

基礎研 レポート

韓国の老人長期療養保険制度 の現状と課題 - 2020年3月現在 -

生活研究部 准主任研究員 金 明中
(03)3512-1825 kim@nli-research.co.jp

1—はじめに¹

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）が見るという儒教的な意識が強く、多くの高齢者が老後の生活を自分の子供に依存していた。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。しかしながら、核家族化の進行や女性の社会進出の増加に伴い、家族だけで高齢者の面倒を見ることが難しくなり、介護の社会化が必要となった。さらに、急速な少子高齢化に伴う高齢者の医療費増加は、公的医療保険の財政状況を悪化させ、高齢者の介護に限定した新しい制度の導入の必要性が高まった。そこで、韓国政府は2001年8月に介護保険制度の導入を表明し、2008年7月から「老人長期療養保険制度」という名前で介護保険制度を施行している。

2—老人長期療養保険制度の導入背景

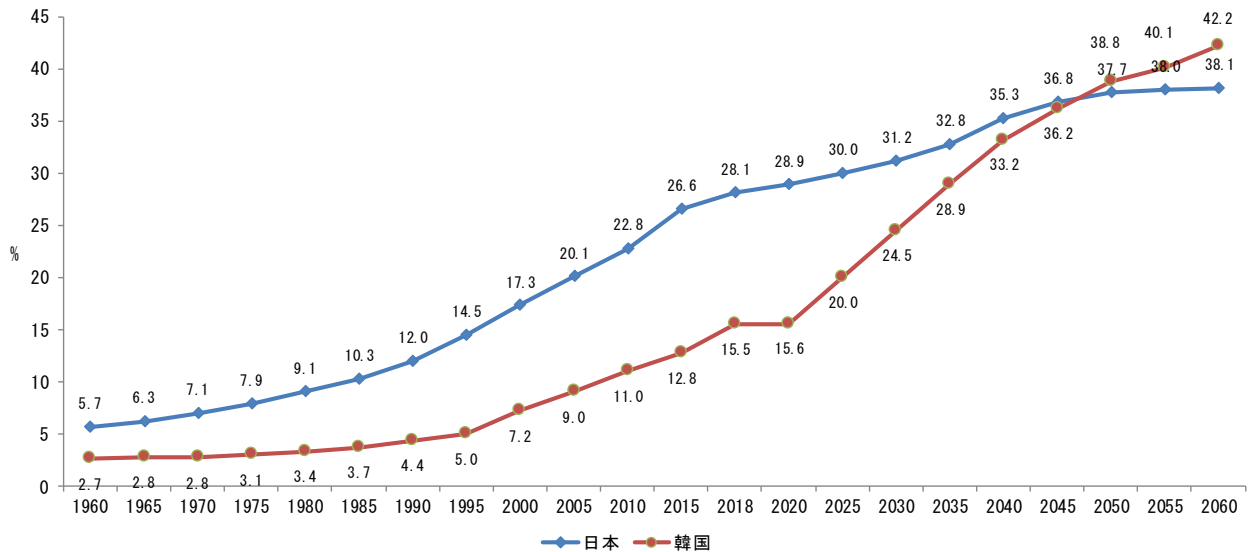
韓国政府が老人長期療養保険制度を導入した理由の一つとして挙げられるのは急速な人口高齢化である。韓国政府が本格的に介護保険制度の導入を議論し始めた2000年の韓国の高齢化率は7.2%で、日本が介護保険制度の導入を議論し始めた1994年の14.1%(2000年:17.3%)に比べるとはるかに低い水準であった。つまり、当時の人口構造的な面から見ると韓国における介護保険制度の導入に対する議論はあまりにも時期尚早（日本と比較すると）だったかも知れない。しかしながら公的医療保険の財政赤字が続き、政府の国庫負担が増加していることや将来的に早いスピードで高齢化が進むことにより公的医療保険の財政状況がますます深刻になることを懸念した韓国政府は、隣国日本で2000年4月から施行された介護保険制度に関心を持つようになった。

2000年以降韓国の高齢化率は段々上昇し、2019年には15.5%まで上昇している。韓国の高齢化率は日本の28.1%（2018年10月1日基準）に比べるとまだ低い水準であるものの、少子高齢化のスピードが日本より早く、2060年には42.2%と日本を上回ることが予想されている（図表1）²。

¹ 本稿は、金 明中（2016）「[韓国における老人長期療養保険制度の現状や今後の課題—日本へのインプリケーションは？—](#)」基礎研レポート 2016年6月15日を加筆・修正したものである。

² 現在、韓国の高齢化率が日本より低い理由としては、ベビーブーム世代が生まれた時期が日本より遅く、ベビーブーム世

図表 1 日韓における高齢化率の推移と将来推計



注) 2020 年以降は推計値。

出所：韓国統計庁「人口動態統計」各年度、内閣府（2015）『平成 27 年版高齢社会白書』より筆者作成

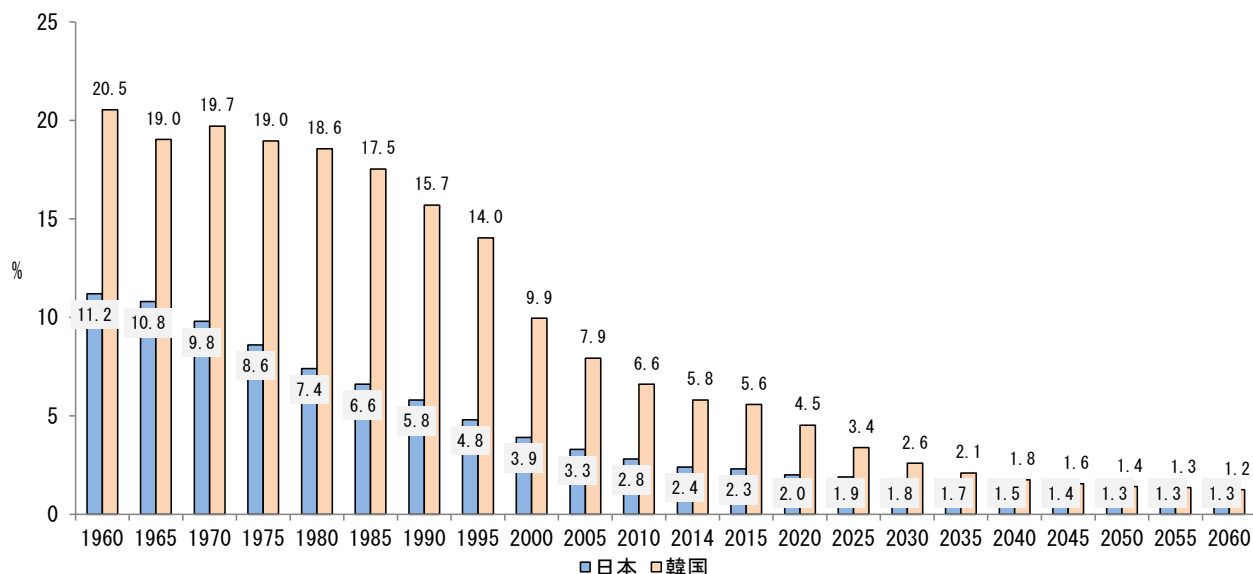
図表 2 は、高齢者一人を支える現役世代の数（15～64 歳人口/65 歳以上人口）の推移と将来推計を日韓で見たものであり、この数値が小さくなることは現役世代の負担が増加することを意味する。例えば、日本の場合 1960 年には現役世代 11.2 人が高齢者一人を支えていたが、2014 年にはその数が 2.4 人に減り、さらに 2060 年には 1.3 人まで減ると予想されている。韓国の場合は日本より現役世代の減少幅が大きく、高齢者一人を支える現役世代の数は 1960 年の 20.5 人から、2014 年には 5.8 人まで急速に低下しており、さらに 2060 年には 1.2 人になり、日本を下回ることが見通されている。

また、核家族化の進行や女性の社会進出の増加も韓国政府が老人長期療養保険制度の導入を急いだ一つの理由であるだろう。韓国における平均世帯人員は 1980 年の 4.62 人から 2017 年には 2.50 人まで減少しており、日本（2.47 人、2017 年）と同様に核家族化が進んでいる。さらに、女性の社会進出がますます進んでおり（特に若い女性を中心に）³、介護の社会化が求められることになった。

代の期間が日本より長かったこと（日本は 1947～1949 年、韓国は 1955～1963 年）や、2000 年までは日本より高い出生率を維持していたこと、韓国の出生時の期待寿命（Life expectancy at birth）が日本より低い（日本（2017 年）→男性 81.1 歳、女性 87.3 歳、韓国（2017 年）→男性 79.7 歳、女性 85.7 歳）こと等が考えられる。

3 2000 年に 48.8%であった女性の労働力率は 2019 年には 53.5%に微増したものの、韓国政府が積極的雇用改善措置を実施する等女性活躍のための政策に力を入れているので、今後韓国社会における女性の社会進出はさらに進むことが予想されている。

図表 2 高齢者一人を支える現役世代の数の推移と将来推計

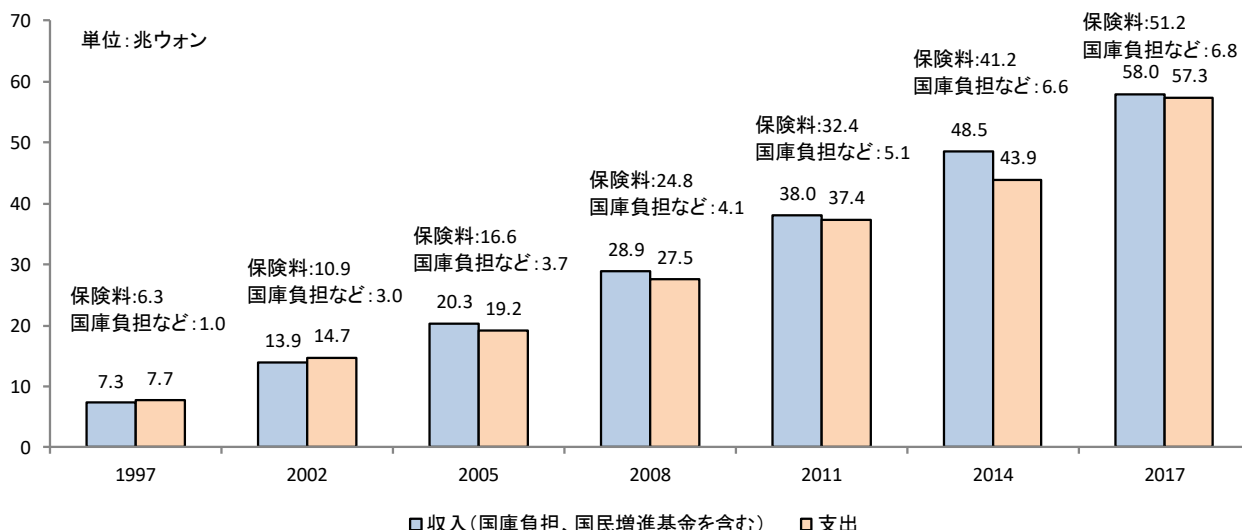


出所：韓国統計庁「人口動態統計」各年度、内閣府（2015）『平成 27 年版高齢社会白書』より筆者作成、金明中（2015）「[日韓比較（3）：高齢化率 —2060 年における日韓の高齢化率は両国共に 39.9%—](#)」研究員の眼、2015 年 07 月 08 日から再引用。

老人長期療養保険制度を導入したもう一つの理由は、上でもすでに触れたように公的医療保険の財政赤字が続いたことである。韓国における公的医療保険の財政は 1997 年から赤字に転落し、赤字金額も毎年増加している。図表 3 は韓国における公的医療保険の財政の推移を示しており、保険料収入だけでは支出を賄うことができず、国庫負担や国民増進基金が継続的に増加していることが分かる。支出の大部分は診療に対する保険給付費（2014 年基準 96.8%）が占めており、韓国政府は将来的に急激な少子高齢化が進むことにより公的医療保険の財政状況がさらに悪化し、国庫負担の金額が大きく増加することを懸念して、いち早く介護保険制度の導入を検討したと考えられる。実際に、65 歳以上高齢者の一人当たり年間平均診療費は、2007 年の 207.9 万ウォンから 2018 年には 456.8 万ウォンまで増加しており、全年齢階層の平均 152.8 万ウォン（2018 年）の約 3 倍に達している。また、高齢化の進展や高齢者医療費の増加により、全診療費に占める高齢者診療費の割合も 2005 年の 28.2%から 2018 年には 40.8%まで急増した（図表 4）。

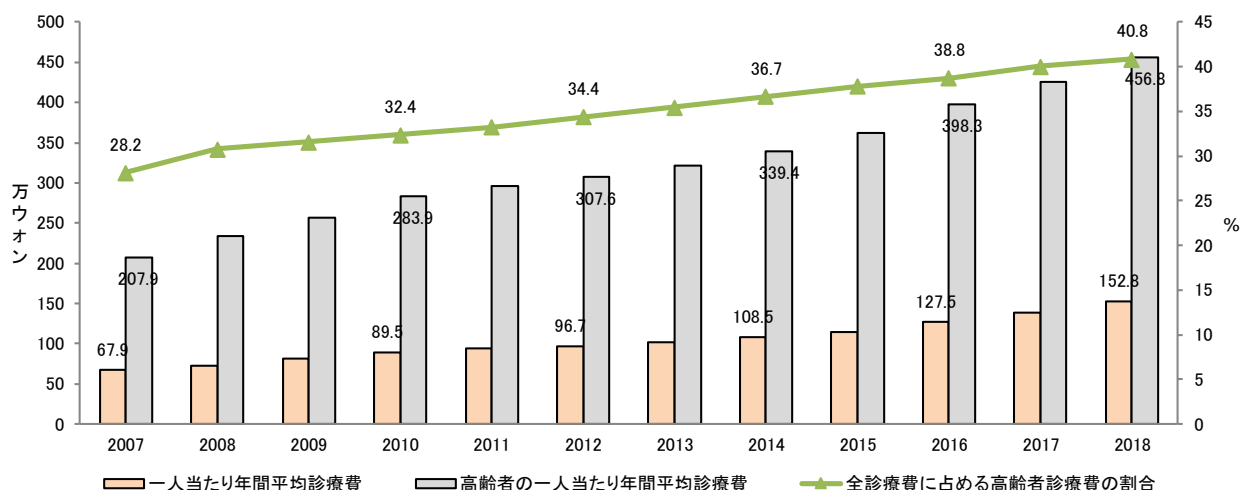
このような高齢者の増加や現役世代の減少、核家族化の進行による平均世帯人員の減少、女性の社会進出の拡大、高齢者医療費の増加による公的医療保険の財政の悪化などが韓国政府が老人長期療養保険制度を導入した主な理由であると言えるだろう。

図表3 韓国における公的医療保険の収入や支出の推移



出所：韓国統計庁ホームページ「健康保険財政現況」より筆者作成

図表4 韓国における高齢者の一人当たり年間平均診療費等の推移



出所：国民健康保険公団、健康保険審査評価院『健康保険統計年報』各年

3—老人長期療養保険制度の概要

(1) 老人長期療養保険制度の施行までの流れ

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の導入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。

その後 2001 年 8 月に金大中元大統領⁴が祝辞で老人長期療養保険制度の導入に対する意思を公式的に表明したことや、2002 年の大統領選挙で盧武鉉元大統領⁵が老人長期療養保険制度の導入を公約事項として提示したことにより、老人長期療養保険制度の導入がほぼ確実になった（図表 5）。

図表 5 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	
2001.8.15	金大中大統領が老人長期療養保険制度の導入を公式的に表明
2002	盧武鉉大統領が公約事項として提示
「老人療養保障制度」の施行のための準備体系を構築	
2003.03~2004.02	「公的老人療養保障推進企画団」を設置・運営
2004.03~2005.02	「公的老人療養保障制度実行委員会」を構成・運営
「老人療養保障法（案）」の立法を推進	
2005.10.19	「老人療養保障法（案）」の立法を予告（2005.10.19~2005.11.08）
2006.02.16	立法案を国会に提出
2007.04.02	国会で成立
2007.06.08~2007.06.28	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
2007.10.01	第2段階の施行令や施行規則：2007年7月1日施行 第1段階の施行令や施行規則を施行
モデル事業を推進	
2005.07~2006.03	※1次モデル事業を実施 対象：6つの市郡区における65歳以上の国民基礎生活保障制度の保護者 地域：光州市南区、京畿道水原市、江原道江陵市、忠清南道扶余市、慶尚北道安東市、済州道済州郡
2006.04~2007.04	※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
2007.05~2008.06	※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：2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、全羅北道益山市、慶尚南道河東郡を追加
「老人長期療養保険制度」の施行	
2008.03~2008.07	「老人長期療養保険制度」の施行を準備 「老人長期療養保険運営センター」の開所
2008.07	「老人長期療養保険制度」の施行 「老人長期療養保険制度」の施行、保険料徴収及び給付支給をスタート
2009.03	外国人労働者の「老人長期療養保険制度」への加入を除外する制度を実施 雇用許可制で入国した外国人労働者の保険料負担を緩和
2009.05	農漁村地域に居住する受給者の本人負担金を軽減、経済的負担緩和が目的
2010.03	長期療養機関長の義務及び公団長期療養機関を設置するための基準を新設
2013.08	長期療養機関の運営秩序確立や管理強化
2014.07	「老人長期療養保険制度」の等級拡大：3等級→5等級

出所：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>

老人長期療養保険制度の施行のための準備体系を構築する過程で、2003年には「公的老人療養保障推進企画団」が、2004年には「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

⁴ 韓国の第15代大統領。任期は1998年～2003年。

⁵ 韓国の第16代大統領。任期は2003年～2008年。

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」が成立されることにより、「老人長期療養保険制度」を施行するための基盤が整えられた（図表5）。

韓国政府は制度の施行前に制度の基盤整備を目的に3回に分けてモデル事業を行った。第1次モデル事業は2005年7月から2006年3月まで6つの市郡区⁶を対象に、第2次モデル事業は2006年4月から2007年4月まで8つの市郡区を対象に、そして第3次モデル事業は2007年5月から2008年6月まで13つの市郡区を対象に実施され、その直後である2008年7月から老人長期療養保険制度が実施されることになった。

（2）老人長期療養保険制度の概要

韓国における老人長期療養保険制度は、高齢や老人性疾患などが原因で日常生活を一人で営むことが出来ない高齢者等に身体活動あるいは家事支援等の老人長期療養保険制度からのサービスを提供することにより高齢者の老後の健康増進や生活安定に寄与し、その家族の負担を減らすことで国民の生活の質を高めることを目的としている。

韓国の老人長期療養保険制度は、日本の介護保険制度をモデルとして研究して導入されたものの、制度の施行においては被保険者層を拡大し、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。例えば、日本の介護保険制度は40歳以上を被保険者（65歳以上の高齢者は第1号被保険者、40～64歳までは第2号被保険者）にしたことに比べて、韓国の老人長期療養保険制度は、公的医療保険の被保険者すべてを老人長期療養保険制度の対象にしている。

保険料率は日本が介護保険の保険料率を別に設定しているのに比べて、韓国は公的医療保険の保険料に一定比率（2019年基準8.51%）をかけて計算している。

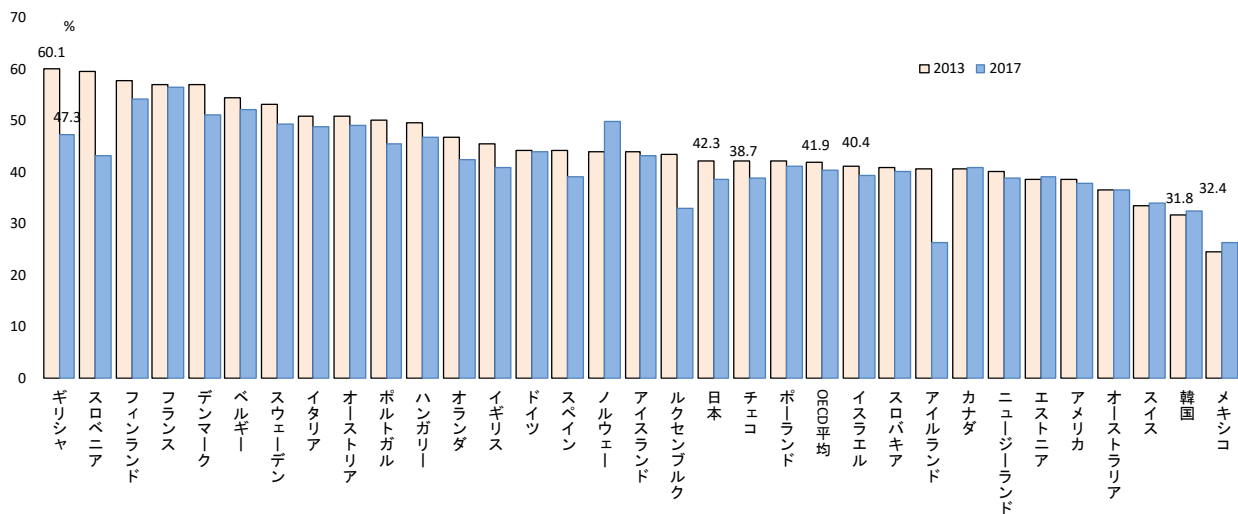
一方、サービスが利用できる対象者は65歳以上の高齢者や65歳未満の老人性疾患を抱えている者に制限した。財源の仕組みは両国ともに保険料と国庫負担、そして自己負担を基本にしているものの、介護サービスを利用するときの自己負担割合は日本が在宅・施設サービスともに10%に設定していることに比べて、韓国の場合は在宅15%、施設20%で日本より自己負担割合を高く設定した。

このように韓国が日本よりサービス利用時の自己負担割合を高く設定しているのは「財政支出の最小化」という韓国政府の財政運営方針に基づいていると考えられる。これは政府支出の対名目GDP比や債務残高の対名目GDP比からも間接的に確認することができる。実際、2017年における韓国の政府支出の対名目GDP比は32.4%でOECD平均（加重平均）38.7%を下回っており、OECD加盟国の中でこの比率が韓国より低い国はメキシコとアイルランドのみであった（図表6）。

また、2017年における債務残高の対名目GDP比も43.2%でOECD平均（加重平均）110.3%を大きく下回っており、韓国より低い国はルクセンブルク（30.7%）、チリ（29.6%）、エストニア（13.0%）のみであった（図表7）。今後高齢化が進んだ場合、政府支出の対名目GDP比や債務残高の対名目GDP比は現在よりは高くなることが予想されるものの、政府支出をできるだけ低い水準で維持しようとする韓国政府の方針は、大きくは変わらないと考えられる。

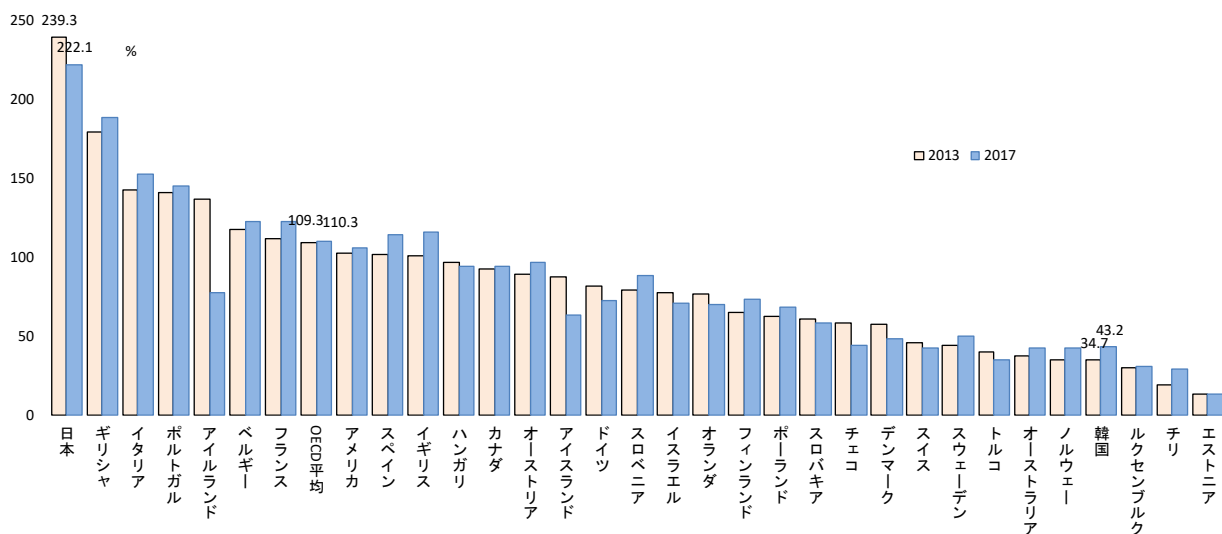
⁶ 日本の市町村に当たる。

図表 6 政府支出の対名目 GDP 比の国際比較 (2013 年と 2017 年)



出所：OECD (2016) *Government at a glance 2015*と OECD (2019) *Government at a glance 2019* を用いて筆者作成

図表 7 債務残高の対名目 GDP 比の国際比較 (2013 年と 2017 年)

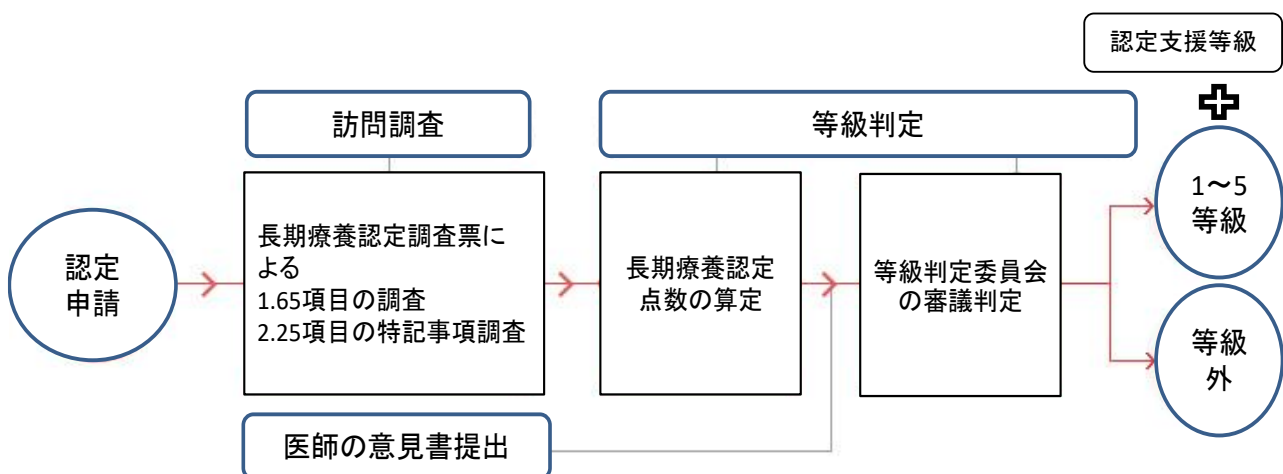


出所：OECD (2016) *Government at a glance 2015*と OECD (2019) *Government at a glance 2019* を用いて筆者作成

韓国の老人長期療養保険制度からのサービスは、在宅サービスと施設サービス、そして特別現金給付が提供されている。日本とは異なって韓国政府が介護を担当する家族に対して現金給付を支給することを決めた理由は、制度の導入初期に介護を担当する人材を十分に確保できず、山間僻地等の需要に対応することができないことを懸念したからである。

長期療養給付の申請者は図表 8 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。等級判定は日本のコンピュータによる判定等を省略することによって簡素化した。また、日本が介護認定の「等級」を軽い症状から順に、「要支援 1」、「要支援 2」、「要介護 1」、「要介護 2」、「要介護 3」、「要介護 4」、「要介護 5」と 7 段階に区分していることに比べて、韓国は軽度のものから順に「5 等級」、「4 等級」、「3 等級」、「2 等級」、「1 等級」と 5 段階に区分している（図表 9、導入初期には 3 段階であったものの、2014 年から 5 段階に拡大実施）。1 等級から 5 等級までの認定者は長期療養認定書に書かれている「長期療養等級」、「長期療養認定有効期間」、「給付種類及び内容」に基づき、自ら選んだ施設等と契約を結ぶことにより長期療養給付を利用することができる⁷。韓国には日本のケアマネジャーのような仕組みがないので、サービス利用者は自ら利用するサービスや施設を決めている。一方、「等級外」として判定された者は地方自治体が提供する、情報サービスや老人福祉館の利用など一部のサービスしか利用できない。長期療養等級の有効期間は 1 等級が 3 年で、2 等級～5 等級は 2 年である。さらに、韓国政府は、2018 年から軽い認知症の症状がある高齢者を対象とする「認定支援等級」を新設し、認知症の進行を遅らせるためのプログラムも提供している。

図表 8 等級判定の手続き



出所：老人長期療養保険ホームページより作成

⁷ 長期療養認定書が到着した日から長期療養給付を利用することができる。

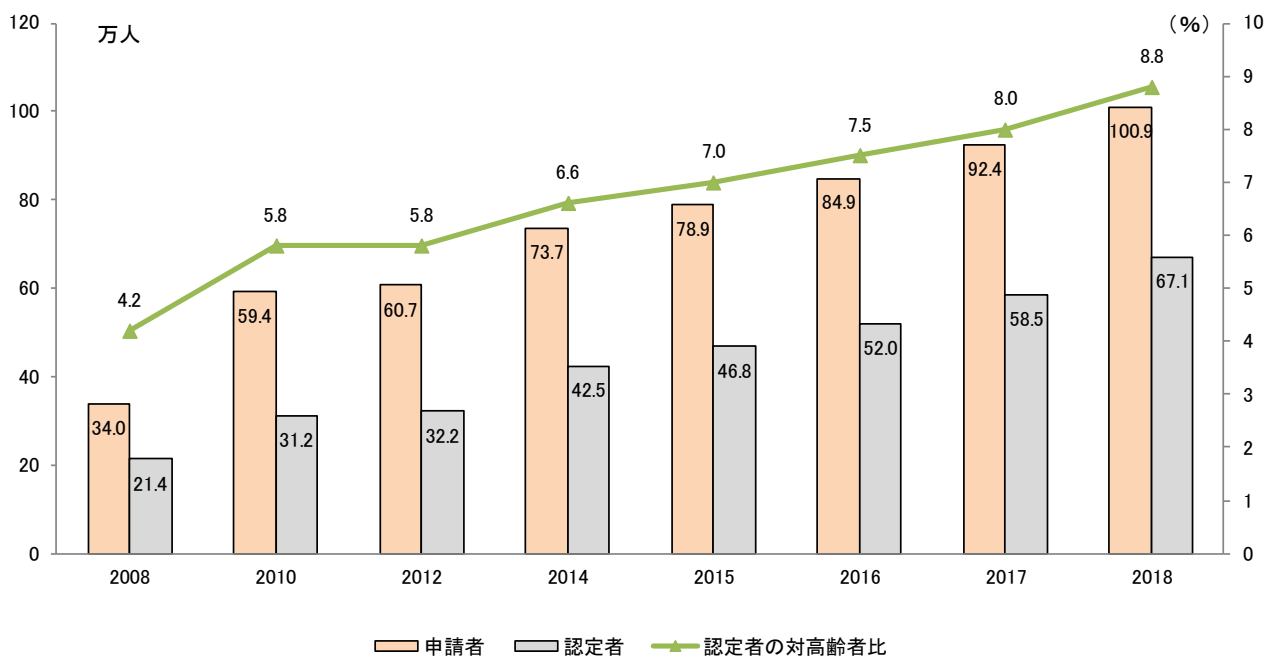
図表9 等級判定の基準

等級	心身の状態	長期療養認定点数
1等級	心身の機能障がい 日常生活で全的な助けが必要	95点以上
2等級	心身の機能障がい 日常生活でかなりの助けが必要	75点以上95点未満
3等級	心身の機能障がい 日常生活で部分的な助けが必要	70点以上75点未満
4等級	心身の機能障がい 日常生活で一部の助けが必要	51点以上60点未満
5等級	認知症患者（法第2条による老人性疾病に限定）	45点以上51点未満
認知支援等級	認知症患者（法第2条による老人性疾病に限定）	45点未満

出所：老人長期療養保険ホームページより作成

老人長期療養保険制度に対する認知度が広がることにより2008年に34.0万人であった申請者数は2018年には100.9万人に約3.0倍も増加した。また、同期間における認定者数も21.4万人から67.1万人に約3.1倍増加している。認定者67.0万人は高齢者人口の約8.8%に該当する数値であり、日本の認定者数633万人（高齢者人口の18%、2017年4月基準）に比べるとまだ低い水準である。しかしながら、今後、急速に人口高齢化が進むことにより、申請者数や認定者数は早いスピードで増加することが予想されており、将来に対する緻密な対策が要求されている（図表10）。

図表10 申請者、認定者、認定者の対高齢者比の推移



出所：国民健康保険公団『老人長期療養保険統計年報』各年より筆者作成。

図表 11 は、2018 年現在の認定者数の等級別内訳を見たものであり、4 等級の認定者が全体の 39.5% (26.5 万人) で最も多く、次に 3 等級 31.5% (21.1 万人)、2 等級 12.6% (8.5 万人)、1 等級 6.7% (4.5 万人)、5 等級 8.0% (5.4 万人) などの順になっている。

図表 11 老人長期療養保険制度認定者数の等級別内訳

単位：万人、%

	合計	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級	認定支援等級
認定者数	67.1	4.5	8.5	21.1	26.5	5.4	1.1
割合	100.0	6.7	12.6	31.5	39.5	8.0	1.7

注) 認定支援等級：軽い認知症の症状がある高齢者

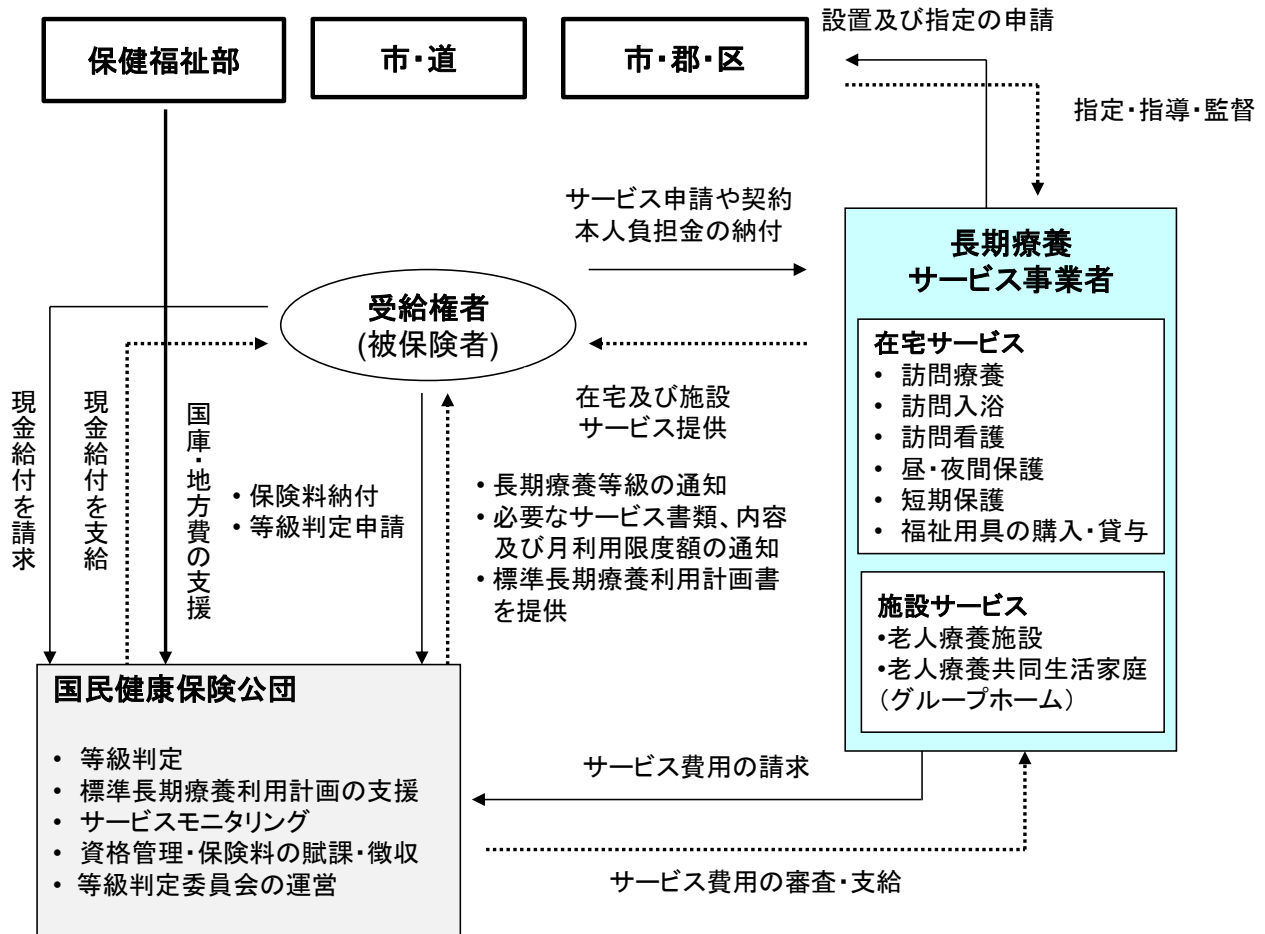
出所：国民健康保険公団（2018）『2017 年老人長期療養保険統計年報』より筆者作成。

一方、老人長期療養保険制度認定者の男女別割合は女性が 72.8% で男性の 27.2% を大きく上回っている。そして、年齢階層別には 65 歳未満の割合は 4.4% に過ぎず、65 歳以上が 95.6% で認定者の大部分を占めている。

(3) 老人長期療養保険制度の管理・運営体系及び在宅・施設サービスの概要

図表 12 は、老人長期療養保険制度の管理・運営体系を示しており、保健福祉部や地方自治団体、国民健康保険公団、被保険者、長期療養サービス事業者の間に密接な関係があることが分かる。つまり、制度の主な指導及び監督は保健福祉部や地方自治団体が担当する代わりに、等級判定やサービスモニタリングの実施、資格管理・保険料の賦課・徴収、等級判定委員会の運営という業務は国民健康保険公団が担当している。また、被保険者は保険料を納める義務があり、老人長期療養保険制度からのサービスの利用を希望する時には等級判定を申込み、認定されたらサービスに対する利用者負担金を支払うことによりサービスを利用することができる。長期療養サービス事業者が提供するサービスは在宅サービスと施設サービスがあり、在宅サービスとしては、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護、福祉用具の購入・貸与などのサービスが提供され、施設サービスは老人療養施設や老人療養共同生活家庭（グループホーム）で利用することができる。

図表 12 老人長期療養保険制度の管理・運営体系



出所：老人長期療養保険制度ホームページ

施設サービスは、老人長期療養保険制度が施行される以前には、老人療養施設、老人専門療養施設、実費老人療養施設、有料老人専門療養施設、有料老人療養施設などで提供されていたが、管理をより効率的にするために老人長期療養保険の施行直前である 2008 年 4 月に「老人療養施設」という一つの施設に統合し、運営している。そして、施設の不足などによりサービスが利用できないことを防ぐ目的で、「老人療養施設」より設備及び人材配置に関する基準を少し緩和した「老人療養施設」の縮小版とも言える「老人療養共同生活家庭」を新設した。両施設の設備及び人材配置に関する基準は図表 13 の通りである。サービスを提供している施設などは老人長期療養保険制度が導入された 2008 年に比べて大きく増加している（図表 14）。

図表 13 「老人療養施設」や「老人療養共同生活家庭」の設備及び人材配置に関する基準

	老人療養施設	老人療養共同生活家庭
施設面積	入所定員1人当たり延べ面積23.6㎡以上	入所定員1人当たり延べ面積20.5㎡以上
居室面積	1人当たり6.6㎡以上	1人当たり6.6㎡以上
相部屋(多床室)の定員	4人以下	4人以下
施設定員	10人以上	5人以上9人以下
療養保護士	入所者2.5人当たり1人	入所者3人当たり1人

注) 療養保護士は日本の介護福祉士とホームヘルパー1級・2級のような業務を担当する。

出所：老人長期療養保険制度ホームページより筆者作成

図表 14 老人長期療養保険制度のサービスを実施する機関の数の推移

単位：ヶ所

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
在宅サービス提供機関	8,318	14,560	14,979	14,918	15,056	15,704	16,543	18,002	19,398	20,377
訪問療養	4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	10,077	11,072	11,662
訪問入浴	2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	8,253	8,957	9,357
訪問看護	592	787	739	692	626	597	586	574	598	650
昼・夜間保護	790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2,018	2,410	2,795
短期保護	694	1,368	199	234	257	368	322	299	267	218
福祉用具	720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599	1,700	1,823	1,892
老人療養施設	375	725	1,078	1,352	1,646	2,494	2,714	2,935	3,137	3,289
老人専門療養施設	482	488	450	411	369	2	-	-	-	-
老人療養施設(旧法)	522	482	415	334	244	1	-	-	-	-
老人療養共同生活家庭	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157	2,150	2,050	2,015
老人療養施設(短期保護転換)	0	0	465	392	329	1	-	-	-	-

注) 機能が重複している機関があるため合計が一致していない。

出所：国民健康保険公団（2018）『2017年老人長期療養保険統計年報』より筆者作成

(4) 老人長期療養保険制度を担当する人材の現状や今後の課題

次は、老人長期療養保険制度のサービスを担当する人材の現状や課題について論じたい。老人長期療養保険制度のサービスを主に担当しているのは、日本の介護福祉士やホームヘルパー1級・2級のような業務を担当する療養保護士である。韓国政府は、老人長期療養保険制度の導入初期にサービスを担当する人材をより早く市場に供給するために、療養保護士養成学校の設立基準を緩和した（希望する者が市郡区に届出をするだけで設立を認めるなど）。そして、療養保護士の資格も療養保護士の養成学校で240時間（理論80時間、実技80時間、実習80時間）の教育課程を修了するだけで取得できるようにした。しかしながらその後、療養保護士の養成学校が乱立することにより、質の低い療養保護士が市場に多く輩出されることに気づいた韓国政府は2010年4月に法律を改正し、療養保護士の養成学校の設立を届出制から指定制に変えると同時に、療養保護士の資格証の取得も教育課程を修了してから、国家資格試験（年3回、60点以上合格）に合格した者に限定する等基準を強化した。し

かしながら、試験の難易度はそれほど高くなく、最近の第 27 回療養保護士国家資格試験（2019 年 3 月 30 日実施）の合格率は 89.7%に達している。

療養保護士の資格を持っている者は約 150 万人いると把握されているものの、その中から 2017 年現在施設等で活動している者は 340,624 人に過ぎず、多くの療養保護士が労働市場から離れたり、他の職についている状況である（図表 15）。

図表 15 老人長期療養保険制度を担当する人材の推移

単位：人

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
社会福祉士	5,862	6,133	6,751	7,506	11,298	13,923	14,682	18,535
医師(嘱託を含む)	997	1,081	1,142	1,233	1,324	1,415	1,683	2,198
看護師	2,986	2,838	2,735	2,627	2,683	2,719	2,675	2,791
看護助務士	5,069	5,859	6,560	7,552	8,241	9,099	9,080	9,845
歯科衛生士	17	7	7	4	5	4	5	7
物理治療士や作業治療士	1,412	1,530	1,626	1,740	1,813	1,952	1,974	2,024
療養保護士	228,955	232,639	233,459	252,663	266,538	294,788	313,013	340,624
栄養士	719	776	835	918	987	1,046	1,130	1,160

注 1) 看護助務士は日本の准看護師に当たる。

注 2) 物理治療士や作業治療士は、日本の理学療法士や作業療法士に当たる。

注 3) 療養保護士は日本の介護福祉士とホームヘルパー1 級・2 級のような業務を担当する。

出所：国民健康保険公団（2018）『2017 年老人長期療養保険統計年報』

このように療養保護士の労働市場参加率が低い理由は、日本と同じく療養保護士の賃金が低く勤務環境が劣悪だからである。療養保護士の月平均賃金は最低賃金の引き上げにより 2018 年基準で 225.5 万ウォンまで引き上げられたものの、正規労働者の月平均賃金 351 万ウォン（2018 年）と比較すると、療養保護士の賃金水準は正規労働者の 64.2%の水準に止まっている。このような療養保護士の低い処遇水準は療養保護士の離職率を高める要因にもなっている。ジョンウンハ・ジャンミンギョン（2012）を参考とすると、療養保護士の離職率は 2008 年の 22.8%から 2011 年には 33.4%まで上昇した。また、韓国老人福祉中央会政策研究所（2012）とジョンウンハ・ジャンミンギョン（2012）が行った調査結果によると、療養保護士の平均勤続期間はそれぞれ 29.1 ヶ月と 30.2 ヶ月で老人長期療養保険関連施設に従事している労働者の中で最も短いことが明らかになった。

図表 16 は、老人長期療養保険関連施設の従事者に対して処遇改善の優先順位を調べた調査結果であり、療養保護士を含むすべての従事者が「報酬の適正化」（療養保護士 74.3%）を最も改善すべき項目として選択した。療養保護士が処遇改善を希望する二番目の項目は「雇用安全性の確保及び社会保障」（42.3%）で、次は「労働時間の適正化」（42.1%）、「安全な労働環境の提供」（19.3%）の順であった。また、療養保護士に対する低い処遇水準や劣悪な労働環境は若者が療養保護士として労働市

場に参加することを妨げる要因にもなっている。国民健康保険公団は 2014 年現在、活動している療養保護士が約 30.4 万人⁸いると推計しているが、その年齢構成を見ると、40 代以上が全療養保護士の 96.6%を占めており、40 代未満は 3.4%に過ぎない状況である（図表 17）。日本の場合、40 代未満の介護労働者の割合が 33.7%⁹を占めていることとは大きな対照を成している。

図表 16 老人長期療養保険関連施設従事者の処遇改善優先順位（複数回答）

区分	療養保護士 (n=822)		社会福祉士 (n=254)		看護師 (n=127)		看護助務士 (n=230)		物理治療士 (n=91)		作業治療士 (n=41)	
	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位	割合	順位
雇用安全性の確保及び社会保障	42.3%	2	42.9%	3	43.3%	3	39.1%	3	50.5%	2	36.6%	3
報酬の適正化	74.3%	1	72.4%	1	78.0%	1	74.8%	1	72.5%	1	65.9%	1
労働時間の適正化	42.1%	3	43.7%	2	44.9%	2	43.0%	2	36.3%	3	56.1%	2
安全な労働環境の提供	19.3%	4	12.2%	5	15.7%	4	20.0%	4	20.9%	4	14.6%	4
権益を代弁できる意思疎通システムを確保	7.5%	6	5.1%	7	6.3%	6	6.5%	7	2.2%	7	7.3%	7
専門性を高めるための教育訓練の実施	8.5%	5	14.2%	4	7.9%	5	8.7%	5	8.8%	5	9.8%	5
職場内の関係改善及び勤労意欲向上のための施策を実施	5.8%	7	9.4%	6	3.9%	7	7.8%	6	8.8%	5	9.8%	5

注 1) 看護助務士は日本の准看護師に当たる。

注 2) 物理治療士や作業治療士は、日本の理学療法士や作業療法士に当たる。

注 3) 療養保護士は日本の介護福祉士とホームヘルパー1 級・2 級のような業務を担当する。

出所：イゾンソク・イホヨン・ゴンジンヒ・ハンウンジョン(2014)「長期療養機関従事者の賃金及び勤労環境に関する実態調査」研究報告書 2014-10、国民健康保険公団健康保険政策研究院

図表 17 療養保護士の年齢階層別割合

区分	合計	20代 以下	30代	40代	50代	60代	70代 以上
合計	304	2	8	51	145	86	12
分布(%)	(100.0)	(0.7)	(2.6)	(16.8)	(47.7)	(28.3)	(4.0)

出所：国民健康保険公団内部資料

老人長期療養保険制度のサービスに対する満足度や制度に対する国民の認知度は毎年上昇している傾向である。国民健康保険公団が 2015 年に実施した調査結果によると、受給者の保護者を対象とした老人長期療養保険制度のサービスに対する満足度は 89.7%で、2013 年調査の 88.5%に比べて 1.2

⁸ 施設に從事している療養保護士 266,583 人と家族療養保護士約 3.7 万人。

⁹ 介護労働安定センター（2014）「平成 25 年度介護労働実態調査結果」。平成 19 年の調査結果で 40 代未満の介護労働者の割合が 40.6%であったことと比べると、日本の場合も若者の介護職離れが深刻な状況だと言える。

ポイント上昇した。利用者が最も満足しているサービスは「家事支援」（59.4%）であった。

図表 18 日韓における介護保険制度の比較（2018年現在）

	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
制度導入時の高齢化率	17.3%	10.3%
2018年現在の高齢化率	28.1%	15.5%
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	保険料+国庫負担+本人負担	保険料+国庫負担+本人負担
財源の構成	<ul style="list-style-type: none"> 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% 	国庫負担 20%、介護保険料 60～65%、利用者負担 15～20%
被保険者	第1号被保険者：65歳以上 第2号被保険者：40歳～65歳未満	公的医療保険の被保険者
保険料	協会けんぽ：1.73% (2019年3月から)	公的医療保険保険料率×8.51% (2019年基準)
サービス利用時の自己負担割合	年金収入名など280万円未満：10% 年金収入名など280万円以上：20% (夫婦世帯：346万円以上) 年金収入名など340万円以上：30% (夫婦世帯：463万円以上)	在宅：10%、施設：20% ・公的扶助の国民基礎生活保障制度の対象者は無料 ・次上位者は施設10%、在宅7.5%
介護等級	7等級	基本的には5等級(2014年から拡大) 5等級以外に認定支援等級を2018年から新設
要介護認定の有効期間	(1) 要介護、要支援(新規)認定の有効期間：6ヶ月(市町村が必要と認める場合にあっては、3ヶ月から12ヶ月の間で月を単位として市町村が定める期間) (2) 要介護更新認定の有効期間：12ヶ月(市町村が必要と認める場合にあっては、3ヶ月から24ヶ月の間で月を単位として市町村が定める期間) (3) 要支援更新認定の有効期間：12ヶ月(市町村が必要と認める場合にあっては、3ヶ月から11ヶ月の間で月を単位として市町村が定める期間)	1等級：3年 2等級～5等級：2年
要介護認定者	656.0万人(2019年1月、 高齢者人口の18.3%)	67.1万人(2018年、 高齢者人口の8.8%)

出所) 日本「介護保険事業状況報告の概要」、韓国「老人長期療養保険統計」を利用して筆者作成。

また、保護者の75.6%は、受給者がサービスを利用してから健康状態が良くなったと答えており、保護者の22%はサービス利用後、受給者の医療機関への利用頻度が減少したと回答した。サービス利用者の自己負担割合に対しては61.7%が「適切である」と答えており、自己負担割合に対しては大きな負担を感じていないことが確認された。

制度を利用する時の不便な点としては「認定の有効期間が短いこと」(26.6%)、「医師意見書を発給してもらうための手続きが面倒なこと」(20.1%)、「等級判定が明確でないこと」(12.8%)等があげられた。一方、一般国民を対象とした制度に対する認知度(「良く知っている」と「聞いたことはある」と答えた割合の合計)は73.0%で2013年調査の71.0%に比べて2ポイント上昇しており、制度が定着する過程で満足度や認知度がアップする傾向がみられた。図表18は今まで説明した韓国の老人長期療養保険制度と日本の介護保険制度を比較したものである。

4—日本へのインプリケーション

韓国政府が日本の介護保険制度を参照しながら、老人長期療養保険制度を設計する際に、最も慎重に検討したのは、「財政安定」と「人材確保」のことだろう。つまり、どうすれば国の財政負担を最低限に抑えながら、制度を長く維持することができるのかと、どうすればサービスを提供する人材を育成し、市場に供給することができるのかに関心が集中していたと考えられる。そこで、韓国政府は日本でも議論はあったものの、実施までには至らなかった「全公的医療保険加入者の被保険者化」や「家族介護に対する現金給付の支給」を実施するとともに、「サービス利用時の自己負担割合」を日本より高く設定することにより、財政の安定と人材の供給不足を解決しようとした¹⁰。

上述したように、韓国における老人長期療養保険制度のサービスは、①施設給付、②在家給付、③特別現金給付に大きく区分することができる。但し、「特別現金給付」は、島嶼、僻地等長期療養施設が足りない地域に居住している者、自然災害などにより長期療養施設が実施するサービスの利用が出来ないと判断された者、身体・精神・性格等の理由で家族が介護を担当する必要がある者等に制限されている。家族から提供される介護サービスを利用する受給者には現金給付として1ヶ月当たり15万ウォンが支給される。これは療養保護士の月平均賃金に比べると、かなり低い金額である。つまり、韓国政府はすぐには療養施設が設立できない地域で家族現金給付を許可することにより、人材を確保するとともに老人長期療養保険の財政支出を抑制することができたのである。今後、介護労働者の賃金水準や勤労環境を改善しながら、現金給付の水準を見直す必要はある¹¹。

日本でも介護保険制度を導入する前に現金給付の導入に対する議論があったものの、介護の社会化が重視されるなかで、家族に対する現金給付は「家族を介護に縛り付ける」といった反発が強く導入には至らなかった。しかしながら介護保険の導入初期と比べて日本の状況は大きく変わっている。つ

¹⁰ 但し、日本では重度(要介護度4または5)の低所得高齢者を介護している家族を慰労する目的で、家族介護慰労金が支給されている(例えば東京都新宿区の場合は年額10万円)。慰労金を支給されるためには、次の条件を満たす必要がある。

- ・高齢者が介護保険の要介護認定で、1年間を通じて要介護4または要介護5と認定されている。
- ・高齢者が要介護認定後、1年間介護保険のサービスを利用していない。(年間1週間程度のショートステイ利用を除く)
- ・高齢者、介護者とも住民税非課税世帯である。
- ・介護者が高齢者と同居、もしくは隣地に居住するなど事実上同居に近い形で介護している。

¹¹ 一方、家族が療養保護士の資格を取得して家族にサービスを提供することも可能である。サービスを提供する者は、国家資格を取得してから、長期療養機関(日本の事業所)に所属する必要があると、給料などは所属している長期療養機関から支給される。

まり、2000年に17.3%であった高齢化率は、2017年には27.7%まで上昇した。また、2000年に1.36であった合計特殊出生率は2018年には1.42に少し改善されたものの、まだ人口の置き換え水準である2.07を大きく下回っており、このまま少子高齢化が進むと、労働力不足により将来の日本経済の成長が阻害されることが懸念されている。また、介護保険の総費用は2000年度の3.6兆円から2017年度には9.6兆円まで増加しており、国の財政を圧迫する要因になっている。また、65歳以上高齢者の保険料も第1期（2000～2002年度）の2,911円から第7期には5,869円（2018～2020年度）まで増加しており、高齢者の負担もますます大きくなっている。高齢者の所得水準を考えると保険料の引き上げは限界に近づいていると言えるだろう。

そこで、ドイツや韓国が導入している現金給付を日本に導入することは労働力の確保や財政の支出抑制という面からある程度効果があるかも知れない。現在の日本の介護保険制度は、介護ができる家族（配偶者、子など）がいる場合でも、介護保険制度を通じて1割¹²の自己負担で家族以外の他人から介護してもらう仕組みである。つまり、「介護保険」という制度に加入（40歳を超えると自動的に）することにより介護というサービスが必要になったときに、等級別の上限額はあるものの介護というサービスを9割割引された金額で購入でき、そこから効用が得られる。この効用は制度を利用したからこそ得られるものであり、家族に対する現金給付が実施されていない状況の中で、その大きさは家族から同じサービスを提供してもらった時の効用の大きさを大きく上回る。その結果、介護保険制度に対する需要は増える一方、家族介護に対する需要は減ることになる。しかしながら家族介護に対して現金給付を支給すると、両者の間に発生していた効用の格差が縮まり、家族で介護が可能な家庭もあることを踏まえれば家族以外の他人に偏っていた需要の一部は家族に戻るようになるだろう。たとえば、家族介護に対する現金給付が現物給付の水準に至らなくても、家族から介護をしてもらうことの効用がその差をある程度縮めてくれると考えられる。

しかしながら家族介護に対する現金給付があまり効果的ではない場合も存在する。たとえば、日本の離島・僻地など過疎地域は、高齢化率が高く、介護サービスが提供できる家族もいない世帯がそもそも多いので、家族介護に対する現金給付のメリットを生かすことはなかなか難しいだろう。

また、被保険者の範囲についても検討すべきである。介護保険創設時に介護保険の被保険者を40歳以上とした理由は、①40歳以上になれば、初老期における認知症や脳卒中などの加齢に伴う疾病による介護ニーズ発生の可能性が高くなることと、②40歳以上になれば自らの親も介護を必要とする可能性が高くなるので、費用を負担しても理解を得られることであつた。しかしながら、高齢化はさらに進んでおり、高齢者の負担や給付費が増加し続けている現実を考慮すると、支え手である被保険者の拡大を考える必要があり、議論を十分に尽くすべきである。

¹² 2015年の8月から、65歳以上の所得上位20%にあたる合計所得金額が160万円以上の方が、介護保険のサービスを利用する時の自己負担割合は2割に引き上げられた。また、2018年8月からは合計所得金額が220万円以上の方の自己負担割合が3割になった。

※「合計所得金額」とは、収入から公的年金等控除や給与所得控除、必要経費を控除した後で、基礎控除や人的控除等の控除をする前の所得金額である。また、長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除を控除した額で計算される。

5—おわりに

韓国で老人長期療養保険制度が施行されてから今年で 12 年目を迎えている。施行初期には人材や施設、そして認知度の不足などで制度がうまく動か懸念されたこともあったものの、何とか制度として定着することになった。老人長期療養保険制度に対する満足度調査では、サービスに対する満足度が高く現れたものの、この結果はサービスの質の高さの満足度というよりは、今までなかった制度が利用できるようになったことに対する満足度、制度が導入されたことによって一部の負担でサービスが利用できるようになった満足度がより大きかったのではないかと考えられる。

但し、問題がないわけではない。本文でも言及したように韓国の少子高齢化のスピードは他に類がないほど早く、老人長期療養保険制度の申請者や認定者数はこれから急速に増加することが予想されている。韓国は日本の制度を参考として財政的な負担を最小化する形で老人長期療養保険制度を導入したものの、今後制度の持続可能性を維持するためには新しい財源を確保するための工夫が必要である。韓国の老人長期療養保険制度に対する財政支出は 2017 年現在 5.8 兆ウォンで、これは同時期の GDP1,836 兆ウォンの 0.31%に過ぎない水準である。日本の介護保険総費用の対 GDP 比 1.76% (2017 年度) に比べるとかなり低い水準であることが分かる。このような韓国政府の低い財政支出は療養保護士など老人長期療養保険関連施設で働く労働者の賃金や処遇水準を低くした要因になっている可能性が高い。実際に、療養保護士の給付水準は最低賃金を少し上回る水準に過ぎない。多くの施設では週休手当を支給しないために 1 週間の労働時間を 15 時間未満に制限している¹³。また、退職金を払わないために勤続期間が 1 年になる前に雇用契約を打ち切るケースも頻繁にある。そこで、将来的により安定的な労働力を供給するためには、また多くの若者が老人長期療養保険関連施設で働くようにするためには、療養保護士など老人長期療養保険のサービスを担当する労働者の処遇水準や勤務環境を改善する必要があり、そのために韓国政府は新しい財源を確保し政府支出を増やす必要がある。

また、施設の会計不正も次々と発覚している。不正を起こした施設の理事長等は実際には働かない家族を療養保護士として登録し、給料を支払っていた。また多くの施設の理事長は、法人のお金でマンションや車を購入したり、量・質ともに十分ではない食事を提供することにより浮いたお金を流用していた。まだすべての実態が把握されていないものの、2018 年末に韓国を騒がせた私立幼稚園の会計不正事件より深刻であるだろうと推測されている。

施設のサービスの質も問題である。老人長期療養保険制度が導入されてから施設数は急速に増えたものの、サービスの質はまだ隔離と統制の水準に止まっている。そして、施設の安全管理も不十分である。最近では施設で大型火災が頻繁に起きており、大事な人の命が失われた。火災の原因としてはスプリンクラーが設置されていないことなどが指摘された。そこで、今後はサービスの先進化や質的水準を向上する等利用者がサービスの質に対しても満足できるように、さらにより安全にサービスが利用できるように努力すべきである。

¹³ 韓国では日本と異なり、週休手当の支給が義務化されている。週休手当とは、1 週間の規定された勤務日数をすべて満たした労働者に支給される有給休暇手当のことで、雇用形態に関係なく週 15 時間以上働いた場合に支給される。例えば、週 5 日勤務で一日 8 時間ずつ週 40 時間アルバイトをした場合は、週休日に働かなくても、一日分の日当を受けとることができる。また、週 5 日勤務で一日 3 時間ずつ週 15 時間アルバイトをした場合は「3 時間×時給」が支給される。

日本の介護保険制度を参考として導入された韓国の老人長期療養保険制度が様々な問題点を抱えながらも高齢者のための制度として定着しようとしている。日本の高齢者関連政策は韓国より成熟しており、韓国から学ぶことはあまりないかも知れない。しかしながら日本を上回るスピードで少子高齢化が進んでいる韓国社会に対する韓国政府の対策は、同じ悩みを抱えている日本にとっても参考になることはあるだろう。韓国政府が今後予想される急速な少子高齢化社会にどのように対応して行くのか関心を持って見守ってみよう。

参考文献

韓国語

- イゾンソク・イホヨン・ゴンジンヒ・ハンウンジョン(2014)「長期療養機関従事者の賃金及び勤労環境に関する実態調査」研究報告書 2014-10、国民健康保険公団健康保険政策研究院
- 韓国統計庁「人口動態統計」各年
- 韓国老人福祉中央会政策研究所（2012）「長期療養機関運営及び賃金実態変化に関する研究」
- 国民健康保険公団（2018）『2017年老人長期療養保険統計年報』
- 国民健康保険公団健康保険政策研究院(2016)「老人長期療養サービス利用度実態及び満足度調査」
- 国民健康保険公団・健康保険審査評価院)『健康保険統計年報』各年
- ソクゼウン（2015）「老人長期療養保険施行7年、韓国長期療養政策パラダイムの省察と転換」『韓国社会保障学会定期学術発表論文集』2015 巻1号
- ジョンウンハ・ジャンミンギョン（2012）「長期療養施設運営改善方案研究—受給者優先施設を中心に」ソウル特別市&ソウル福祉財団
- 老人長期療養保険制度ホームページ「老人長期療養保険等級判定結果現況資料（2015年8月基準）」

日本語

- 介護労働安定センター（2009）「平成19年度介護労働実態調査結果」
- 介護労働安定センター（2014）「平成25年度介護労働実態調査結果」
- 金明中（2009）「日・韓医療保険と介護保険制度に対する比較分析—制度の誕生と発展過程による分析—」、清家 篤・駒村康平編著(2009)『労働経済学の新展開』慶應義塾大学出版会
- 金明中（2009）「[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 REPORT 2009年7月号
- 金明中（2015）「[日韓比較 \(3\)：高齢化率 —2060年における日韓の高齢化率は両国共に39.9%—](#)」研究員の眼、2015年07月08日
- 金明中（2016）「[韓国における老人長期療養保険制度の現状や今後の課題—日本へのインプリケーションは？—](#)」基礎研レポート 2016年6月15日
- 齋藤香里（2013）「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』Autumn 2013, No. 184
- 内閣府（2015）『平成27年版高齢社会白書』
- 老人長期療養保険制度ホームページ「老人長期療養保険等級判定結果現況資料（2015年8月基準）」

英語

- OECD (2016) *Government at a glance 2019*