

韓国における高齢化の進展と介護保険制度の導入



生活研究部門 金 明中

kim@nli-research.co.jp

1—はじめに

2000年に高齢化率7.2%で高齢化社会に突入した韓国では出産率の低下や平均寿命の上昇などが原因で早いスピードで人口高齢化が進んでおり、2018年には高齢社会に、さらに2020年には人口減少社会に突入することが予想されている。

韓国における65歳以上高齢者の労働力率は他のOECD加盟国に比べて高い水準であるものの、相当数の高齢者が自営業や農業部門そして単純労務職として働いており、決して経済的に豊かな生活をしているとは限らない。さらに、高齢者の公的所得保障の大きな役割を担当する公的年金制度の施行が他のOECD加盟国に比べて遅れており、公的年金からの年金給付はまだ高齢者の主な所得源として十分な役割をしていない。このような理由で多くの高齢者は自分で働く道を選択するかあるいは自分の子女や親戚からの経済的な支援に依存しながら老後の生活を維持しようとしているものの、最近は両方もも厳しい状況になっており、高齢者雇用と老後所得保障政策に関する政府の役割がさらに要求されている。

韓国政府は、高齢者に対する政府の役割を拡

大する目的で2008年7月から日本の介護保険制度にあたる老人長期療養保険制度を施行した。日本の介護保険制度と同じく介護の社会化などを目的に実施した韓国の老人長期療養保険制度は、日本の介護保険制度の相当部分を参考としており、日本の介護保険制度の縮小版とも言っても過言ではないほど類似点が多い。しかしながら、一部の項目では日本が悩んでいた課題が韓国の実情に合わせて修正・実施されており、その成功の可否は今後日本が制度を改正する際に重要な参考になるだろう。従って、本稿では韓国における高齢化や高齢者の経済的状況を説明してから、老人長期療養保険制度の導入背景と内容、そして日本の介護保険制度との異なる点を主に紹介する。

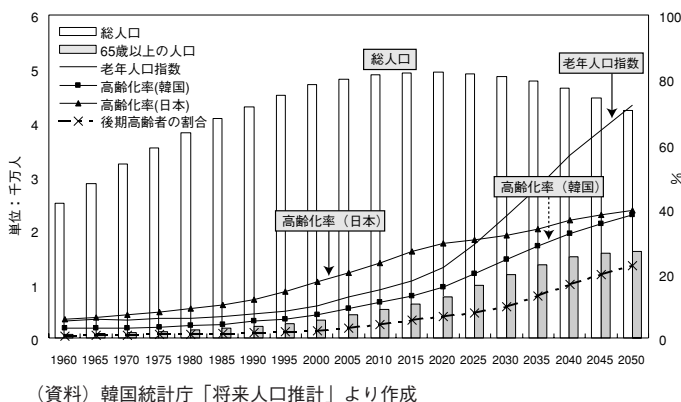
2—高齢化の進展

1960年に高齢化率が2.9%に過ぎなかった韓国社会は、それ以後「出生率の低下」や「平均寿命の上昇」が急激に進むことによって2000年には高齢化率が7.2%で高齢化社会（Ageing Society）に突入することになる。2008年には高齢化率が10.3%まで上昇しており、2018年には高齢化率14.3%の高齢社会（Aged Society）に、さらに2020年には人口減少社会に突入することが予想されている。韓国における高齢化は、世界でも類を見ないほど速いスピードで進んでおり、高齢化に対する速やかな対策が要求されている。

韓国の合計特殊出生率は、1950年代には6を上回る高い水準を維持していたものの、政府による低出産奨励政策と避妊器具の普及などによって1984年には1.76まで低下した。実際、少子高齢化社会の問題をほぼ意識していなかった1980～1990年の間には、家族計画（Family Planning）というスローガンの下で、不妊手術と子宮内避妊器具（避妊リング）などの利用件

数が年間40～60万件に達していた。政府主導の家族計画は、人口増加率を政府の目標通りに大きく引き下げるのに成功したものの、1990年代中盤以降、景気の悪化やそれに伴う養育費の負担増加、そして出産に対する価値観の変化などによって、2008年の合計特殊出生率は1.19で、OECD加盟国の中でも最も低い水準まで低下した。また、人口の自然増加のもう一つの要因である平均寿命は、1961年に66.2歳（男子：62.3歳、女子：70.5歳）から2007年には79.6歳（男子：76.1歳、女子：82.7歳）まで大きく上昇した。「合計特殊出生率の低下」と「平均寿命の上昇」は、老年人口指数^(注1)にも影響を与え、1960年に5.3であった老年人口指数は、2050年には72.0まで14倍以上増加することが予想されている（図表－1）。

【図表－1】韓国における高齢化などの動向と将来推計



3—高齢者の経済的状況

韓国保健社会研究院（2005）^(注2)によると高齢者の一人当たり平均所得（月）は48.6万ウォンで当時の最低生活費36.8万ウォンを少し上回る水準にとどまっていた。これを年齢階層別に区分すると、65～69歳が64.1万ウォンで、70～74歳の43.2万ウォンと75歳以上の33.7万ウォンより高く、高年齢層ほど所得が減少していた。また、男女別には男性が78.3万ウォンであることに比

べて女性は29.9万ウォンに過ぎず、男女間に大きな格差があった。図表－2は、国民基礎生活保護制度^(注3)における被保護者の年齢階層及び性別構成比や保護率を示している。被保護者の年齢階層別構成比は、中年期（40～64歳）が32.3%で最も高く、次が老年期（65歳以上、26.4%）、青少年期（10～19歳）の順であった。日本の場合、高齢者世帯が占める割合が55.3%で最も高い割合を占めていることに比べて、韓国の割合が相対的に低い理由としては、まだ日本ほど高齢化が進んでいないことが挙げられる。しかしながら老年期人口に占める被保護者の割合（保護率）は8.0%で全年齢階層の中で最も高かった。さらに女性高齢者の保護率は9.9%で男性の5.2%を大きく上回った。

【図表－2】国民基礎生活保護制度の構成比と保護率

2007年	構成比			保護率(%)		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
全体	100.0	100.0	100.0	3.0	2.6	3.5
嬰・幼児期 (0～4歳)	2.0	2.4	1.7	1.3	1.3	1.3
学齡期 (5～9歳)	5.4	6.5	4.6	2.6	2.6	2.7
青少年期 (10～19歳)	21.2	25.2	18.3	4.7	4.5	4.9
青年期 (20～39歳)	12.6	12.3	12.8	1.2	0.9	1.4
中年期 (40～64歳)	32.3	37.2	28.7	3.0	2.9	3.0
老年期 (65歳以上)	26.4	16.3	33.9	8.0	5.2	9.9
性別	男性：622,400人(42.5%)、女性：840,740人(57.5%)					

（資料）韓国保健福祉家族部（2008）「2007年国民基礎生活保障受給者現況」

今後韓国の高齢化率が日本ほど上昇すると、被保護者の中に高齢者が占める割合は大きく上昇することが予想される。また韓国の公的年金がまだ給付面で成熟していない点は、高齢者の間の所得格差を広げる要因として作用する可能性が高い。すなわち、韓国における国民皆年金は1988年に施行され、2008年から老齢年金の完全給付が実施されたばかりで、老齢年金を受給する高齢者、さらに満額の老齢年金を受給する高齢者はまだ少なく、公的年金がまだ高齢者の

主な所得源として位置づけられていない。

図表-3は、高齢者の年齢階層別所得源を示しており、全所得源のなかで公的年金を所得源として利用している高齢者の割合は13.9%に過ぎなかった。さらにこの割合は高年齢層ほど低下している。

[図表-3] 高齢者の年齢階層別所得源 (複数回答)

区分	全体	65~69歳	70~74歳	75歳以上
○就業・事業・内職による所得	27.8	38.9	28.0	12.6
○資産所得	12.5	14.2	11.8	10.7
○公的な所得移転	92.6	83.2	98.7	99.0
公的年金	13.9	20.3	13.3	6.1
年金以外の社会保険給付	0.2	0.1	0.2	0.2
敬老年金	12.8	4.7	15.9	20.6
交通手当	89.7	76.7	98.3	98.5
国民基礎生活保障給付	8.6	4.9	10.0	12.1
参戦名誉手当	4.9	0.4	8.2	7.6
○私的な所得移転	78.6	75.6	78.7	82.5
親戚や知人による補助金	76.9	73.4	77.2	81.3
社会団体の補助金	1.0	0.5	1.8	0.9
その他の所得	5.4	6.4	5.0	4.4

(資料) 金明中 (2006) 「韓国における高齢化と高齢者雇用政策-高齢者雇用政策と所得政策を中心に」『エイジレスフォーラム』第4号

このような結果は、日本の内閣府が5年おきに60歳以上の高年齢者を対象に実施している『高齢者の生活と意識—国際比較調査結果報告書』(注4)でも明らかになっている。同調査における「現在の収入を何でまかなっているか」という調査項目(複数回答)に対して、日本、ドイツ及びアメリカでは「公的な年金」がそれぞれ90.6%、85.6%、76.8%で最も大きな割合を占めていることに比べて、韓国は14.8%に過ぎず、まだ公的年金が高齢者の所得源として十分な役割をしていないという結果が出た。しかしながら、第1回目の調査の1.7%よりは13.1ポイントも上昇しており、今後公的年金の給付対象者が増加するとともに、公的年金は高齢者の主な所得源として位置づけることが予想される。

4—老人長期療養保険制度の導入と日韓比較

韓国社会は、以前から年を取った親の面倒は子ども(主に長男)が見るといった儒教的な意識が強く、現在も多くの高齢者が老後の生活を自分の子どもに依存している。特に、体が不自由な親の面倒は、嫁や娘など女性が担当するケー

スが多かったものの、最近では女性の社会進出の拡大や核家族化の進行、高齢化率や平均寿命の上昇などによって、介護の社会化に対する必要性が高まり、2008年7月から日本の介護保険にあたる老人長期療養保険制度が施行された(図表-4)。

[図表-4] 老人長期療養保険制度の推進過程

高齢化時代に備え、「老人療養保障制度」の導入を発表	
01.08.15	大統領慶賀辞で老人療養保障制度の導入を提示
02	大統領の公約事項に含まれる
老人療養保障制度の施行のための準備体系を構築	
03.03.~04.02	「公的老人療養保障推進企画団」を設置・運営
04.03.~05.02	「公的老人療養保障制度実行委員会」を構成・運営
老人療養保険法(案)の立法推進	
05.10.19	立法を予告(05.10.19~05.11.08)
06.02.16	政府の立法案を国会に提出(ハンナラ党2件、ヨルリンウリ党2件、民主労働党1件、立法請願1件など全部7個法案を提出)
07.04.02	国会通過(付帯決議の内容を含む)
07.06.08~07.06.28	第1段階の施行令や施行規則の立法予告完了 -第1段階の施行令や施行規則:2007年10月1日施行 -第2段階の施行令や施行規則:2008年7月1日施行 第1段階の施行令や施行規則を施行
07.10.01	
モデル事業推進	
05.07~06.03	※1次モデル事業を実施 対象:6つの市郡区における65歳以上の生活保護受給者 地域:光州市南区、京畿道水原市、江原道江陵市、忠清南道扶餘郡、慶尚北道安東市、済州道北済州郡
06.04~07.04	※2次モデル事業を実施 対象:8つの市郡区における65歳以上の高齢者 地域:1次モデル事業の対象地域に釜山市北区と全羅南道莞島郡を追加
07.05~08.06	※3次モデル事業を実施 対象:13つの市郡区における65歳以上の高齢者 地域:1次モデル事業の対象地域に仁川市富平区、大邱市南区、忠清北道清州市、全羅北道山山市、慶尚南道河東郡を追加

(資料) 老人長期療養保険制度ホームページより作成
<http://www.longtermcare.or.kr>

韓国政府が本格的に介護保険制度の導入を議論し始めた2000年の高齢化率は、7.2%で日本が介護保険制度の導入を議論し始めた1994年の14.1%(2000年:17.3%)よりもはるかに低い。また、2000年の韓国の国民医療費に占める老人医療費の割合は17.5%で1994年の日本の44%(2000年:50.2%)を大きく下回っている。ではなぜ韓国では日本より速い段階で介護保険制度の導入が議論されたのか。最初の原因として健康保険の慢性的な財政赤字が挙げられる。健康保険の財政は1997年から赤字に転換しており、赤字の幅も毎年大きくなっている。財政赤字の主な原因としては保険料収入の増加より診療に対する保険給付費がより大きく増加したことが挙げられる。すなわち、高齢化率の上昇とともに1人当たり年間平均受診件数も継続して増加

した。もちろん、高齢化率以外にも1人当たり国民所得の増加や所得水準向上による健康に関する関心増加など1人当たり受診件数を増加させる要因は多数存在する。しかし、高齢化率の上昇は1人当たり平均受診件数を増加させる主な要因であり、その結果、国民医療費に占める老人医療費の割合が上昇したことは否定できない事実であるだろう。

日本が1994年に厚生省（現厚生労働省）内に高齢者介護対策本部を設置し、介護保険制度の導入に向けて本格的に動いたように、韓国も1999年12月に「老人長期療養保護政策研究団」を設置してから老人長期療養保険制度に対する準備を始めた。同団体は、2000年に「老人長期療養保護政策企画団」に名称を変更した以降、同年12月に「老人長期療養保護総合対策方案」を発表し、老人長期療養サービスの概念やサービスの供給モデル、そして老人長期療養保護を実施するための人材や施設の基盤を構築するための基本的な案を提案した。それ以降「公的老人療養保障推進企画団」や「公的老人療養保障制度実行委員会」が次々と設立され、制度の名称や運営方式、被保険者や給付対象、サービスの種類、財源や管理運営機構などの具体的な内容が議論された。2007年4月2日には国会本会議で「老人長期療養保険法案」が可決され、2008年7月1日から「老人長期療養保険制度」という名称で施行することになった。制度の概要は日本の介護保険制度をモデルとしているものの、被保険者を拡大し、手続きやサービスの内容を簡素化するなど国の財政的・行政的負担を最小化しようとした。すなわち、日本の介護保険制度が65歳以上の高齢者を第1号被保険者、40～64歳までを第2号被保険者として区分したことに比べて、韓国の老人長期療養保険制度は、健康保険に加入している全国民を被保険者として指定している（図表－5）。一方、サービスを受ける対

象者は日本のように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、給付に対する負担を抑制する路線を採択した。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割を基準にしていることに比べて、韓国は在宅が1.5割、施設が2割で全体的に日本より高く設定している。ではなぜ韓国は日本よりサービス利用時の自己負担率を高く設定したのか。その一つの理由として韓国政府の財政運営方針が挙げられる。すなわち韓国政府は政府の財政支出を最小化しようとする路線を維持しており、それは「対名目GDP比政府支出」と「対名目GDP比債務残高」の数値を見てもはっきり現れている。韓国政府の対名目GDP比政府支出は30.7%（2006年）でOECDの平均40.6%を大きく下回っており、OECD加盟国のうち最も低い水準である。また、対名目GDP比債務残高も27.7%（2006年）でOECDの平均77.1%より低く、韓国より低い国はルクセンブルク（10.8%）、オーストラリア（16.1%）、ニュージーランド（27.2%）しかない。一方、日本の対名目GDP比政府支出は36.6%で韓国より少し高いがOECDの平均よりは4ポイント低い。しかしながら、対名目GDP比債務残高は177.3%（2005年）でOECDの平均77.1%を大きく上回っており、韓国とは大きな格差（韓国より約7.2倍高い）を見せている。韓国政府は、今後高齢化が進んでもこの割合を30%水準で維持する方針であり、このような財政運営方針が日本より本人負担率を高く設定するのに影響を与えた可能性が高い。

但し、韓国が高齢化社会を迎えた2000年における対名目GDP比債務残高は16.3%で日本が高齢化社会を迎えた1970年の9.6%より高く、今後少子高齢化が急速に進んだ場合、政府の意思

[図表-5] 日韓における介護保険制度の比較

	日本	韓国
制度名	介護保険	老人長期療養保険
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：老人性疾病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等で等級決定
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)

(資料) 金明中「日・韓医療保険と介護保険制度に対する比較分析」 清家篤・駒村康平・山田篤祐編著(2009)『労働経済学の新展開』慶應義塾大学出版会

とは異なって債務残高が急速に増加する恐れがある。

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養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等級を合わせて総7等級に分類していることに比べて、韓国は3等級に分類している(図表-6)。また、等級判定過程も日本のコンピューターによる判定などを省略し簡素化した(図表-7)。

給付方式においては日本が現物給付だけを実施していることに比べて韓国は現物給付に加えて家族療養費、療養病院看病費、特例療養費に対しては現金給付を行っており、日本の制度とは多少の差異を設けている。サービス提供及び請求・支給体系の詳細は図表-8の通りである。

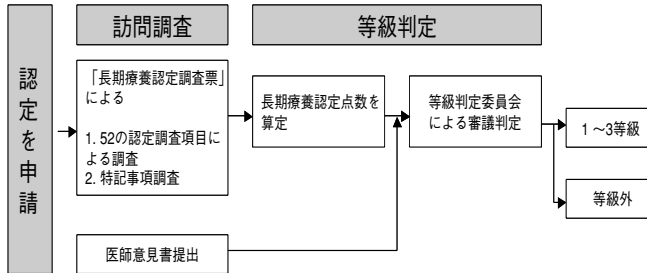
申請者は図表-7の等級判定手続きによって「認定者」と「等級外」に区分される。1等級から3等級までの「認定者」は、老人長期療養保険制度が提供する在宅や施設のサービスが利用できることに比べて、「等級外」として判定され

[図表-6] 等級判定基準

等級	心身の機能状態	長期療養認定点数
1等級	日常生活で通常他人の介護が必要な状態	95点以上
2等級	日常生活で相当部分が他人の介護が必要な状態	75点以上95点未満
3等級	日常生活で部分的に他人の介護が必要な状態	55点以上75点未満

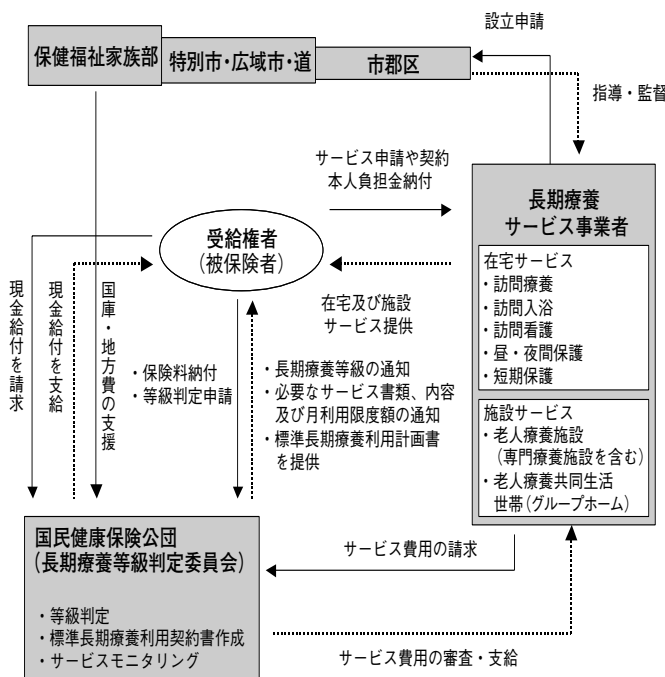
(資料) 老人長期療養保険制度ホームページより作成

[図表-7] 等級判定の手続き



(資料) 老人長期療養保険制度ホームページより作成

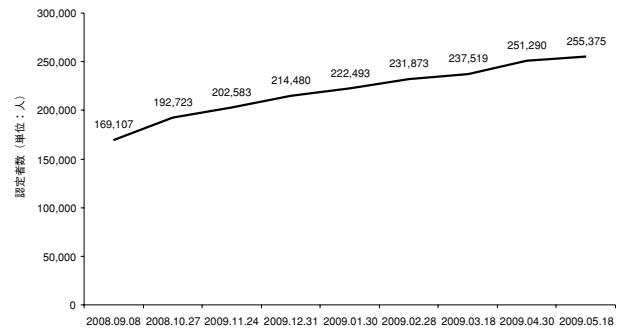
[図表-8] サービス提供及び請求・支給体系



(資料) 老人長期療養保険制度ホームページより作成

た者は地方自治体が提供する一部のサービスが利用できるだけである(情報サービスや老人福祉館の利用など)。認定者の数は、施行直後である2008年9月の16.9万人から2009年5月には25.5万人まで増加しており、今後制度の認識や理解が高齢者に広がると認定者数は継続して増加することが予想される(図表-9)。

[図表-9] 認定者数の動向



(資料) 老人長期療養保険制度ホームページより作成

5—老人長期療養保険制度の施行による効果や満足度、そして最近の改正内容

1 | 雇用創出及び経済的効果

国民健康保険公団(以下、公団)は、老人長期療養保険制度の施行が、産業活性化や雇用創出、そして国民の所得増大などに大きくプラスの効果を与えると見通した。すなわち、公団は同制度の施行によって、長期療養施設への投資による地域経済の活性化、社会サービス分野の雇用創出、女性の労働市場参加と高齢者の利便性を考慮した福祉用具の生産など産業全般においてプラスの効果が出ていると判断し、雇用創出効果は約10万人に達すると推計した。

2008年12月末現在、長期療養サービスを担当する療養保護士は全国1,066カ所の療養保護士教育機関から33万5千人が輩出され、療養機関施設も9,400カ所が新設された。しかしながら、供給が大きく増えたにもかかわらず、療養機関施設で働いている療養保護士の増加数は2008年12月末現在67,358人に過ぎず、供給が需要を大きく上回っている(図表-10)。このように療養保護士の超過供給が発生している理由としては制度がまだ施行初期の段階であり、高齢者に制度の内容が十分に広報されていないことや療養保護士の取得があまりにも簡単で供給が増えている点が挙げられる。日本のホームヘルパーにあたる療養保護士の資格は1級と2級があり、療養

や在宅福祉の経験がまったくない人でも1級は240時間、2級は120時間の教育を履修すると簡単に取得できる仕組みになっている（図表-11）。

〔図表-10〕 老人長期療養保険制度施行以降の雇用層創出効果

区分	施行以前 (07.12)	施行以降 (08.12)	雇用創出 効果
長期療養機関	2,522カ所	11,941カ所	9,419カ所
長期療養保険制度関連人材 (①+②+③+④+⑤)	23,535人	124,257人	100,722人
①療養保護士としての従事者	17,054人	84,412人	67,358人
②長期療養機関における 療養保護士以外の従事者	6,481人	30,221人	23,740人
③療養保護士教育機関従事者	-	7,588人	7,588人
④福祉用具事業所従事者	-	1,000人	1,000人
⑤国民健康保険公団 長期療養管理要員	-	1,036人	1,036人

（資料）国民健康保険公団2009年4月1日報道資料より作成

〔図表-11〕 療養保護士を取得するための教育時間

区分		単位：時間	
		1級	2級
未経験者		240	120
経験者	療養や在宅福祉以外	160	80
	療養あるいは在宅	140	70
	療養+在宅	120	60
国家資格(免許)保有者	社会福祉士	50	該当なし
	看護師	40	
	物理治療師、作業治療師、看護助務士	50	

（資料）老人長期療養保険制度ホームページより作成

また、老人長期療養保険制度の施行によって、経済的な波及効果も生まれると予想されている。すなわち、老人長期療養施設に対する投資や今まで高齢者の面倒を見ていた家族の一員が労働市場へ復帰することによって地域経済が活性化するとともに、療養給付サービスに対する財政支出が経済的波及効果を生むと期待している。

健康保険政策研究院は、2009年の療養給付サービスの総需要額1兆5千億ウォンが財政支出計画によって支出された場合、約2兆5千億ウォンの生産誘発効果と約1兆2千億ウォンの付加価値誘発効果が発生すると推計した。

公団は、これから大きく増加することが予想される長期療養対象者に対する適正な利用支援のために、2009年度には療養保護士6,000人と老

人長期療養機関での従事者2,200人、そして公団の長期療養管理要員約800人など約9,000人の雇用を創出することを計画している。また、2010年度には長期療養対象者を現在の3等級から4等級に拡大する予定であり、療養保護士17,600人、長期療養機関での従事者6,400人、そして公団の長期療養管理要員約600人など約24,600人の雇用を追加的に創出する予定である。2010年度における雇用創出による経済的波及効果、すなわち生産誘発効果と付加価値誘発効果はそれぞれ2兆9千億ウォンと1兆4千億ウォンに達することが見通されている（図表-12）。

〔図表-12〕 付加価値誘発効果

単位：百万ウォン

区分	2009	2010	2011	2012
最終需要額 (療養給付費)	1,463,231	1,661,284	1,970,585	2,146,109
生産誘発効果	2,513,489	2,853,697	3,385,004	3,686,513
付加価値誘発効果	1,243,553	1,411,872	1,674,737	1,823,909

（資料）国民健康保険公団2009年4月1日報道資料より作成

2 | 国民満足度調査

国民健康保険公団傘下の健康保険政策研究院は、2008年10月から12月にかけて老人長期療養保険制度に対する認知度及び満足度に関する調査を実施した。まず19歳から70歳までの男女1,500人を対象とした認知度調査によると、老人長期療養保険制度の認知度は53.1%で、20代の認知度が34.9%で最も低かった。また、「老人長期療養保険制度が家族にとって必要な制度であるのか」という質問に対しては回答者の86.6%が「必要な制度である」と答えた。

サービス利用者や保護者を対象とした現物や現金サービスに対する選好度調査では、現物サービスを選好するという回答が54.9%で現金サービスの40.8%を上回ったものの、現金給付を希望する回答者も相当部分を占めていた。施設サービスと在宅サービスの中では56.7%が施設サービスを選好し、在宅サービスの36.8%より

高いという結果が出た。受給対象者やサービスの種類に関してはそれぞれ87.5%と89.3%の回答者が「今後拡大すべきである」と答えた。サービスを提供している施設や療養所の清潔さ(56.8%)や親切さ(58.4%)に対しては肯定的な認識が高い一方、信頼度(34.8%)やサービスの専門性(42.2%)に対する認識は比較的に低かった。さらに、長期療養認定の申請、医師意見書の発給、訪問調査、結果通知、施設及び在宅サービスなどに対する満足度は全体的に高く現れており、現段階では大きな問題なく定着していると判断されている。図表-13は、利用者と保護者の施設や住宅に対する全体的な満足度を示している。

【図表-13】 満足度調査

区分	種類	満足度 (%)		
		全体	保護者	利用者
施設サービス		86.6	88.4	68.9
在宅サービス	訪問療養	91.6	90.6	95
	訪問入浴	92.5	92.4	93.3
	訪問看護	94.3	95	92.3
	昼・夜間看護	-	92.5	-
	短期保護	-	90.9	-
	福祉用具購入及び貸与	-	84.7	-

(資料) 健康保険政策研究院 (2009) 『老人長期療養サービス利用実態及び満足度調査』より作成

3 | 最近の改正内容

国民基礎生活受給者やその他の医療給付受給権者だけに実施された本人負担金の免除や軽減制度が生活保護受給予備軍^(注5)の医療給付対象者から健康保険に転換する者まで拡大・適用された。すなわち、既存制度では国民基礎生活受給者や医療給付対象者の本人負担金だけそれぞれ全額、半額免除されたが、2009年1月からは生活保護受給予備軍の医療給付対象者から健康保険に転換する者が老人長期療養保険制度のサービスを利用する場合にも、本人負担金が半額に軽減されることになった。新しい軽減措置の適用対象は約4,000人で、このため政府は年約33

億ウォンの財源を支援する予定である。

また、老人長期療養機関の不正請求行為を根絶し、老人長期療養保険の財政を安定化する目的で2009年4月1日から「不正請求長期療養機関申告及び褒賞金支給制度」が施行された。

6—結論

韓国における人口高齢化は日本を上回るほど速いスピードで進んでおり、韓国政府は人口高齢化に対応するための政策を次々と発表している。その中で介護の社会化を目指して2008年7月から実施したのが老人長期療養保険制度であり、現段階までは成功的な政策として評価されている。韓国の老人長期療養保険制度は日本の介護保険制度の影響を強く受けているものの、将来発生し得る財政的な問題を考慮し、被保険者の対象や自己負担の範囲を日本より拡大・実施した。また、「特別現金給付」を導入し、島嶼僻地など療養施設がなく、家族などが介護を担当する際には限定的に現金給付も支給している。被保険者の対象の拡大や自己負担の引き上げ、現金給付の導入は現在日本における介護保険制度の主な検討内容であり、今後韓国の老人長期療養保険制度の内容やその動向を参考にすることは日本の政策決定においても有意な正の影響を与えると考えられる。

(注1) 老年人口を生産年齢人口で除した値。

(注2) 韓国保健社会研究院 (2005) 『2004年度全国老人生活実態及び福祉欲求調査』

(注3) 国民基礎生活保護制度は日本の生活保護制度にあたるもので、既存の生活保護法の内容を改正・拡大し、2000年10月1日から施行された。

(注4) 同調査は1981年から5年おきに実施しており、最近の2005年の調査では日本を始め、アメリカ、韓国、ドイツ、フランスが調査対象として選定された。

(注5) 本稿では韓国語の「チャサンウィ(次上位)階層」という用語を生活保護受給予備軍として表現した。「チャサンウィ階層」とは、所得水準が政府が決めた最低生計費を若干上回るため、国民基礎生活保護制度の受給者から排除された潜在貧困層を意味する。韓国政府は、最低生計費から最低生計費の120%までの所得階層を「チャサンウィ階層」と区分し、経済的支援などを実施している。