまう。コスト効率の高い医薬品の採用を促進するためには、生物学的同等性試験の役割を増大させ、先発医薬品に代替することができるジェネリック医薬品の数を増やすことが不可欠である。ジェネリック医薬品の調剤料を高く設定するなど、薬剤師に対する金銭的インセンティブを設けることも、ジェネリック医薬品による代替を進める上で必要かもしれない。

韓国の薬剤費支払いにおける主要な問題点のひとつは、医療保険で支払いを行う対象となる医薬品リストに載っている薬の種類が多すぎることである。政府は、先ごろ、医薬品のコスト効率に基づくポジティブ・リスト作成システムの導入を提案した。製薬業界はこの政策に反対しており、とりわけ研究開発型の多国籍製薬企業は、この新たな政策の導入により、高品質だが高価格の製品より安価な製品が優遇されることになると主張している。最近の米韓自由貿易協定（FTA）の交渉においては、先発医薬品の価格設定が主要課題のひとつとなっている。医薬品の基準価格設定（ある薬剤に関して、類似の医薬品の価格レベルを参照しながら支払い価格を決定する方法）についても、検討している。基準価格設定は、代替薬のコスト効率に関して信頼性のある情報を積極的に患者に提供する意思と能力が医師たちにあれば、現行の支払い制度より有効に機能するであろう。しかし、もし医師が情報をゆがめて伝えるようなことがあれば、患者は、高価で、しかも効果の低い医薬品を購入することになりかねない。高齢者は、若年者に比べて医薬品に依存する度合いが大きいため、医薬品政策は、韓国における高齢者医療費に重大な影響を及ぼす。

医療提供者は医療の利用および医療費に大きな影響を有しており、これら提供者への診療報酬支払制度についても、大規模な改革が必要である。韓国の権威主義的な臨床文化にあっては、医療における意思決定ははまだ医師によって支配されている。そのため、患者へのインセンティブよりも、医療提供者側に働きかけるインセンティブの方がコスト抑制に効果的であり、医療提供者への支払制度がとりわけ重要になるのである。韓国ですでに10年あまり試験運用されている診断群（DRG）別定額支払方式は、医師の反対のために義務化の実施がいまだに留保されているが、入院治療を行うすべての医療提供者に対してこれを適用する必要がある。メディケア（高齢者向け医療制度）に診断群別定額支払方式を導入した米国でも証明されているように、定額支払方式は高齢者の入院日数および医療費に多大な効果を有する。医療提供者への支払制度改革は医薬品支出の抑制にも大きな効果を有する可能性がある。例えば、診断群別定額支払方式の導入は、病院（入院部門）に対し、コストを最小化するための強力なインセンティブをもたらすことになる。そのため、医薬品の使用に関しても合理化が進み、韓国で実施されている試験プログラムにおいては、抗生物質の使用量が大幅に低減した（Kwon, 2003b）。

3. 高齢者の所得

高齢者の経済力を安定的に保つには、経済活動への参加が重要な要素になる。韓国では一般に、高齢者の労働力率が比較的高く、年金等の社会保障制度からの給付を背景とした早期退職は、まだあまり懸念されていない（Chang, 2003）。韓国保健福祉部（MOHW）⁴⁾および韓国保健社会研究院（KIHASA）が実施した調査（2001）⁵⁾では、65歳以上の者の労働力率は、28.4%であった。しかし、高齢労働者は自営業者である場合が多く（57.3%）、

正規に雇用されているのは、高齢労働者の5.3%に過ぎない。この割合も年齢が上がるにつれて低くなる。さらに、高齢労働者の21.4%が無給の家族労働者で、16.2%が臨時雇いまたは日雇い労働者である。職業別では、高齢労働者の大半が農業・漁業(63.7%)または非熟練労働(19.2%)に携わっている。調査対象となった高齢者の半数以上(56.7%)が、自らの選択により雇用されていない。

高齢者の労働力率が高いにもかかわらず、高齢労働者は非正規雇用の形で働いている場合が多いため、家計所得は比較的低い。調査対象となった高齢者の半数以上の1ヶ月当たり世帯所得が70万KRW(韓国ウォン)、約700米ドル未満であった⁶⁾。世帯所得の水準と年齢との相関関係はあまり明確ではないものの、世帯の家族類型によって世帯所得の水準は大きく異なる。単身高齢者が低所得である者が最も多く、1ヶ月当たりの所得が30万KRWを下回る単身高齢者は72%、70万KRWを超えたのは4.5%だけであった。

調査対象となった高齢者の約半数では、世帯主の賃金収入が主要な収入源であったが、うち20%は、主要な収入源を家族からの仕送りに頼っていた(表2)。高齢者の主要な収入源は世帯の家族類型によって異なる。単身高齢者の46%が、主要な収入源を同居していない家族からの仕送りに頼っ

ていた。単身高齢者の21%では、主要な収入源が社会福祉制度からの給付であり、これが最も低所得のグループを構成している。国民年金制度が施行されたのが1998年であることから、主要な収入源として年金や退職金に依存している者は、調査対象となった高齢者の5.6%しかいなかった。全体として、主要収入源として社会福祉制度からの給付に依存しているものは調査対象高齢者の7.2%しかおらず、社会福祉制度の機能が限定的であることが示唆される。成人した子どもと同居している高齢者については、主要な収入源として世帯主の所得への依存は、世帯内の所得移転とみなすことができる。従って、政府の社会福祉制度がやや限定的である一方で、家族を基盤とする福祉が、高齢者の経済的安定に、重要な役割を果たしていることが分かる。しかし将来的には、家族構成の変化により、成人した子どもと同居するケースが減少し、その結果、社会福祉制度がより積極的な役割を果たす必要が生じ、また個人による貯蓄もより重要になるだろう。

より裕福な高齢者は恵まれない高齢者に比べて支出レベルも高く、最も収入が少ない五分位階級では602万5千KRW、最も収入が多い五分位階級では2904万5千KRWであった(表3)⁷⁾。高齢者世帯の支出に占める割合が最も大きいのは、食費

表2 高齢者の主な収入源

	(単位：%)				
	全体	単身	夫婦同居	子どもと同居	その他
世帯主の賃金収入	50.9	21.8	36.5	72.8	30.1
非世帯主の賃金収入	8.2		8.3	11.6	9.1
利子収入・賃貸収入	6.4	6.9	11.1	3.9	7.2
年金・退職金	5.6	3.2	10.8	3.8	9.1
同居していない家族からの経済援助	20.1	45.8	27.0	4.1	33.5
政府援助	7.2	20.8	5.0	2.2	9.6
その他	1.5	1.5	1.4	1.6	1.4
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(世帯数)	(4,043)	(875)	(967)	(1,992)	(209)

資料：韓国保健福祉部(MOHW)および韓国保健社会研究院(KIHASA)(2001)

および住宅費である。食費および住宅費が、世帯の総支出に占める割合は38%から53%の間で、収入の五分位階級により異なる。第3五分位階級以下の収入階層では、3、4番目に大きな支出項目が医療費であった。つまり、低所得の高齢者にとって医療費は、やはり経済的負担となっていることが示唆される。

4. 高齢化と高齢者介護制度の改革

(1) 介護制度改革の必要性

急速に進む高齢化、および家族構成の変化や女性の社会進出などの社会環境の変化に伴い韓国では、要介護状態にある高齢者への社会的対応の必要性が高まっている。成人した子どもと同居している高齢者の割合は50%未満で、配偶者と暮らす高齢者は30.7%、一人暮らしが17.3%という調査結果が得られている（MOHW および KIHASA, 2001）。子どもとの同居率は、年齢が上がるにつれて高くなる傾向がある。子どもと同居する高齢者の平均年齢は73.6歳と最も高く、夫婦で暮らす高齢者の平均年齢は70.6歳と最も低い。

もうひとつの重要な社会的変化が、女性の社会進出の拡大であり、このため高齢者の介護を行う

ことができる女性の割合が減少している。2002年における女性の労働力率は49.7%（NSO, 2002）であった。さらに、人々の考え方の変化も、この問題に拍車をかけている。高齢に達した両親の介護を家庭内で引き受けようとする人の数が減ってきているからである。このような社会環境の変化に加え、介護のための公的資金の不足、高齢者自身の資金源が限られていることなどがあいまって、医療施設へ的高齢者の社会的入院が増大し、医療保険への過重な負担と社会資源の非効率な配分を招いている。介護に対応した保険制度を別途導入することで、高齢化社会に備えた介護サービスの整備や、医療の提供に影響を与えることができる。韓国政府は2008年7月より介護保険（老人スバル保険）を実施する計画である。

(2) 韓国の介護保険について⁸⁾

韓国の介護保険の財源は、介護保険料、公費および一部自己負担（施設入居者の場合は20%、在宅介護では15%）によりまかなわれる。介護保険料は、医療保険の4.7%の額で設定されている。介護保険収入の60-65%が介護保険料によってまかなわれる予定である。食費および個室料金は、介護保険の給付対象外となる。介護保険は、65歳以上

表3 高齢者世帯（世帯主年齢65歳以上の世帯）における支出（収入階層別）

（単位：1,000KRW；%）

	第1 五分位階級	第2 五分位階級	第3 五分位階級	第4 五分位階級	第5 五分位階級
食費	1,917(31.8)	2,664(31.0)	3,742(26.0)	4,474(22.7)	6,920(23.8)
住宅費	1,267(21.0)	1,575(18.3)	2,323(16.1)	2,557(13.0)	4,187(14.4)
衣料費	186(3.1)	258(3.0)	472(3.3)	651(3.3)	1,517(5.2)
交通・通信	564(9.4)	910(10.6)	1,633(11.3)	2,466(12.5)	4,314(14.9)
文化	137(2.3)	227(2.6)	354(2.5)	756(3.8)	2,300(7.9)
医療	867(14.4)	1,028(11.9)	1,980(13.7)	2,436(12.4)	2,008(6.9)
その他	645(10.7)	1,182(13.7)	2,242(15.6)	3,420(17.4)	3,630(12.5)
合計（年間収入）	6,025 (100.0)	8,604 (100.0)	14,404 (100.0)	19,705 (100.0)	29,045 (100.0)

注：1米ドルは約950KRWに相当

出典：韓国国民年金サービス（2006）

の要介護者を対象とするが、65歳未満の場合でも、加齢により介護が必要となった場合に適用される。20歳以上の国民が保険料を支払わなければならないことから、加齢による健康上の問題により介護の必要が生じた場合には、誰でも保険給付を受ける資格がある。しかし、結果的には若年者が介護保険の給付を受ける可能性は低く、政治的妥協であると言える。

高齢者の要介護度は、3段階に分けて評価され、介護保険の給付額を決定するため、審査が年1回行われる。審査委員会は、韓国国民健康保険公団(NHIC)の地域事務所に設けられ、社会福祉士や医師(もしくは伝統医学の医師)も含めた15名以下の委員により構成される。審査委員会では、医師の報告書および訪問によるヒアリングの結果に基づき、日常生活動作(ADL)の喪失度の基準に則って審査を行う。介護保険からの給付は、原則として現物給付で行われ、現金給付は例外的なケースでしか行われない(居住地域で介護サービスの提供を受けられない場合など)。

(3) モデル事業と将来の課題

韓国政府は2005年より、介護保険のモデル事業を行っている。計8箇所(大都市3、小都市2、農村地域3)で行われているモデル事業2年目の2006年4月~2007年4月の期間に、65歳以上の高齢者の17.2%が要介護認定を申請した結果、高齢者の3.3%に対し保険の適用が承認された。要介護度1(最も重度)に相当した高齢者が1.07%、要介護度2が0.78%、要介護度3が1.48%と判断された。承認された者の66%が介護サービスを利用し、その内訳は、施設介護が46%、在宅介護が39%、(例外的な事情で)現金給付を受けたのが15%となっている。適用が承認されたにもかかわらず、介護サービスを利用しなかった者(承認を受けた高齢者の34%)が存在する。その理由として、家族の介護を受けている(43.3%)、入院している(17.1%)、

経済的事情(7.1%)、などをあげている。

介護保険からの介護事業者への支払いは、介護時間(訪問介護)、訪問回数(訪問介護、入浴介護)、介護日数(施設介護、デイケア・夜間介護)に基づく。施設介護以外の場合、利用限度額があり、要介護度1では月額109万7千KRW(約1,100米ドル)まで、要介護度2では月額87万9千KRWまで、要介護度3では月額76万KRWまで、とされている。

介護施設および介護事業者の不足が、介護保険実施における大きな課題となっている。2006年末現在、介護施設数は815箇所(収容人数41,000名)、在宅介護事業者が1,045社(対応可能な高齢者数約51,000名)存在している。地域格差が大きく、232自治体のうち92自治体で、必要な収容人数の半分にも満たない程度にしか施設が整備されていない。介護施設の整備が進まない背景には、予算不足と施設建設を嫌がる近隣住民の反対がある。

韓国の介護保険制度において地方自治体政府が担う役割は限られており、介護施設の認定および規制、低所得層の介護費用への助成のみである。介護保険と各自治体の福祉制度との調整が必要であることを考えれば、自治体政府の役割の強化が今後の課題となる。また、医療保険の適用対象となる病床を有する病院に入院している患者と、介護保険の適用対象となる介護施設入所者との間で、相対的に給付水準のバランスを取るなど、医療保険と介護保険との調整も重要である。

結論

急速に進む人口高齢化、家族構成の変化、女性の社会進出の拡大、限られた高齢者の経済力、高齢者介護が医療保険に与える財政上の負担、これらすべての要因があいまって、韓国における新たな社会保険制度—介護保険—が検討されることに

なった。介護保険の実施は、韓国の社会政策および福祉状況に大きな前進をもたらすものと思われる。しかし、施設や人員などのインフラがまだ不十分であり、早急な整備が求められている。また、医療と介護システムとの十分な調整が不可欠である。介護システムは、高齢者の健康増進とともに、医療を必要としない高齢者が、健康を損ね、コストの嵩む医療に回されるのを防ぐ上でも、重要な役割を果たすことになるだろう。

国民健康保険と同様に、韓国における介護保険の円滑な実施にも、政府からの補助が必要になる。医療保険の給付レベルが比較的低いことを考慮して、医療保険と介護保険の給付水準のバランスを確保することが政策上優先されなければならない一方で、高齢者の経済的保護、ほかの福祉プログラムへの圧力なども配慮しなければならない。制度の悪用の恐れ、介護の質、介護の性別役割分担の固定化に関する問題があるものの、現金給付というオプションが設けられていることにより、当事者自身が選択できるという利点があり、家庭内での介護から社会全体での介護へと向かうシステム全体のインセンティブを緩和している。従って介護保険からの給付については、とりわけ、現金給付のオプションと相対的給付水準については、施設介護、地域での介護、家庭内での介護の間でバランスが確保されるよう、十分に注意を払って計画しなければならない。

謝辞

本論文は、2008年2月16日にカナダ大使館で行われた、カナダ・日本・韓国 3カ国社会保障研究プロジェクトのシンポジウム「多様化する高齢社会における医療、仕事と家庭の両立および所得再分配のあり方」での報告原稿（Health Care and Income of the Elderly in Korea）を元に加筆・修正を加えたものである。シンポジウム当日に有益なコメントをいただ

いた参加者の方々および関係者の方々にはこの場を借りて厚く御礼を申し上げます。

なお、本論文の編集にあたっては、平成19年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した社会保障の給付と負担の在り方に関する研究（H19-政策-一般-021）」より助成を受けた。

注

- 1) 後出のように2008年7月より介護保険（老人スバル保険）が施行される（訳者注）。
- 2) Kim, et al (2003) は、2020年における医療費がGDPに占める割合を予測し、OECDのパネルデータに基づいた場合は6.9%、韓国の時系列データに基づいた場合は13.8%になることを明らかにした。
- 3) この予測は、寿命の延びに伴って、健康に過ごすことのできる期間が長くなるという仮定に基づいている（つまり、寿命が延びた分の期間は健康に過ごすことができると仮定する）。
- 4) 現在では保健福祉家族部となっている（訳者注）。
- 5) 施設に入居していない5,058名の高齢者（平均年齢72.5歳、男性38%、6割が都市部在住）を対象とした全国調査。韓国保健福祉部（MOHW）および韓国保健社会研究院（KIHASA）により、2001年5月28日から7月10日までの期間に実施された。
- 6) 1999年当時、4人家族の貧困ラインは、93万KRWとされていた。この定義に従えば、人口の18.8%が貧困ラインを下回っている。
- 7) 韓国国民年金サービス（NPS）の国民年金研究所（National Pension Research Institute）が2005年10月から2006年1月にかけて実施した5,133の高齢者世帯を対象とした調査に基づく。
- 8) 韓国における介護保険の導入にかかわるさまざまな理論上および政治的な問題の詳細な検討に関しては、Kwon（2008）を参照。

参考文献

- 1) Anderson, G. and P. Hussey, 2000, "Population Aging: A Comparison among Industrialized Countries," *Health Affairs* 19:3, 191-203.
- 2) Chang, J., 2003, "Labor Market Policies in the era of Population Aging: the Korean Case," *Proceed-*

- ings of the Symposium on Labor Market Policies in an Aging Era*. Seoul, South Korea: Korea Labor Institute.
- 3) Chernichovsky, D. and S. Markowitz, 2004, "Ageing and Aggregate Cost of Medical Care: Conceptual and Policy Issues," *Health Economics* 13, 543-562.
 - 4) Hogan, C., J. Lunney, J. Gabel, and J. Lynn, 2001, "Medicare Beneficiaries' Costs of Care in the Last Year of Life," *Health Affairs* 20, 188-195.
 - 5) Hogan, Seamus and Sarah Hogan, 2004, "How an Ageing Population Will Affect Health Care," in Gregory Marchidon, Tom McIntosh and Pierre-Gerlier Forest, edit, *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*, University of Toronto Press, 51-80.
 - 6) KHIDI (Korea Health Industry Development Institute), 2001, Development of Policy for the Supply of Long-term Care Beds.
 - 7) Kim, Mi-sook, Jong-wook Won, Moon-hee Suh, Byung-koo Kang, Kyo-sung Kim and Yoo-kyung Yim, 2003, *Socio-economic Problems and Policy Options in the Aging Society*, Korea Institute of Health and Social Affairs.
 - 8) Kwon, Soonman, 2003a, "Health Care Financing Reform and the New Single Payer System in the Republic of Korea: Social Solidarity or Efficiency?" *International Social Security Review* 56:1, 75-94.
 - 9) Kwon, Soonman, 2003b, "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea," *Health Policy and Planning* 18:1, 84-92.
 - 10) Kwon, Soonman, 2008, "Future of Long-term Care Financing for the Elderly in Korea," *Journal of Aging and Social Policy* 20:1, 119-136.
 - 11) Kwon, Soonman and Michael R. Reich, 2005, "The Changing Process and Politics of Health Policy in Korea," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(6), 2005, 1003-1026.
 - 12) Ministry of Health and Welfare (MOHW) and Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA), 2001, *Survey of Long-term Care Needs of Older Persons*, Seoul (in Korean).
 - 13) National Health Insurance Corporation, 2003, *National Health Insurance Statistical Yearbook 2002*, Seoul (in Korean).
 - 14) National Pension Service (National Pension Research Institute), 2006, *Results of the Analysis of the Panel on Security for the Elderly in 2005*, Seoul.
 - 15) National Statistical Office (NSO), 2002, *Population Projections*.
 - 16) Seshamani, M. and A.Gray, 2004, "A Longitudinal Study of the Effects of Age and Time to Death on Hospital Costs," *Journal of Health Economics* 23, 217-235.
 - 17) Tchoe, Byungho, 2005, "Impact of Aging on Health Care Cost: the Case of Korea," paper presented at Shanghai Conference on Aging, August 25-26
 - 18) Zweifel, P., S. Felder, and M. Meier, 1999, "Ageing of population and Health Care Expenditure: A Red Herring?" *Health Economics* 8, 1999, 485-496.

(Soonman Kwon ソウル国立大学教授)