

向にあったが、慢性期病院にその数が追いつかれる形となっている（表2）。

表2 慢性期病院の数

年次	慢性期病院	一般の病院	総合病院
2001年	32		
2002年	54		
2003年	68	730	283
2004年	115	763	282
2005年	226	794	290
2006年	361	850	295
2007年	591	945	302
2008年	690	1,064	313
2009年	777	1,129	312
2010年	866	1,154	312
2011年	906	1,245	319
2012年	996	1,327	323
2013年	1,210	1,331	324
2014年	1,303		

出所：慢性期病院の数は、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。その他は保健福祉部「2014年保健福祉統計年報」。

また、地域別に慢性期病院の数（2013年）を保健福祉部の統計（2014年保健福祉統計年報）で見ると、2013年には慢性期病院が韓国全体で1,228カ所あるが、首都ソウルには97カ所、韓国第二の都市プサンには176カ所ある。その他、ソウル周辺の京畿道に239カ所、慶尚南道（プサンの周辺）に105カ所、慶尚北道（慶州などの韓国南東部）に99カ所ある。つまり、人口が集中するソウルとその周辺だけでなく、地方にも多い。

(2)入院患者

慢性期病院に入院する者は、治療よりも療養が必要な者で、認知症を含む老人性疾患を有する者、慢性病患者、外科手術後で療養が必要な者である。ただし、感染症、精神疾患の患者は対象とされない。

(3)費用負担

韓国の「国民健康保険」では、外来は医療機関の種類によって自己負担割合が異なるが、

入院では医療機関の種類に関わらず医療費の20%となっている³。しかし、差額ベッドなどの保険給付対象外の費用もある。そこで、大まかではあるが一般的に慢性期病院で1日にかかる費用は10万ウォンである。診療報酬と同じ金額になるが、これは20%の自己負担以外に負担する費用があるためである。入院日数にもよるが、月額50万～120万ウォンを負担することになる。総合病院では1日40万ウォン、病院では1日30万ウォンの負担となっている。介護保険の療養施設では1日5万2千ウォン（介護保険の自己負担とその他の費用の合計）、デイサービスや訪問介護の場合はそれぞれ1日3万8千ウォン、1日3万7千ウォンであり、介護保険の施設や在宅サービスよりも費用負担は大きい。

(4)「付添人」の存在

慢性期病院では、入院患者やその家族が、看護師や介護士とは異なる「看病人」を雇用する場合がある⁴。看病人には特に必要な資格はなく、彼らを雇用する場合には、費用の全額を入院患者およびその家族が負担する。病室1室（例：5人部屋）で1人の看病人を雇用することもできるが、患者個人でも雇用できる。経済的理由で看病人が必要であるにも関わらず、雇用できない場合がある。看病人の団体にこうした人のための寄付を行っている医療機関もある。

3.「慢性期病院」の課題

韓国の介護制度では、医療と介護の関係を検討することがなかったため、介護施設と競合する医療機関として、慢性期病院がある。慢性期病院そのものは、医療法の中でケアを樹脂する病院という位置づけである。韓国では介護保険の創設にあたって、医療と介護の関係を検討することがなかった。そのため、医療制度と介護制度がそれぞれ独立した関係にある。そのため、慢性期病院はその機能が、介護施設と重なっているように利用者には見えるため、両者が競合する面がある。また、わが国のように医療計画がなく、自由に病院が開業する面がある。そのため、慶州のような高齢化率が高い地方都市で、慢性期病院が多く開業し、慢性期病院同士で競合している面がある。また、慢性期病院でのサービスの質は医療機関によって大きく異なると言われており、質の向上も課題である。

4. まとめ

韓国では、慢性期病院が近年増加しつつあり、一般の病院と同じくらいの数に迫っている。首都ソウルだけでなく、地方でも多い。慢性期病院は治療よりもケアを重視すること、医療と介護の連携が十分でないため、介護施設と競合する関係にある。また慢性期病院同士の競合もある。このことは、わが国が介護保険の検討、その後の「地域包括ケアシステ

³ 韓国「国民健康保険」の自己負担は、以下の国民健康保険公団 web ページを参照。

<http://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/b/wbdgb0405.html>（日本語、2015年3月24日確認閲覧）

⁴ 「看病人」を医療機関が直接雇用することはできない。看病人の団体に派遣依頼をして、患者自身や家族が雇用する。

ム」の構築を目指す現在まで、医療との関係を常に検討してきたことと正反対の対応の結果である。医療と介護を制度上分けることは、財政を分離してどの給付かを明確にする等の点で重要であろう。しかし、介護を医療サービスとの関係を考えることまで分離することは、逆に医療と介護それぞれのサービスの効率的、効果的な提供や利用に支障を来すものであろう。また慢性期病院同士の競合は、韓国にわが国のような医療計画がないことを背景とするものであり、わが国で医療提供体制の地域ごとの計画的な整備に努力していることの重要性が明確になるものであろう。

(資料)

保健福祉部 (2014) 「2014 年保健福祉統計年報」

保健福祉部 web サイト <http://www.mw.go.kr>

国民健康保険公団 web サイト <http://www.nhi.or.kr>

資料

1. 日韓台介護制度比較(改訂版)

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(2014年度改訂版)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
法律	法律名	介護保険法	老人長期療養保険法	我国長期照顧十年計画、老人福利法など	長期照顧服務法(介護サービス法) 長期照顧保険法(介護保険法)
	施行	2000年	2008年(介護給付の提供等)	2008年	長期照顧服務法は2014年(審議中) 長期照顧保険法は2016年(目標)
制度の 枠組み	制度の建て方	社会保険(独立型・地域保険型)	社会保険(医療保険活用型)	高齢者福祉制度	社会保険(医療保険活用型)
	所管(中央)	厚生労働省	保健福祉部	行政院衛生福利部	行政院衛生福利部
	保険者	市町村	国民健康保険公団	直轄市・県市政府(都道府県・政令指定都市に相当)	中央健康保険署
	被保険者(対象者)	第1号:65歳以上の者 第2号:40~64歳の者	国民健康保険の加入者	65歳以上の者 50歳以上の障害者 55歳以上の原住民族	全住民(全民健康保険の被保険者) ※4ヶ月以上住民登録が必要
	給付対象者	主に第1号被保険者	原則として高齢者	同上	高齢者および障害者(案)
要介護 認定	要介護認定	あり	あり	あり	あり
	要介護度(括弧内は要介護度の名称で軽い順)	7段階(要支援1,2、要介護1~要介護5)	認知症特別等級(5等級)+4段階(4等級、3等級、2等級、1等級)	3段階(軽度、中度、重度)	4段階(要支援、要介護1級~3級)
	要介護度判定の基準	樹形図モデル	樹形図モデル	ADLsを基準	日本や韓国と同じ方式を基本に認知症の検査項目を別に設ける
	有効期間	6ヶ月(新規、区分変更、更新変更の一部) 12ヶ月(更新申請の一部)	1年(原則) 更新 3年(1等級でかわらない) 2年(2等級~5等級でかわらない)	6ヶ月(原則) 「重度」で1年以上状態が継続している場合は例外	6ヶ月

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(2014年度改訂版・続)

		日本				韓国				台湾							
		現行		案													
要介護認定	利用限度枠	区分	基準 (介護時間)	支給限度 (単位)	支給限度 (円)	区分	基準 (点数)	支給限度 (在宅・ウオン)	円換算	区分	基準 (ADLs喪失度)	利用限度枠 (時間)	単価 (台湾元)	支給限度 (台湾元)	円換算	複数案あり	
		要支援1	25分以上32分未満	5,003	50,030	5等級(認知症特別等級)	45点以上51点未満の認知症患者	766,600	83,132	軽度	1~2項目	25	180	4,500	16,780		
		要支援2	32分以上50分未満	10,473	104,730	4等級	51点以上60点未満	903,800	98,010	中度	3~4項目	50	180	9,000	33,559		
		要介護1		16,692	166,920	3等級	60点以上75点未満	964,800	104,625	重度	5項目以上	90	180	16,200	60,407		
		要介護2	50分以上70分未満	19,616	196,160	2等級	75点以上95点未満	1,044,300	113,246	注:在宅と地域ケアのみ。日本円へは、1台湾元=3.73円で換算。							
		要介護3	70分以上90分未満	26,931	269,310	1等級	95点以上	1,185,300	128,536								
		要介護4	90分以上110分未満	30,806	308,060	施設	1日あたり評価額×1ヶ月の日数										
		要介護5	110分以上	36,065	360,650	注:日本円へは、1ウオン=0.11円で換算											
サービス利用	ケアマネジメント	あり(ケアプランを必ず作成し、これに基づいて利用)				なし(公団が作成する標準ケアプランがあるが、強制力はない)				利用者が自由に選択						あり(日本のものとは異なる)	
	保険給付内容(介護サービス)	居宅(通所を含む)、施設サービス				居宅(通所を含む)、施設サービス				居宅、地域(通所)、施設サービス						居宅、地域(通所)、施設サービス等	
	家族介護手当(現金給付)	×				○(介護サービスが利用できない場合など条件付きで月15万ウオン)				○(別制度で実施、重度の要介護高齢者を介護するなどの条件付き、月5000台湾元)						○(現物給付と選択、外国人介護労働者を雇用している場合は利用できない)	
地方自治体の役割		市町村:保険者、地域密着型事業者の指定など 都道府県:介護事業者の指定など				基礎自治体:介護事業者認定				県市政府:要介護認定、事業者の監督など						県市政府:介護サービス関係のみ? またはプラスアルファ?	
財源	一部自己負担	10%(食費、住居費部分は全額自己負担)				居宅:15% 施設:20%(食費、住居費部分は全額自己負担) ただし、低所得者には減免がある				居宅、地域:低所得者は0%、中所得者は10%、その他の者は30% 施設:低所得で重度の者は0%						15%(案) 低所得者、山間部・離島の住民などには減免あり	

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(2014年度改訂版・続)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
財源	財源構成	一部自己負担以外は、保険料(第1号、第2号被保険者)と公費(国と自治体)の割合は1:1	一部自己負担と保険料(うち20%は国庫負担)	一部自己負担以外は公費	一部自己負担と保険料(1:9の割合)、保険料の一部を公費で補助(全民健康保険に準じる)
	保険料	1号被保険者:所得に応じて 2号被保険者:医療保険の保険料の一定割合	医療保険の保険料の一定割合	—	医療保険の保険料の一定割合
介護事業者の主体		自治体の指定を受ければよい 地方自治体、社会福祉法人、民間企業など多様	介護事業者の認定を受ければよい 地方自治体、社会福祉法人、民間企業など多様 (日本より参入がしやすい)	県市政府の認定 人へのサービス:非営利法人 福祉用具、住宅改修:営利法人も可	—
介護従事者		「訪問介護員」 『介護職員基礎研修課程』等を終了した者。賃金等の処遇の課題がある。	「療養保護士」 地方政府が認定した機関で養成 90万人以上の有資格者、就業者は少なく、処遇、質の確保も課題	「照護服務員」 県市政府が認定した機関で養成 8万人以上の有資格者、就業者は1万9千人程度(2012年)。処遇、質の確保も課題	—
介護サービス提供体制		ゴールドプランなどで整備、介護保険実施後は民間事業者が参入	民間事業者などが参入し、競争が激しい。家族ヘルパーが認められている。	地域によっては介護サービスが十分でない。「長期照護服務網計画」で介護サービス提供体制の地域差の縮小を目指す	—
医療制度との関係		老人病院を介護保険制度に移す(施行時) 医療と介護の連携を「地域包括ケア」の中で推し進める	制度的な連携がない(今後の課題) 老人病院が医療保険で対応 老人病院と介護施設が利用者を巡って競合する場合も	制度的な連携がない 全民健康保険で「居宅看護」を給付している(介護保険に移行させる予定)	—
認知症への対応		「オレンジプラン」などの各種施策を実施	要介護認定に「認知症特別等級」の設定(パク・クネ大統領の国政公約への対応)	「失智症防治照護政策綱領」による認知症への理解、マンパワーの育成など	—

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(2014年度改訂版・続)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
外国人 ケアワーカー		FTA等の2国間協定での受け入れ(限定的)介護などで外国人の受け入れを検討	外国出身の配偶者が療養保護士の資格を取ることは非常に少ない	「外籍看護工」として約20万人受け入れ	—
(参考)					
社会保障制度を所管する主な省庁(中央政府)		厚生労働省	保健福祉家族部 労働部、女性部	行政院衛生福利部(保健衛生、社会保険、社会福祉)、行政院労働部(労働政策、劳工保険(雇用者の年金)、就業保険(雇用保険))	
医療保険制度		健康保険(組合、協会) 国民健康保険	国民健康保険	全民健康保険	
人口等	人口	約1億2806万人(2010年)	約4799万人(2010年)	約2316万人(2010年)	
	人口ピーク	約1億2808万人(2008年)	約5216万人(2030年)	約2356万人(2021年)	
	高齢化率	1980年:9.1% 2010年:23.0% 2060年:39.9%	1980年:3.8% 2010年:11.0% 2060年:40.1%	1980年:4.3% 2010年:10.7% 2060年:41.6%	
	要介護(認定)者数	約506万人(2010年度)	約29万人(2009年)	約31万人(2010年)	
	1人当たりGDP(名目)	約4万3千ドル(2010年) ※約2万ドル(1987年)	約2万1千ドル(2010年)	約2万ドル(2010年)	

表 韓国、台湾の高齢者介護制度の特徴と日本との違いの背景

項目	日本との違い	背景・影響
介護制度 保険者	地方政府(日本)でなく、中央の組織(医療保険の保険者) 【韓国】国民健康保険公団(公的な組織) 【台湾】中央健康保険署 (衛生福利部の組織である政府機関:案)	【背景】中央の組織に社会保険制度の運営経験 韓国(職員の専門性を活用、職員数の維持) 台湾(地方政府の組織を移管する予定?) 【影響】地方政府の役割が限定、連携に課題
介護制度 被保険者	日本(40歳以上)より広い対象者 【韓国】全国民(20歳以上の国民健康保険保険者等) 【台湾】全住民(0歳以上、全民健康保険被保険者・案) ※4ヶ月以上住民登録をしていること	【背景】 韓国:財源確保(日本よりも対象を広げて保険料を確保) 台湾:若年障害者も対象にする(世代間の公平、障害者福祉が日本ほど整備されない、等) ※海外在住の住民が介護目的で短期間の帰国するケースを排除
介護制度 要介護認定	日本の方式を参考にしているが 【韓国】要介護度は4等級(重い順に1等級~4等級) +認知症特別等級(5等級、軽度の認知症患者を対象) (日本の要介護度2相当まで) 【台湾】ADLs等の喪失度から日本と同じ方式で検討中 (4等級?)	【背景】対象者を限定し、負担を減らす 韓国:軽度者にむしろ対象者を拡大 パク・クネ大統領の公約(認知症対策の充実) 台湾:現行の仕組みでは認知症の人が判定から漏れる
介護制度 ケアマネジメント	日本と同じ方式は採らない 【韓国】公団職員が作成の標準ケアプラン(拘束力なし) 【台湾】地方政府の職員がサービスを紹介 (介護保険でも同じような方式になる?)	【背景】 韓国:職員の専門性を生かす、職員数の維持 台湾:台湾:ケアプランが事業者寄りになることを懸念 【影響】 韓国:「標準ケアプラン」に拘束力がないので、介護サービスは事実上自由選択(かえって適正な利用に支障) 台湾:「ケアマネージャー」という人はいるが、介護サービスは自由選択に近い。

表 韓国、台湾の高齢者介護制度の特徴と日本との違いの背景(続)

項目	日本との違い	背景・影響
介護サービス事業者	日本と状況に違いがある 【韓国】営利企業が非常に多く参入(在宅、通所などで) 【台湾】非営利法人が中心(福祉用具などは営利企業でも可)	【背景】 韓国:介護サービスを急速に普及させる 台湾:介護サービスの量が不足、介護サービス提供体制の地域差も存在(地域差の縮小を目指した施策を実施) 営利企業参入の是非の議論(日本、韓国を参考) 【影響】 韓国:競争過多(自己負担の割引)、介護の質の確保
介護サービス従事者 (ヘルパー)	日本と同様に資格はある 【韓国】「療養保護士」 【台湾】「照護服務員」	【背景】 韓国:介護サービスを急速に普及させる 【影響】 韓国:大量養成したが就業者は少ない 養成課程の質の確保が課題 台湾:養成機関がさまざま(学校、医療機関など) 有資格者の2割程度しか就業していない
経済的支援 (家族介護者支援)	日本と仕組みが異なる 【韓国】:家族療養保護士(家族ヘルパー、一定時間まで) 介護手当(介護サービスが利用できない山間部・離島に居住、その他の事情により家族が介護する場合に支給) 月15万ウォン 【台湾】老人介護特別手当(現行、月5000台湾元) 介護保険で現金給付を検討	【背景】 韓国:ヘルパーは誰を介護してもいいという考え。 介護手当は例外的な給付 台湾:介護サービス給付を補足する性格の給付 介護保険の現金給付は日本と同じような反対論もある 【影響】 韓国:家族ヘルパーの利用が多い。訪問介護の半分程度縮小させる方向にあるが、家族ヘルパーには賛否両論
医療制度等との連携	日本に注目してはいるが 【韓国】医療制度との連携がない。 介護保険と医療保険が完全に分断された制度 【台湾】医療保険で(医療系の)介護サービスの一部を肩代わり	【背景】 韓国:医療制度との関係を日本ほど考えなかった 「病院の方が(サービスが良く)安い」という実態(意識?) 台湾:医療との連携そのものをどう構築するかが課題 【影響】 韓国:医療機関(慢性期病院)と介護施設、慢性期病院同士が利用者を巡って競合している

表 韓国、台湾の高齢者介護制度の特徴と日本との違いの背景(続)

項目	日本との違い	背景・影響
外国人介護労働者	<p>それぞれ独自の状況にある</p> <p>【韓国】ほとんどいない(中国出身の朝鮮族が多い?)</p> <p>【台湾】約20万人(東南アジアより、介護ニーズの半分を支える?)</p>	<p>【背景】</p> <p>韓国:外国人配偶者は増えているが、資格を取る者は少ない</p> <p>台湾:人手不足を背景に制度化(介護、家事労働者)</p> <p>低賃金、24時間住み込み</p> <p>【影響】</p> <p>台湾:公的な介護サービスより便利。賃金が安いのである程度の経済力のある家庭では雇用できる。</p> <p>→台湾の公的な介護サービスの普及を妨げるという意見</p> <p>人数が多いので、一定の規模は受け入れ</p> <p>処遇、管理、人権確保等の課題</p>

2. 韓国資料

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条、2013年末現在)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
老人居住福祉施設	養老施設	老人を入所させ、食事その他日常生活に必要なサービスを提供	次の各号のどれか一つに該当する者として日常生活に支障がない者 1. 「国民基礎生活保障法」第2条に基づく受給権者(以下「基礎受給権者」とする)である65歳以上の者 2. 扶養義務者から適切な扶養を受けることができない65歳以上の者 3. 本人および本人と生計を共にしている扶養義務者の所得を合算した金額を世帯構成で分けた1人当り平均所得金額(月額)が国家統計庁の長が統計法第17条第3項により告示する前年度の都市勤労者世帯月平均所得を前年度の平均世帯員数で割って求めた1人当り月平均所得額以下である者(以下「上位保護対象者」という)として65歳以上の者 4. 入所者から入所費用全額を徴収して運営する養老施設または、老人共同生活家庭の場合は60歳以上の者	市、郡、区の首長に申告
	老人共同生活家庭	老人たちに家庭と同じ住居条件と食事その他日常生活に必要なサービスを提供		市、郡、区の首長に申告
	老人福祉住宅	老人に住居施設を分譲または賃貸を行い、居住の場所、生活相談および安全管理など日常生活に必要なサービスを提供 【2015年改正で「老人福祉住宅」について、以下のように変更】 (1)老人福祉住宅の入居者の範囲を、60歳以上の者の配偶者に限っていたものから、扶養義務を負う、19歳未満の子や孫に拡大		市、郡、区の首長に申告
老人医療福祉施設	老人療養施設	認知症、脳卒中などの老人性疾患などで心身に相当な障害が発生し、手助けを必要とする老人を入所させて食事、療養、その他日常生活に必要なサービスを提供	老人性疾患などで次の各号のどれか一つに該当する者 1. 「老人長期療養保険法」第15条に基づく長期療養給付受給者 2. 基礎受給権者として65歳以上の者 3. 扶養義務者から適切な扶養を受けることができない65歳以上の者 4. 入所者から入所費用全額を徴収して運営する老人療養施設または、老人療養共同生活家庭の場合は60歳以上の者	市、郡、区の首長に申告
	老人療養共同生活家庭	認知症、脳卒中などの老人性疾患などで心身に相当な障害が発生し、手助けを必要とする老人に家庭と同じ住居条件と食事、療養、その他日常生活に必要なサービスを提供		
老人余暇福祉施設	老人福祉館	老人に教養、趣味、生活および社会参加活動などに関する各種情報やサービスを提供し、健康増進および病気予防と所得保障、在宅福祉、その他老人福祉の増進に必要なサービスを提供	60歳以上の者	市、郡、区の首長に申告
	敬老堂	地域老人たちが自律的に親睦企画や趣味活動、共同作業場の運営および各種情報交換とその他余暇活動ができる場所を提供	60歳以上の者	市、郡、区の首長に申告

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条、2013年末現在)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
老人余暇福祉施設	老人教室	老人たちの社会活動参加ニーズに対応する健全な趣味、生活、健康維持、所得保障、その他日常生活に関する学習プログラムを提供	60歳以上の者	市、郡、区的首長に申告
在宅老人福祉施設	訪問療養サービス	在宅で生活している老人で身体的、精神的な障害で日常生活が困難な者に必要な各種サービスを提供して地域社会で健全で安定した老後を営むことができるようにするサービス	長期療養受給者や心身が虚弱だったり障害がある65歳以上の者(利用者から利用費の全額を徴収して運営する施設の場合は60歳以上の者とする)として次の各号に該当する者 1. 訪問療養サービス:家庭で介護が必要な者 2. デイサービス:昼間または夜間の介護が必要な者 3. ショートステイサービス:短期間の入所が必要な者 4. 訪問入浴サービス:家庭での入浴が必要な者	市、郡、区的首長に申告
	デイケアサービス	やむをえない理由で家族による介護を受けることはできない心身が虚弱な老人と障害のある老人に昼間または夜間の間、施設に入所させて必要な各種サービスを提供し、これらの者の生活安定と心身機能の向上を図るとともに、家族の身体的、精神的負担を軽減するためのサービス		
	ショートステイサービス	やむをえない理由で家族による介護を受けることはできない心身が虚弱な老人と障害のある老人に昼間または夜間の間、施設に短期間入所させて、老人およびその家庭の福祉の向上を図るためのサービス		
	訪問入浴サービス	入浴装備を備えて在宅で生活する老人を訪問して入浴を提供するサービス		
	在宅老人支援サービス	その他、在宅の老人に提供するサービスとして、相談・教育および各種サービス(予防的サービス、安全確認など)		
		【「老人福祉法」と「老人長期療養保険法」における訪問療養サービスの内容が部分的に異なることから生じる混乱を解消すること、在宅老人福祉サービスに死角が発生しないようにするために、2010年に新設(老人福祉法施行規則第26条の2)】		

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条、2013年末現在)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
老人保護 専門機関	老人保護 専門機関	市、道知事が老人保護専門機関を指定、運営し、老人虐待の申告、相談、保護、予防および広報とともに、申告、相談用の24時間緊急電話(1577-1389)を運営	老人虐待行為者に対する相談および教育虐待を受けた老人の発見、相談、保護など老人虐待予防および防止のための広報	市、道知事の指定

注)老人福祉法第38条(在宅老人福祉施設)、同法施行規則第26条の2(在宅老人支援サービス)に基づいた在宅老人支援サービスは、施設および人材基準の指針の施行(10.8.31.)以後1年以内に現行規定に適合するように履行しなければならない関係で今年度の現況から除外する。

資料: 韓国保健福祉部「老人福祉施設の現状」などから作成

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条、2011年に廃止されたもの)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
老人医療福祉施設	老人専門病院	主に老人を対象に治療を行う施設 →医療法による医療機関を開設できる者(歯医者および助産師を除く)が市、道の首長の許可を受けて設置	1. 老人性疾患で治療および療養を必要とする者 2. 終末期を迎えた患者	市、道の首長の許可
【※廃止理由 『医療法』の「療養病院」に一本化するため】				
老人余暇福祉施設	老人休養所	老人たちに心身の休養と関連した衛生施設、余暇施設その他の施設を短期間提供する	60歳以上の者とその同行者。ただし、利用人員が定員に達しない場合は、定員の100分の30の範囲内でその他の者も利用することができる。	市、郡、区の首長に申告
【※廃止理由 「老人福祉施設」としての機能が微弱なため】				

資料: 韓国法務部「老人福祉法」より作成

韓国「老人長期療養保険」改正事項(2014年7月実施・詳細版)

—韓国「保健福祉部」5月公表資料より—

○標記について、主な改正事項は以下の通り。

1. 「5等級(認知症特別等級)」の新設
2. 「3等級の細分化」(3等級から軽度な者を4等級に分離)
3. 在宅給付の適正利用のための介護報酬の加算・調整
4. サービスの質を向上させるための給付の引き上げやモニタリングの実施
5. 2015年度の老人長期療養保険料率は据え置き

1. 「5等級(認知症特別等級)」の新設

(1)「5等級(認知症特別等級)」の概要

- ・ 認知症患者のうち、これまで比較的良好な身体機能の状態により老人長期療養保険による介護サービスを受けることができなかった軽症認知症患者のうち、認知機能障害と問題行動(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)によって、日常生活の実行に困難を来している高齢者(65歳未満の認知症患者を含む)を対象にした「認知症特別等級」を新設。
※重度の認知症が原因で、要介護状態にある者で、すでに1~3等級の要介護認定者には、老人長期療養保険から介護サービスを提供(約18万人)
- ・ 認知症特別等級は、現行の老人長期療養認定調査(国民健康保険公団)の他に、別途、認知症特別等級の対象者であることを証明する「認知症の特別な評価のための医師の診断書」の提出が必要(証明書は認知症に関する専門教育を受けた医師が発行)しなければならない。
- ・ 老人長期療養認定調査: 要介護時間のスコア(45点以上)+医療関係者の所見(認知症疾患)

(2)提供されるサービス

- ・ 認知症特別等級の受給者には、認知機能の悪化防止と残存能力を維持するための活動型プログラムを週3回、または月12回以上提供する計画。
- ・ 認知活動型プログラムは、認知症の専門教育を履修した長期療養担当者が回想訓練、記憶力向上活動、手段的日常生活を一緒にする(買い物、料理する、電話するなど)などの認知機能に関連する活動を提供し、社会福祉士などの管理者がプログラムの提供計画(ケアプラン)の作成などのサービス提供をモニタリングするといったものである。
- ・ 認知活動型プログラムは、デイサービス事業者を利用(1日8~12時間)、療養保

護士が家庭を訪問して提供する活動型訪問介護(1回2時間)を介して利用することができる。

- ・ また、訪問看護サービスを介して認知症の薬の投薬管理、家族対象の相談や認知症の対処技術教育などを受けることができる。

(3) 利用限度枠と自己負担

- ・ 認知症特別等級の受給者は、月 766,600 ウォンの限度額内で、上記のサービスを利用できる。自己負担は月利用限度枠の 15%(法定本人負担率)である。

※デイサービス 22 日または認知活動型訪問介護 26 日を利用したとき(利用限度枠最大)、本人負担の水準は約 115,000 ウォン程度

(4) 介護従事者への教育

- ・ この特別等級の受給者にサービスを提供する介護従事者に、認知症の理解と認知症患者のケアの専門知識を高めるため、2014 年 3 月から療養保護士と社会福祉士など約 14,000 人を対象に、認知症専門教育※を実施している。このトレーニングを受けた療養保護士と社会福祉士が認知活動型プログラムを提供する場合、サービス提供(人件費)に対して加算金が支払われる。

※コース:認知症および認知症ケアの理解、認知管理、プログラム管理者の役割など(療養保護士のコース:80 時間、プログラムマネージャのコース:88 時間)

2. 「3 等級の細分化」(3 等級から軽度な者を 4 等級に分離)

(1) 背景

- ・ 2012 年～13 年の老人長期療養受給対象者をより軽度の者に拡大するため、3 等級の認定スコアを引き下げた(55 点→53 点→51 点)。その結果、3 等級の者が増え('08.12 月には、46.0%→'13 12 月、71.2%)、要介護状態の差が拡大した。
- ・ 3 等級受給者には同一の利用限度枠が適用されるため、3 等級のうち、比較的介護ニーズの高い受給者に対して、介護サービス提供量の拡大が必要になった。

(2) 細分化の概要

- ・ 現行の 3 等級を、要介護時間のスコア 60 点を基準に、2 つの等級(3 等級と 4 等級)に細分化。相対的な介護ニーズが高い受給者のサービス利用量を拡大。
- ・ 認知症特別等級を含めた 5 段階の要介護度に改編することにより、ニーズに応じた要介護認定、必要なサービスの提供などにつながる。
- ・ すでに要介護認定を受けている者は、等級の細分化に対応した書類の提出(要介護認定の受け直し)は必要ない。
- ・ 現行の 3 等級のうち、比較的重度な者(新 3 等級)の月限度枠は、'13 年比で 9.8% 増える。つまり、訪問介護 1 日 4 時間、またはデイサービス 1 日 8 時間、その他がさらに利用可能になる。新 4 等級の者でも、月限度枠が 2.8% 引き上げられるので、従来と同様のサービス利用量を維持することができる。

3. 在宅給付の適正利用のための介護報酬の加算・調整

- ・ これまでの在宅給付の利用が訪問介護に偏っており、受給者の機能状態や健康状態に適したサービスの利用を誘導するために介護報酬の調整を行う。
- ・ まず、評価機能の状態(日常生活行動の困難さなど)を考慮して、1,2 等級の受給者は、訪問介護(最大 4 時間)を中心に、比較的軽度である 3,4 等級の受給者には、機能回復訓練プログラムなど、デイサービスの利用(週 4 回)を重点サービスとして設計する。認知症等級の受給者はデイサービスの円滑な利用のために外出前後の整容、訪問入浴によるサービスを追加提供する。

表 評価適正利用モデルによる在宅サービスの利用限度枠(1ヶ月)

(単位:ウオン、%)

等級	1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級 (認知症特別等級)
'13 年	1,140,600	1,003,700	878,900	878,900	708,800
'14 年	1,185,300	1,044,300	964,800	903,800	766,600
引き上げ率(%)	3.9%	4.0%	9.8%	2.8%	8.2%

注:4 等級は、現 3 等級の月利用限度枠、5 等級の評価は、現在のモデル事業での月利用限度枠である。また、利用者の評価が高い入浴サービス(週 1 回)を、デイサービス利用中に利用できるように加算金を支給。週末のデイサービスの利用を拡大するために、土曜日のサービス提供のための給与コストを 20%加算して支給する。

*現在、休日の介護サービスに費用を加算支給している。また、認定調査の際、「じょくそう」など看護領域の問題が確認された場合は、月利用限度枠に関わらず月 1 回の訪問看護を利用できるように医療サービスを新設して追加提供する。

4. サービスの質を向上させるための給付の引き上げやモニタリングの実施

- ・ 14 年の介護報酬の給付方向として、質の高い介護サービスを提供するための「標準的なモデル、適正賃金、適正人員、適正運営」とした。
- ・ '14 年の長期療養保険の給付の運営方案は、まず、サービスの質の担保のための標準モデル*を介して機関の適正運営の方向を提示
*介護施設(70 人)、グループホーム(9 人)、デイサービス(26 人)、ショートステイ(17 人)
- ・ 介護労働者の処遇改善*のために類似の職種の賃金水準などを考慮して、段階