

半分を外国人介護労働者で対応することになると当局は考えている。女性がほとんどを占め、20代後半から30代後半と若い年齢構成の外籍看護工であるが、教育程度が低いため、台湾の生活への対応、労働条件の改善などで不利な立場に立たされやすいことが考えられる。中国語、介護技術の向上なども課題ではないかと思われる。仲介会社を經由して募集が行われているため、仲介料の負担も課題である。人口減少下にあるわが国で、もし外国人介護労働者を本格的に受け入れる場合、彼らの生活、労働条件をむやみに悪いものにさせないことなどが重要であると思われる。

(資料)

(日本語)

1. 小島克久(2014年)「台湾・シンガポールの介護保障」,増田雅暢編著『世界の介護保障』,法律文化社.

(中国語)

1. 衛生福利部(2014)「長期照顧政策推動現況 與未來規劃」.
2. 衛生福利部(2014)「長照保險法草案溝通座談會(中区)」
3. 衛生福利部(2014)「研商長照保險照顧者津貼相關事宜會議」.
4. 労働部(2014)「外籍勞工權益維護報告書」(2014年1月修訂).
5. 労働部(2014)「103年度外籍勞工工作及生活關懷調查統計結果提要分析」

4. 韓国における介護保障制度の現状と 認知症予防対策

<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 26 年度報告書

韓国における介護保障制度の現状と認知症予防対策

金 貞任（東京福祉大学）

はじめに

韓国の高齢化率は、2013 年で 12.2% となり、2040 年で 32.5% に達する見通しである。合計特殊出生率は、2013 年に 1.19 であり、前年よりも 0.10 減少した。3 世代世帯も急速に減少しているが、一人暮らしと夫婦のみ世帯は増加を続けており、2010 年で三世代世帯は 6.2% となった。韓国における自殺率は、OECD 諸国の中で 2002 年度から現在に至るまで 1 位を占めており、高齢になるほど自殺率が高く、2010 年で 4,945 人となった。自殺の原因は、身体的健康状態が約半分を占めるなど介護が原因で自殺する高齢者が多いことが読み取れる。高齢者と家族などを取り巻く環境は、先進諸国に比べて圧縮された形で進んでおり、老親への子どもの親孝行、特に介護と経済的扶養意識は弱くっており、親孝行を期待することは今後益々困難な状況である。

韓国政府は、少子高齢社会に対応するために、2006 年度から低出産高齢社会基本計画（ゼロマジプラン）を実施しており、現在第 2 段階（2011～2015 年）の計画が実施されている。低出産対策の主な内容は、仕事と家庭の両立、結婚、出産、育児負担の軽減、児童と青少年の健全な育成のための環境形成である。高齢社会対策は、ベビーブーマー世代（1955 年～1975 年生まれ）の老後生活の構築、安定した活気ある老後の生活保障、高齢者が住みやすい親和的な環境づくりである。

高齢者の介護問題に対応するために、日本が介護保険制度を実施したことをきっかけに、韓国も 2008 年度に老人長期療養保険制度（以下、介護保険制度と称する）が実施された。しかし、韓国の状況を日本に比べると、入所施設と在宅サービスの対象者が低所得層に限定されるなど選別的な状況の中で、短期間で一定条件を満たしたすべての者に介護サービスを提供するという介護サービスの普遍主義を目指した。介護保険の財源が制限された状況のなかで、介護サービスのインフラ整備と認知症予防対策などは急務である。

そこで、本稿では、韓国の介護保険制度の現状と認知症予防対策に関してまとめた。

1. 介護保険制度の仕組み

1.1 介護保険の管理・運営体制

韓国では介護保険制度が 2008 年 7 月から実施された。保健福祉部（厚生労働省に当たる）

は、介護保険の基本計画作成と調整作業などを担い、それらを保険者に伝達するのである。

介護保険制度の保険者は、国民健康保険公団（以下、保険公団と称する）である。保険者の役割は、保険加入者の資格、保険料徴収、要介護者認定、保険給付管理、保険給付審査及び給付支給、広報、サービス伝達体制などを遂行することである。

地方自治体は、保健福祉部の介護保険の基本計画に基づき介護サービスの詳細な施行計画の作成と実行、サービス施設の設置及び指定などを行い、自治体独自のサービスを提供する。保険者と自治体が連携して介護サービスに取り組むことは、皆無に近いのである。

1.2 介護保険財源

介護保険財源は、介護保険料、政府の国庫補助、中央・自治体の医療給付補助金、その他から構成される。介護保険料は、健康保険料の10%未満で決めるように定まっており、介護保険料は、2012年度から現在に至るまで健康保険料の6.55%となっている。

介護保険の保険料の徴収は、保険公団の役割であり、健康保険料とともに徴収するが、日本のように年金から保険料が天引きされることはない。介護保険料の負担に関して、地域加入者（自営など）の被保険者は全額自己負担であるが、職場加入者は会社と本人が折半、公務員と公的施設は国又は自治体と本人が折半する仕組みである。

国は、介護予算の当該年度の20%を負担するようになっている。国と自治体は、医療給付受給権者（生活保護者）の自己負担額、医師診断書費用、訪問看護指示費用の中で公団が負担する費用と管理運営費の全額を負担する。

サービス利用者の自己負担額は、入所施設が20%、在宅サービスが15%であり、日本よりも韓国のほうがサービス利用者の自己負担の割合は高いが、自己負担の費用は安い。現在、在宅サービス利用者の自己限度額(月)は、1等級(日本の要介護5に当たる)が1,185,300ウォン、2等級が1,044,300ウォン、3等級が964,800ウォン、4等級が903,800ウォン、5等級(軽度の認知症)が766,600ウォンである。例外として、医療受給権者、保健福祉部長官が定める一定額未満の所得・財産がある者、天災などで生計が困難な者などは、本人負担額の50%が軽減される。生活保護者は、サービス利用の自己負担額の全額が無料であり、サービス事業所の働きによりサービス利用限度額まで利用する者の割合が高い。

表1 介護保険制度の仕組み

名称	老人長期療養保険法
保険者	国民健康保険公団
被保険者	国民健康保険の加入者（20歳以上）
給付対象 サービス申請	高齢者、老化に伴う疾病 主治医意見書→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2次判定
要介護度	1等級（重い症状）～4等級、5等級（認知症）
保険財源	公費20%+（生活保護全額、低所得者の自己負担50%） 医療保険料の10%以下で設定 2012年健康保険料の6.55%
利用者自己負担 保険料徴収 サービス事業者	在宅15%、施設20% 健康保険料に上乗せ 在宅介護と入所施設：営利企業の参入可能
ケアプラン作成 サービス利用	公団職員、認定者の意見反映せず要介護度に基づき作成 事業所と契約（ケアプラン無）

1.3 被保険者、介護サービス対象者、要介護認定手続き、及びサービス内容

介護保険の被保険者は、国民健康保険の加入者である。

サービスの対象者は、65歳以上の高齢者であるが、老人性疾患などにより6カ月以上1人で日常生活が困難な者の中で要介護認定の1等級（日本の要介護5に当たる）から5等級（軽度の認知症）を受けた者である。韓国では、サービス対象者が所得水準によって選別されていたが、介護保険制度の実施により初めて要介護認定を受けたすべての者が施設入所と在宅サービスを利用することが可能になり、サービス対象者の普遍化を目指した。

要介護認定手続は、介護が必要な者・家族などが、①主治医の意見書とともに公団の各支社に申請する。②公団の職人が申請者の自宅を訪問し、5領域52項目について質問項目をチェックし、コンピューターによる1次判定をする。③介護認定審査会では、1次判定結果と医師意見書をもとに要介護度を認定する。要介護度は、1等級（日本の要介護5にあたる）から4等級（要介護2にあたる）となり、軽度の認知症の者は5等級となる。④要介護認定申請者に要介護度の判断結果を送信するが、その際は公団の職員が作成したケアプランも送信する。⑤要介護認定を受けた者は、サービス事業所と契約を結ぶことによりサービス利用が可能である。日本のように介護支援専門員による要介護者の家庭訪問とケアプラン作成はない。

介護サービスは、在宅サービス、施設サービスと特別現金給付から構成されている。在宅サービスとは、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、デイ・夜間サービス、短期入所サービス、福祉用具購入・貸与からなる。施設サービスは、特別養護老人ホームと家庭療養共同生活家庭（少人数入所施設）からなる。現在、韓国では、日本の介護老人保健施設に当たる施設と、リハビリを専門とするデイケア施設、訪問リハビリのようなサービス、地域密

着型サービスはない。すなわち、日本よりも韓国のほうが介護サービスの種類が少ない。

韓国では日本と異なり、家族介護者への現金給付がある。家族（同居・別居）の中で療養保護士有資格者（以下介護士と称する）が、要介護高齢者に介護を提供すると有給として認め現金給付がある。しかし、一部の家族有資格者が介護を提供せず現金のみ受け取ることが問題となり、2011年度から同居・別居家族を区別せず、1日60分、20日まで有給として認めるなど、家族有資格者への現金給付が削減された。

表2 施設・在宅サービスの給付の種類

施設サービス	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(グループホーム)
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴、デイ・ナイトサービス、ショートステイ、福祉用具の貸与・購入
家族介護者への現金給付	
特別現金給付	家族療養費:山村、離島等の僻地の在宅サービスにアクセスが困難な者など:月15万ウォン 特例療養費:介護給付施設ではない老人施設などで施設・在宅サービスを相当期間受給した場合 療養病院付添費:財源の問題で現在未実施
家族介護者への現金給付:介護士の資格	同居・別居の家族が主に介護提供:1日1時間、月20日まで報酬を支給

注:老人療養共同生活家庭には、10人未満入所施設であり、認知症と身体的ケアが必要な要介護者が入所可能であり、2~4人部屋を利用している。筆者が作成

2. 介護保険制度をめぐる政策動向

介護保険制度が実施され7年目となるが、介護保険制度の改正は毎年のように行われている。

介護保険料は、健康保険料の10%未満で設定するようになっており、2008年には4.05%だったが、現在は6.55%（2011年基準）に上昇した。2009年度は、低所得者のサービス利用の自己負担額を50%削減し、低所得者の保険料負担の軽減を図った。韓国の70歳以上の高齢者の大部分は、国民年金が実施された時、すでに国民年金の加入基準の年齢を満たすことができなかつたので、国民年金の受給資格がない。

介護サービスの利用に関して、短期入所の利用は、1回90日間、年に180日間利用が可能だったが、2009年から月15日以内と変更された。施設入所者の資格は、1等級と2等級に限定されたが、2010年から認知症の3等級も可能となった。

介護士の国家資格制度が導入され、試験に合格することが必要条件となった。介護士の養成機関は、設置基準が認可から申告制に変更され、養成機関の介護士の教育の質と介護の質の向上を目指し、設置基準が強化された。

2011年度から認知症対策を強化し、要介護度の等級外Aの認知症の要介護者が3等級となり、2014年から軽度の認知症状がある者が5等級になるなど家族介護者の介護負担の軽減と認知症予防が強化された。サービス利用に関して、訪問看護と訪問介護の利用は、同じ時間の60分以内で受けることが可能となった。他方で、介護士有資格者の家族介護者に対する有給給付は、サービス提供時間とサービス利用期間が短縮され、同居家族・別居家

族の介護士有資格者の介護の提供は、1日60分、月に20日まで有給給付として改正された。介護保険制度が実施された当時は、介護士有資格者の家族介護者への有給給付は、月に30日で、同居家族が1日90分、別居家族が1日4時間だった。例外的に、認知症の高齢者を介護する介護士有資格者の家族と老々介護者は、既存の有給介護給付が認められた。

2012年改正では、3等級の認定基準点数が55点から51点と低くなったが、2014年度から3等級が細分化され、3等級点数が75点未満～60点、4等級が60点未満～51点となった。すなわち、3等級の者が4等級に変更されることにより、サービス利用限度額が下がることになる。等級外の軽度の認知症状がある者は、5等級（51点未満～45点）となり、介護サービスの利用が可能となった。認知症予防と家族の介護負担の軽減を図ったのである。

さらに、介護保険制度の中長期5カ年計画が発表され、2017年まで高齢者に占める要介護認定者の割合を7%に引き上げ、介護サービスの対象者を拡大する予定である。

2008年7月	介護保険法施行
2009年	サービス給付の加減制を導入；人材配置基準に違反は減額、追加は加算 低所得者のサービス自己負担額を半額 ショートステイの入所期間を短縮(1回90日180日→月最大15日) 介護保険率：4.05%→4.78%(2,700→3,090ウオン)
2010年	3等級の認知症のみ施設入所が可能 ケアワーカーの国家資格導入 ケアワーカーの育成機関の認可が申告制から指定制に変更 訪問サービス事業所の人材基準強化(3人→15人) 15人以上の事業所：常勤ケアワーカー20%を確保 介護保険率4.78%→6.55%(3,090→4,439ウオン)
2011年	軽度認知症の要介護認定を緩和(等級外→3等級) 訪問介護と訪問看護の同時提供可能(60分以内) 家族介護資格者のサービス制限(90分→60分、30日→20日；認知症除外) 家族資格者が仕事と介護を両立する場合、1日8時間、月20日未満(月160時間)まで現金給付
2012年	3等級の点数→55点から53点 介護保険の中長期5カ年計画→2017年まで要介護高齢者7%(対高齢者)
2013年7月	3等級の点数=53点から51点に低くなった。
2014年7月	3等級の点数が細分化され、3等級=60点～75点、4等級=51点～60点、 5等級=等級外の認知症の；45～51点
注：筆者が作成	

3. 介護保険サービスの現状及び実態

3.1 要介護申請者、要介護認定者とサービス利用

要介護申請者と要介護認定者は、次の表の通り毎年増加している。2009年から2014年まで、要介護認定の申請者は、39万人から74万人となり、要介護認定者は29万人から42万人と増加した。要介護認定者に関して、1等級は減少しているが、2等級は変化がほとんどなく、3等級のみが増加している。2014年から3等級が細分化され、認定点数が低いものが4等級になり、5等級の軽度の認知症の要介護者も1万人となった。

要介護認定者が要介護申請者に占める割合は、介護保険制度が実施されてから現在に至るまで 5 割弱であり、介護が必要になると介護申請をする者が多いことが読み取れる。要介護認定者が高齢者に占める割合は、2008 年の 5.4%から 2013 年に 6.1%となり、要介護認定者が若干増加していることがわかる。要介護認定者は、約 8 割強がサービスを利用しており、サービス利用率が高いが、介護士有資格者の家族によるサービス提供の割合が高いのが現状である。要介護高齢者の大部分が国民年金受給資格から除外されている状況を考えると、家族の経済的負担が高いと考えられる。国民年金が定着すると、要介護高齢者の子どもや家族の経済的負担が減少され、介護サービスの利用が高くなることが期待される。

表4 要介護申請者、認定者及びサービス利用率の推移

	(単位:人数、%)						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013.4月	2014・12月
高齢者人口	5,069,273	5,267,708	5,506,232	5,700,972	5,980,060	6,064,521	
要介護申請者	265,371	390,530	465,777	617,081	643,409	651,550	736,879
要介護申請者/高齢者	5.2	7.4	8.5	10.8	10.8	10.7	
要介護認定者	214,480	286,907	315,994	320,261	320,261	349,814	424,572
1等級	57,396	54,368	46,994	41,326	38,262	37,011	37,655
2等級	58,387	71,093	73,833	72,640	70,719	70,254	72,100
3等級	98,697	161,446	195,167	210,446	232,907	242,549	170,329
4等級							134,032
5等級							10,456
認定者/要介護申請者	60.3%	54.9%	50.8%	52.3%	52.2%	53.7%	57.60%
認定率/高齢者	4.2%	5.4%	5.7%	5.7%	5.7%	6.1%	
サービス利用率/認定者	65.6	82	89.9	89.1	88.2		

注: 認定率/高齢者は、2013年末の結果である。

資料: 国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険主要統計』

、各年度『老人長期療養保険の等級判定結果現況』

韓国では、介護サービスの提供が低所得層の制限された選別主義から、所得水準にかかわらず一定基準を満たせば、全ての者に介護サービスを提供する普遍主義となり、介護サービスの提供のためのインフラ整備が急務であった。そのため、日本と異なり、入所施設と在宅サービス事業所には、非営利企業のみならず営利企業も参入が可能となった。

保険公団によると、2015年現在、入所施設が4,986カ所、在宅サービス事業所が12,031カ所ある。介護サービスの事業所は、営利を目的とした小規模事業所が多いが、財政が貧弱であり、サービス質が低いのでサービス利用者が定員を満たさないなどの問題が山積しており、倒産する事業所も続出しているのが現状である。

表5 介護サービス事業所の推移

(単位:カ所)

2009		2010		2011		2012		2013		2015	
在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設
11,928	2,628	11,228	3,751	10,857	4,061	10,730	4,326	11,056	4,648	12,031	4,986

資料: 国民健康保険公団、『2013年老人長期療養保険統計年報』

保健福祉部、http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp

3.2 介護人材の現状

介護施設の従事者に関して、2011年で28.6万人が勤務しており（2011.6）、介護士有資格者は、1,005,043人（2011.2月）である。その中で、入所施設の従事者が14.8%、在宅サービス事業所の従事者が85.2%であり、大部分が在宅サービス事業所に勤めている。介護士の年齢階級別では、50代が42.4%で最も高く、40代が29.7%、60代以上が15.0%、30代未満が12.9%順であり、50代以上が介護労働を担っているのが読み取れる。2013年度の介護従事者の状況をみると、介護士が252,663人、社会福祉士が7,506人、看護補助師が7,552人で、それぞれ2012年度よりも増加している。しかし、看護師は、毎年減少しており、介護事業所が賃金の削減のため、看護師よりも看護補助師を好む傾向がある。

国民健康保険公団の調査によると（2011.5）、介護士賃金は、100万ウォン未満が68.7%で最も高く、次に100～150万ウォンが28.9%である。介護従事者の賃金は、日本と異なり、農村のほうが最も高く、次に中小都市、大都市の順である。韓国の農村では、働き手が少ないことが背景にある。入所施設の介護士の就業形態は、正規職が41.9%、非正規職が40.4%であり、在宅介護は、非正規職が95.5%であった。すなわち、訪問介護士のほとんどは、非正規職であり、施設従事者も約5割が非正規職として勤務しており、介護士の勤務環境や労働条件が劣悪であることが読み取れる。

	2009	2010	2011	2012	2013
社会福祉士	4,944	5,862	6,133	6,751	7,506
医師（嘱託含む）	852	997	1,081	1,142	1,233
看護師	3,096	2,986	2,838	2,735	2,627
看護補助	3,873	5,069	5,859	6,560	7,552
歯科衛生士	19	17	7	7	4
OT・PT	1,207	1,412	1,530	1,626	1,740
療養保護士	172,889	228,955	232,639	233,459	252,663
療養保護士資格者（各年）	353,001	291,685	79,929		20,999
栄養士	660	719	776	835	918

資料：国民健康保険公団、『2013年老人長期療養保険統計年報』
保健福祉部、http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp

3.3 介護保険の収入と支出

介護保険料が健康保険料に占める割合は、2009年に4.78%だったが、2011年で6.55%となった。介護保険料は、2011年から2013年まで5,000ウォン程度であり、介護保険予算がGDPに占める割合は、2009年に0.19%、2011年に0.26%であり、非常に低い水準である。

介護保険財政に関して、介護保険料の収入は2013年に25,421億ウォンであり、2009年よりも2倍以上高くなった。サービス利用者は、2013年に約40万人であり、2009年よりも10万人が増加し、サービス提供日数は、5年間3,000日増加した。5年間の間に、サービス利用者の給付費と公団の給付費はそれぞれ3万ウォン増加した。

介護給付費は、2009年に19,718億ウォンだったが、2013年に35,234億ウォンに増加した。5年間の間に公団の給付費も増加したが、公団の負担率はほとんど変化がない。入所施設と在宅事業所への介護給付費は、それぞれ増加しており、2013年に在宅が14,864億ウォン、入所施設が15,966億ウォンであり、給付費は在宅事業所よりも入所施設のほうが高くなっている。介護士有資格者の家族介護者の介護給付費は、2009年に比べて2010年度から減少しており、介護士有資格者の家族介護者の介護給付が制限されていることが読み取れる。

国庫補助金（保険料の20%）と国庫支援金に関して、2008年のみ国庫補助金よりも国庫支援金が低くなっており、介護財政に対する国の補助金が全額支払われていないことが察知される。

表7 介護保険財政の収入と支出の推移

		(単位：100万ウォン、億ウォン%)				
		2009	2010	2011	2012	2013
介護保険料/健康保険		4.78%	4.78%	6.55%		
介護保険料	(月、ウォン)	3,114	3,114	5,069	2,381	2,516
保険予算/対GDP比		0.19	0.26	0.26		
収入	合計(100万ウォン)	2,084,929	2,877,741	3,263,145		
	保険料(100万ウォン、億ウォン)	1,199,551	1,831,554	2,142,331	23,697	25,421
サービス受給者(人数)		291,389	348,561	360,073	369,587	399,591
サービス提供日数		5,115	7,357	7,938	8,034	8,585
受給者1人当たり月給付費(ウォン)		952,163	958,652	944,916	956,986	996,714
受給者1人当たりの公団の月負担(ウォン)		838,912	838,915	823,727	832,132	872,106
支出	介護給付費(億ウォン)	19,718	27,456	29,691	31,256	35,234
	公団給付額(億ウォン)	17,369	24,023	25,882	27,177	30,830
	公団の負担率(%)	88.1	87.5	87.2	86.9	87.5
	在宅給付(億ウォン)	9,856	13,740	13,704	13,303	14,864
	施設給付(億ウォン)	7,513	10,283	12,178	13,874	15,966
	家族療養費(100万ウォン)	1,656,125	1,316,395	1,048,855		
支出/収入(%)		91.5	90.0	82.0		
国庫補助金(保険料×20%)		239,910	366,311	428,466		
国庫支援金		204,351	332,318	388,311		

注：2012年と2013年の1人当たり(世帯当たり)の月保険料は、事業者負担金を除いた個人の保険料である。保険料の単位は、2011年までは100万ウォン、2012年以降は億ウォンである。

資料：国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険統計年報』

4. 認知症対策の現状

4.1 認知症対策の背景と現状

高齢者人口は、2007年481万人から2020年770万に増加し、認知症高齢者は、2007年399,000人から2020年693,000人となり、認知症有病率は、2007年8.3%から2020年

9.0%に増加することが予想されている。認知症患者の増加に伴い医療費の支出が増加しており、2002年の561億ウォンから2007年の3,268億ウォンに増加し、認知症に伴う社会経済的費用は、年間3兆4千億ウォンから7兆3千億ウォンになることが推計されている。

認知症に関する社会現状として、第1に、社会的に否定的に捉える傾向がある。認知症は老化の現象であり、身の回りを清潔に維持することが困難であり、暴力を振る舞うなど周りの人々に迷惑をかけるなどネガティブな側面が蔓延している。結果として、本人や家族は、認知症を隠す傾向が強かった。

第2に、認知症の早期発見に取り組む医療機関が少なく、医療機関の連携が不十分であることが挙げられる。認知症の早期検診に参加している医療機関に関して、2008年に保健所が118カ所、病院が88カ所だった。2007年に認知症の検診を受けた者が88,000人だったが、精密検査を受けた者が9,000人のみであり、認知症に関する医療機関の連携が不十分である。認知症の診断を受けた者は、2007年に13.5万人だが、定期的に治療を続けた者が15.5%、不定期的に治療を受けた者が16.5%であった。

第3に、認知症に特化した医療機関と入所施設が少なく、認知症に関する研究が遅れていることが挙げられる。2008年5月に公立認知症病院が45カ所6,863ベッド、療養病院が623カ所67,144ベッドである。認知症の診断と治療及び管理が不適切であることが問題となった。認知症研究に関する予算が少なく、2008年の老人性認知症の臨床研究センターの研究費は、7億円で非常に少ないことが指摘された。

第4に、総合的・連携的に取り組む認知症の予防・管理システムが不足していることが挙げられる。「老人福祉法」の第29条には、自治体が認知症の予防及び治療のための認知研究及び管理事業を実施するように規定しており、第29条2項には、市町村の管轄保健所に認知症センターの設置と認知症相談専門員を配置するようになっている。しかし、自治体の認知症専門員は、認知症の予防と管理のみならず他の業務を平行しており、認知症予防と管理に集中できないことが問題となった。認知症の臨床研究の予算は、2008年に12億円であるが、癌治療に関する予算は1,126億ウォンであり、認知症予防の研究費予算が非常に少ないことが問題となったのである。

表8 認知症高齢者の推移

	(単位:1000人)							
	2008	10	12	20	25	30	40	2050
65歳以上人口	5,016	5,357	5,890	8,084	10,331	12,691	16,501	17,991
認知症高齢者	421	469	534	794	1,033	1,221	1,851	2,379
認知症/高齢者	8.4	8.8	9.1	9.8	10	9.6	11.2	13.2

資料：『2008年全国認知症有病率調査』
統計庁、『2010年人口センサス調査』

4.2 第1次認知症総合管理対策（2008～2012年）

保健福祉部は、2008年9月に認知症に積極的に取り組むことを宣言し、認知症の高齢者と家族を支援するために2010年4月から「第1次認知症総合管理対策」が実施された。

第1次目標と基本方向は、次の通りである。

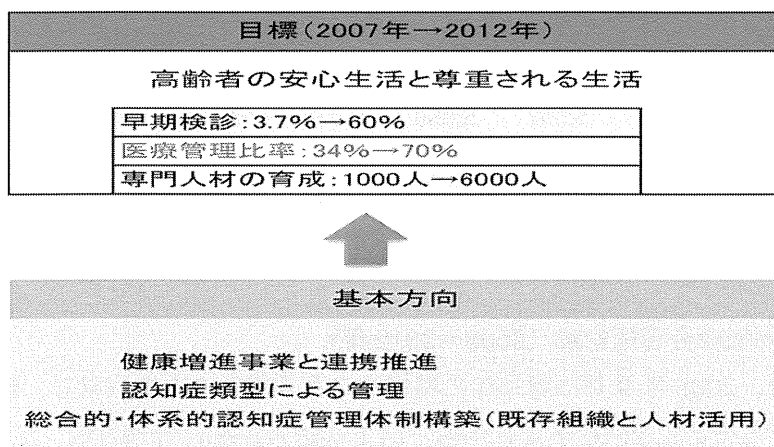
第1に、認知症の早期発見と予防強化である。具体的には、①保健所が認知症検診事業に段階的に参加し、2010年には全国の保健所（253カ所）が参加するように法的根拠を作ることである。②認知症になる可能性が高い慢性疾患、脳血管疾患などの予防治療を徹底し、認知機能が維持できるプログラムの開発と普及に取り組むことである。

第2に、総合的・体系的認知症の治療と管理である。具体的には、①認知症の治療のため、低所得階層を対象にバウチャーを実施し、認知症治療薬剤支援の対象者は、世帯所得が平均世帯所得の50%未満の60歳以上の者である。②認知症に関するデータベースを構築し、定期的に検診ができる体制を整えるために、標準型統合情報システムを開発し、全国の保健所の3500カ所を対象に配布する。③認知症の専門員による在宅サービスの充実、特にデイサービスと短期サービスの充実、高齢者の家出・失踪対策として交番などを中心としたシステム構築である。

第3に、認知症を効果的に管理するためのインフラ構築である。具体的に、①組織は、保健福祉家族部長官の所属とし、保健福祉部次官及び民間代表がそれぞれ1人、認知症関連専門委員15人、3つの分野（保健医療、福祉リハ、調整；建築、法律、食品栄養）から構成される。②中央-圏域別-地域単位の連携システムの構築と、専門人材の育成と実態調査の強化である。

第4に、認知症の家族の負担の軽減と認知症に対するネガティブな意識の改善のために、①サービス対象者を2008年17万人から2012年25.5に拡大する、②認知症患者の家族に対する情報提供と教育、③認知症患者に対するネガティブな意識の改善のために広報活動の開始、④「認知症の克服の日」に行事を開催することである。

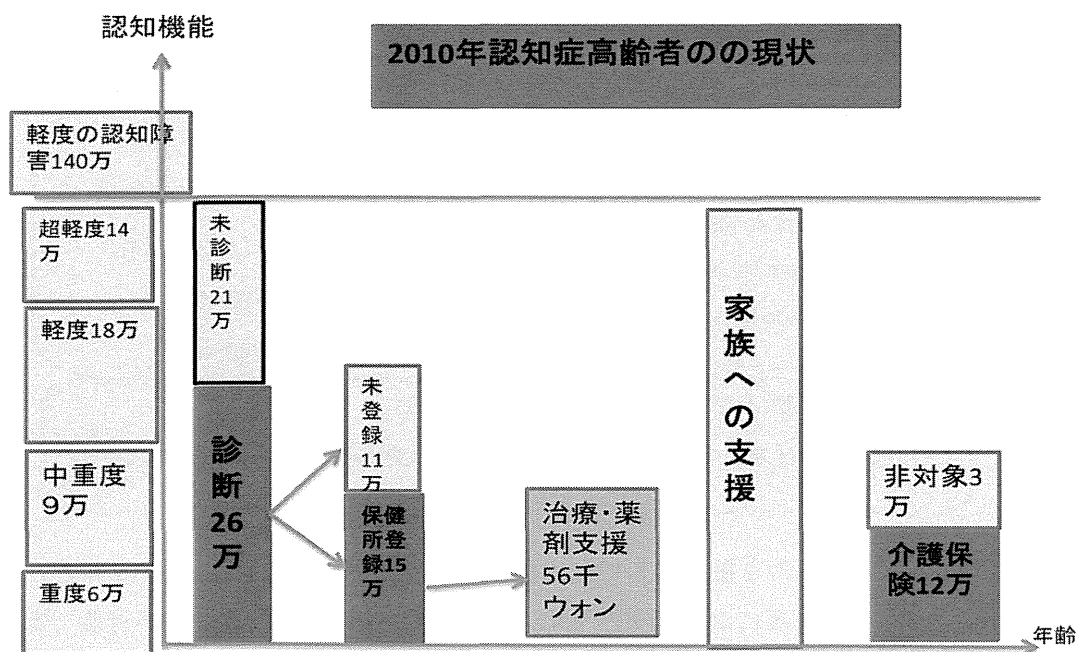
第5に、認知症管理法が2011年8月に制定され、2012年2月に施行された。第五章第二十一条から構成されている。第一章が総則、第二章が認知症管理の総合計画の施行、第三章が認知症研究事業、第四章が費用、個人情報、委任、第五章が罰則からなり、業務上の個人情報を漏らしたものは2年以下の懲役、又は2千万ウォンの罰金に処するようになった。



4.3 第2次国家認知症総合計画（2013～2015）

第1次認知症総合対策（2008年）は、「認知症管理法」の制定（2011.8）と早期検診及び管理（薬剤費支援など）であった。しかし、認知症に対する国民の理解が不足しており、認知症の理解および検診の実行性を検討する必要性が生じた。家族の介護負担を緩和するために、社会的支援システムを継続的に拡充する必要性があった。

2010年度の認知症高齢者の現状は、次の図の通りである。

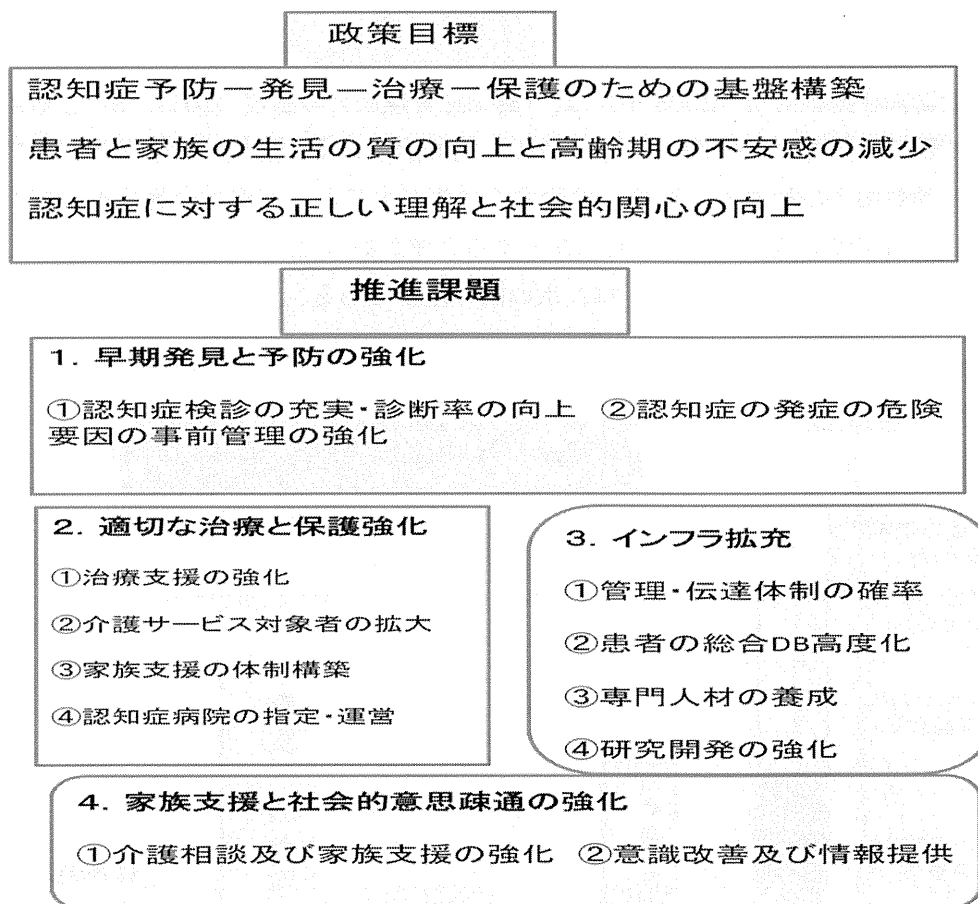


第2次国家認知症管理総合計画は、2013～2015年である。

第2次国家認知症管理総合計画では、早期発見及び予防強化、認知症状に対応した治療・予防強化、治療を効果的にするためのインフラ整備、家族支援、社会的意識疎通を図ることを目標としている。

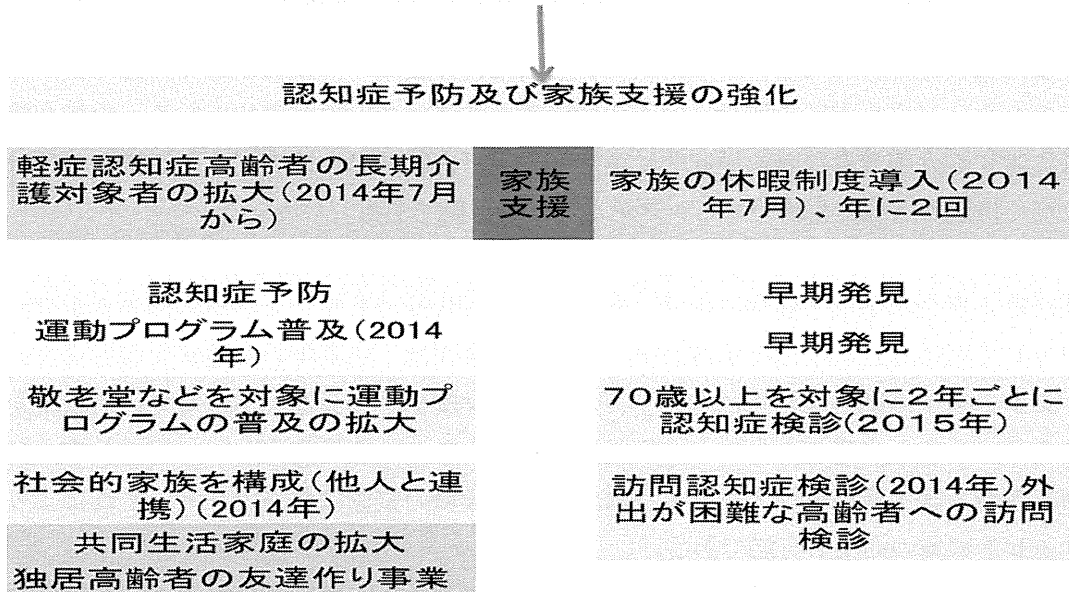
そのための政策目標は、①認知症予防の早期発見、治療と保護のための体系的な基盤構築、②認知症及びその家族の生活の質の向上及び老後に対する不安の軽減、③認知症に対する正しい理解と社会的関心の向上である。目標の推進課題は、①認知症の早期発見及び予防を強化するために、「認知症の検診者の増加」、「認知症の危険要因の事前管理の強化」。②適切な治療と保護を強化するために、「治療支援強化」、「要介護認定者の拡大」、「家族の見守り支援」、「認知症拠点病院指定運営」。③インフラ設備を充実するために、「認知症の管理伝達体制の確立」、「認知症の総合DB高度化」、「認知症の専門人材養成」、「認知症の研究開発強化」。④家族支援及び社会的意識疎通を図るため、「認知症ケア相談及び家族支

援の強化」、「認知症に対する意識改善及び情報提供」である。



認知症の予防と家族への支援に関しては、次の図の通りである。特に、2014年度から認知症の高齢者の家族は、年に2回の2～3日間の介護休暇を利用することが可能である。その期間は、認知症高齢者が短期入所サービスを利用するシステムである。2014年度から軽症の認知症高齢者が5等級（日本の要介護1に当たる）になり、週3回のデイサービス、又は訪問介護を利用することが可能となった。要介護度対象外の軽度の認知症高齢者は、地域の独居高齢者の見守りサービス、老々ケア訪問サービス、デイサービスなど各種のサービスを優先的に利用することが可能である。

認知症予防と家族支援の強化の計画



5. 介護保険制度の課題と展望

韓国の少子・高齢化と家族を取り巻く環境は、先進諸国が経験したことがないスピードで進行している。高齢者の介護は、公的サービスが不十分な状況の中で、「同居は福祉の含み資産」として子どもが親の介護を担うことが親孝行として当たり前であった。しかし、高齢者の子どもとの同居率が非常に速いスピードで減少している状況の中で、老親の介護を子どもに任せることが困難となった。

高齢者の全人口に占める割合が低い中で、2008年度に介護保険制度が実施され、安い自己負担で介護サービスを利用することが可能となったが、改正が必要な領域もたくさんあるのが事実である。他方で、平均寿命の延長に伴い認知症の問題がクローズアップされ、認知症予防対策に取り組む必要性が生じた。本報告書では、以上のような観点から、介護保険制度の現状と認知症予防対策について記述した。以下では、これらを踏まえて、介護保険制度と認知症予防対策の課題をまとめた。

第1に、介護保険の健全な財政を維持していくことが、今後迎える超高齢社会における大きな課題である。介護サービスの利用者は、原則的に65歳以上になっているが、20歳以上の被保険者の中で介護が必要な者に対して介護サービスが受けられるシステム作りが必要である。健康保険制度と同じく、介護保険制度でも被保険者の介護ニーズに対応した介護サービスの利用が可能であれば、介護が必要になった時の介護に対する安心感が生まれ、介護保険財政を健全に維持することが可能である。

第2に、介護サービスの事業所の整備が必要である。在宅サービス事業所のみならず入所施設に関しても営利企業が参入することが可能となり、サービス事業所の数としては整

えることが可能となった。しかし、介護サービスの質は、ばらつきが多く、特に零細サービス事業所の介護サービスの質が低いのが現状である。ソウル市の区立入所施設は、外的・内的介護環境がよく、専門家によるプログラム実施、介護士への教育などで介護の質が高い。そのため、ソウル市区立施設には入所待機者も非常に多いのが現状である。零細介護事業者に対する介護教育などを徹底的に実施し、入所高齢者が自己決定による被害を受けることなく快適な環境で生活できるシステム作りが必要である。

第3に、介護士の介護の質の向上と福利厚生について検討が必要である。現在の介護士の就業形態、賃金水準など福利厚生は、非常に劣悪な状況であり、大学卒の若年者が介護専門家として努めるためには抵抗感が少なくない。現在は、中高年の女性が介護労働を賄っているが、少子高齢化がさらに進むと、女性の高学歴化と社会進出が進んでいる状況を考慮すると、今後も中高年の女性が介護労働に参加するという保証がない。専門教育を受けた若年者が介護労働に参加できるような介護労働環境の整備は急務であり、それにより介護サービスの質の向上も可能である。

第4に、介護サービスの種類について検討が必要である。認知症予防対策は、介護予防の観点から非常に重要な施策であると考えられる。しかし、介護が必要な要介護高齢者が現在の機能を改善・維持するためには、リハビリが非常に重要であるが、リハビリが介護サービスの種類から除外された。公団職員の介護支援専門家によるケアプラン作成は、要介護者に面接せず書類上の判断による作成であり、改善が必要である。すなわち、サービス利用者は、要介護度と共に送られたモデルケアプランを無視して介護サービスの供給者と契約しており、多様なサービスを利用せず偏ったサービスしか利用していない。そのため、家族介護者の介護負担の増加、要介護高齢者の健康状態の悪化が予想される。

<参考文献>

保健福祉部家族部、2010、『2010年認知症薬剤費支援事業 報道資料 (3.5)』

_____、2008、『認知症総合管理対策 (2008.9.19)』

保健福祉部、2013、『報道資料 (7.30)』

保健福祉部、2012、『第2次 (2013~2015) 国家認知症管理総合計画』

保健福祉部、韓国保健社会研究院、2012『第1次長期療養基本計画樹立法案研究』

金 貞任、2009「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』、第167号、国立社会保障・人口問題研究所

_____、2008「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』法律文化社

_____、2013「韓国の介護保障システムの現状と課題」『東アジア介護保障セミナー』 (2013.11.16、内部資料 (於 ; 岡山県立大学))

_____、2013「韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状」、『海外社会保障研究』 No. 184

鮮于 トク、2013「長期療養制度の発展方向」『保健福祉フォーラム』

高キョンファン、2012「2012OECD 公表で見る我が国の社会福祉支出の特性と示唆点」『保健福祉フォーラム』

国会予算政策庁法案費用推計 2 課、2013「認知症管理法一部改正法律案（鄭チョンレ議員代表発議）」2013.11.29

鄭 ヨンホ、2012、「我が国の国民の期待余命及び健康寿命」、『保健福祉フォーラム』
統計庁、2013『2013 年出生統計（暫定）国家承認統計第 10103 号出生統計』

尹 ソンジュ、2013「老人長期療養保険制度現況及び今後の課題」『保健福祉フォーラム』

5. 韓国における慢性期病院の現状と課題

<分担研究者>

岡山県立大学保健福祉学部教授

増田 雅暢

<研究代表者>

国立社会保障・人口問題研究所

小島 克久

国際関係部第2室長

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 26 年度報告書

韓国における慢性期病院の現状と課題¹

増田 雅暢（岡山県立大学）

小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

はじめに

韓国では、今後の急速な高齢化、介護ニーズの増大に対応するため、「老人長期療養保険」（介護保険）を 2008 年から実施している。制度実施から 7 年を迎えようとしているが、課題も多い。その中の 1 つが医療と介護の連携ができていないことである。この点はわが国が医療との関係を検討したことと大きく異なる。その結果、医療制度の中で慢性期病院が介護ニーズに対応する形になっている。慢性期病院とは、大学病院や総合病院などが担う急性期病院とは異なり、治療よりもケアを重視した医療機関である。看護師の配置基準も総合病院よりも手厚い。そのため、介護保険の下でサービスが提供される介護施設と機能面で同じように利用者の目には映る。そのため、慢性期病院と介護施設と競合しうる医療機関という状態になっている。また、地域によっては、慢性奇病院同士が競合する場面も見られる。そこで、本研究では、韓国の慢性期病院の現状と課題についてまとめた。

1. 韓国の「慢性期病院」の位置付け

(1) 医療制度での位置付け

韓国では「慢性期病院」が病院の一類型として制度化されている。医療機関の機能区分で見ると、韓国では、大学病院や総合病院が担う急性期病院、亜急性期病院、回復期病院の他、慢性期病院の 4 つが定義されている。「慢性期病院」は、治療よりケアが中心の医療機関である。医療法によると、慢性期病院とは 30 床以上の療養病床（長期入院が必要な患者を対象に医療行為をするために設置した病床）を備えた医療機関である。一般の病院が 30 床以上を備えている医療機関と定義される一方、総合病院は 100 床以上の病床を有することなどの条件が定められている。これより、慢性期病院とは、一般の病院と同等の医療機関で、長期療養に特化した医療機関であり、総合病院より下位の医療機関であるといえる²。

¹ 本論文は、2014 年 10 月末から 11 月初めにかけて行った、韓国でのヒアリングで明らかになったことに基づいてまとめたものである。韓国でのヒアリングでは、喜縁医療財団の金徳鎮会長をはじめ、多くの方々にご協力をいただいた。金徳鎮会長の他、みなさま方に対して、この場を借りて厚く御礼を申し上げる。

² 韓国の「医療法」第 3 条の 2 および第 3 条の 3 による。韓国の医療法は以下の web サイトで確認した。<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=167740&ancYd=20150128&efYd=20150128&ancNo=13108#00>

(2)人材配置での位置付け

医療機関であれば人材の配置はどのようになっているのだろうか。慢性期病院の医師や看護師の人材配置基準は以下のとおりである。まず、医師は入院患者 40 人に対して 1 名であり、総合病院 (20 対 1)、病院 (20 対 1) より少ない。看護師は入院患者 6 人対して 1 人であり、これも総合病院 (2.5 対 1)、病院 (2.5 対 1) より少ない。ただし、介護施設 (25 人の入所者に対して 1 人) より手厚くなっている。なお、慢性期病院では看護師は低位の 3 分の 2 までは准看護師でもよい (表 1)。

表 1 韓国の慢性期病院の人材配置基準 (入院患者または入所者 : 医師などの人材 1 人)

	慢性期病院	総合病院	病院	介護施設
医師	40:1	20:1	20:1	
看護師	6:1	2.5:1	2.5:1	25:1
療養保護士 (介護ヘルパー)				2.5:1

出所 : 韓国ヒアリング時に提供された金徳鎮会長説明資料より、一部改変して引用。

(3)診療報酬での位置付け

慢性期病院の診療報酬は 1 日当たりの定額が原則である。総合病院などの急性期の医療機関は医療行為別なので、単純な比較は困難であるが、1 日当たり診療報酬で慢性期病院の位置づけを見てみよう。慢性期病院の診療報酬は 1 日当たり 10 万ウォンである。これを他の医療機関と比較すると、総合病院が 40 万ウォン、一般の病院が 30 万ウォンであり、ケアを重視する慢性期病院では、診療報酬は他の種類の病院より少ない。しかし、介護施設 (5 万ウォン : 老人長期療養保険)、デイサービスや訪問介護 (3 万 7 千ウォン : 老人長期療養保険) よりも多い。

2. 「慢性期病院」の現状

(1)慢性期病院の数

韓国では「慢性期病院」が近年急速に増加してきた。2014 年の慢性期病院の数は 1,303 カ所である。時期がずれるが 2013 年の一般の病院数は 1,331 カ所であり、総合病院の数は 324 カ所である。慢性期病院は一般の病院と同じくらい存在する。時系列で見ると、慢性期病院が大きく増加したことが分かる。2001 年には 32 カ所であった慢性期病院は、2004 年に 115 カ所と 100 カ所を超え、2007 年には 591 カ所と急増した。その後は増加のペースがゆるやかになるが、増加傾向は依然として続き、2010 年には 866 カ所、2013 年には 1,210 カ所と 1000 カ所を超えている。一般の病院が 2003 年に 730 カ所であり、その後も増加傾