

## 韓国の介護保険・医療制度の動向

金 道勲<sup>1</sup>

韓国社会では急速な人口の高齢化と高齢者人口の増加、そして寿命の伸長が同時に進んでいる。2021年現在の高齢化率は16.6%、65歳以上の高齢者数は857万人であり、2025年には高齢化率20.6%、高齢者世帯数1,058万人に増加するものと予想される。また、平均寿命は2020年83.5歳から2025年84.7歳へと着実に伸長する。

このような人口の変化は、国レベルでは社会制度と財政の持続可能性の維持という課題を与え、個々の国民には長くなった老年期に対する安定的な生活と意味のある老年期の営みという課題を投げかける。すなわち、高齢者人口の増加、高齢化率の増加、そして平均寿命の伸長は個人と社会、国の各レベルで解決すべき課題を与えている。

高齢者福祉は高齢者の基礎的な生活保障と介護、社会参加、余暇文化と高齢者の人権保障のための様々な政策を通じて実現されている。これらの政策の中で、近年に注目を集めながら政策が進められている老人長期療養保険(以下、介護保険)制度、医療制度の動向を中心に現況と問題点を探ってみたい。

### 1. 介護保険前後の高齢者福祉政策

#### 1) 2000年代以前の高齢者福祉政策

韓国政府は国家経済の発展の推移に合わせ、早くから高齢者のための福祉政策を展開してきた。一般的に高齢者福祉政策は、安定的な老後生活のための所得保障、介護及び医療保障、施設及び在宅の福祉サービス、そして高齢者の生活環境の整備及びサービスの充実など多様な側面で複合的に行われる。

しかし、韓国政府成立以後、しばらくの間、高齢者福祉は、救貧政策のレベルで最小限の食糧及び医療サービスを提供したり、貧困状態の高齢者を一定の生活施設に収容して保護する水準にとどまっていた。支援も高齢者福祉と言うにもあまりにも不足し、高齢化社会に向けた備えもほとんどなかった。国家の財政が十分でない状況で、政策としては経済成長が優先されたためである。

1977年7月に医療保険が導入されて以後、順次に全国民を対象に拡大し、1981年6月に「老人福祉法」が制定されたことにより、高齢者福祉という概念が国家政策の中心に位置づけられるきっかけとなった。しかし、依然として高齢者福祉の水準は非常に低く、関連イン

<sup>1</sup> 韓国長期療養学会対外協力理事、韓国高齢者親和産業学会研究理事、国民健康保険公団江北支社長。E-mail : nhic1@naver.com

フラも足りなかった。1982年、「老人福祉法」の理念に基づき、「敬老憲章」が発布され、高齢者福祉のための制度が一つ一つ導入されたが、「福祉体感」では依然として低い水準であった。このような中、1988年の国民年金制度の施行を機に、老後生活の営みに対する国民の関心が高まると、民間レベルで老後保障のための保険商品が多く登場した。

高齢者人口が急増し始めた1990年代に入って、韓国政府は高齢者福祉の増進に多くの努力を傾けた。1991年には所得保障のため、70歳以上の生活保護受給者に月1万ウォンの老齢手当を支給し始め、翌年1992年には有料高齢者福祉施設が作られ、1997年には専門療養施設制度が導入され、公立認知症専門病院6ヶ所が設立された。高齢化社会への関心と懸念が高まり始めたのもこの頃だった。

IMF通貨危機の最中だった1998年、韓国政府は「生産的福祉」を福祉政策の新たなパラダイムとして宣言し、より幅広い社会福祉政策を推進して高齢者福祉の増進にも大きな比重を置いた。1998年に65歳以上の生活保護受給者と低所得層高齢者を対象とする敬老年金を導入したのに続き、2000年10月には国民基礎生活保障制度を導入し、貧困及び社会から排除された階層に対する基礎生計保障を強化した。雇用保険や労災保険などすべての社会保険を1人以上の事業所(事業主体)への拡大、国民年金の全国民への拡大適用などの普遍的な福祉政策が推進された。

## 2) 2000年代以降の高齢者福祉政策

### (1) 高齢者福祉の拡大と介護保険法の制定

2000年代に入ってから、高齢化社会への突入による問題意識が大幅に高まった。高齢者人口が急増する現状が、国の直面している深刻な社会問題だという認識が高まった。このため、急増する高齢者の多様なニーズに応えるための制度が相次いで導入された。高齢者福祉施設で在宅高齢者への食事配達が始まり、公立認知症療養病院や専門介護施設などの高齢者療養施設も大幅に増やして施設の保護機能を強化した。その結果、2002年の基準で公立認知症療養病院が27ヶ所、専門介護施設が85ヶ所に増えた。加えて、障害者施策の適用範囲を拡大し、生活を安定されるための支援を強化するなど社会のセーフティネット全般をさらに強固にする努力を続けた。

2003年、韓国政府は全国民のための普遍的福祉、医療福祉に対する国の役割と責任の強化、福祉政策の策定・執行・評価過程での国民参加の拡大などを骨子とする新しい福祉政策を策定した。そして、これを踏まて2005年5月に「少子化・高齢社会基本法」を制定し、2006年8月には同法の規定に基づいて「第1次少子化・高齢社会基本計画(セロマジプラン2010)」を策定し、高齢化社会に対応する高齢者福祉政策の具体的な実践策を提示した。韓国政府は法的基盤を持って高齢化社会に対応する政策づくりに本格的に乗り出した。

この頃、韓国政府は高齢者福祉政策の究極的な目標は高齢者とその家族の生活の質の向上にあることを明確にした。この方針に基づき、韓国政府は「基礎老齢年金法」を制定し、

基礎老齢年金制度を導入するとともに、公立認知症病院や高齢者介護施設を大幅に拡充し、認知症早期検診事業、高齢者介護サポート事業などの新事業も実施した。独居高齢者のための生活指導士の派遣制度もこの時期に初めて実施された。

このような流れの中、2007年4月に介護保険制度の導入を規定した「老人長期療養保険法」が制定された。同法により、2008年7月1日、社会変化に伴う新たな福祉ニーズを満たすための社会保障システムとして介護保険制度が導入された。同制度は、高齢や老人性疾患により自立した日常生活を営みにくい高齢者などに身体活動と家事支援サービスを提供し、家族の負担を緩和し、高齢者の生活の質を向上させることを目的として施行された。この時から介護保険制度は老後に対する国民の不安を減らし、家族の負担まで軽減する社会セーフティネットとして高齢者福祉の中心的な役割を果たすようになった。

## (2) 「少子高齢社会基本計画」と「認知症国家責任制度」

その後も政府は少子高齢化の進行速度がさらに速くなる社会変化を反映し、高齢者福祉拡大政策を推進した。2011年に施行された「第2次少子高齢社会基本計画（ゼロマジプラン 2015）」では、「少子高齢社会の成功的な対応で活力ある先進国への跳躍」というビジョンを策定し、2011~2015年には「漸進的出産率の回復及び高齢社会への対応体制の構築、2016~2030年 OECD 平均水準の出生率の回復および高齢社会の効果的な対応」という政策目標を提示した。

そして、これを実現するための推進課題の一つとして、「高齢社会の生活の質の向上基盤の構築」を設定し、ベビーブーム世代の高齢化対応体制の構築、安定して活気に満ちた老後生活の保障、高齢者への配慮が行き届いた社会環境づくりなどのための事業を展開していくこととした。

少子高齢化が国の最大の懸案の一つとして浮上している中で、2015年12月、政府は「第3次少子化・高齢社会基本計画（ブリッジプラン 2020）」を発表した。第3次少子高齢社会基本計画は、若者が出産を忌避する現状を打開し、出生率を高めることに重点を置いて設けられたが、関係が深い高齢化の現状への対応策もさらにきめ細かくまとめられた。

第3次少子高齢社会基本計画を通じて、政府は出生率を1.5人水準に回復し、高齢者の貧困率を39%水準に緩和するなどの定量的な成果指標を提示した。これとともに高齢者医療福祉分野では地域社会の慢性疾患管理制度化、介護の負担軽減のための看病サービスの全ての病院へ拡大、家庭ホスピス活性化などの医療・介護サービスを拡大する政策を積極的に推進した。

2017年6月には認知症の人が急増し、社会問題となっている現実を反映し、認知症問題を個別の家庭ではなく、国の介護レベルに転換して解決するという趣旨で「認知症国家責任制度」を宣言した。そしてこれを実践するため、認知症安心センターの拡大、認知症安心病院の設立、介護保険の自己負担軽減の拡大、認知症医療費90%医療保険の適用、ホームヘルパーの処遇改善、認知症専門ホームヘルパーの養成及び配置などを推進することにした。

このため、認知症患者に対する医療保険給付を拡大し、医療費の負担を大幅に減らすなどの対応努力が全方位的に行われている。医療保険の適用範囲を強化するとともに、介護保険の役割をさらに拡大している。

## 2. 韓国の介護保険の動向

### 1) 介護保険導入の意味

2008年7月1日に導入された介護保険制度は「第5の社会保険」と呼ばれ、国民健康保険(以下、医療保険)制度、国民年金制度とともに、高齢化社会の高齢者福祉を担保する重要な社会保障システムとして定着した。制度の導入時期は、他の社会保険に比べて遅れているが、急速に進む韓国社会の高齢化の現状に伴い、その重要性がますます高まっている。高齢化に備えた社会のセーフティネットを備えるべきだという認識が高まり、介護保険の役割に対する期待が高まっている。

介護保険は、高齢や老人性疾患等により身体活動及び日常生活に困難をきたす老人等に対し、身体活動又は家事活動の支援のような介護給付を提供する社会保険制度である。すなわち、65歳以上の高齢者または65歳未満の者で、認知症・脳血管性疾患などの老人性疾患を有する者のうち、6ヶ月以上一人で日常生活を遂行することが困難と認められる者を介護施設に案内したり、自宅を訪ねて介護する社会保険サービスである。

介護保険は介護保障問題について、個人や家計よりも社会と国の責任を強調する制度といえる。いわば、これまで家族に大きな負担として認識されてきた高齢者扶養問題を、もはや個人や家計の負担として放置せず、社会および国の責務へ転換し、社会的連帯原理に従って高齢者扶養という負担を社会で担う制度である。

すでに先進各国でも多様な方式の介護保障制度を運営している。現在、韓国で運営されている介護サービスには、身体支援型サービス(排泄・入浴・食事・移動)、日常生活支援型サービス(調理・洗濯・掃除など)、健康管理・看護処置(療養上の看護診療の補助または療養上の相談など)がすべて含まれている。

### 2) 介護保険がもたらした変化

介護保険制度は高齢化の進展とともに核家族化、女性の経済活動への参加現状が広がる中、介護に対する家族の負担を軽減するために導入した制度であるという点で多くの国民から歓迎されている。家族に代わって、受給者に排泄、入浴、食事、炊事、調理、洗濯、清掃、看護補助など「非常に特別な」サービスを提供するからである。

この特別なサービスが韓国社会に多くの変化をもたらしている。何よりも高齢者の生活の質を大きく高めている。高齢化社会において高齢者が持つ老後の不安を相当部分に解消し、家族に負担を与えているという心理的圧迫感からも脱することができるようになった。さらに、経済的に大きな負担なしに専門人材から介護サービスを受けながら、生活の便利さを追

求ることができるようになった。これに支えられ、介護保険制度に対する利用者の満足度は90%(2016年基準)を上回る好評価を受けている。

家族はこれまで重く背負わなければならなかった時間的、肉体的、経済的扶養負担を減らして、自分の人生を享受できるようになり、それだけ個人の幸福指数も上ようになる。それだけでなく、要介護高齢者を扶養するために家庭に足止めされていた家族も、安心して経済・社会活動に乗り出すことができるようになったのも、介護保険がもたらした意味ある変化である。これは家庭経済もとより、国家経済のレベルでもさらに活発な生産活動を可能にする原動力といえる。

一方、介護保険は全国で多くの雇用を創出し、地域経済を活性化する効果を招いている。2020年12月基準で介護サービス事業所は24,953カ所、介護サービスに従事する専門人材は451,105人、ホームヘルパーの数は資格証取得者の基準で約176万人にのぼる。これに支えられ、介護保険制度は、地域経済が活性化され、いわゆるシルバー産業が発展することにも少なくない貢献をしている。

### 3) 韓国介護保険制度の概要

「65歳以上の老人」または「認知症、脳血管性疾患など老人性疾患がある65歳未満の者」が6ヵ月以上の間に、一人で日常生活を遂行し難い受給者と判定される場合、介護サービス事業所から身体活動、又は家事、認知活動支援などの介護給付を受けられる制度である。「受給者」は介護認定申請をして介護等級判定委員会で、介護給付を受ける者(1~5等級、認知支援等級)に認められた者をいい、「介護サービス事業所」は受給者に介護給付を提供する事業所である。在宅介護サービス事業所(訪問介護、訪問入浴や訪問看護、昼夜間保護(デイケア)、短期保護(ショートケア)、福祉用具事業所、昼夜間保護内の認知症専門室)、施設介護サービス事業所(高齢者介護施設、高齢者介護共同生活家庭、高齢者介護施設内の認知症専門室、認知症専門型高齢者介護共同生活家庭)がある。

#### (1) 要介護等級の区分

介護等級判定委員会において6ヵ月以上一人で日常生活を遂行することが難しいと認められる場合は、心身の状態や介護サービスが必要な程度など等級判定基準に従って次のように受給者に判定する。

- 要介護1等級：心身の機能の状態障害で、日常生活で全面的に他の人の助けが必要な者として要介護認定点数が95点以上の者
- 要介護2等級：心身の機能の状態障害で、日常生活で相当部分、他の人の助けが必要な者として要介護認定点数が75点以上95点未満の者
- 要介護3等級：心身の機能状態障害により日常生活において部分的に他人の助けが必要な者で要介護認定点数が60点以上75点未満の者
- 要介護4等級：心身の機能状態障害により日常生活において一定部分他人の助けが必

要な者で要介護認定点数が 51 点以上 60 点未満の者

○要介護 5 等級：認知症(介護保険法施行令第 2 条による老人性疾病に該当する認知症に限定)患者で要介護認定点数が 45 点以上 51 点未満の者

○認知支援等級：認知症(介護保険法施行令第 2 条による老人性疾病に該当する認知症に限る)患者で要介護認定点数が 45 点未満の者

## (2) 介護給付の種類

介護給付は大きく在宅給付、施設給付、特別現金給付に区分され、重複して利用することはできないが、特別現金給付（家族療養費）支給対象者の場合は、その他の在宅給付（福祉用具）は追加で利用できる。

### □在宅給付

○訪問介護：ホームヘルパーが受給者の自宅等を訪問し、身体活動及び家事活動等を支援する。ホームヘルパーは、介護サービス事業所に所属し、受給者の身体活動又は家事活動支援等の業務を行う専門人材をいう。

○訪問入浴：ホームヘルパーが入浴設備を備えた装備を利用して受給者の自宅などを訪問して入浴を提供する。

○訪問看護：看護師、准看護師、歯科衛生士が医師、漢方医師又は歯科医師の訪問看護指示書に従い、受給者の自宅等を訪問し、看護、診療の補助、介護に関する相談、口腔衛生等を提供する。

○昼夜間保護：受給者を一日のうち一定の時間に介護サービス事業所で保護し、身体及び認知活動の支援と心身機能の維持及び向上のための教育及び訓練を提供する（昼夜間保護ないし認知症専担室を含む）。

○短期保護：受給者を一定の期間に介護サービス事業所に保護し、身体活動の支援及び心身機能の維持及び向上のための教育及び訓練を提供する。

○認知活動型訪問介護：認知症専門教育を履修したホームヘルパーが認知訓練道具を活用した認知刺激活動の提供及び着せ替え、食事の準備、個人衛生活動等の日常生活を受給者とともに、残されている身体及び認知機能の維持及び向上のための訓練を提供する。

○その他在宅給付（福祉用具）：受給者の日常生活及び身体活動の支援及び認知機能の維持及び向上に必要な用具を提供する。

### □施設給付

○高齢者介護施設：認知症及び脳血管疾患などの老人性疾患等により心身に相当な障害が発生し、助けを必要とする高齢者を入所させ、給食介護、その他日常生活に必要な便宜を提供し、入所定員は 10 人以上(高齢者介護施設内の認知症専門室を含む)。

○高齢者介護共同生活家庭：認知症及び中風などの老人性疾患等により心身に相当な障

害が発生し、助けを必要とする高齢者に自宅のような住居環境において給食及び介護その他日常生活に必要な便宜を提供し、入所定員は5~9人(認知症専門型高齢者介護共同生活家庭を含む)。

#### □特別現金給付（家族療養費）

介護サービス事業所長が著しく不足する島及び僻地地域の居住、自然災害、身体及び精神又は性格等の事由により介護サービス事業所が提供する介護給付の利用が困難と認める者に支給する現金給付であり、家族等から訪問介護に相当する程度の介護サービスを受けたときに支給する。

家族療養費を受けようとする者は、「家族療養費支給申請書」等を国民健康保険公団(介護保険者。以下、健保公団)に提出しなければならない。受給者と認められた者は、他の介護給付を利用するためには、健保公団に介護給付・内容変更を申請しなければならず、変更申請なしに他の介護給付を利用した場合、当該給付費用は全額本人が負担する。

#### (3) 要介護等級別に利用できる介護給付種類

要介護1等級または2等級の受給者は在宅給付または施設給付を利用でき、3~5等級の受給者は在宅給付を利用できる。3~5等級だが、施設給付の利用が必要な場合、介護給付の種類・内容変更を申請できる。そして認知症家族休暇制は、認知症のある受給者が利用できる。

○要介護1~2等級：在宅給付または施設給付、認知症家族休暇制終日訪問療養、特別現金給付（家族療養費）、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅給付（福祉用具）

○要介護3~5等級：在宅給付、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅給付(福祉用具)

○認知支援等級：昼夜保護給付、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅給付(福祉用具)

#### (4) 介護保険の財源(運営資金)

介護保険は介護保険料と国及び地方自治体の負担金、そして受給者が負担する自己負担金で運営される。

○介護保険料：医療保険料×12.27%(2022年1月1日基準)

例) 医療保険料が10万ウォンであれば介護保険料は12,270ウォン

○国及び地方自治体の負担金：介護保険料の予想収入額の20% + 医療扶助受給権者の介護給付費用など

○自己負担金

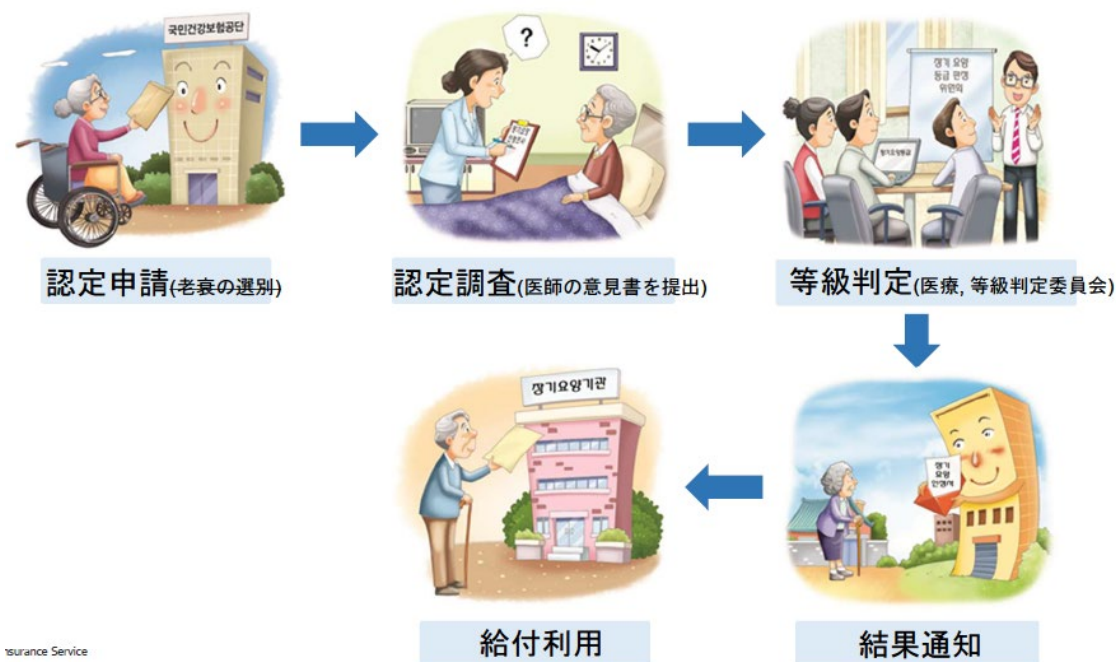
- 在宅給付：利用した介護給付費用の15%

- 施設給付：利用した介護給付費用の20%

### (5) 介護給付(サービス)の利用手続き

受給者は介護サービス認定書に書かれた「要介護等級」、「有効期間」と個人別介護サービス利用計画書に作成された「介護給付の種類及び内容」に応じて適切な介護サービス事業所を選択し、給付契約締結後、介護給付を利用することができる。

#### <図> 介護給付利用の手続きの流れ



#### □必須書類の受け取り

受給者となると、健保公団から「要介護認定書」と「個人別介護サービス利用計画書」、「福祉用具給付確認書」、「介護サービス事業所現状」の提供を受け、給付利用説明会、担当者との1:1相談を通じて受給者に合ったサービスを利用できるよう案内する。「要介護認定書」は、介護等級判定委員会が要介護等級判定の審議を完了し、介護サービス受給者と認めた場合、健保公団が作成して受給者に送付する書類である。「個人別介護サービス利用計画書」は、健保公団の担当者が受給者の個別機能状態、ニーズ及び特性等を総合的に考慮して作成したオーダーメイド型介護サービス利用計画書である。「福祉用具給付確認書」は、受給者の身体機能に応じて品目ごとに「使用可能な福祉用具及び使用不要な福祉用具」に区分する。

#### □介護サービス事業所の選択及び介護給付契約

介護サービス事業所の評価結果を活用し、サービスの質の高い機関を選択することにな



る。介護サービス事業所の情報及び評価結果は介護保険ホームページ等で確認でき、契約前の介護給付内容及び費用等について相談を受けることができる。

#### □介護給付の利用

個人別介護サービス利用計画書に作成された介護給付種類の範囲内のみ介護給付計画及び利用が可能である。個人別介護サービス利用計画書に基づき、作成された「給付提供計画書」の内容を確認及び同意の後、介護給付を利用する。介護給付を利用した場合、「介護サービス提供記録票」を介護サービス事業所から提供されなければならない。

#### (6) 介護給付費用及び本人負担金

受給者は、要介護認定書に書かれた「要介護等級」、「有効期限」と個人別介護サービス利用計画書に作成された「介護給付の種類及び内容」に従い、適切な介護サービス事業所を選択し、介護給付契約締結の後、介護給付を利用することができる。

#### □本人負担金

介護給付を利用すると給付費用が発生する。利用した総介護給付費用の一部を受給者本人が負担することとなるが、以下が受給者の負担割合である。(2022.1.1.1 基準)

区分	一般対象者	40%減軽対象者	60%減軽対象者、その他医療扶助受給権者	「国民基礎生活保障法」に基づく医療扶助受給者
在宅給付	15%	9%	6%	免除
施設給付	20%	12%	8%	
福祉用具（その他在宅給付）	15%	9%	6%	

#### (6) 家族相談サービス

在宅給付を利用する受給者の家族（6時間以上の介護サービス）のうち、ストレス、扶養負担の高い家族に「家族相談専門要員」（精神健康福祉士、精神健康看護師、精神健康臨床心理士、家族相談専門要員養成教育の履修者）が専門相談・教育・情報を提供するサービスである。サービス対象者は、家族相談支援サービス事業の地域に実際に居住する在宅給付受給者の介護家族、扶養負担の高い家族介護者に選定された対象者であり、認知症のある受給者の家族は優先対象である。

プログラムは、①10回（個別相談6回、集団活動4回）、②個別相談（相談者が自宅を訪問し、対象者の状態、特性、環境に応じた専門相談の提供）、③集団活動（応急処置や健康

チェック、園芸・美術活動等の運営)、④対象者に必要な地域社会資源の連携、⑤プログラム終了後の自助会の進行(支援)で非公式サポートネットワークの構築などで構成されている。

#### (7) 認知活動型プログラム

認知活動型訪問介護は、認知活動型プログラムを利用して認知機能が低下した認知症受給者の認知刺激活動及び残存している身体認知機能の維持向上のための訓練を提供する。認知活動型プログラムは専門教育課程を履修したホームヘルパーが回想訓練、記憶力向上活動など認知機能関連プログラムを提供するもので、認知症のある要介護1～5等級、認知支援等級受給者が利用できる。

#### (8) 認知症家族休暇制度

認知症のある受給者(要介護1～5等級、認知支援等級)の世話をする家族が旅行などで一時的な休息が必要な場合、月限度額とは関係なく、1年に8日以内に短期保護または終日訪問介護を利用することができる。終日訪問介護は、自宅で認知症受給者(1～2等級)の介護家族を支援するための制度であり、1回につき12時間受給者の家庭においてホームヘルパーが保護者に代わって日常的な介護サービスを提供するものである。同一事業者で2回以上連続して利用する場合、看護師(准看護師を含む)が1回以上に訪問して応急的な状況に備えることができ、年間16回以内で利用できる。

#### (9) 認知症専門型介護サービス事業所

認知症高齢者が安心感を感じられる施設環境を提供し、認知症専門教育を受けた人材を配置して認知機能の維持及びBPSDの改善など、認知症受給者に合わせたサービスを提供する。対象者は医師意見書に「認知症」の傷病が記載されているか、直近2年以内に認知症診療内訳のある要介護2等級(医師意見書の提出者)から認知支援等級の受給者である。

#### (10) 契約医師制度

受給者が入所した高齢者介護施設及び高齢者介護共同生活家庭に指定された医師(漢方医師、歯科医師を含み)が定期的に訪問し、高齢者の健康状態を直接確認し、必要な健康管理等を提供する。

#### (11) 在宅給付電子管理システム(RFID)

ホームヘルパーが家庭訪問介護(訪問介護、訪問入浴、訪問看護)を提供する際、スマートフォンなどを利用してサービス開始、終了時間および内容をリアルタイムで伝送するシステムである。保護者(受給者)がスマートフォンにアプリを設置すれば、伝送内容をリアルタイムで通知してもらえ、受給者の権利を保護してもらえる。

## (12) ホームヘルパー

一定期間に教育を履修し、試験に合格して国家資格を取得した者で介護サービス事業所に所属し、受給者が健康で快適な老後を送ることができるよう、身体活動支援、家事活動支援、認知活動支援などの業務を行う専門人材である。認知活動プログラムを提供するホームヘルパーは、認知症に対する理解及び認知症患者の介護に対する専門性を向上させるための「認知症専門教育」を履修した後、試験に合格した専門家である。

ホームヘルパーは、受給者のために次の介護給付を提供する。

### ○身体活動支援

- 一 食事及び薬を用意すること、個人衛生活動(洗顔、歯磨き、洗髪、入浴など)
- 一 身だしなみ(髪の手入れ、手・足爪の整理、着替えなど)
- 一 体位変換、移動支援、排泄支援(トイレ・移動便座の利用、おむつ交換など)
- 一 身体機能増進活動等

### ○認知活動支援

一 回想訓練、記憶力向上活動、残存している機能の維持・向上のための社会活動訓練（受給者と一緒に衣服を作り、料理するなど）

### ○ 日常生活のサポートなど

- 一 外出同行(買い物、散歩、物品の購入、病院利用など)
- 一 受給者の部屋の掃除及び環境管理、受給者の洗濯、食事の準備、皿洗いなど
- \* 家族のための行為は除外

### ○情緒支援：話し相手、コミュニケーションのサポートなど

受給者（保護者）がホームヘルパーに要求してはならない行為は、受給者の家族だけのための行為、受給者又はその家族の生業を支援する行為、その他受給者の日常生活に維持に関係のない行為である。

## 4) 今後の政策課題

人口高齢化の加速と高齢者世帯の増加は、高齢者介護部門の財政支援の拡大を必要としている。超高齢社会に備えた高齢者介護と医療サービス拡充の課題は、優先的に高齢者介護の根幹となる介護保険の持続可能性を高めることである。

高齢化とともに加速している介護保険支出の効率性を高め、急速に増加する介護保険料率と国庫及び地方費投入の増加速度が持続可能となるよう、関連制度の改善を持続的に行う必要がある。同時に、分散した介護サービスのインフラや自治体のインフラを統合連携し、受給者に合わせたサービスを提供できるよう、統合判定システムの導入など、高齢者介護部門のシステムを整備する必要がある。

高齢者介護部門に対する AI や ICT 技術などスマート介護の活性化や産業化等のための

協業も必要である。介護や医療の必要度に応じたサービス支援が適材適所に行われるよう、高齢者介護分野の自治体の役割強化や中央と地方の財源分担体制の変化も必要である。

### 3. 韓国の医療制度の動向

#### 1) コミュニティ・ケア（地域包括ケアシステム）

コミュニティケアが必要な人が「病院・施設」ではなく「住んでいた場所」で健康に暮らせるよう住居、保健医療、介護など様々な介護サービスを統合的に連携・提供する政策である。

対象者は、老齢、疾病等の事由により介護が必要な状態で、今まで住んでいた自宅や地域社会に住むことを希望する者である。例えば、①療養病院の社会的入院患者及び障害者居住施設入所者のうち地域社会復帰希望者、②現在、在宅に居住中又は予防的先制介入が必要な者である。

中核サービスは、△住居支援、△訪問型保健医療・健康、△訪問介護、△日常生活支援などで地域社会内の自立生活基盤を構築する。住居支援は住宅と介護サービスが連携した支援住宅（supportive housing）を拡充し、永久賃貸住宅をサービス結合型バリアフリー住宅に衣替えすることである。オーダーメイド型住居環境改善事業（住宅改修など）を通じて地域社会の定住を誘導する。訪問型保健医療・健康は、訪問型診療・介護・リハビリテーション指導サービスの拡充、情報通信技術（AI、IoT等）を活用したオンライン健康管理等を推進するものである。その他、昼夜間保護、移動支援、栄養支援などのサービス拡充がある。

主な推進経過をみると、国政課題実践課題の反映（2019年2月）、16自治体先導事業（2019年6月～）、地域社会統合介護法案の発議（2020年11月、2021年7月）である。

#### 2) 韓国の医療保険制度の特徴と動向

近年、韓国の医療費はOECD加盟国で最も急速に増加しており、少子高齢化の加速に伴い、医療保険の財政と国民個人の医療費負担はさらに重くなるものと予想される。2019年の韓国の医療費支出はGDP対比8.0%でOECD平均（8.8%）より低い水準だが、ここ5年間に1.5%p増加したことで、OECD加盟国（平均0.1%p）で最も早い増加傾向を見せる。国民1人当たりの医療費の年平均増加率は8.7%でOECD平均（4.4%）の2倍程度高い水準である。韓国の高齢化及び少子化速度はOECD加盟国で最も速いことが分かり、医療保険の財政負担人口も急速に減少するものと予想される。

一方、韓国の医療保険は、①公保険の運営・財政が単一保険者に集中しているが、適用範囲は低く、②医療供給における民間財源の依存度は高い反面、③不適切な医療供給の統制制度は不十分であるという特徴を持つ。

韓国の医療サービスは供給に対する民営インフラの依存度が非常に高いが、医師数は少

ない水準であり、供給者による誘引需要が発生する可能性が相対的に高いと考えられる。韓国は OECD 加盟国で公共医療機関の病床数の割合が最も低い水準で、医療サービスの供給の大半が、民営医療機関が責任を負う構造である。

また、人口1千人あたりの病床数は12.4床で OECD 加盟国平均（4.5床）に比べて非常に高い反面、人口1千人あたりの医師数は2.4人で OECD 加盟国平均（3.5人）に比べて少ない水準で、供給者による誘引需要の可能性が存在する。

医療保険の効率的な運営のためには不適切な医療サービスの需要と供給に対する統制が重要だが、特に韓国は主要国に比べて給付外に対する医療供給の統制制度が不十分である。

今後、医療保険の財政と国民個人の医療費負担はさらに重くなると予想されることから、医療供給者に対する効果的な政策策定による医療保険制度の効率性向上が重要な課題として浮上している。医療供給者は、医療消費者に比べて医療サービスの質と費用に影響を及ぼす優位的位置にあるため、医療保険の効率性を高めるためには、医療供給に対する効果的な政策の策定が非常に重要である。

特に、医療保険の診療報酬の統制を受けない給付外サービスや高価な医療サービスをより多く提供するほど、医療供給者の収益が増加する誘引構造等に対する統制制度づくりが必要である。

#### 4. 整理

新型コロナウイルス感染症は、韓国の医療と介護制度に根本的な疑問を投げかけた。これまで問題として認識されてきたが、既得権的思考にぶつかって改善されなかった伝統的な医療・介護体制の限界を直視するきっかけとなった。このような危機を賢明に克服し、新型コロナウイルス感染症を通じて得た経験と教訓をうまく活用すれば、より良い医療・介護制度に進むための新たな機会を設けることができるだろう。

新型コロナウイルス感染症の蔓延以降に発生した日常の変化は、新たな医療・介護政策のニーズをもたらしている。「ウィズコロナ時代」に対応し、今後このような新たな政策ニーズを反映した政策開発が行われる必要がある。

このため、今後の韓国と日本における最近の医療・介護改革動向を考察し、これにより示唆点を導き出す必要がある。韓国と日本が持つ医療・介護環境の遺産は異なる部分が多いが、現在に直面している危機の地点は脈を同じくする部分が多い。したがって、韓国と日本の改革動向の事例は、新たな医療・介護政策の方向設計の一つの志向点になるだろう。

#### 参考文献

保健福祉部・国民健康保険公団(2022)、老人長期療養保険の給付利用案内。

国民健康保険公団(2020)、老人長期療養保険法の解説。

保健福祉部・国民健康保険公団(2018)、老人長期療養保険10年史。

金道勲ほか(2012)、最新老人長期療養保険の現況と課題、老人研究情報センター。

高齢者長期療養保険ホームページ <https://www.longtermcare.or.kr>

※日本語添削：小藪基司(横山市すすき野地域ケアプラザ)