

之家」の建設を進めた。護理之家は2005年に255か所、14,072床あり<sup>26</sup>、2011年では423か所、28,476床ある。

在宅医療（居家照護）は、以前の公務員保険では給付対象、勤労者・農業従事者保険では対象外であったが、医療保険を一元化して1995年に発足した全民健康保険において給付対象となった<sup>27</sup>。台湾でも「慢性病床」と呼ばれるベッドの高齢者の長期入院が問題となり、その対応策の一つとして、介護制度に先行する形で全民健康保険の給付に含めたのである。

「長期照顧十年計画」に基づく介護制度は、県市政府に要介護認定を申請し、「要介護」であると認定された高齢者等が対象である。

施設介護と在宅介護サービスがあって、施設介護には医療型の長期介護施設（看護師が8時間勤務で24時間のケアを行う）および養護介護施設（看護師は昼間のみ）があり、これらの二施設は、全民健康保険とは別の「長期照顧十年計画」の下にある<sup>28</sup>。

在宅介護サービスには、訪問介護、訪問リハビリテーションがある。また、2002年から2007年まで試験的に低収入の重度認知症老人等を対象として実施したサービスでは、衛生署が入院の看護費（毎日1,500元）を給付した<sup>29</sup>。一方入院や介護サービスを利用せず、外国人介護者を雇用していない、家族介護をする低収入で重度の要介護者に対しては、2004年から老人特別介護手当（毎月5,000元）が給付されている。老人特別介護の受給については、社会局と衛生署にまたがり申請手続きが複雑という問題があるとされている<sup>30</sup>。2007年までは地方自治体の条例に基づく給付であったが、2007年に「中低収入老人特別照顧津貼發給辦法」が定められ、老人福利法に基づく給付になっている。

台湾の現状では、医療と介護の連携について、具体的な取組みが行われておらず、また韓国のように基本計画において中長期的課題としての認識が示されている段階でもない。しかしながら、慢性病床への老人の長期入院や、全民健康保険の医療保険給付と、長期照顧十年計画に基づく税財源による高齢者介護サービスの介護関係給付が存在している状況は、介護保険導入前の日本の状況と類似していることから、今後介護保険制度の具体化を検討していく中で日本の経験を参考とする可能性はあると考えられる。

## 6. 結論

韓国老人長期療養保険制度は、医療保険と同一の国民健康保険公団を保険者として発足した。老人長期療養保障法は、保健医療サービスとの連携を基本原則の一つとして定めている。制度創設前には、日本と同じように高齢者介護財政を医療保険財政から分離・運営

<sup>26</sup> 沈潔編著(2007)『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』ミネルヴァ書房 203頁以降

<sup>27</sup> 鄭文輝・朱澤民(2008)「台湾の医療保険制度」医療と社会、Vol. 18、150頁以降

<sup>28</sup> 「長期照顧十年計画」と全民健康保険は、制度的に全く別のものである。しかし、在宅療養が後者の給付の対象となっているなど、両者の関係が複雑な面もある。

<sup>29</sup> 低所得高齢者に対する「付き添い婦の補助金」があるとされるが、同一の制度かどうか不明。沈(2007)、207頁

<sup>30</sup> 陳真鳴(2007)「台湾の介護サービスとホームヘルパー」日本台湾学会報、第9号、219頁以降

するという発想や社会的入院についての問題意識がみられた。

長期療養保険制度の発足に際しては、長期療養保険の施設給付と医療保険の入院の負担均衡は図られたが、医療保険給付の範囲の見直し・長期療養保険への給付対象の移行は行われなかった。現実の保険給付においては、医療と老人長期療養の連携は進んでいないが、2012年の老人長期療養保険基本計画は、介護施設における協力医療機関と嘱託医診療活動に対する具体的基準の整備など入所施設内での医療連携機能強化を進めること、さらに中長期的には療養サービスの質の向上のため、療養保険において医療サービスを補完できる多様な代案を検討することを掲げており、今後中長期的な検討を行う中で日本における様々な医療と介護の連携促進策が参考とされる可能性があると考ええる。

一方台湾においては、現状では、医療と介護の連携について、具体的な取組みが行われておらず、また韓国のように基本計画において中長期的課題としての認識が示されている段階でもない。しかしながら、慢性病床への老人の長期入院や、全民健康保険の医療給付と、長期照顧十年計画に基づく税財源による高齢者介護サービスにおける介護関係の給付が存在している状況は、介護保険導入前の日本の状況と類似していることから、台湾においても、今後の介護保険制度の具体化を検討していく中で日本の経験を参考とする可能性はあると考えられる。

## 参考文献

1. 『高齢社会福祉ビジョン懇談会報告』(1994)
2. 沈潔編著(2007)『中華圏の高齢者福祉と介護ー中国・香港・台湾ー』ミネルヴァ書房
3. 陳真鳴(2007)「台湾の介護サービスとホームヘルパー」日本台湾学会報、第9号
4. 増田雅暢編著(2008)『世界の介護保障』法律文化社
5. 吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史[増補改訂版]』東洋経済新報社
6. 鄭文輝・朱澤民(2008)「台湾の医療保険制度」医療と社会、Vol.18
7. スンマン・クオン(2008)「韓国における高齢者の保険医療と所得に関する諸問題」海外社会保障研究、No. 163
8. 金道勲・権珍嬉(2008)「老人長期療養保険制度の制度化過程とその特徴」健保連海外医療保障、No. 79
9. 増田雅暢(2008)「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」上智大学社会福祉研究、第32号
10. 金貞任(2009)「韓国の介護保険制度」海外社会保障研究、No. 167
11. 林春植・宣賢奎・住居広土編著(2010)『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房
12. 宣賢奎(2010)「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」共栄大学研究論集、第8号
13. 孫珉景(2011)「韓国・老人長期療養保険制度の現金給付に関する一考察」佛教大学大学院紀要社会福祉学研究科篇、第39号
14. 韓国保健福祉家族部(2011)「長期療養保険統計年報」

## 5. 韓国における要介護高齢者介護の 社会化と家族介護者支援策

<分担研究者>

東京福祉大学社会福祉学部教授

金 貞任

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）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 24 年度報告書

## 韓国における要介護高齢者介護の社会化と家族介護者支援策

金 貞任（東京福祉大学社会福祉学部）

### はじめに

韓国の高齢化社会への突入は日本より遅れたが、65 歳以上人口が 2000 年に 7.2%を占め高齢化社会になり、2018 年には 14.3%で高齢社会となり、2026 年 20.8%で超高齢社会になることが予想されている（統計庁、2012）。高齢化社会から高齢社会への突入は、日本より遅れているが、そのスピードは日本よりも速い。

その一方、韓国では、家族が責任をもって老親を扶養することが伝統文化であり、そのような思想は人々の中に根差していた。しかし、社会経済発展とともに、1960 年代からスタートした二人っ子政策の結果、核家族化によって家族の規模が小さくなり、伝統的な家族扶養機能も弱まりつつある。要介護高齢者の介護放置や介護による家族の解体など、高齢者と家族を取り巻く家族や社会環境が急速に変化しており、高齢者の介護問題が深刻な社会問題となった。

このような状況の中で、急速な高齢化と少子化の影響と 2000 年日本の介護保険制度の施行の影響などにより、韓国の家族を中心とする高齢者介護の方式では家族が崩壊するという危機意識などが専門家と政府や政策決定者をめぐって急速に浮上した。

しかし、韓国は日本とは違い、要介護高齢者向けの公的サービスが主に生活保護者や低所得階層を対象に実施されていたので、施設サービスと在宅サービスが著しく立ち遅れているなど福祉サービスのインフラ整備が不十分な状況であった。そのような状況の中で、政府による介護保険制度の導入が福祉政策の目標となり、政治家、専門家、市民や利害団体などから多様な意見が噴出した。それにもかかわらず、市民・利益団体、専門委員会、与党や野党を囲み短期間の議論を終え、韓国の介護保険制度は 2008 年 7 月施行された。

韓国の介護保険法が施行され、5 年近くが経過した。同法に基づく介護サービスの利用は拡大しつつあり、介護保険法が家族介護者支援と高齢者介護の社会化の進展において果たしている役割は大きいと考えられる。しかし、介護保険法施行後も、介護を要する要介護高齢者の家族介護者をめぐる悲惨な事件が、多数報道されるなど家族介護者支援と高齢者介護の社会化を目指した介護保険法は問題を抱えている。

一方、家族等介護者をいかに評価し、どう支援するかなど家族介護問題は、韓国のみなら

ず、韓国の介護保険法施行の時に日本の介護保険法を参考にした日本にも重要な課題となっている。しかし、韓国の介護保険法施行の政策決定過程において、家族介護者支援と高齢者介護の社会化をめぐる政策議論がほとんど明らかにされていない。

そこで、高齢人口の急速な進行とともに家族介護形態が変化する中で、家族介護者を支援するとともに要介護高齢者の介護の社会化を目指した韓国の介護保険法について、本稿では、まず、韓国における介護保険法施行の政策決定過程における家族介護の位置付けについて概観する。次に、介護保険法施行の政策決定過程における家族介護者支援と関連があるサービス対象者と介護給付の是非をめぐる政策論議について体系的に示す。最後に、家族介護者支援策と関連がある現在の老人長期療養保険法（以下、介護保険法と称する）の目的と仕組みについて一瞥することを目的とした。

もって、以上の目的を明らかにすることにより、日本の介護保険制度が韓国の介護保険法施行に、どの程度直接影響を与えることが可能であったかの検討のための材料と手がかりを提供することが可能である。それとともに、今後日本の介護保険法の改正の際に役に立つことが可能であると考えられる。

## 1. 介護保険法の政策決定過程における家族介護者支援の位置付け

韓国の介護保険法の政策決定過程において、政治家、政策決定者、市民や利害団体、専門家などは、高齢者の介護の社会化の過程で、家族介護者支援についての位置付けは次の通りである。

まず、介護保険制度の導入について、予定通り導入する必要があると賛成した議論を中心に示す。

与党ヨルリンウリ党は、介護保険制度の早期導入に積極的に賛成した。与党ヨルリンウリ党は、大統領が介護保険制度の導入を大統領公約事業にしたこともあり、政府の意見とほとんど一致していた。ジャン・ヒャンスク議員は、家族介護支援について次のように発言した。

*看病・スバル問題は、老人のみが直面することではない。老人性疾病と障害により苦痛を受けているすべての国民のために、看病とスバルを社会的連帯原理に基づき政府と社会が共同で解決するために介護保険制度が必要である。(第262回国会定期会、保健福祉委員会会議記録、2006.9.18)*

すなわち、介護はすべての人々が直面する問題であり、高齢者のみならず障害者のために、社会の連帯による介護の社会化の必要性を主張していると言えるだろう。しかし、ジャン議員の発言には、家族や家族の介護負担などに関する指摘は見当たらない。

一方、野党のハンナラ党は、2006年5月地方選挙を目前に大韓老人会を訪問した。その時、大韓老人会からの介護保険法の早期実施のための法案成立の要求を受け入れた。しか

し、財政問題、福祉サービスのインフラ整備などについては、ハンナラ党内では、意見が多少異なっていた。アン・ミョンオク議員は、次のように発言した。

*認知症など老人性疾患と障害により苦痛を受けている国民に保健医療、福祉サービスを提供することにより、家族と社会の安寧を誘導する立場から介護保険法案を提出した。(2006.9.18)*

すなわち、アン・ミョンオク議員は、サービス対象者を介護が必要な高齢者のみならず障害者を対象にしており、介護の社会化が家族のみならず社会のためにも必要であり、家族介護支援策として介護保険制度の導入が必要であると読み取れる。

次に、市民団体と利益団体は、基本的に介護保険制度の導入に賛成していたが、家族介護者の支援策としては、それぞれ主張内容が異なっていた。大韓老人会の安・ピルジュン会長は、東アジア地域専門家会議のシンポジウムの時、次のように介護保険制度の早期導入の必要性を訴えた。

*我が国の老人たちは、貧しい時代を経験しており、子どもの教育などにお金を使ってしまい、老後準備のための貯金をすることができなかった。私たち高齢者は、自分の親のために介護や扶養をすることを当たり前だと思ったが、時代は変わった。介護が必要であっても、介護してくれない子どももいるし、親を捨てることもあるし、介護のために家が崩壊する場合もある。我が国では、介護インフラ整備ができてないとか、財政が足りないとかなどの理由で介護保険制度の導入を遅らせるような動きがある。いくら準備しても介護保険制度を完璧にすることはできない。私たちが生きている間に、介護サービスを受けたい。予定通りに、介護保険制度を実施する必要がある……。 (ソウル市で開催された東アジア地域の高齢化専門家会議の時、アンピルジュン会長の発表を筆者が日本語に通訳し、その時の記憶により記録)。*

このように大韓老人会では、家族の介護機能が欠如していることを指摘し、高齢者が安心して介護を受ける権利を主張し、予定通り公的サービスの施行を促した。

国会審議過程では、サービス対象者を8万人から16万人に拡大し、高齢者の経済的負担を緩和する観点から法案が通過した。

公的老人療養保障推進企画団(2004)と公的老人療養保障制度実行委員会(2005)は、介護保険制度の導入の必要性として、次のように示した。

まず、急速な高齢化とともに認知症と脳梗塞などによる身体機能の麻痺など介護が必要な高齢者が増加したこと(65歳以上の人口は、2004年62万人→07年72万人→2010年79万人→2020年に114万人になると予測)。次に、核家族化(独居高齢者と高齢者のみ世帯が95年36.6%から2000年44.9%に増加)と女性の社会参加の増加、要介護期間の長期化(平均2年)による家族の介護が限界に達したこと(認知症老人の殺害事件、老親遺棄事件、家庭破綻)。それに次いで、中産階層と庶民が利用できる介護施設が絶対的に不足

していること（入所施設の充足率が31%、在宅サービスの充足率が4.7%であり）。最後に、サービス利用負担が高額であること（一月に、療養施設が32~70万ウォン、有料・療養病院が100~250万ウォン、中産階層の2年間サービス利用負担が1680~6000万ウォン）。

保健福祉委員会と政府の高齢者専門委員に（2006.9）でも、介護保険制度の早期導入の理由として、核家族化と女性の社会参加などにより高齢者の介護負担が重くなることを指摘した。

次に、介護保険制度の早期導入について、反対立場を表明した各団体の家族介護支援の位置付けに関する議論を中心に示す。

市民団体である経済正義実践市民連合（キョンシルヨン）は、介護保険制度の導入について、次のように表明した。

*我が国における高齢化問題は・・・(中略) 急速な人口高齢化により、認知、麻痺など要介護高齢者が増加しており、医療費負担が社会問題になっている。家族の高齢者の扶養機能が持続的に弱くなっている中で、高齢者の介護問題が老後の大きな不安要因である。介護保障制度は、介護が必要な高齢者に対して国家と社会が責任を持ってしなければならない。介護保険制度は、高齢化社会を準備する解決方法であることは間違いない。(2006.2.9)*

キョンシルヨンは、家族の高齢者の介護や扶養機能が弱くなっており、高齢者の介護を家族に頼ることは不安であると位置付けていることが読み取れる。

しかし、キョンシルヨンは、介護保険制度の早期導入について、次のように反対する立場を表明した。

*介護保険制度の制定は、高齢者の介護をこれ以上家族に依存することができないという切羽詰まった問題意識から出発した。それにも関わらず、介護保険の施行の最初年度対象者が85千人、2010年に166千人で高齢者の5%未満の中重症のみを対象にするのは、本制度の趣旨と異なる制度である。全国民から保険料を徴取しながら・・・(中略)。(2006. 2. 9)*

キョンシルレンは、介護保険制度が介護の社会化を目指しているのにもかかわらず、サービスの対象者が高齢者の5%に設定することは、介護の社会化ではないということであるだろう。

参与連帯は、高齢化の急速な進展と家族スバル（介護）機能の弱化により老人スバル保険制度の導入が必要であるが、政府の老人スバル（介護）保険制度が不十分であるのでその導入に反対する意見書を国会保健福祉委員会に提出した。家族介護支援と関連する内容は、次の通りである。

「政府は、老人スバル保険制度を実施する 2008 年には、老人の 1.7% (1・2 等級)、2010 年には 3% (1・2・3 等級) を対象にサービスを提供することを目標としている。既存の研究結果によると、老人の中で介護ニーズがある者が 8% である。東京都は 65 歳以上の高齢者の 16% が介護保険給付の対象であり、韓国はそれらに比べると非常に制限されている。介護保険法の趣旨であれば、64 歳未満の障害者も日常生活の独立的遂行が困難であるので、当然法の対象にならなければならない。(中略)」(2006. 10. 24)

参与連帯は、家族の介護機能が弱くなっているので介護保険制度の導入が必要であるが、サービス対象が制限されているので、家族介護支援策として全国民の介護の社会化を目指していないことを指摘している。

参与連帯は、公的施設が絶対的に不足な状態で制度が早期に実施されると、サービスが民間施設を中心に提供される可能性が高く、その場合サービス自己負担が高く設定されることとサービスの質が低くなる可能性があり、高齢者の負担が重くなることを指摘した。

## 2. サービス対象者と介護給付の是非をめぐる賛否議論

家族介護支援対策と直接関連がある財政負担、給付対象者と給付の種類に関しては、次の内容が議論の争点になっていた。

第 1 に、介護給付対象者に関して、保健福祉部は「公的老人療養保障企画団」を設置し、障害者を対象にするかどうかに関して議論したが、結論に至ることができず(保健福祉部・推進企画団、2004)、「公的老人療養保障制度実行委員会」に意見の収斂を求めた(保健福祉部・公的老人保障制度実行委員会、2005)。大韓老人会、実行委員会と政府は、政府の財政が充実していないことを理由に、対象者を高齢者に限定し、障害者は他の対策を講じる必要があると言及した。しかし、野党議員と市民団体などは、障害者を除外することは障害者を差別することであると反対した。野党のジャン・ヒャンスク議員は、障害者を除外することについて次のように主張した。

障害者を除外し、高齢者のみを対象に法を実施することは、この制度が未完成であることを意味する・・・(省略)。老人性疾病と障害により苦痛を受けるいるすべての国民に対する・・・介護や看護を提供するために制度を導入する必要がある。」(第 262 回国会定期会議、保健福祉会議録、2006. 9. 18)

ジャン・ヤンスク議員は、老人性疾病と障害者など介護や看護が必要な全国民が介護の対象になることを主張した。

市民団体である参与連帯は、次のように国会保健福祉委員会に意見書を提出した。

既存の 4 大保険は、適応対象者と給付対象者をともに拡大したので国民の不満が少なかった。しかし、介護保険制度の被保険者は全国民であり、給付対象者を少数の重中度以上の高齢者に制限した。世代間の

連帯の特殊性を考慮しても、介護に対する給付の普遍性の側面で問題がある。(2006. 10. 24)

参与連帯は、被保険者は全国民でありながら、給付対象者を重中度の高齢者に限定することは、保険制度の普遍性に不統一することであることを主張した。

第2に、公私の財政負担に関して、政府と市民団体の意見は異なっていた。政府は、最初から国の財政負担を30~40%にすることに始終一貫した態度で臨んだ。しかし、市民団体などは、介護保険制度に対する国の責任を強化する必要があると主張し、国が全体費用の50%を負担することを法に明記する必要があると主張した。特に、参与連帯は、介護保険制度法案では、国家は大統領令の定めにより予算の範囲内で費用の一部を負担するようになっており、国の負担が明示されていないことを問題とし、国の介護保険制度の財政負担を50%にする必要があると主張した。野党のヒョン・エジャ議員は、国民に一方的に責任を転嫁し、国が消極的に負担することをやめ、国が50%を負担する必要があると発言した(第262回国会定期会、保健福祉部会議記録、2006. 9. 18)。

韓国経営者総協会は、政府の介護保険法案に2015年まで財政確保が示されているが、高齢化が急速に進行することが予定されている2015年以降の財政確保が明らかにされていないという理由で介護保険制度の早期導入について反対意見を表明した(韓国日報、2005. 12. 14)。

第3に、介護サービス利用者の自己負担に関しては、政府案が20%あるのに対して、キョンシルヨン、女性団体連合と参与連帯は、高齢者と低所得層がそれらを負担することが困難であり、自己負担を段階的に低くする必要があると主張した。参与連帯は、結果的に介護保険制度が本来の機能を果たすことが難しいことを危惧しており、参与連帯の国会保健福祉委員会に提出した意見書の内容は、次の通りである。

日本は自己負担率が10%、ドイツは給付限度額を設定しサービス高利用の防止をしており、政府の介護保険法案は利用限度額を設定し、自己負担率が20%で高く設定しており、低所得者高齢者が介護認定を受けても自己負担のため、サービス利用ができないだろう。介護サービス利用が長期化されることを考慮すると、20%自己負担率は、サービス利用に深刻な障害要因として作用するだろう。(2006. 10. 24)

低所得階層の自己負担率の20%は高いが、一般階層の自己負担率の高低についての議論がほとんど見当たらない。これらの意見に対して政府案は、生活保護者は無料でサービス利用が可能であり、低所得者は10%自己負担でサービスの利用ができるため、自己負担ができずサービス利用ができない者はいないと説明した。

第4に、介護給付の種類に関しては、大きな意見の差が見当たらない。高齢者老人保険法案(2006.9)によると、4人の議員(チョン・ヒョングン議員、アン・ミョンオク議員、キム・チュンジン議員、ヒョン・エンジャ議員)が提案する介護給付は、在宅介護と施設から構成されている。在宅給付としては、4議員の共通案は、訪問介護、看護、入浴、リハビリ、デイサービス、ショートステイ、福祉用具の貸与が含まれている。一方、在宅

介護の種類として、アン・ミョンオク議員は有料介護施設を含み、ホン・エジャ議員は、予防リハビリ給与と住宅環境改善を含む案を提出した。施設給付の4人の議員の共通案では、老人療養施設とグループホームを含んでいるが、アン・ミョンオク議員は有料老人ホームを、キム・チュンジン議員は障害者生活施設を含む案を提出した。

以上のように、4人の議員がまとめた介護給付案では、在宅介護のデイサービスと住宅改修が除外されており、入所施設の老人保健施設と介護療養保険施設が含まれていない。

第5に、家族介護者の現金給付に関しては、次のような様々な観点からの意見が出されたが、一定の方向性は出されなかった。公的老人療養保障推進企画団（2004年）は、家族を支援するために在宅サービスの多様化を目指す方向として、家族の介護サービスの選択の幅を広げるために現金給付を提案した。

国会両性平等フォーラムによる「政府の老人スバル保険の現金給付制度の導入による政策討論会」では（福祉タイム誌、2006.7.21）、現金給付に関して意見が分かっていた。現金給付を賛成する側は、インフラ整備の不足、財政節約、多様なサービス選択権の提供、介護労働の有償のなどの理由で現金給付の導入を積極的に導入する必要があると主張した。健康セサネットワークのジョ・キョンエは、次のように述べた。

*最近公聴会及び調査結果によると、老人の選択権及びインフラ不足問題、財政節約などのために現金給付の実施が妥当であるという意見が多数である。家族のスバル、女性の介護労働に関する価値を認め、介護労働を社会化する観点とサービス利用の壁を緩和し、サービス利用者を拡大する側面からサービス利用が必要である。（2006.7.21）*

一方、現金給付に反対する側は、女性の社会参加を抑制し、公的インフラの未充実、低所得家庭の所得補償の手段になるなどを挙げた。韓国女性団体連合のナムユン・インスン は、次のように主張した。

*女性の無給労働を認定する論理は、女性の社会参加を抑制する要因となり、結果的に質が低いサービスを招くようになる。（2006.7.21）*

保健福祉部も現金給付について、反対立場を表明した。保健福祉部政策官のバク・ハジョンは次のように述べた。

*既存の健康保険に老人スバル保険料を上乗せ・・・保守的に設計・・・（省略）。年金を受給する老人が少ないわが国では、・・・（省略）老人は生活が困難な子どもの立場を考慮し、結果的に低所得層の所得補償制度に変質する可能性が大きい。（2006.7.21）*

討論会を主催したヨルリンウリ党のキム・チュンジン議員は、混合方式の現金給付導入、

おむつなど消耗品は現物で支給、家族介護者の年金保険料を保険で負担、家族介護サービスに関する管理監督体制準備などの法案を提出予定であると示した。

### 3. 介護保険制度の施行の目的と枠組み

介護保険制度の目的（第1章1節）は、高齢又は老人性疾病などの理由により日常生活を一人ですることが困難な老人などに身体活動、又は家事支援など長期介護を提供し、老後の健康増進及び生活安定ができるようにし、その家族の負担を軽くすることにより国民の生活の質を向上することを目的とする社会保険制度である。すなわち、介護保険制度の目的として、社会保険によって介護を社会化することにより家族の介護負担の軽減を図ることが読み取れる。

介護保険法施行に向けて推移をみると、2001年8月に高齢化時代に備え、老人長期療養制度の導入を発表した。2003年3月から2004年2月に公的老人療養保障制の企画団を作り、2004年3月から2005年2月まで公的老人療養制度の実行委員会を設置した。2005年7月から2008年6月まで3回にかけてモデル事業を実施した。3回のモデル事業の1回目は、2005年7月から2006年3月まで6地域において実施された。2回目のモデル事業は、2006年4月から2007年4月まで8地域において実施し、3回目は2007年5月から2008年6月まで13地域において実施された。

介護保険制度に関する政府案が国会に提出された後、2006年11月公聴会の開催、利害関係者との意見交換会の実施、数回にわたる法案審議、政治経済関係者、専門家、関連協会会長を招き全国8地域で討論会を開催した。そこで意見の一致を得た後、介護保険法案が国会に提出され2007年2月末上院委を通過し、本会議において4月2日法案が可決された（国会保健福祉委員会法案審査小委、2007）。したがって、韓国における介護保険法（老人長期療養保険法）は、2008年7月から施行された。介護保険法案が可決された後、主要マスコミ関係者は、介護保険制度の準備不足、ヘルパー養成体制の整備の不足、財政安定の恐れ、介護施設不足などを報道した（保健福祉部、2008）。

保険者は、保険制度の一元化及び制度運営の公理化を図るために国民健康保険公団になっている。韓国は日本と異なり、地域格差が大きく、市町村が介護保険料で保険者の役割を担うことが困難であることも挙げられる。

介護給付費の財政構成は、公費は20%と生活保護者と低所得者の自己負担、在宅サービス利用者の自己負担が15%、施設利用者が20%、介護保険料が50%で成り立っている。この介護保険料は、国民健康保険料の10%未満とすることが介護保険法に定まっており、2008年の介護保険料は、4.05%だったが、2011年には6.55%に上昇した。

被保険者は、国民健康保険の加入者であり（第7条第3項）、それらは法律上被保険者として加入が義務付けられた。ただし、医療給付の受給者である生活保護者は健康保険と介護保険への加入が除外されているが、国家及び自治体の負担により介護保険の給付の対象

となる（第 12 条）。

介護給付の対象者は、65 歳以上の高齢者と 65 歳未満の認知症・脳血管性疾患など老人性疾病を有する者であり、6 カ月以上一人で日常生活を遂行することが困難であると認められた者である。65 歳未満の障害者は、除外対象となり、65 歳以上の高齢者の介護の社会化を目指したのである。

サービス利用の手続きとして、申請者（本人又は家族や親戚又は利害関係者）は、公団支社の窓口で申請をするが、その際には医師に所見書が必要である。調査者は、原則的に公団の職員であり（教育を終えた看護師、社会福祉士など）、訪問調査をするようになっている。調査項目は、日常生活動作能力、認知機能、行動変化、看護処置、リハビリ領域など 5 領域の 52 項目からなり、日本よりも簡略化されている。判定基準は、申請人の機能状態と必要とされる介護サービス時間を考慮し介護点数に基づき認定をする。要介護認定は 1 等級（日本の要介護 5 に当たる）から 3 等級まであり、日本より少ない。要介護認定に異議がある申請者は、処分がある日から 90 日以内に申し立てが可能である。

表 1 介護度認定基準

53 点未満	53~75 点未満	75~95 点未満	95 点以上
認定除外	3 等級	2 等級	1 等級

介護サービスは、施設サービス、在宅サービス、現金給付から構成されており、それぞれサービス内容と自己負担は、次の表 2 の通りである。

在宅サービスは、1 等級から 3 等級まで利用可能であり、6 種類の在宅サービスが受けられるが自己負担額が 15% である。施設サービスは、1 等級と 2 等級しか利用できず、利用可能な入所サービスは 2 種類であり、自己負担額が 20% である。ただし、施設利用者は、食事材料費、理美容費用、日常生活に必要な生活必需品、個室と 2 人部屋は全額自己負担となっている。これらの発想は日本と同じく、介護症状が重い方は施設で介護するが、介護症状が軽い方は在宅で家族が介護サービスを利用しながら介護することを意味する。自己負担に関して、生活保護者は全額公費で賄が、低所得者は、介護保険法 40 条などにより自己負担額の 50% でサービスが利用可能である。すなわち、高齢者の介護の社会化を目指すのが、介護サービスの種類の制限と要介護度が軽い方は家族も介護の責任を取ってもらうことを意味するだろう。

現金給付は、特別手当と家族手当に構成される。特別手当は、山村・漁村の僻地の要介護者の家族が介護サービスを利用せず介護すると、家族に対して月 15 万ウォンが給付される。家族手当は、同居家族と別居家族が介護資格を持っており、要介護者を介護すると支給される。介護保険法改正により、2011 年 8 月から同居・別居家族の介護資格者の介護提供時間は、1 日 90 分から 60 分、月 30 日から 20 日まで制限された。ただし、要介護者が認知症による暴力、被害妄想、不適切な性的行動の場合と、要介護者の 65 歳以上の配偶者

の介護は1日90分まで認めることとなった。これらの改正は、家族介護資格者の介護提供率は、2010年12月訪問介護の49%を占めており、今後も増加が予測され、女性の社会参加率の促進と家族介護者の不正を予防するためである。家族介護者の資格者が要介護者に介護を提供する場合、他の職業があり、1日8時間、月20日未満（合計勤務時間が160時間未満）である場合は、家族手当が支給される。

療養病院付添費用は、要介護者が老人専門病院又は療養病院に入院した時、介護のために必要な介護付添い費用の一部を支給する。ただし、療養病院付添費用は療養病院の未整備、療養施設の発展、介護保険財政の確保のため、家族に給付されていないのが現状である。

表2 介護サービス給付

施設サービス (20%自己負担)	介護療養施設（老人療養、軽費療養、有料療養、老人専門療養、有料専門療養施設を統合）
	老人療養共同生活家庭
在宅サービス (15%自己負担)	訪問介護
	訪問看護
	訪問入浴
在宅サービス (15%自己負担、続き)	週夜間療養介護；デイケア
	短期介護：ショートステイ
	福祉用具
現金給付	同居・別居家族が介護資格なし：月15万ウォン；特別手当：山村、離島等の僻地の在宅サービスにアクセスが困難：
	同居家族が介護資格者：月36万～87万ウォン
	別居家族が介護資格者：月56万～87万ウォン
	療養病院付添手当：老人専門病院又は療養病院に入院した時、介護付添い費用の一部の支給（実施未定）

注：老人療養共同生活家庭には、日本と異なり、認知症高齢者のみならず介護が必要な高齢者も入所可能である。筆者が作成

介護サービス給付に関して、サービス利用限度額は表3の通りであり、要介護度が重いほど高く、在宅サービス給付よりも施設サービス給付の利用限度額が高く設定されている。在宅給付月限度額は訪問介護、訪問入浴、訪問看護、昼夜の保護、ショートステイの給付を利用する場合に適用され、訪問介護や訪問看護の遠距離交通費、訪問看護指示書の発行費用、福祉用具給付費用は含まれていない。

受給者が家族療養費などの特別現金給付を受けて在宅サービス給付を利用した場合などには、月利用限度額で支給された特別現金給付額を除いた金額の範囲内で在宅サービス給

付を利用することが可能である。

入所施設給付費は、長期療養評価と給付提供日数を基準に算定し、個人衛生、入浴などの身体活動支援、介護などの日常生活支援、療養管理、趣味、娯楽、運動、介護、生活指導、日常動作訓練、機能訓練、その他の福祉サービス等入所施設で生活するために必要諸費用は別途算定しない。

表3 サービス給付の利用限度額（ウォン）

サービス給付／等級	1 等級	2 等級	3 等級
在宅サービス（月）	1,140,600	100,3700	878,000
老人療養施設；日	38,610	34,980	31,340
老人療養（短期保護から転換）；日	43,300	39,600	35,900
老人専門療養；日	48,900	45,290	41,670
老人療養共同施設；日	48,900	45,290	41,670

注：筆者が作成

「長期療養給付費等に関する告示」の改正案公布・家族療養保護費関連の改正規定は、8月1日から施行」2011年 保健福祉部（長官ジンスフイ）は「長期療養給付費等に関する告示」の改正案行政予告と改正の内容についての意見集約の結果などを検討して、告示改正案を確定し、公布した。

在宅サービスの訪問看護、入浴など在宅サービスは、利用の合理化を図るために、2011年7月から施行された。訪問看護事業所のみある農漁村などの地域の要介護者の介護サービス提供者には、介護事業所に遠距離交通費を補助（1訪問あたり3,000～12,000ウォン）し、訪問入浴の支給基準を「時間から"回数"」に変更し、月利用回数を制限することにより要介護高齢者の健康状態に合ったサービス提供し、サービス死角地帯の解消に努めた。

また、昼、夜間の介護は、サービス利用者の都合による未利用に関して、給付日の50%まで補償が可能とし、介護事業所の安定的運営と利用者の持続的利用を介して長期療養サービスの予防的効果を強化するようにした。

#### 4. まとめ

本稿では、要介護高齢者介護の社会化と家族介護者支援策に関し、2008年7月韓国の介護保険法施行をめぐる政策決定過程を概観し、現在施行されている介護保険法を紹介した。その結果、以下のことが明らかにされた。

第1に、家族介護者支援策の位置付けに関して、介護者支援と高齢者の介護を受ける権利が明確に議論された。少子化と核家族化による家族機能の変化したこと、介護による家族の解体、介護放棄などの現状に関しては、政府、与野党、市民・利益団体、専門家の意

見が一致していることが示唆された。しかし、介護保険法施行の時期に関しては、福祉インフラ整備と財政の問題から、市民団体と専門家から介護保険制度の早期導入に反対する意見があったものの、政府と与野党、韓国老人会の強い意志により、介護保険制度が政府の予定よりも1年遅れて2008年7月からスタートした。

第2に、政策決定過程における家族介護者支援と関連があるサービス対象者と介護給付など是非をめぐる政策論議では、次のようなことが示された。

①サービス対象者に関して、高齢者と障害者の介護が必要なすべての国民を対象にするか、高齢者のみを対象にするかということが焦点になったが、福祉インフラ整備や保険財政の問題などにより主に高齢者が対象となった。しかし、被保険者が全国民であることを考慮すると、いずれか障害者をどうするかが議論の対象になることは間違いない。

②サービス利用者の自己負担率が議論の対象となったが、政府の生活保護者の無料利用と低所得者の50%負担でサービスが利用可能となった。韓国の高齢者のほとんどに年金受給の資格がないことを考慮すると、要介護高齢者や家族介護者が介護による経済的負担をどの程度認知するかがサービス利用のカギになるだろう。

③介護給付の種類に関しては、大きな意見の差がほとんどなく、介護サービスの選択肢が増え、多様化が促進されるものと考えられる。しかし、高齢者の生活機能の維持と家族介護者の支援の観点から、デイサービスと自宅の状況などからデイケアサービスでの入浴サービスが選択できる多様な支援政策が積極的に設けられる必要がある。今後高齢社会から超高齢社会に至る期間のスピードが速いことから、福祉インフラ整備の側面から日本で最も力を入れている地域密着型サービスをどのように整備していくかが重要である。

④家族介護者の介護労働に関する現金給付に関しては、女性に家族介護を担うことを余儀なくされ、社会参加を抑制するとともに要介護高齢者に質の高い介護を提供することが困難であるという批判があった。一方で、介護を選択する家族介護者の無償労働を有償労働としての保障とともに保険財政の節約などの観点から現金給付をすべきとの意見が出された。結果的に、介護資格者の家族介護者には現金給付が選択肢となったが、ホームヘルパーとの給料の公平性の観点からサービス提供の時間と期間が改正の対象となった。今回は、介護者としての地位に基き社会保障の権利が議論の対象にならなかったが、介護期間に就労できない家族等への年金拠出上の配慮措置が検討課題となる時期である。

今後は、高齢者の介護の社会化と家族介護者の支援策として介護保険制度が、どの程度効果があるかを科学的な手法に基づき分析・検証し、総合的な観点から示す必要がある。

## 参考文献

- 介護保険制度課、2011.6、『長期療養給与費用などに関する改正案公布・家族介護者に関連した改正規定は8月1日から施行』
- キョンシルヨン、2006『<声明>政府の老人スバル保険法案に関するキョンシルヨンの立場』(2006.2.9)
- 金 貞任、2005、韓国の介護保険制度の導入、『保健の科学』47
- \_\_\_\_\_、2008、韓国の介護保障、増田雅暢編著『韓国の介護保障』法律文化社
- \_\_\_\_\_、2009、韓国の介護保険制度、『海外社会保障研究』、167
- 金ヘンヨル、モジファオン、オセヨン、2010、老人療養保険制度の政策決定過程の分析  
政策ネットワーク理論を中心に一、社会研究 19 (1) 69-104.  
[http://www.ksrc.or.kr/~socialissues/content/vol\\_19/03\\_kimmooh.pdf](http://www.ksrc.or.kr/~socialissues/content/vol_19/03_kimmooh.pdf)
- 公的老人療養保障推進企画団、2004. 2、『公的老人療養保障体系最終報告』
- 公的老人療養保障推進企画団、2004. 2、『公的老人療養保障体系最終報告集』
- 公的老人療養保障推進企画団、2004『公的老人療養保障体制開発研究』
- 保健福祉部、公的老人療養保障制度実行委員会、2005、『公的老人療養保障制度の実施と  
モデル開発研究』
- 保健福祉部、2005、『老人スバル保険法の制定のための公聴会資料集』
- \_\_\_\_\_、2013 ホームページ  
(<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/> (2013.3.18))
- 保健福祉家族部、2009、『老人長期療養保険施行1周年の成果と今後の課題』
- \_\_\_\_\_、2009、『老人長期療養保険1周年主要統計現況』
- 保健福祉部、2007、『老人長期療養保険制度政策資料集 (I~III)』
- 保健福祉部、老人長期療養保険政策企画団、2001『老人長期療養保障総合対策法案』
- 保健福祉部、老人長期療養保険政策企画団、2004『公的老人療養保障体系開発研究 (I,  
II)』
- 保健福祉部 (療養保険指導課)、2011. 7『長期療養給付費等に関する告示』
- 参与連帯、2006.10.24、政府老人スバル保険制度の不十分な導入に関する反対する意見  
書提出」報道資料専門通信社ニュース  
(<http://www.newswire.co.kr/newsRead.php?no=197114> (2013.3.20))
- 増田雅暢、2007、韓国における介護保険制度の創設、『月間福祉』2007年12月号～2008  
年2月号
- リュ・ソンキョン、シン・キソプ、2004.9.『国内公的長期看病保険制度導入に関する  
研究—公私補完モデル導入を中心に』保険開発研究、15 (2) 105-144
- 国会両性平等フォーラムによる「政府の老人スバル保険の現金給付制度の導入による政  
策討論会」では(福祉タイム誌、2006.7.21)

6. わが国における所得格差の動向と韓国・台湾  
との比較—1985年から2009年にかけて—

Trends of Income Distribution in Japan ;  
comparison with Korea and Taiwan: From  
mid-1980s to last-2000s

<研究代表者>

国立社会保障・人口問題研究所  
国際関係部第2室長

小島 克久

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）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 24 年度報告書

わが国における所得格差の動向と韓国・台湾との比較

—1985 年から 2009 年にかけて—

小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

### 要旨

近年、所得格差や低所得に関する議論が盛んである。所得格差の存在は、社会保障の財源となる税や社会保険料の負担能力の格差につながるため、経済的な多様性に配慮した負担のあり方等を考える必要がある。そのための基礎的な議論として、2000 年代に入ってから所得格差の動きを的確に把握する必要がある。そこで、厚生労働省「国民生活基礎調査」個票の再集計を行い、わが国の所得格差の動向に関する分析を、1985 年から 2009 年について行った。また、韓国と台湾との比較も行った。その結果、わが国の所得格差は、2000 年から安定傾向にあるが、2003 年から 2009 年に限ると、若干の拡大傾向（ジニ係数で 2003 年の 0.321 から 2009 年の 0.336）にある。しかし、高齢化が所得格差を拡大させる力を有しており、今後の動きを注視する必要がある。このことは、高齢者を中心に、税や社会保険料の能力の高い集団とそうでない集団が存在し、所得格差を考慮した社会保障財源の負担のあり方を考える必要がある。また、税や社会保障による所得再分配効果は家族構成等により異なり、高齢者ではその効果は大きい、無職世帯やひとり親世帯ではある程度にとどまる。こうした所得格差の拡大は、韓国や台湾でも見られる。介護制度の創設において、高齢者や国民一般の所得格差を配慮した自己負担の水準のあり方を検討することは、介護制度を利用しやすくするためには不可欠である。また、こうした制度の利用を躊躇させないためにも、過度な経済格差の拡大をさせないような施策が不可欠である。

# **Study on the policy formation process on long term care in the East Asia:**

**Report for Fiscal 2012 (Study Supported by the Health Science Research Grants  
from the Ministry of Health, Labour and Welfare  
(Study Project for Promotion of Policy Sciences)**

## **Trends of Income Distribution in Japan ;comparison with Korea and Taiwan: From mid-1980s to last-2000s <sup>1</sup>**

Katsuhisa Kojima, National Institute of Population and Social Security Research

### **1. Introduction**

The living standard of Japanese has improved as a result of the rapid economic growth since the second half of the 1960s. Since then, Japan has been regarded to be "Society of Equality" with small income differences. However, Tachibanaki (1998) pointed out that while the degree of income distribution in Japan had remained rather equal in the first 30 years after the WW2, it has started to become unequal from the early 1980's. International comparison shows that Japan belongs to the group with greater inequality comparing the Scandinavian countries (e.g., Sweden) and the some European countries (Germany and the Netherlands). Based on these facts, Tachibanaki concluded: The degree of income distribution in Japan is not as equal as we had believed. This conclusion makes us expect that the "equality" myth would be shattered sooner or later.

That view has provoked many arguments. Notably, Ohtake said that income difference in Japan are on a medium level among developed countries and that the most

---

<sup>1</sup> In this paper, we have quoted and used the results of the tabulation using the micro-data of the data of the " Comprehensive Survey of Living Conditions " by the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW), which were made as the part of the " Study on the policy formation process on long term care in the East Asia", a study project supported by the MHLW's Health Science Research Grants (Study Project for Promotion of Policy Sciences) for fiscal 2012-2014. It also referred to the similar tabulations of other studies that the author had been involved. The author would like to express their deep gratitude to the people who gave them cooperation in the quotation and use of these results.