

韓国の長期療養保険制度の最新動向と課題

The Latest Trends and Issues of Long-Term Care Insurance in South Korea

宣 賢 奎

Hyeon-kyu SEON

概要

本研究は、韓国の老人長期療養保険制度の最近の施行状況と課題を明らかにすることを目的とし、国民健康保険公団の「2014 老人長期療養統計年報」をもとに、韓国の要介護認定、長期療養保険財政、長期療養保険事業所、介護職員、介護報酬の状況について概観した。そのうえ、限定的な給付対象者、長期療養保険給付の地域格差、療養保護士の低賃金と低い専門性、介護報酬の不正請求、介護の家族化、介護サービスの質の確保、ケアマネジメントの未確立などの諸課題について検討し、課題解決のための政策提言を行った。

キーワード：老人長期療養保険制度、介護サービス供給、介護サービスの地域格差

Abstract

This study was conducted to clarify the latest trends and issues of Long-Term Care Insurance (LTCI) in South Korea based on the review of “Long-Term Care Statistics Annual Report 2014” published by South Korea’s National Health Insurance Corporation, which reports information on funding for LTCI, reimbursement and coverage policy rules and regulations, the characteristics and number of certified LTCI beneficiaries, service providers and personal care workers. This study also reviewed and examined issues of limited-coverage recipients, regional disparities, low wages for and expertise of personal care workers, LTCI fraud, family caregiving, maintaining care quality and non-establishment of care management to discuss the political implications for LTCI.

Keywords: LTCI in South Korea, long-term care services delivery, regional disparity in long-term care services

目次

1. はじめに
 2. 長期療養保険制度の施行状況
 - 2.1 要介護認定
 - 2.2 長期療養保険財政および保険給付
 - 2.3 長期療養保険事業所
 - 2.4 介護職員
 - 2.5 介護報酬
 3. 長期療養保険制度の課題
 - 3.1 限定的な給付対象者
 - 3.2 長期療養保険給付の地域格差
 - 3.3 療養保護士の低賃金と低い専門性
 - 3.4 介護報酬の不正請求
 - 3.5 介護の家族化
 - 3.6 介護サービスの質の確保
 - 3.7 ケアマネジメントの未確立
 4. おわりに
- 謝辞
- 注および引用文献

1. はじめに

本研究は、2008年7月に施行された韓国の老人長期療養保険制度（以下、長期療養保険制度）の最近の施行状況と課題について明らかにすることを目的としている。本稿執筆時点において、長期療養保険制度は施行されてから丸7年が過ぎたところだが、制度が順調に施行されている一方で、制度施行時から解決されていない課題が依然として残されている。

筆者はこれまでの研究の中で、長期療養保険制度の政策決定過程、保険財政、要介護認定状況、療養保護士（日本の介護職員初任者に相当、英語表記は Care helper）養成の現状と課題、介護サービス供給の地域間格差、介護事業者の情報公表、日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察、長期療養保険制度の研究動向と今後の研究課題などについて明らかにしてきた（宣 2006、宮城・宣 2007、宣 2009、林・宣・住居 2010、宣 2010a、宣 2010b、Seon 2011、住居・宣・林 2011、宣 2012a、宣 2012b、宣 2013a、宣 2013b、李・宣 2013）。しかし、これらの研究は必ずしも現在の施行状況を正確に反映しているとは言えない。

そこで本研究では、国民健康保険公団（長期療養保険の保険者。以下、保険公団）の「2014 老人長期療養統計年報」（2015 年 7 月 13 日に公表）に基づき、最新の要介護認定、長期療養保険財政、長期療養保険事業所、介護職員、介護報酬の状況について概観する。そのうえ、長期療養保険制度の課題、すなわち限定的な給付対象者、長期療養保険給付の地域格差、療養保護士の低賃金と低い専門性、長期療養数価（以下、介護報酬）の不正請求、介護の家族化、介護サービスの質の確保、ケアマネジメントの未確立について、日本の介護保険制度と比較しつつ検討するとともに、課題解決のための政策提言を行う。

2. 長期療養保険制度の施行状況

2.1 要介護認定

2014 年 12 月時点の要介護認定者は 42 万 4,572 人（高齢者人口約 646 万人の 6.6%）、要介護認定率は 72.5%（判定者対比）となっている。要介護認定率は制度施行初年度は 80% を超えていたが、現在は 70% 前後で推移している（図 1）。

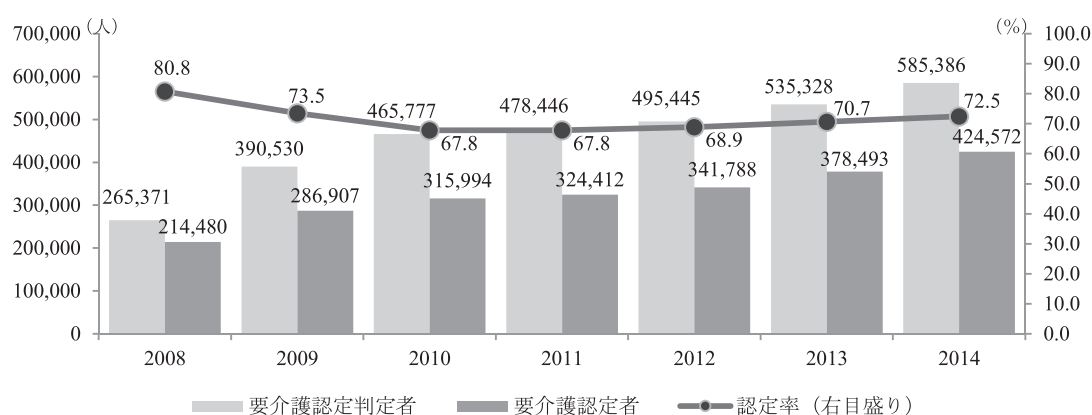


図 1 要介護認定判定者および要介護認定者の推移

注：統計は各年 12 月 31 日時点である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

要介護認定者は今後も増えることが予想される。実は、2014 年 6 月に老人長期療養保険法施行令が一部改正され（第 7 条）、2014 年 7 月から長期療養等級（日本でいう要介護度）に 4 等級と 5 等級が新設された。既存の 3 等級の細分化⁽¹⁾と軽度の認知症患者に対する給付を拡大するための改正であったが、これにより今後、要介護認定者が増えると推察される。要介護認定等介護点数は 1 等級（日本の要介護度 5 に相当）が 95 点以上、2 等級（日本の要介護度 4 に相当）が 75 点以上 95 点未満、3 等級（日本の要介護度 3 に相当）が 60 点以上（3 等級の下限点数については二度の改正）75 点未満、4 等級は 51 点以上 60 点未満、5 等級（特別認知症等級）は 45 点以上 51 点未満である（表 1）。

表1 要介護度別の要介護認定等介護点数

等級	期間 2007年10月 ～2012年6月	2012年7月 ～2013年6月	2013年7月 ～2013年6月	2014年7月～
1等級	95点以上	95点以上	95点以上	95点以上
2等級	75点以上	75点以上	75点以上	75点以上
3等級	55点以上	53点以上	51点以上	60点以上
4等級				51点以上
5等級				45点以上

出所：「老人長期療養保険法施行令」（一部改正，2014年6月25日）により作成

長期療養保険制度施行後の6年間の施行状況をみると、要介護認定申請者および認定者は次第に増加している。2008年12月に35万5,526人（高齢者人口の6.9%）だった要介護認定申請者は2014年12月には73万6,879人（同11.4%）となり、2倍以上増えた。同期間中の要介護認定者は21万4,480人（高齢者人口の4.2%）から42万4,572人（同6.6%）へとほぼ倍増した（表2）。4等級および5等級の新設に伴い、2014年の要介護認定者が前年に比べて4万6,079人も増えた（12.2%増）ことが影響していると思われる。

表2 年度別の要介護認定状況

区分	年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65歳以上高齢者（人）		5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740
要介護認定申請者（人）		355,526	522,293	622,346	617,081	643,409	685,852	736,879
要介護認定判定者（人）		265,371	390,530	465,777	478,446	495,445	535,328	585,386
要介護認定者（人）		214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572
判定者対比要介護認定率（%）		80.8	73.5	67.8	67.8	68.9	70.7	72.5
高齢者人口比（%）		4.2	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6

注：1）要介護認定申請者、要介護認定判定者、要介護認定者には65歳未満の者も含まれている。2014年12月時点における65歳未満の要介護認定申請者は42,096人、要介護認定判定者は33,727人、要介護認定者は25,489人となっている。したがって、65歳以上の要介護認定者は399,083人（424,572人－25,489人）となり、実際の65歳以上の高齢者人口比は6.2%である。

2）65歳以上高齢者には外国人の医療保険加入者が含まれているので、統計庁の推計より人数が多くなっている。

出所：国民健康保険公団「2008～2014老人長期療養保険統計年報」より作成

2014年12月時点の要介護度別の要介護認定状況をみると、1等級3万7,655人（8.9%）、2等級7万2,100人（17.0%）、3等級17万329人（40.1%）、4等級13万4,032人（31.6%）、5等級1万456人（2.4%）となっている（図2および表3）。

1等級および2等級の要介護認定者は減りつつあり、3等級が徐々に増えている状況にあったが、2014年に3等級を細分化して4等級を新設したため、3等級が急減した。減少した要介護認定者は新設された4等級に振り分けられている。特別認知症等級である5等級が1万人以上認定されたことは注目に値しよう。

これを年齢別にみると、65歳以上の者が39万9,083人（94.0%）、65歳未満の者が2万5,489人（6.0%）となっている。性別では男性が11万6,312人（27.4%）、女性が30

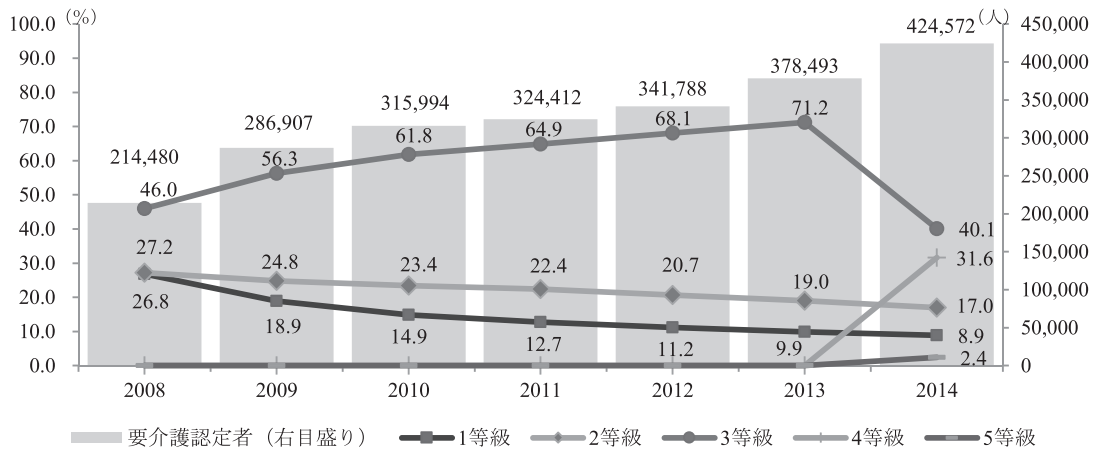


図2 年度別の要介護認定者総数と要介護度別の要介護認定率の推移

注：統計は各年12月31日時点である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

表3 要介護度別、年齢別、性別の要介護認定状況

(2014年12月時点)

年齢	性別	判定者	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級	等級外
65歳未満	男	19,295	2,468	2,229	5,957	3,749	148	4,744
	女	14,432	2,013	1,686	4,248	2,831	160	3,494
	小計	33,727	4,481	3,915	10,205	6,580	308	8,238
65～69歳	男	19,670	1,587	2,276	5,477	3,672	171	6,487
	女	25,487	1,658	2,129	5,350	4,516	320	11,514
	小計	45,157	3,245	4,405	10,827	8,188	491	18,001
70～74歳	男	29,690	2,215	3,638	9,001	6,256	378	8,202
	女	59,336	3,508	5,592	13,267	11,988	925	24,056
	小計	89,026	5,723	9,230	22,268	18,244	1,303	32,258
75～79歳	男	34,247	2,108	4,297	10,547	7,788	674	8,833
	女	99,045	5,336	10,263	24,584	22,667	2,081	34,114
	小計	133,292	7,444	14,560	35,131	30,455	2,755	42,947
80～84歳	男	27,857	1,473	3,398	8,729	6,739	673	6,845
	女	109,375	5,969	13,023	31,302	27,125	2,454	29,502
	小計	137,232	7,442	16,421	40,031	33,864	3,127	36,347
85歳以上	男	25,376	1,180	3,312	8,837	6,859	476	4,712
	女	121,576	8,140	20,257	43,030	29,842	1,996	18,311
	小計	146,952	9,320	23,569	51,867	36,701	2,472	23,023
合計(人)	男	156,135	11,031	19,150	48,548	35,063	2,520	39,823
	女	429,251	26,624	52,950	121,781	98,969	7,936	120,991
	合計	585,386	37,655	72,100	170,329	134,032	10,456	160,814

注：4等級と5等級の新設に伴い、従来の等級外A、等級外B、等級外Cは「等級外」に一本化された。

出所：国民健康保険公団「2014 老人長期療養保険統計年報」を修正

万8,260人(72.6%)となっている(表3)。なお、要介護判定において「自立」と判定された等級外の者には、「老人福祉法」に則り、市区郡独自の老人ドルボミ(世話)サービス、高齢者余暇施設である敬老堂(Kyungro-dang)の利用等の資格が与えられる⁽²⁾。

2014年12月時点の介護サービス利用者（保険給付者）は、2008年の14万8,749人から37万2,944人（施設13万5,151人、在宅23万7,793人）へと約2.5倍増えた。制度施行の初年度は69.4%と低かった要介護認定者に占める介護サービス利用率は、長期療養保険制度の認知度の上昇とサービス基盤の整備に伴い、2年目からは80%を超え、2014年12月時点には87.8%まで上がっている（図3）。ちなみに、同時期（制度施行後6年目に当たる2006年12月時点）の日本の介護サービス利用率は80.7%（約440万人の要介護認定者のうち、保険給付者は約355万人）であった。参考までにみると、2014年12月時点の日本の介護サービス利用率は84.7%（約602万人の要介護認定者のうち、保険給付者は約510万人）となっている。

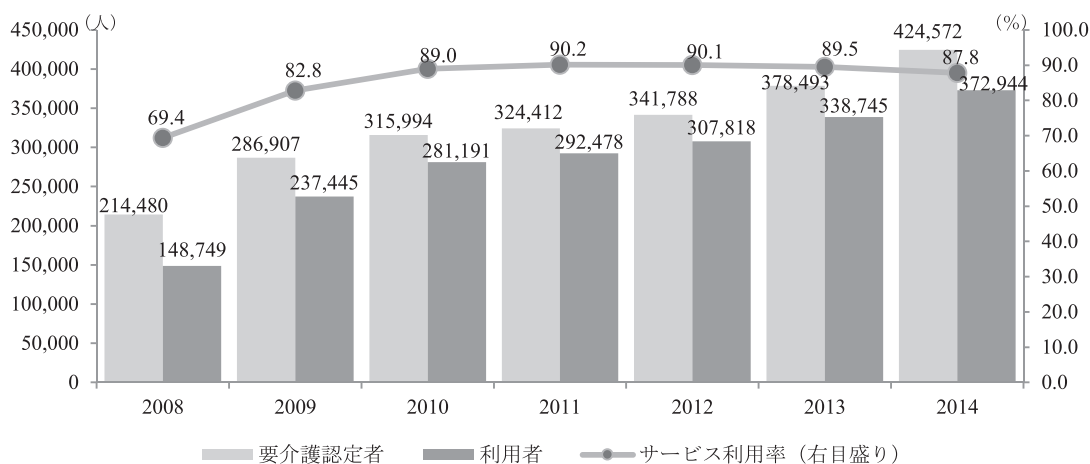


図3 要介護認定者および利用者（率）の推移

注：統計は各年12月31日時点である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」および国民健康保険公団の内部資料より作成

2.2 長期療養保険財政および保険給付

2014年12月末時点の利用者負担分を含む費用額は3兆9,849億ウォン（≒3,985億円、1,000ウォン＝100円で換算、以下同様）となっており、2009年の費用額（制度施行初年度の2008年の費用額は半年分なので比較できない）に比べて約2倍増えている。費用額に占める保険給付額（公費負担額を含む）の割合を示す給付率は87.8%となっている（表4）。

2014年12月末時点の給付額は在宅介護が1兆6,748億ウォン（≒1,675億円）、施設介護が1兆8,234億ウォン（≒1,823億円）となっており、施設介護給付額（52.1%）が在宅介護給付額（47.9%）を若干上回っている（図4）。制度施行初年度を別にすれば、2009年から2011年までの3年間は在宅介護給付率が施設介護給付率を上回っていたが、2012年以降はその比率が逆転している。後述するが、長期療養保険施設が順調に増えている反面、訪問入浴介護と訪問看護事業所を中心に在宅介護事業所が減少傾向にあるのが

表 4 長期療養保険の費用額および給付額の推移

区分	年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
年間受給者数 (人)		149,656	291,389	348,561	360,073	369,587	399,591	433,779
年間給付日数 (万日)		1,225	5,115	7,357	7,938	8,034	8,585	9,223
費用額 (億ウォン)		4,808	19,718	27,456	29,691	31,256	35,234	39,849
給付額 (億ウォン)		4,268	17,369	24,023	25,882	27,177	30,830	34,981
給付率 (%)		88.8	88.1	87.5	87.1	87	87.5	87.8
受給者 1 人あたりの 月平均費用額 (ウォン)		884,452	952,163	958,652	944,916	956,986	996,714	1,024,520
受給者 1 人あたりの 月平均給付額 (ウォン)		782,173	838,912	838,915	823,727	832,132	872,106	899,361

注：1) 費用額は利用者負担分を含む費用、給付額は利用者負担額を除く保険給付額および公費負担額の合計額である。
 2) 給付率は費用額に占める保険給付額の割合である。
 3) 費用額は保険給付額、公費負担額および利用者負担額の合計額である。
 4) 2008 年は半年間 (7 月～12 月分) の合計数または合計額である。
 出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

その一因であると考えられる。

ちなみに、厚生労働省の「平成 25 年度介護保険事業状況報告 (年報)」によると、2013 年度の介護保険給付総額が 8 兆 5,121 兆円である日本は、在宅介護 (介護予防および地域密着型サービスを含む) の 1 か月平均の給付額 (64.9%) が施設介護の給付額 (35.1%) を大幅に上回っているうえ、施設介護の給付率が年を追うごとに下がっている。その要因のひとつとして、政府の在宅介護の推進が考えられる。

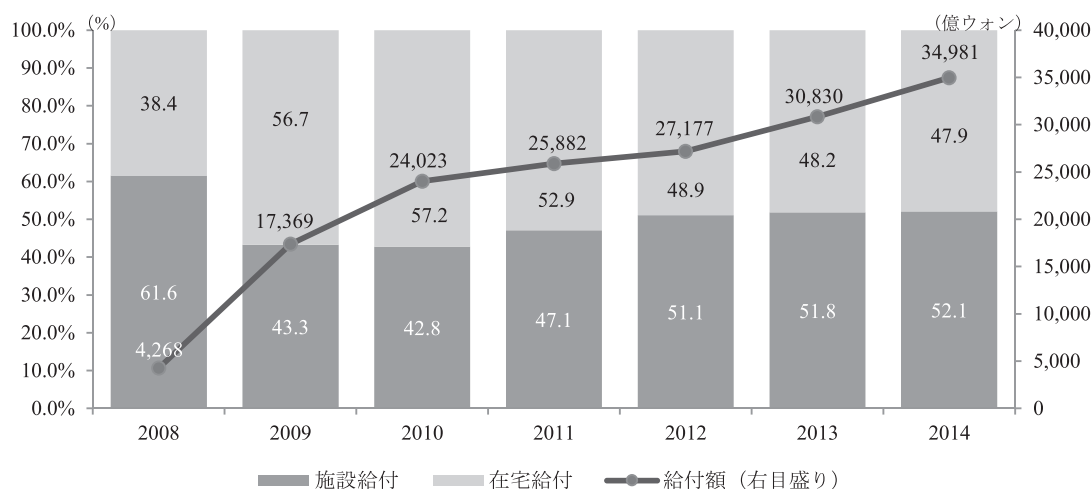


図 4 保険給付額と施設介護および在宅介護給付率の推移

注：統計は各年 12 月 31 日時点である。
 出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

給付額をサービス種類別にみると、在宅介護では訪問介護が給付費総額の 78.3%、施設介護では老人療養施設 (日本の介護老人福祉施設に相当) が給付費総額の 86.9% を占めており、訪問介護と老人療養施設に給付が偏っている (表 5)。老人療養施設の給付費

表5 サービス種類別の給付額の推移

サービス		年						
		上段：給付額（億ウォン），下段：構成比（％）						
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
在 宅	訪問介護	1,086 (66.2)	7,334 (74.4)	11,296 (82.2)	11,415 (83.3)	10,724 (80.6)	11,736 (79.0)	13,119 (78.3)
	訪問入浴介護	94 (5.8)	406 (4.1)	691 (5.0)	712 (5.2)	707 (5.3)	736 (4.9)	711 (4.2)
	訪問看護	15 (0.9)	62 (0.6)	62 (0.4)	58 (0.4)	70 (0.5)	73 (0.5)	75 (0.5)
	昼夜間保護	176 (10.7)	618 (6.3)	731 (5.3)	837 (6.1)	958 (7.2)	1,279 (8.6)	1,745 (10.4)
	短期保護	153 (9.4)	843 (8.6)	323 (2.3)	67 (0.5)	89 (0.7)	150 (1.0)	163 (1.0)
	福祉用具貸与・販売	116 (7.1)	592 (6.0)	637 (4.6)	614 (4.5)	756 (5.7)	891 (6.0)	934 (5.6)
	小 計	1,640 (100.0)	9,856 (100.0)	13,740 (100.0)	13,704 (100.0)	13,303 (100.0)	14,864 (100.0)	16,748 (100.0)
施 設	老人療養施設	455 (17.3)	2,118 (28.2)	3,883 (37.8)	5,646 (46.4)	7,571 (54.6)	12,626 (79.1)	15,839 (86.9)
	老人療養施設 (老人福祉法の適用)	747 (28.4)	1,569 (20.9)	1,373 (13.4)	1,139 (9.3)	913 (6.6)	225 (1.4)	-
	老人専門療養施設 (老人福祉法の適用)	1,364 (51.9)	3,403 (45.3)	3,383 (32.9)	3,111 (25.5)	2,864 (20.6)	811 (5.1)	-
	老人療養共同生活家庭	62 (2.4)	424 (5.6)	875 (8.5)	1,268 (10.4)	1,571 (11.3)	2,057 (12.9)	2,394 (13.1)
	老人療養施設 (短期保護から転換)	-	-	768 (7.5)	1,014 (8.3)	955 (6.9)	246 (1.5)	-
	小 計	2,628 (100.0)	7,513 (100.0)	10,283 (100.0)	12,178 (100.0)	13,874 (100.0)	15,966 (100.0)	18,234 (100.0)
合 計	4,268	17,369	24,023	25,882	27,177	30,830	34,981	

注：2008年は半年間（7月～12月分）の合計額である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014老人長期療養保険統計年報」より作成

総額が2012年あたりから急増しているのは、従来の「老人福祉法」による老人療養施設および老人専門療養施設、短期保護から転換された老人療養施設が「老人長期療養保険法」による老人療養施設に段階的に統合されたためである。

ちなみに、厚生労働省の「平成26年度介護給付費実態調査の概況」によると、2014年度の日本の在宅介護給付費に占める訪問介護の給付費の割合は19.5%、施設介護給付費に占める介護老人福祉施設の給付費の割合は51.5%となっている。このことからして、韓国では要介護認定者の介護サービス利用におけるサービス間の偏りが大きいと言える。韓国の場合、日本に比べて在宅・施設とも給付サービスが相対的に少ないうえ、在宅介護では特に訪問入浴介護および訪問看護事業所が思うように増えないため、特定のサービスに利用が集中している。

長期療養保険制度を円滑に運営するためには財源確保が最大の課題である。長期療養保険の財源は保険料、国庫負担、利用者の自己負担金で構成されており、日本と同様に、税金と社会保険料で保険財政を賄う修正社会保険方式を採用している。2014年12月時点

の長期療養保険の財政状況をみると、収入は4兆1,486億ウォン（≒4,149億円）、支出は3兆8,497億ウォン（≒3,850億円）、当期差益は2,989億ウォン（≒299億円）となっており、総費用に対する総収益の割合を示す総収支比率は107.8%である（表6）。

ちなみに、厚生労働省の「平成25年度介護保険事業状況報告（年報）」によると、日本の2013年度の介護保険特別会計（介護保険事業勘定）は、収入9兆1,650億円、支出9兆172億円、差引残額1,478億円となっている。

表6 年度別の長期療養保険財政（単位：千ウォン，%）

区分		2009	2010	2011	2012	2013	2014
収入	保険料	1,199,551,493	1,831,554,777	2,142,331,738	2,369,669,274	2,542,097,685	2,704,720,549
	公費負担	864,433,973	1,002,767,396	1,065,632,582	1,117,021,005	1,202,996,636	1,305,760,447
	その他	20,943,659	43,418,311	55,180,147	74,982,604	86,117,944	138,098,843
	合計(A)	2,084,929,125	2,877,740,484	3,263,144,467	3,561,672,883	3,831,212,265	4,148,579,839
支出	保険給付	1,746,732,140	2,415,263,200	2,602,664,029	2,732,832,824	3,099,533,550	3,598,415,607
	在宅	985,020,419	1,374,034,284	1,374,494,161	1,329,687,078	1,493,254,561	1,702,269,315
	施設	754,497,938	1,033,622,638	1,221,074,725	1,396,220,453	1,598,158,349	1,886,698,185
	家族療養費	1,656,125	1,316,395	1,048,855	983,680	1,026,503	1,154,327
	医師所見書発給費	5,358,103	6,076,020	5,858,482	5,748,117	6,904,112	8,088,445
	訪問看護指示書発給費	199,555	213,863	187,806	193,496	190,025	205,335
	管理運営費	135,720,376	144,136,771	155,570,596	166,255,556	178,158,578	197,666,535
	その他	26,009,993	29,735,318	29,522,420	38,233,468	40,269,030	53,578,175
合計(B)	1,908,462,509	2,589,135,289	2,787,757,045	2,937,321,848	3,317,961,158	3,849,660,317	
総収支比率(A/B×100)	109.2	111.1	117.1	121.3	115.5	107.8	
当期差益(A-B)	176,466,616	288,605,195	475,387,422	624,351,035	513,251,107	298,919,522	
繰越金	385,140,812	470,946,007	555,133,429	746,374,053	976,296,494	1,100,014,228	
累積準備金積立金	105,400,000	308,200,000	699,400,000	1,125,800,000	1,125,800,000	1,285,500,000	

注：1) 金額は各年度末の決算基準。2012年以前は企業会計基準(K-GAAP)を適用、2013年からは国際会計基準(K-IFRS)を適用して算出している。

2) 保険料には利用者負担分が含まれている。

3) 公費負担には医療給付負担金が含まれている。

4) その他は事業外の収入であるが、預金金利、その他の徴収金収入および加算金などが含まれる。

5) 経常収支率は収支に占める支出の割合を示したものである。

6) 2008年の統計は紙幅の都合のため、割愛する。

出所：国民健康保険公団「2014老人長期療養保険統計年報」を修正引用

収入の内訳は保険料2兆7,047億ウォン（≒2,705億円）⁽³⁾、公費負担1兆3,058億ウォン（≒1,306億円）、その他1,381億ウォン（≒138億円）となっており、保険料収入が収入総額の65.2%を占めている。日本の場合、収入合計9兆1,650億円のうち、保険料収入が収入総額の19.9%にあたる1兆8,242億円となっているので、韓国の保険料収入の比率が圧倒的に高いことがわかる。これは、総費用に占める保険料の割合が国庫負担と利用者負担を除いた60～65%（施設介護の分は60%、在宅介護の分は65%）であるからであろう。日本は国庫支出金（収入総額に占める割合は22.4%）、支払基金交付金（同27.2%）、都道府県支出金（同14.0%）、一般会計等繰入金（同14.9%）などとなって

おり、韓国に比べて国および地方公共団体の負担金が相対的に多い。

韓国の長期療養保険料の賦課方式と算出方式は日本と異なり、年齢に基づく第1号と第2号の被保険者の区分がなく、20歳以上の医療保険の被保険者は自分の収入に応じて賦課される医療保険料に長期療養保険料率を乗算した保険料を負担する。制度施行初年度の長期療養保険料率は4.05%であったが、その後段階的に引き上げられ、2014年からの長期療養保険料率は6.55%となっている(表7)。上記の算定方式によって賦課される月額平均保険料は、2014年12月時点で一世帯あたり5,869ウォン(≒587円)、一人あたり2,638ウォン(≒264円)となっており、日本に比べてかなり安い。日本の場合、所得や資産等に応じて世帯ごとに保険料が設定される国民健康保険加入者は全国平均で月額5,514円(2015年4月～2018年3月)、健康保険・共済組合保険加入者は給与および賞与に介護保険料率が乗算され賦課される。保険料率は加入する医療保険ごとに設定されるが、たとえば協会管掌健康保険加入者(40歳から64歳までの介護保険第2号被保険者)は1.58%(2015年9月～2016年8月)となっている。ちなみに、協会管掌健康保険の2014年9月～2015年8月の介護保険料率は1.72%であった。

表7 年度別の長期療養保険料率

期 間	2008年 7～12月	2009年 1月～12月	2010年 1月～12月	2011年 1月～12月	2012年 1月～12月	2013年 1月～12月	2014年 1月～
保険料率 (%)	4.05	4.78	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55

出所：「老人長期療養保険法」および「老人長期療養保険法施行令」等により作成

2.3 長期療養保険事業所

制度創設の準備過程で最も憂慮されたのは介護サービスの基盤整備であったが、2008年12月時点で8,318か所に過ぎなかった事業所が2014年12月には1万6,543か所へとほぼ倍増している(図5)。ただ、制度施行2年目の2009年に一気に増加した後はそれほど増えておらず、2009年から2014年までの増加率は13.6%にとどまっている。同期間中、長期療養保険施設は85.3%増しているが、在宅介護事業所はむしろ2.2%減少していることが影響していると思われる。制度施行当初の2000年度から2006年度の6年間に(日韓両国の制度施行6年目の比較)、事業所が12万9,103か所(2001年3月時点)から25万8,721か所(2007年3月時点)に2倍増した日本とは対照的である(「WAMNET」による)。ちなみに、厚生労働省の「介護給付費実態調査月報」(平成26年12月審査分)によると、2014年12月時点の事業所は33万6,405か所(月遅れ請求分及び区分不詳を含む数値)となっている。

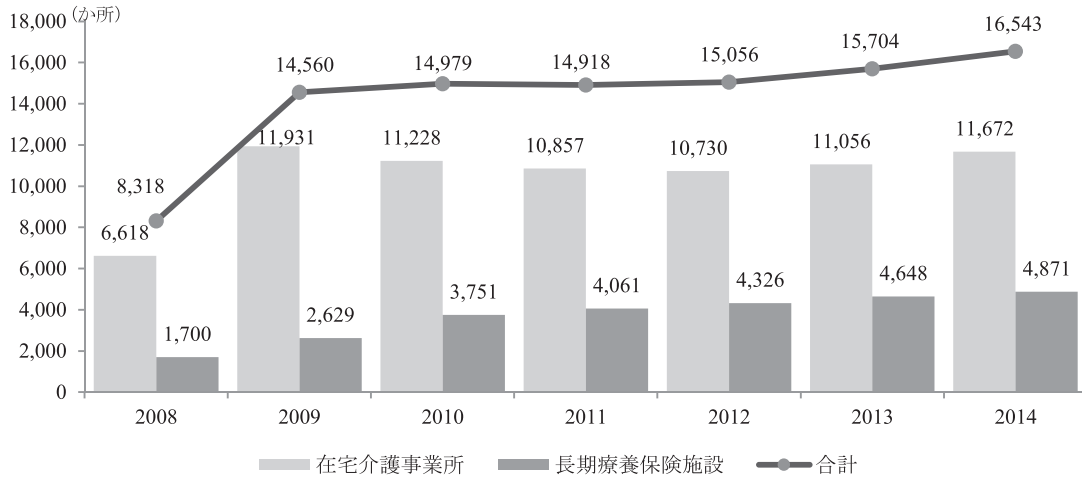


図5 長期療養保険事業所の推移

注：統計は各年12月31日時点である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

長期療養保険事業所は2009年以降あまり増えておらず、在宅介護事業所に至ってはむしろ減少している。要因としては、①政府の要介護認定の抑制（申請者対比の要介護認定却下率は2014年12月時点で42.4%、前掲の表2「年度別の要介護認定状況」を参照）による要介護認定者の微増、②利用者またはその家族の施設利用志向の強まり、③訪問介護に比べて利用者の自己負担が相対的に高い訪問入浴介護および訪問看護サービス利用の敬遠、④初期投資費のかかる訪問入浴介護および訪問看護事業所の開設の見送り・縮小・閉鎖などが考えられる。ただ、これらの要因は筆者の推測の域を脱していないので、今後、然るべき検証が必要であろう。

事業所数をサービス種別にみると、ニーズが高まりつつある長期療養保険施設は順調に増えており、2008年の1,700か所から4,871か所へと約3倍増えた。これに対し、在宅介護事業所は2010年をピークに増減を繰り返している（図6）。

2014年12月時点の在宅介護事業所をサービス別にみると、訪問介護9,073か所（在宅介護事業所の43.7%）、訪問入浴介護7,479か所（同36.0%）、訪問看護586か所（同2.8%）、昼夜間保護1,688か所（同8.1%）、短期保護322か所（同1.6%）、福祉用具貸与・販売1,599か所（同7.7%）となっている（表8）。在宅介護事業所の43.7%が訪問介護事業所であることからして、事業所数の偏りが大きい。ちなみに、韓国と比較可能な厚生労働省の「平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によると、2005年3月時点の日本の在宅介護事業所に占める訪問介護事業所の割合は16.5%であった。韓国の在宅介護事業所の偏りは、先述した給付費総額ベースでも確認できる。

年間ベースでの比較が可能な2009年からの5年間の増減率をみると、事業所が増えているのは昼夜間保護（52.6%増）、福祉用具貸与・販売（47.2%増）、訪問入浴介護

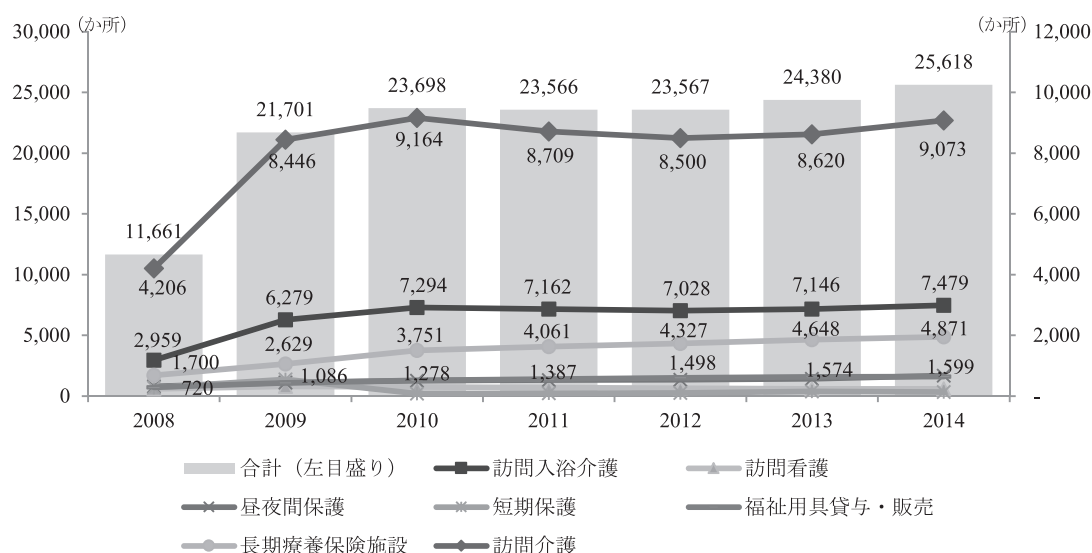


図6 サービス種類別の長期療養保険事業所の推移

注：統計は各年12月31日時点である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

(11.1%増)、訪問介護(7.4%増)、減っているのは短期保護(76.5%減)、訪問看護(25.5%減)となっている。短期保護事業所が急減しているのは、従来の「1回あたり利用可能日数90日」が「1回あたり最大15日」に改正(2010年3月)されたことが影響していると推察される。改正以降、短期保護から老人療養施設に転換する事業所が増えたことが最大の要因であると考えられる。訪問看護事業所もかなり減少しているが、訪問看護事業所は指定事業者取得のための人員基準が訪問介護および訪問入浴介護事業所に比べ

表8 サービス種類別の長期療養保険事業所の推移

(単位: か所)

サービス		年	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
在宅	訪問介護		4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073
	訪問入浴介護		2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479
	訪問看護		592	787	739	692	626	597	586
	昼夜間保護		790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688
	短期保護		694	1,368	199	234	257	368	322
	福祉用具貸与・販売		720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599
	小計		9,961	19,072	19,947	19,505	19,240	19,732	20,747
施設	老人療養施設		375	725	1,078	1,352	1,646	2,494	2,714
	老人療養施設(老人福祉法の適用)		482	488	450	411	369	2	-
	老人専門療養施設(老人福祉法の適用)		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
	老人療養施設(短期保護から転換)		-	-	465	392	329	1	-
小計		1,700	2,629	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871	
合計		11,661	21,701	23,698	23,566	23,567	24,380	25,618	

注：2008年は半年間(7月～12月分)の合計額である。

出所：国民健康保険公団「2008～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

て相対的に厳しいうえ⁽⁴⁾、サービスの性格上、訪問介護事業と競合する関係にあるため、利用者が訪問看護より自己負担の安い訪問介護を選ぶ傾向にあることが減少の一要因として考えられる。

一方、2014年12月時点の長期療養保険施設をサービス別にみると、老人療養施設が2,714か所（長期療養保険施設の55.7%）、老人療養共同生活家庭（日本では居宅サービスであるが、韓国では施設サービスに分類）が2,157か所（同44.3%）となっている⁽⁵⁾。

長期療養保険事業所の開設主体は、個人78.0%、法人20.4%、地方公共団体1.1%、その他0.5%となっている。これをサービス種別にみると、在宅介護事業所は個人80.2%、法人18.4%、地方公共団体0.8%、その他0.6%、長期療養保険施設は個人66.7%、法人30.6%、地方公共団体2.4%、その他0.3%となっており、両方とも個人経営が最も多い⁽⁶⁾。訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与・販売、老人療養共同生活家庭に至っては8割以上が個人経営である（表9）。

ちなみに、厚生労働省の「平成25年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によると、2013年10月1日時点（本稿執筆時点の最新データ）における日本の居宅介護事業所の開設主体は、訪問介護（当該サービスの開設主体に占める割合は64.0%）、訪問入

表9 開設主体別の長期療養保険事業所および構成割合 (2014年12月時点)

サービス	開設主体	事業所数 (か所, %)	上段：実数（か所），下段：構成割合（%）			
			地方公共団体	法人	個人	その他
在宅	訪問介護	9,073 (100.0)	36 (0.4)	1,518 (16.7)	7,466 (81.2)	53 (0.6)
	訪問入浴介護	7,479 (100.0)	19 (0.2)	1,113 (14.9)	6,305 (84.3)	42 (0.6)
	訪問看護	586 (100.0)	6 (1.0)	119 (20.3)	456 (77.8)	5 (0.9)
	昼夜間保護	1,688 (100.0)	105 (6.2)	776 (46.0)	794 (47.0)	13 (0.8)
	短期保護	322 (100.0)	5 (1.5)	64 (19.9)	251 (78.0)	2 (0.6)
	福祉用具貸与・販売	1,599 (100.0)	—	223 (13.9)	1,372 (85.8)	4 (0.3)
	小計	20,747 (100.0)	171 (0.8)	3,813 (18.4)	16,644 (80.2)	119 (0.6)
施設	老人療養施設	2,714 (100.0)	97 (3.6)	1,175 (43.3)	1,434 (52.8)	8 (0.3)
	老人療養共同生活家庭	2,157 (100.0)	11 (0.5)	250 (11.6)	1,890 (87.6)	6 (0.3)
	小計	4,871 (100.0)	108 (2.4)	1,425 (30.6)	3,324 (66.7)	14 (0.3)
合計	25,618 (100.0)	279 (1.1)	5,238 (20.4)	19,968 (78.0)	133 (0.5)	

注：1)「地方公共団体」とは地方公共団体直営または地方公共団体が民間事業者に委託する公設民営である。

2)「法人」とは社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、学校法人、宗教法人などである。

3)「個人」とは営利を目的とする民間事業者であるが、法人格を有していない場合がほとんどである。

出所：国民健康保険公団「2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

浴介護 (同 58.3%)、通所介護 (同 56.3%)、福祉用具貸与 (同 93.0%)、特定福祉用具販売 (同 94.6%)、訪問看護ステーション (同 35.3%) は営利法人、短期入所生活介護 (同 81.7%) は社会福祉法人が最も多い (韓国の長期療養保険制度におけるサービスのみの比較)。一方、介護老人福祉施設は社会福祉法人が 92.5% と最も比率が高く、介護老人保健施設および介護療養型医療施設は医療法人がそれぞれ 74.2%、82.3% と最も高くなっている。

2.4 介護職員

制度施行に伴って創設された療養保護士は、制度施行初期の 2008 年 8 月には 18 万 2,565 人に過ぎなかったが、その後大幅に増え、2015 年 9 月時点では 7.2 倍増の 130 万 8,811 人 (国家試験導入前の養成者 93 万 3,235 人を含む) となっている (図 7)。長期療養保険制度の施行当初は療養保護士の養成機関が濫立し、政府の予測をはるかに上回るペースで療養保護士が養成された。そこで、韓国政府は療養保護士の量的調整と質の向上を図るため、2010 年 4 月に療養保護士の国家試験制度を導入した。この制度の導入以降の資格取得者は療養保護士総数の 28.7% にあたる 37 万 5,576 人である。

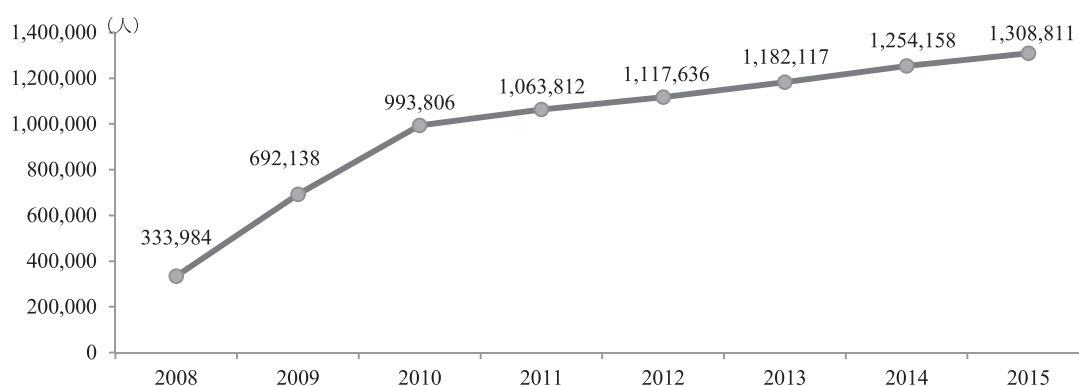


図 7 年度別の療養保護士の推移

注：統計は各年 12 月 31 日時点である。ただし、2015 年は 9 月 30 日時点である。

出所：韓国保健医療人国家試験院の公表資料 (<http://www.kuksiwon.or.kr/Publicity/ExamStatistic.aspx?SiteGnb=5&SiteLnb=2>) および保健福祉家族部「老人長期療養保険制度施行状況」2009 年より作成

療養保護士の国家試験は初年度の 2010 年には年 2 回実施されたが、2011 年からは年 3 回 (通常 3 月、7 月、11 月) 行われており、これまで延べ 16 回の試験が実施されている。2015 年 9 月末までに 41 万 5,301 人が受験、37 万 5,576 人が合格しており、平均合格率は 84.2% となっている (表 10)。

表 10 療養保護士国家試験の実施結果

回	実施日	応募者 (人)	受験者 (人)	合格者 (人)	合格率 (%)
第 1 回	2010 年 8 月 14 日	37,882	36,968	36,482	98.7
第 2 回	2010 年 11 月 27 日	30,931	30,087	24,089	80.1
第 3 回	2011 年 3 月 26 日	32,024	30,026	24,593	81.9
第 4 回	2011 年 7 月 9 日	34,910	32,418	24,114	74.4
第 5 回	2011 年 11 月 12 日	28,490	25,456	21,299	83.7
第 6 回	2012 年 3 月 24 日	26,497	24,715	18,677	75.6
第 7 回	2012 年 7 月 14 日	24,008	22,134	20,300	91.7
第 8 回	2012 年 11 月 10 日	20,549	18,988	14,847	78.2
第 9 回	2013 年 3 月 23 日	25,898	24,268	22,047	90.8
第 10 回	2013 年 7 月 13 日	25,789	24,399	21,735	89.1
第 11 回	2013 年 11 月 9 日	25,927	24,377	20,699	84.9
第 12 回	2014 年 3 月 15 日	29,088	27,491	24,927	90.7
第 13 回	2014 年 7 月 12 日	30,037	28,523	18,743	65.7
第 14 回	2014 年 11 月 8 日	33,305	30,696	28,371	92.4
第 15 回	2015 年 3 月 28 日	36,710	34,755	30,486	87.7
第 16 回	2015 年 8 月 22 日	33,116	30,722	24,167	78.7
合 計		475,161	446,023	375,576	84.2

出所：韓国保健医療人国家試験院の公表資料（<http://www.kuksiwon.or.kr/Publicity/ExamStatistic.aspx?SiteGnb=5&SiteLnb=2>）より作成

試験は筆記試験と実技試験に分かれており、療養保護論に関する筆記試験 35 問、実技試験 45 問の合計 80 問が出題される（表 11）。試験の形式は両方とも 5 肢択一式である。

表 11 療養保護士国家試験の実施要項

区 分	科 目	問題数	試験時間
筆記試験	療養保護概論、基本療養保護各論、特殊療養保護各論	35 問	40 分
実技試験	基本療養保護技術、特殊療養保護技術	45 問	50 分

出所：韓国保健医療人国家試験院の公示（<http://www.kuksiwon.or.kr/Publicity/ItemInfoNotice.aspx?SiteGnb=5&SiteLnb=1&SiteLnbOneDepth=1>）より作成

2014 年 12 月時点における療養保護士の資格取得者は 125 万人を超えているが、実際の就業者は資格取得者の 21.3% の 26 万 6,538 人に過ぎない（図 8）。介護人材の不足が深刻な問題となっている日本とは状況が異なり、韓国では療養保護士が供給過剰の状況にある。この就業率の低さは資格取得者が多過ぎることに原因がある。下図を見てわかるように、資格取得者の増加とともに就業率が下がる傾向にある。

制度施行当初、介護人材の確保を懸念した韓国政府は、療養保護士養成施設の設備および運営基準を厳しく設定せず、療養保護士の養成を政策的に奨めた。そのため、介護分野とは無縁であった民間団体が療養保護士養成事業に大量に参入し、政府の予測をはるかに上回る療養保護士養成施設において資格取得者が養成されたのである。そこで、韓国政府は 2010 年に療養保護士の国家試験制度を導入するとともに、療養保護士養成施設に対す

る行政指導を強化した。その結果、2010年12月時点で約1,400か所を超えていた療養保護士養成施設が2015年9月末時点では803か所にまで減少している⁽⁷⁾。

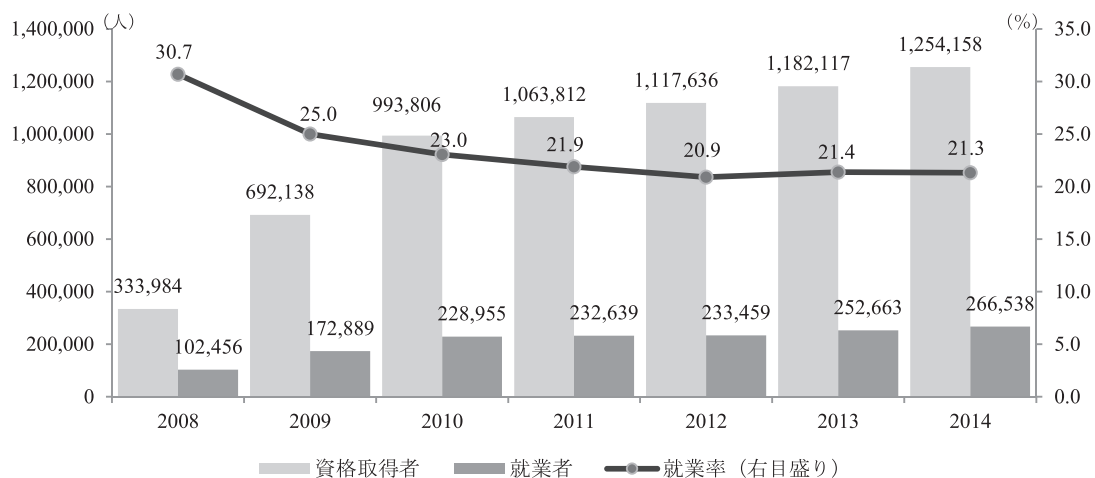


図8 療養保護士の就業率

出所：韓国保健医療人国家試験院の公表資料 (<http://www.kuksiwon.or.kr/Publicity/ExamStatistic.aspx?SiteGnb=5&SiteLnb=2>)、保健福祉家族部「老人長期療養保険制度施行状況」2009年、国民健康保険公団「2008～2014老人長期療養保険統計年報」より作成

療養保護士の就業状況をサービス種別にみると、2014年12月時点において療養保護士の81.2%にあたる21万6,358人が在宅介護事業所で働いていることがわかる(図9)。ただ、年次推移をみると、年を追うごとに在宅介護就業者の比率が低下している。先述したように、在宅介護事業所は年々減る一方、長期療養保険施設が増えていることが影響していると思われる。その証左に、施設介護就業者は年々増加している。

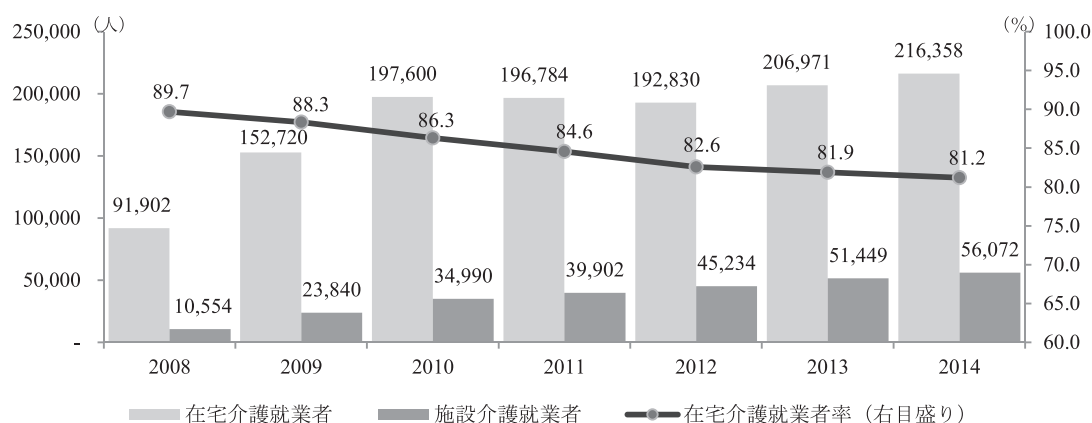


図9 療養保護士の就業者に占める在宅介護就業者率

注：在宅と施設の両方に従事している重複就業者が含まれているため、在宅介護と施設介護就業者の合計が前掲の<図8>の就業者総数と一致しない。ちなみに、重複就業者は2009年3,671人、2010年3,635人、2011年4,047人、2012年4,605人、2013年5,757人、2014年5,892人となっている。

出所：保健福祉家族部「老人長期療養保険制度施行状況」2009年および国民健康保険公団「2008～2014老人長期療養保険統計年報」より作成

療養保護士以外の介護職員として、社会福祉士、医師、看護師・看護補助師、歯科衛生士、機能訓練士（PT・OT）、栄養士などがいる（表 12）。歯科衛生士は他の職種に比べてその数が極端に少ないが、歯科衛生士を 1 人以上置く必要がある訪問看護事業所が年々減少していることが原因のひとつになっていると推察される。2014 年 12 月末時点の社会福祉士は前年同期の 7,506 人から 1 万 1,298 人へと 50.5% も増えたが、2014 年に認知症特別等級である 5 等級が新設されたことが影響していると思われる。実は等級新設に合わせて、長期療養保険事業所が人員配置基準を上回る社会福祉士を配置した場合、介護報酬が加算されるようになったのである。具体的には、訪問介護事業所が社会福祉士を追加配置した場合、人員追加配置加算として追加雇用した人数に応じて 1.2 ～ 5.4 点が加算される。

表 12 サービス提供に携わる介護職員 (2014 年 12 月時点)

	社会福祉士	医師 (嘱託を含む)	看護師	看護補助師	歯科衛生士	機能訓練士	療養保護士	栄養士
在宅	6,623	94	1,213	2,073	5	225	216,358	45
施設	4,817	1,288	1,575	6,752	—	1,668	56,072	944
合計	11,298	1,324	2,683	8,241	5	1,813	266,538	987

注：合計は在宅介護と施設介護の重複就業者数を除外したものである。
出所：国民健康保険公団「2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

2.5 介護報酬

2.5.1 要介護度別の利用限度額

在宅介護サービスの要介護度別の利用限度額は毎年引き上げられ、2015 年 9 月末現在では 1 等級は月額 118 万 5,300 ウォン（≒ 11 万 8,530 円）、2 等級は 104 万 4,300 ウォン（≒ 10 万 4,430 円）、3 等級は 96 万 4,800 ウォン（≒ 9 万 6,480 円）、4 等級は 90 万 3,800 ウォン（≒ 9 万 380 円）、5 等級は 76 万 6,600 ウォン（≒ 7 万 6,660 円）となっている（表 13）。

表 13 要介護度別の利用限度額（2015 年） (単位：ウォン)

1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級
1,185,300	1,044,300	964,800	903,800	766,600

出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014 年

2.5.2 在宅介護の介護報酬

在宅介護サービスの介護報酬は表 14 のとおりである。訪問介護サービスは提供時間によって 1 万 1,390 ～ 4 万 3,500 ウォン（≒ 1,139 ～ 4,350 円）、訪問入浴介護サービスは入浴車の利用の有無によって 1 回あたり 4 万 840 ～ 7 万 2,540 ウォン（≒ 4,084 ～ 7,254 円）、訪問看護サービスは提供時間によって 3 万 1,760 ～ 4 万 7,940 ウォン（≒ 3,176 ～

4,794円) となっている。また、昼夜間保護は要介護度と提供時間によって2万190～5万1,200円(≒2,019～5,120円)、短期保護は要介護度によって一日あたり3万6,380～4万4,900円(≒3,638～4,490円)となっている。

表14 在宅介護サービスの介護報酬(2015年)

サービス	サービス時間別・等級別時間帯別区分	介護報酬(円)	
訪問介護	A. 30分以上	11,390	
	B. 60分以上	17,490	
	C. 90分以上	23,450	
	D. 120分以上	29,610	
	E. 150分以上	33,650	
	F. 180分以上	37,200	
	G. 210分以上	40,470	
	H. 240分以上	43,500	
訪問入浴介護	A. 入浴車利用(車内入浴)	72,540	
	B. 入浴車利用(家庭内入浴)	65,410	
	C. 入浴車利用せず	40,840	
訪問看護	A. 30分未満	31,760	
	B. 30分以上60分未満	39,850	
	C. 60分以上	47,940	
昼夜間保護	A. 3時間以上6時間未満	1等級	25,990
		2等級	24,060
		3等級	22,210
		4等級	21,200
		5等級	20,190
	B. 6時間以上8時間未満	1等級	34,840
		2等級	32,280
		3等級	29,800
		4等級	28,780
		5等級	27,760
	C. 8時間以上10時間未満	1等級	43,358
		2等級	40,150
		3等級	37,070
		4等級	36,060
		5等級	35,030
	D. 10時間以上12時間未満	1等級	47,750
		2等級	44,230
		3等級	40,860
		4等級	39,840
		5等級	38,820
E. 12時間以上	1等級	51,200	
	2等級	47,440	
	3等級	43,820	
	4等級	42,810	
	5等級	41,790	
短期保護 (1日あたり)	1等級	44,900	
	2等級	41,590	
	3等級	38,410	
	4等級	37,390	
	5等級	36,380	

出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014年より作成

2.5.3 施設介護の介護報酬

施設介護サービスの介護報酬は要介護度によって決まるが、老人療養施設は一日あたり

4万7,990～5万6,080ウォン（≒4,799～5,608円）、老人療養共同生活家庭は一日あたり4万3,870～5万1,290ウォン（≒4,387～5,129円）となっている（表15）。

施設介護サービスの利用者は介護報酬の2割を自己負担する。たとえば、1等級の要介護者が老人療養施設に入居した場合の1か月の自己負担額は168万2,400ウォン（介護報酬5万6,080ウォン×30日、1か月を30日として計算）の2割である33万6,480ウォン（≒3万3,650円）となる。保険給付されない食費、差額ベッド代、理美容料等（平均20～30万ウォン≒2～3万円）を含めると、利用者は要介護度によって月額平均50～65万ウォン（≒5～6万5,000円）の負担をすることになる。ちなみに日本では、たとえば要介護5の利用者が介護老人福祉施設に入居した場合、月額平均8～13万円（保険給付適用外のサービスを含む）を負担する。

表15 施設介護サービスの介護報酬（2015年）（単位：ウォン，日額）

サービス	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級
老人療養施設	56,080	52,040	47,990	47,990	47,990
老人療養共同生活家庭	51,290	47,590	43,870	43,870	43,870

注：長期療養保険施設には原則2等級までしか入居できない。3～5等級については等級判定委員会が認めた場合のみ入居可能である。
出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014年

2.5.4 福祉用具貸与・販売（購入）の利用限度額

福祉用具貸与・販売（購入）の利用限度額は、年間160万ウォン（≒16万円）である。給付対象の福祉用具は制度施行当初は16種目（貸与または販売6種目、販売10種目）であったが、その後、数回にわたる変更があり、2015年現在は17種目（貸与8種目、販売9種目）となっている（表16）。ちなみに、従来の「販売」と「貸与または販売」の区分が2010年6月から「販売」と「貸与」に変更された。保健福祉部（日本の厚生労働省にあたる）によると、福祉用具の短期間使用による無駄の防止と保険給付費の節約のため、従来の曖昧な区分であった「貸与または販売」を「貸与」に変更したとのことである。これにより、日本のように、貸与用具と販売用具が明確に区別されるようになった。

表16 福祉用具貸与および販売（購入）種目

貸与種目	販売（購入）種目
①手動式車椅子	①移動便器
②電動ベッド	②入浴用椅子
③手動式ベッド	③成人用歩行器
④褥瘡防止マットレス	④安全手すり
⑤簡易浴槽	⑤すべり防止用品（マット、防止液、靴下）
⑥入浴用リフト	⑥簡易便器（大便器、小便器）
⑦徘徊感知器	⑦杖
⑧スロープ	⑧褥瘡防止クッション
	⑨体位変換器

出所：保健福祉部「福祉用具給付範囲および給付基準等に関する告示」2014年より作成

2.5.5 介護報酬の加算

サービス提供時間と内容に係わる加算として2人派遣、夜間・深夜加算（早朝加算は不在）、休日加算、夜間または土曜日加算、送迎加算、サービスプログラム管理者加算、入浴サービス提供加算、人員配置に係わる加算として看護師加算、看護補助師加算がある（表17）。また、介護報酬算定の際の点数加算として人員追加配置加算、看護師配置加算、必要人員配置加算、個別サービス提供加算、夜間職員強化配置加算がある⁽⁸⁾。日本の介護保険制度に存在する地域加算（5～15%加算）、特別地域加算（15%加算）、中山間地域等における小規模事業所加算（10%加算）は存在しない。

表17 介護報酬の加算（2015年）

加算	加算率または加算点	適用サービス
2人派遣加算	100%加算	訪問介護
人員追加配置加算	社会福祉士を追加配置した場合、その人数に応じて1.2～5.4点の加算	
夜間・深夜加算	18～22時は20%加算、22～翌6時は30%加算	訪問介護 訪問看護
休日加算	休日または祝日は30%加算	訪問介護 訪問看護 昼夜間保護
看護師加算	看護師がサービスを提供した場合、訪問1回あたり3,000ウォン（≒300円）加算	訪問看護
看護補助師加算	認知症専門教育課程を履修した看護補助師が5等級の要介護者にサービスを提供した場合、訪問1回あたり3,000ウォン（≒300円）加算	
送迎加算	市区郡長（日本の市区町村長にあたる）に申し出た車両を利用して送迎を行った場合、移動距離によって片道2,200～1万ウォン（≒220～1,000円）の加算	昼夜間保護
サービスプログラム管理者加算	認知症専門教育課程を履修したサービスプログラム管理者が5等級の要介護者に対して月1回以上の相談等を行った場合、月に1回、利用者1人あたり6,000ウォン（≒600円）加算	
入浴サービス提供加算	利用者に対して週1回の入浴サービスを提供した場合、1回あたり2,300ウォン（≒230円）加算（ただし、月に最大4回まで）	
夜間または土曜日加算	平日の18～22時または土曜日は20%加算	
人員追加配置加算	療養保護士、看護師・看護補助師、社会福祉士、機能訓練士（PT・OT）を追加配置した場合、その人数に応じて1～10点の加算	昼夜間保護 短期保護 老人療養施設 老人療養共同生活家庭
看護師配置加算	看護師1名あたり0.4点の加算	
必要人員配置加算	調理員、衛生員、補助員（運転手）各1名あたり1点の加算	
個別サービス提供加算	週4回以上提供した場合、算定点数に0.26点の加算	
夜間職員強化配置加算	夜間職員1名あたり0.4点の加算	短期保護 老人療養施設

出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014年より作成

さらに、在宅介護事業者が離島・僻地に居住する利用者に訪問介護または訪問看護サービスを提供した場合、遠距離交通費としてサービス提供事業所に1日あたり3,000～1万3,600ウォン（≒300～1,360円）が給付される「遠距離交通費補助制度」（訪問介護は2011年1月、訪問看護は2011年7月から施行）がある。補助金は移動距離によって

異なるが、事業所から利用者宅までの距離が訪問介護は 35km 以上の場合に最高額の 1 万 3,600 ウォン（≒ 1,360 円）、訪問看護は 40km 以上の場合に最高額の 1 万 2,000 ウォン（≒ 1,200 円）が給付される（表 18）。ちなみに、この制度による利用者の自己負担は発生しない。

表 18 遠距離交通費補助金（2015 年）

訪問介護		訪問看護	
距離	金額（ウォン）	距離	金額（ウォン）
5km 以上 10km 未満	3,400	10km 以上 15km 未満	3,000
10km 以上 15km 未満	5,100	15km 以上 20km 未満	4,500
15km 以上 20km 未満	6,800	20km 以上 25km 未満	6,000
20km 以上 25km 未満	8,500	25km 以上 30km 未満	7,500
25km 以上 30km 未満	10,200	30km 以上 35km 未満	9,000
30km 以上 35km 未満	11,900	35km 以上 40km 未満	10,500
35km 以上	13,600	40km 以上	12,000

出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014 年より作成

2.5.6 介護報酬の減算

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、昼夜間保護に適用される減算として損害賠償保険未加入減算がある。また、短期保護、老人療養施設、老人療養共同生活家庭に適用される減算として定員超過減算、人員配置基準違反減算、損害賠償保険未加入減算がある（表 19）。

表 19 介護報酬の減算（2015 年）

減算	減算率	適用サービス
損害賠償保険未加入減算	未加入率に応じて 3～10% 減算	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 昼夜間保護
定員超過減算	定員超過率に応じて 10～30% 減算	短期保護 老人療養施設 老人療養共同生活家庭
人員配置基準違反減算	療養保護士、看護師・看護補助師、社会福祉士、機能訓練士（PT・OT）の欠員率に応じて 5～30% 減算	
損害賠償保険未加入減算	未加入率に応じて 3～10% 減算	

注：老人療養共同生活家庭の人員配置基準違反減算は、看護師・看護補助師、機能訓練士（PT・OT）の欠員率に応じて 10～20% 減算する。

出所：保健福祉部「長期療養給付提供基準および給付費用算定方法等に関する告示」2014 年より作成

3. 長期療養保険制度の課題

韓国の長期療養保険制度は、2008 年 7 月に制度が施行されてから本稿執筆時点で丸 7 年が経過した。この間の成果として、介護サービス利用者の大幅な増加、長期療養保険事業所の増加による安定的な介護サービス提供体制の構築、介護労働者の雇用拡大、高齢者の心身機能の改善、家族の介護負担の軽減、介護サービス利用の利便性の向上、介護サー

ビスの満足度の向上などをあげることができる。

ただ、国民的合意形成が不十分な状況での政府主導による制度施行の歪みは大きく、限定的な給付対象者、低いサービス給付水準、認知症高齢者に対する不十分な要介護認定、サービス供給の地域格差、特定のサービスへの利用の偏在、療養保護士の低い専門性と劣悪な労働環境、民営化による事業者の過当競争、根絶しない介護報酬の不正請求、介護サービスの質の確保、ケアマネジメントシステムの不在などの問題点は依然として解消されておらず、要介護高齢者の自立した生活保障とサービスの質の向上に向けて検討しなければならない課題は今なお多い。

そこで、ここでは韓国の長期療養保険制度が抱えているさまざまな課題のうち、解決が急がれるいくつかの課題を取り上げ、可及的に解決策を提示するとともに、今後あるべき長期療養保険政策の方向性について日本と比較しつつ探してみたい。

3.1 限定的な給付対象者

OECD 主要国の介護サービス利用者が高齢者人口の7～25%であることを考えると、韓国の介護サービス利用者は多いとは言えない。先述したように、2014年12月時点の要介護認定者は高齢者人口の6.6%に過ぎない。実際の介護サービス利用者に限ると5.8%ともっと低くなる。同時期（制度施行後6年目に当たる2006年度末）の日本は、要介護認定者が高齢者人口の16.5%（要介護認定者440万人／高齢者人口2,660万人）、介護サービス利用者が高齢者人口の13.3%（介護サービス利用者355万人／高齢者人口2,660万人）であり、韓国の2.5倍も高い。制度施行初年度に80%を超えていた要介護認定率は下がる傾向にあり（ただし、2012年からは若干上昇）、2014年12月時点では72.5%となっている。

もうひとつの課題は、1等級の要介護認定者が減る一方、3等級の要介護認定者が徐々に増加しており、重度の要介護者に対する保険給付が抑制傾向にあるということである。2008年12月時点では1等級26.8%、2等級27.2%、3等級46.0%となっていたが、2014年12月時点ではそれぞれ8.9%、17.0%、40.1%となっている。1等級および2等級の要介護認定者は減りつつあり、3等級が徐々に増えている状況にある（等級新設以前の2013年における3等級の認定率は71.2%）。韓国と日本とでは要介護度の区分が異なるので単純比較はできないが、韓国の1等級から3等級に相当する日本の要介護3以上の2000年度と2006年度（制度施行後6年目に当たる時点）の要介護認定率を比較してみると、要介護3（韓国の3等級）は13.9%から14.6%に増加、要介護4（同2等級）は14.1%から12.4%に減少、要介護5（同1等級）は13.3%から11.1%へと減少した（表20）。しかし、韓国に比べればその減少幅は小さい。ちなみに、2013年度の要介護認定率は要介護3が13.1%、要介護4が12.1%、要介護5が10.4%となっている。

表 20 日本の要介護度別の要介護認定率の推移

	2000 年度	2006 年度	2013 年度
要支援	12.6	-	-
要支援 1	-	12	14
要支援 2	-	11.5	13.7
経過的要介護	-	1	-
要介護 1	27.4	20.3	19
要介護 2	18.9	17	17.6
要介護 3	13.9	14.6	13.1
要介護 4	14.1	12.4	12.1
要介護 5	13.1	11.1	10.4
合計 (%)	100	100	100

注：小数点以下を四捨五入しているため、合計は必ずしも 100% ではない。

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」より作成

幸い、2014 年 7 月に 4 等級および 5 等級が新設されたので、今後、要介護認定者が増えることが予想される。しかし、急増するとは思えない。新設された 4 等級は既存の 3 等級を細分化しただけであり、5 等級は従来の「等級外 A」の判定を受けていた者のうち、軽度の認知症患者に限定した特別認知症等級であるからである。

ともあれ、介護サービス利用者の高齢者人口対比が OECD 主要国に比べて低い現状にあるだけに、長期療養保険の財政状況を考慮しつつ、今後も給付対象者の拡大を検討すべきである。給付を抑制し続けると、「保険あって給付なし」の状況⁽⁹⁾は改善されない。

3.2 長期療養保険給付の地域格差

農漁村などの中山間地域は⁽¹⁰⁾、人口が密集している大都市に比べて介護サービスの需要が相対的に少ないうえ、サービス提供のための移動時間がかかるなどの地域的な特性により、在宅介護事業所が少ない。韓国には日本の市区町村に当たる市区郡が 248 か所あるが、2014 年 12 月末時点において、訪問看護事業所がない自治体は 62 か所（25.0%、2013 年は 23.9%）、昼夜間保護事業所がない自治体は 6 か所（2.4%、2013 年は 4.0%）にのぼっている。中山間地域に指定されている 83 自治体に限ってみると、訪問看護は 43 か所（中山間地域の 51.8%、2013 年は 54.2%）、昼夜間保護は 6 か所（中山間地域の 7.2%、2013 年は 10.8%）の自治体に 1 か所も事業所がなく、サービス供給の地域格差は否めない。これらの自治体の住民らは、訪問看護と昼夜間保護の利用については「保険あって給付なし」の状態に置かれていると言わざるを得ない。

長期療養保険給付状況を行政区域（地域規模）別にみると、中山間地域に比べて都市部ほどサービスの基盤が整備され、サービス利用者が多いことがわかる。中山間地域の長期療養保険施設は大都市＋都農複合都市に比べて 4 分の 1 程度、在宅介護事業所は大都市＋都農複合都市に比べて 6 分の 1 程度の水準となっている（表 21）。そのせいか、中山間

表 21 地域規模別の長期療養保険給付状況

		地 方 自治体 (か所)	長期療養 保険事業所 (か所)	1 行政区 域あたりの長 期療養保険 事業所 (か所)	高齢者千人 あたりの長 期療養保険 事業所 (か所)	要介護 認定者 (人)	サービ ス利用 者 (人)	1 長期療 養保険 事業所 あたりの 利用者 (人)
長期療 養 施設 保険 事業 所	大都市	94	1,884	20	0.6	-	50,743	26.9
	都農複合都市	50	1,097	21.9	0.8	-	24,007	21.9
	中山間	86	770	9	0.8	-	17,804	23.1
	小 計	230	3,751	16.3	0.7	-	92,556	24.7
在宅 介護 事業 所	大都市	94	12,330	131.2	4	-	109,885	8.9
	都農複合都市	50	4,824	96.5	3.4	-	45,717	9.5
	中山間	86	2,793	32.5	2.7	-	33,025	11.8
	小 計	230	19,947	86.7	6.5	-	188,635	9.5
合 計	大都市	94	14,214	151.2	4.6	180,643	160,628	11.3
	都農複合都市	50	5,921	118.4	4.2	78,110	69,724	11.8
	中山間	86	3,563	41.4	3.5	57,241	50,829	14.3
	合 計	230	23,698	103	4.3	315,994	281,191	11.9

注：大都市は特別市・広域市・一般市・行政市，都農複合都市（日本でいう衛星都市）は邑・面・洞がすべてある市，中山間は郡地域をいう。なお，統計は 2010 年 12 月末時点のものである。

出所：国民健康保険公団「2010 年長期療養保険主要統計」（2011 年 3 月）および行政安全部「2010 年地方自治体行政区画および人口現況，人口統計」（2010 年 12 月）を修正

地域の在宅介護事業所の 1 事業所あたりの利用者数は都市部および都農複合都市に比べて相対的に多い。長期療養保険施設に関していえば、地域格差はあるものの、施設によって定員が異なるため、単純に事業所数の過多のみで地域格差があると結論づけるのは早計過ぎる。

長期療養保険事業所数を道・市別にみると、在宅事業所の 43.4%、施設事業所の 47.3% が首都圏（ソウル特別市、仁川広域市、京畿道）に立地している（表 22）。韓国には日本の都道府県に相当する道・市が 17（1 特別市、6 広域市、1 自治市、9 道）あるが、首都圏の 2 市 1 道に長期療養保険事業所の約半数が集中していることから事業所の地域格差が大きいと言える。ただ、総人口に占める首都圏在住者の比率が 49.5% にのぼっているため、人口対比でみると、地域格差が大きいとは一概に言えない。厚生労働省の「平成 25 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」によると、日本の場合は 2013 年 12 月時点において居宅介護事業所の 26.8%、介護保険施設の 23.8% が首都圏 7 都県（茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県）に立地している。ちなみに、首都圏 7 都県の総人口に占める在住者の比率は韓国より低い 33.5% である。

参考までに、長期療養保険事業所の要介護認定者比をみると、都市部の多い自治体（特別市、広域市）は長期療養保険施設が全国平均より少なく、中山間地域の多い自治体は在宅介護事業所が全国平均より少ない傾向にある（表 23）。日本同様、人口密集地域である大都市は土地代が高く、施設開設のための建設用地の確保が難しいため、長期療養保険施設が中山間地域に比べて相対的に少ないと考えられる。

表 22 道・市別の長期療養保険事業所の推移

(単位：か所)

年 自治体	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設	在宅	施設
ソウル特別市	1,738	265	1,809	418	1,828	439	1,809	476	1,913	521	2,047	539
釜山広域市	914	106	829	158	748	143	728	145	712	134	741	122
大邱広域市	644	68	601	135	569	177	576	203	601	251	622	252
仁川広域市	591	131	545	206	552	229	561	247	609	282	641	305
光州広域市	430	58	462	91	434	95	416	96	418	100	426	105
大田広域市	459	61	439	88	405	94	395	104	421	102	449	113
蔚山広域市	211	30	162	42	161	42	161	40	156	40	160	43
世宗特別自治市	-	-	-	-	-	-	27	12	23	11	24	11
京畿道	2,459	788	2,321	1,084	2,253	1,172	2,210	1,254	2,245	1,366	2,381	1,459
江原道	393	153	328	186	338	208	345	222	364	238	393	262
忠清北道	320	155	315	213	312	224	300	237	298	243	313	249
忠清南道	543	139	567	209	546	238	515	238	519	251	542	259
全羅北道	704	162	619	190	573	203	571	214	597	221	651	227
全羅南道	766	175	635	245	593	259	567	271	596	284	634	286
慶尚北道	833	159	715	244	689	277	718	298	749	321	790	346
慶尚南道	803	144	758	194	728	213	709	215	704	221	730	231
済州道	123	35	123	48	128	48	122	54	131	62	128	62
合計	11,931	2,629	11,228	3,751	10,857	4,061	10,730	4,326	11,056	4,648	11,672	4,871
首都圏(再掲) (構成比, %)	4,788 (40.1)	1,184 (45.0)	4,675 (41.6)	1,708 (45.5)	4,633 (42.7)	1,840 (45.3)	4,580 (42.7)	1,977 (45.7)	4,767 (43.1)	2,169 (46.7)	5,069 (43.4)	2,303 (47.3)

注：1) 統計は各年 12 月 31 日時点である。

2) 「首都圏」とはソウル特別市、仁川広域市、京畿道である。なお、構成比は長期療養保険事業所総数に占める割合である。

3) 2008 年の統計は紙幅の都合のため、割愛する。

出所：国民健康保険公団「2009～2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

表 23 長期療養保険事業所の要介護認定者比

(2014 年 12 月時点)

区分 自治体	事業所(か所)		要介護認定者 (人)	要介護認定者千人あたりの 事業所数(か所)	
	在宅	施設		在宅	施設
ソウル特別市	2,047	539	70,361	29.1	7.7
釜山広域市	741	122	22,814	32.5	5.3
大邱広域市	622	252	17,827	34.9	14.1
仁川広域市	641	305	22,902	28	13.3
光州広域市	426	105	11,219	38	9.4
大田広域市	449	113	12,712	35.3	8.9
蔚山広域市	160	43	5,504	29.1	7.8
世宗特別自治市	24	11	1,320	18.2	8.3
京畿道	2,381	1,459	88,555	26.9	16.5
江原道	393	262	18,637	21.1	14.1
忠清北道	313	249	15,202	20.6	16.4
忠清南道	542	259	23,771	22.8	10.9
全羅北道	651	227	21,550	30.2	10.5
全羅南道	634	286	26,220	24.2	10.9
慶尚北道	790	346	31,571	25	11
慶尚南道	730	231	27,917	26.1	8.3
済州道	128	62	6,490	19.7	9.6
合計	11,672	4,871	424,572	27.5	11.5

出所：国民健康保険公団「2014 老人長期療養保険統計年報」より作成

介護サービス供給の地域格差を是正するためには、中山間地域への事業者の進出を疎外する要因を抽出してそれに対処するとともに、事業者の進出を積極的に促進するための制度的な装置を用意しなければならない。一応、韓国政府では 2013 年頃から地域格差を是正するための政策を講じている。具体的には、中山間地域の地域特性を勘案し、事業者に対して 1 か所の事業所で複数の在宅介護サービスを提供できる事業所（日本の小規模多機能型居宅介護事業所に類似）を設置するように奨励している。しかし、採算確保の誘因が小さいせいか、遅々として整備が進んでいない状況である。

したがって、今後も地域格差を縮小するための政策の強化が望まれる。その方策として、日本のような介護報酬の地域加算の創設、事業者に対して給付している遠距離交通費補助金の増額と補助金対象のサービスの拡大を検討してはどうだろうか。訪問看護と昼夜間保護事業所が存在しない中山間地域が複数ある状況に鑑み、保健所、公民館、敬老堂（高齢者の余暇施設）などの既存の組織・機関等を積極的に活用して在宅介護事業所を整備することも一考に値しよう。また、介護サービス需要を増やすための中山間地域における利用者の本人負担金の軽減措置の拡大実施も有効であろう⁽¹¹⁾。

3.3 療養保護士の低賃金と低い専門性

韓国雇用労働部、韓国療養保護協会などの諸調査によると、在宅介護事業所で働く療養保護士の平均時給は 8,000 ウォン（≒ 800 円）、長期療養保険施設に勤務する場合の平均月給は 120 ～ 130 万ウォン（≒ 12 ～ 13 万円）となっており、全職種の平均給与の半分程度である。韓国統計庁の「職種・経歴年数・性別賃金および勤労条件」（2014 年）によると、全職種の平均給与は月額で 275 万 3,759 ウォン（≒ 27 万 5,380 円）、賞与等を含む年額で 3,882 万 2,511 ウォン（≒ 388 万 2,250 円）となっている。療養保護士が含まれるサービス業従事者の平均給与は月額で 172 万 4,582 ウォン（≒ 17 万 2,460 円）、年額で 2,228 万 7,498 ウォン（≒ 222 万 8,750 円）に過ぎず、単純労働者の平均年収 2,113 万 2,227 ウォン（≒ 211 万 3,220 円）とさほど変わらない。療養保護士の 9 割以上を占める女性に限ってみると、その賃金はさらに低い（表 24）。

ちなみに、介護労働安定センターの「平成 25 年度介護労働実態調査結果」によると、日本の 2014 年度の介護職員の平均月額給与は 21 万 5,077 円（事業所管理者〔施設長〕を除く）となっている。厚生労働省の「平成 26 年賃金構造基本統計調査」によると、2014 年度（2014 年 6 月分、ただし、賞与および期末手当等特別給与額については 2013 年 1 年間の分）の全産業・全職種の平均月額給与（所得税、社会保険料などを控除する前の額、超過労働給与額を含む）は 29 万 9,600 円（男性 32 万 9,600 円、女性 23 万 8,000 円）となっているので、介護職員の月額給与は全産業・全職種の平均に比べて約 3 割程度少ない。なお、ホームヘルパー（介護職員初任者）の平均月額給与（従業員 10 人以上

の事業所)は22万700円(男性22万9,800円、女性21万7,700円)、賞与等は28万5,900円(男性24万7,900円、女性29万8,400円)、福祉施設介護員の平均月額給与は21万9,700円(男性23万3,400円、女性21万2,800円)、賞与等は年額45万6,700円(男性49万6,700円、女性43万6,500円)となっている。

表 24 職種別の平均賃金 (2014年12月時点)

職 種	性 別	平均給与 (ウォン)		
		月額給与	賞 与	年 額*
全職種	男性	3,122,474	7,149,297	44,618,985
	女性	2,091,743	3,314,304	28,415,220
	平均	2,753,757	5,777,427	38,822,511
サービス業従事者	男性	2,280,385	2,798,874	30,163,494
	女性	1,479,628	1,060,846	18,816,382
	平均	1,724,582	1,592,514	22,287,498
単純労働者	男性	1,839,412	1,920,785	23,993,729
	女性	1,389,027	1,094,250	17,762,574
	平均	1,632,584	1,541,219	21,132,227

*:「年額」は月額給与×12+賞与の合計額である。

出所:韓国統計庁「職種・経歴年数・性別賃金および勤労条件」2014年より作成

先述したように、資格取得者に占める療養保護士の就業率は21.3%にとどまっているが、この低賃金が一要因であることは容易に想像できる。韓国では療養保護士が「政府公認の家政婦」と揶揄されているが、劣悪な労働環境のもと、低賃金で働かされている療養保護士が多いという証左であろう。療養保護士の勤務条件と処遇水準が他産業分野に比べて劣悪なのは長期療養保険事業者の過当競争による収益の低下、正当な給料を払わない違法運営等が原因であると考えられる。

全国公共運輸社会サービス労働組合が京畿道^{きんぎ}のとある長期療養保険施設に勤務する療養保護士123人を対象に行った調査によると(2014年3月に実施)、療養保護士の51.7%が雇用契約書を交わしていないうえ、月平均247時間も働かされていた。休日なしの1日9時間の労働なのに、給与は月額130万ウォン(≒13万円)に過ぎなかったという(時給換算で約5,263ウォン≒526円)⁽¹²⁾。また、大邱^{てく}雇用労働庁が慶尚北道および大邱市の長期療養保険施設86か所を対象に行った調査によると(2014年6月に実施)、調査対象の96.5%にあたる83の施設が「労働法」に違反していた。違反事項は雇用契約書の未発行に加え、「最低賃金法」の違反(2014年の最低賃金時間額は全国平均5,210ウォン≒521円)、給料の遅配・未払い、残業手当・夜間手当・休日手当などの諸手当の未支給などである⁽¹³⁾。

療養保護士の劣悪な労働環境は全国公共運輸社会サービス労働組合の「2012年長期療養機関実態調査」からも確認できる。この調査によると、退職金を支払わないための1年限りの雇用契約、不当解雇、休憩時間にも働かされるただ働きの長時間労働、筋骨格系

の疾患の増加、事業者の労災保険の未加入、建物やトイレ掃除などの保険適用外労働の強要、喀痰吸引・浣腸・非経口栄養・投薬などの不法な医療行為、社会福祉士業務の代行（たとえば、リクリエーションプログラムの企画と実行）、1人の療養保護士が20～30人の利用者のケアにあたる夜間帯の過重労働、利用者からの暴言・暴行・セクハラ、監視カメラによる療養保護士の監視などの実態がある⁽¹⁴⁾。

このような過酷な労働環境と低賃金により、介護現場からの離職者が増えている。韓国の療養保護士の離職率は40%を超えていると言われている。日本の介護職員の離職率が16.5%（2014年度）であることを考えると⁽¹⁵⁾、異常な状態であると言える。改めて言うまでもなく、療養保護士の処遇改善と離職防止のための対策が求められる。差し当たり、不当・不法な長期療養保険事業所に対する行政の管理監督機能の強化、療養保護士の労働条件に関するガイドラインの策定、介護報酬の一定割合を療養保護士の人件費に当てるルール策定などが考えられる。介護職員の処遇改善のため、日本の介護保険制度において2009年4月に導入され2012年3月まで実施されていた「介護職員処遇改善交付金」や2012年4月に新たに導入された「介護職員処遇改善加算」の導入も検討すべきであろう⁽¹⁶⁾。

韓国の療養保護士の待遇が悪いのは、療養保護士が供給過剰の状態にあるからであると思われるが、療養保護士の専門性が低いことも一因であると考えられる。2010年4月に療養保護士の国家試験制度が導入される以前に養成された療養保護士は、療養保護士の約71%を占める93万人を超えている。国家試験導入前の療養保護士は療養保護士養成施設の教育課程を履修するだけで資格が取得できたこともあり、決して専門性が高いとは言えない。専門性が十分に確保されていない療養保護士による質的に不十分な介護サービスの提供では、要介護者の介護ニーズに適合しないばかりか、要介護状態の悪化を招き、逆に家族や地域社会の介護負担を増大させることにもなる。国家試験制度の導入により、療養保護士の専門性がある程度は確保されつつあるが、介護労働に携わる医師、看護師、社会福祉士、機能訓練士（PT・OT）などの他の専門職種に比べるとまだその専門性が高いとは言えない。

したがって、劣悪な労働環境と低い給与水準を改善するためにも、専門性を高めるための取り組みが望まれる。療養保護士養成施設の養成プログラムの強化と教育時間の引き上げ、療養保護士の資格取得後の研修体制の整備などが急がれる。

3.4 介護報酬の不正請求

事業者の過当競争による長期療養保険事業者の介護報酬の不正請求が後を絶たない。韓国政府は、2009年4月に介護報酬の不正請求防止のための「不正請求長期療養機関通報褒賞金制度」を創設し、長期療養機関の虚偽・不正請求を告発した者に対して最低4,000

ウォン（≒ 400 円）から最高 5,000 万ウォン（≒ 500 万円）の報奨金を支給している⁽¹⁷⁾。この制度により、2014 年 11 月末までに 986 件の不正請求が摘発されたが、不正請求の総額は 180 億 2,300 万ウォン（≒ 18 億 230 万円）にのぼる（表 25）。この制度により、保険公団はこれまで報奨金として告発者に 15 億 600 万ウォン（≒ 1 億 5,060 万円）を支払っているため、165 億 1,700 万円（≒ 16 億 5,170 円）の費用節減効果があったとみられる。

ちなみに、国民健康保険公団の内部資料によると、国民健康保険公団の現地調査によって不正が判明した金額は、累計で 2012 年 94 億 3,000 万ウォン（≒ 9 億 4,300 万円）〔請求総額の 3.6%〕、2013 年 112 億 4,000 万ウォン（≒ 11 億 2,400 万円）〔請求総額の 4.6%〕、2014 年 178 億 3,000 万ウォン（≒ 17 億 8,300 万円）〔請求総額の 3.7%〕となっている⁽¹⁸⁾。

日本の場合、介護保険制度が始まった 2000 年度から 2006 年度までの間、介護報酬を不正・不当に請求したとして、市町村や都道府県が介護事業者に求めた返還請求額は累計で総額 63 億円を超えていた⁽¹⁹⁾。厚生労働省の全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（2015 年 3 月 2 日）によると、2013 年度に不正請求などで行政処分を受けた事業者は 216 か所、不正に請求された金額は 12 億円にのぼる。2000 年度から 2013 年度までの合計で見ると、指定取消等の事業所は 1,504 か所、返還請求額は 175 億 8,100 円（うち、82 億 1,900 万円が未返済）である。

最近の政策動向として、特別養護老人ホームの入所待機者が約 52 万人（厚生労働省の 2014 年 3 月の発表によると、2013 年度時点で 52 万 1,688 人）を超えていることを背景に、近年増えつつあるサービス付き高齢者向け住宅において過剰な介護サービスが提供されている問題を受け、厚生労働省が実態調査に乗り出す方針を打ち出したことに注目したい。この調査により、過剰介護と判断すれば自治体が事業者には是正や介護報酬の返還を求めることになる。この取り組みが順調に進めば、介護報酬の不正請求が減ることが期待できよう。

表 25 不正請求額と褒賞金支給額の推移

年 度	告発件数 (件)	(A) 不正総額 (百万ウォン)	(B) 褒賞金支給額 (百万ウォン)	(A-B) 費用節減額 (百万ウォン)	費用節減効果 (A/B)
2009	28	155	14	141	11.0 倍
2010	95	1,197	92	1,105	13.0 倍
2011	138	3,746	270	3,476	13.9 倍
2012	162	3,446	242	3,204	14.2 倍
2013	237	3,469	368	3,101	9.4 倍
2014	326	6,010	520	5,490	11.6 倍
合 計	986	18,023	1,506	16,517	12.0 倍

注：2009 年は 4 月から 12 月までの 9 か月分の実績、2014 年は 1 月～11 月までの 11 か月分である。
出所：国民健康保険公団「長期療養機関の不正請求の通報者に褒賞金支給」（2014 年 12 月 30 日公表）を修正

先述したように、韓国では長期療養保険事業所の約8割が個人によって開設されている。韓国政府は介護サービスの基盤整備を進めるため、「老人長期療養保険法施行規則」に定められている設備および人員基準を満たし、長期療養保険指定事業者として市区郡長の指定を受ければ個人に対しても長期療養保険事業所の開設を認めている。そのため、営利目的の民間事業者が大量に参入したが、その結果、長期療養保険事業者間で過当競争が生じ、利用者確保のための金品授受、利用者の自己負担金の肩代わりなどの不当・不法行為が蔓延している。利用者確保できず、収益が上がらない事業所は介護報酬の不正請求によってその穴埋めをしているという構図が見え隠れする。

介護報酬の不正請求の最も大きな要因は長期療養保険事業所の増加による過当競争であると考えられる。しかし、低い介護報酬、経営者のモラルの低下、介護労働者不足、事務処理ミスによる誤請求、行政の監理監督機能の形骸化などもその一因として考えられる。これらについての詳細な議論は別稿に譲る⁽²⁰⁾。

3.5 介護の家族化

同居家族療養保護費の支給による「介護の家族化」または「介護の家族療養化」の問題も発生しており、長期療養保険制度の政策目標である「高齢者の健康増進と生活の安定による高齢者の生活の質の向上」が実現しているとは言いがたい状況である。

2011年6月30日時点において在宅介護に従事している療養保護士は21万310人であるが、そのうち家族療養保護士は20.8%の4万3,791人にのぼる(図10)。

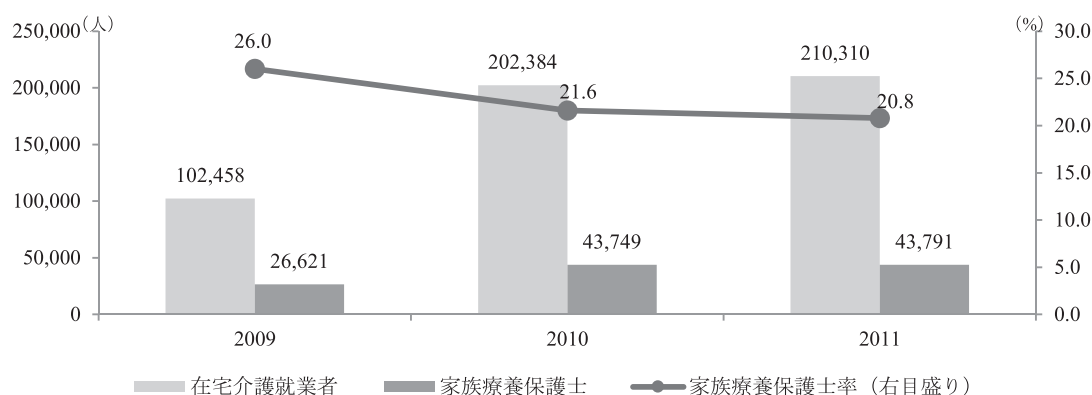


図10 在宅介護就業者に占める家族療養保護士率

注：1) 2009年および2010年は12月31日時点，2011年は6月30日時点である。なお，2011年6月以降は家族療養保護士の比率に関する公式な統計は公表されていない。

2) サービス種別の重複人数を調整していないため，在宅介護就業者数が<図9>の在宅介護就業者数と一致しない。
出所：国民健康保険公団の内部資料より作成

同居家族療養保護費は、要介護認定者の同居家族が要介護認定者に介護サービスを提供した場合に給付(家族療養保護士の給与)される。従来は、1日につき最大「90分以上

120分未満」まで最大30日（1か月分）の訪問介護費として算定できた。たとえば、訪問介護サービスを1日90分ずつ30日提供した場合（2011年の介護報酬体系に基づく）、1日90分（2万1,360ウォン）×30日＝64万800ウォン（≒6万4,080円）となる。この金額は、要介護度に関係なく給付される月15万ウォン（≒1万5,000円）の家族療養費（現金給付）の約4.3倍にもなる。そのため、2009年6月末時点で1,000件を超えていた家族療養費の支給件数が、2011年6月末時点には587件まで減少した（同時期の現金給付は介護給付全体の0.2%）。このように、家族療養費の受給者が減少した理由は、家族療養費の金額が少なく、家族療養費を受給するより、家族療養保護士として「同居家族療養保護費」を受給した場合の金額が多いからである⁽²¹⁾。

そこで、韓国政府は家族療養保護士制度を改正し（「保健福祉部告示第2011-72号（2011年6月）」）、訪問療養費として算定できる時間幅を1日につき最大「60分以上90分未満」に短縮するとともに、訪問療養費として算定できる日数を最大20日（1か月分）に短縮した。ただ、65歳以上の療養保護士が配偶者にサービスを提供したりサービス利用者が認知症であったりする場合は従来通りの算定が可能である（ただし、加算はない）。

いずれにせよ、「同居家族療養保護費」制度にはさまざまな問題がある。「介護の家族化」または「介護の家族療養化」は、①実際に介護が行われているかどうかの確認ができない、②高齢者虐待（介護放棄など）発生の可能性が高い、③在宅介護事業者の本来の活躍の舞台が狭くなり、介護事業者間のマイナスの競争を助長する恐れがあり、「介護の社会化」の阻害するおそれがあるので⁽²²⁾、さらなる制度改正が求められる。

3.6 介護サービスの質の確保

介護サービスの質の確保も大きな課題である。日本では2005年6月の改正「介護保険法」により、2006年4月に「介護サービスの情報公表」制度が施行されることになった。この制度により、介護事業者の競争と利用者の適切な選択の下で、良質なサービスが提供されるよう、介護保険施設・事業者に対して情報の公表を義務づけたのである（ただし、2012年4月からは都道府県知事の裁量）。韓国でも、2009年5月から「長期療養機関評価制度」を施行して介護事業者の評価を始め、その結果をインターネット上で公表している。評価は、長期療養保険施設と在宅介護事業所を対象に隔年ごとに行われているが、最優秀（調査対象施設および事業所の上位10%）の長期療養保険施設および在宅介護事業所に対してインセンティブ（介護報酬5%加算）を提供するなど、介護サービスの質の向上のための取組みを継続的に行っている。このようなインセンティブの供与は介護サービスの質の向上に貢献する可能性が高い⁽²³⁾。

日韓両国の制度には共通点もあるが相違点が多く、実施主体、調査者、調査費用、調査項目数、受審回数、公表方法などに違いがみられる（表26）。最大の違いは、韓国では評

価項目を点数化し、介護サービスの質の向上と情報公表に向けた取組み状況が大変優れている事業所に対する介護報酬の加算がある点である。

表 26 韓国の「長期療養機関評価制度」と日本の「介護サービス情報の公表」制度の比較

	長期療養機関評価制度	「介護サービス情報の公表」の制度
施行年月日	2009年5月11日	2006年4月1日
実施主体	国民健康保険公団	都道府県
受審の義務	義務(2010年12月までは任意:申請主義)	義務(「都道府県知事が必要と認めるとき」に実施)
受審回数	2年に1回(施設介護と在宅介護が隔年ごとに受審)	一定年数毎に実施 ^(※注1)
調査者	国民健康保険公団の長 (実際は国民健康保険公団の職員)	都道府県知事または指定調査機関 (都道府県が指定)
調査対象事業所	すべての長期療養保険施設(老人療養施設、老人療養共同生活家庭)および在宅介護事業所(訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、昼夜間保護、短期保護)	すべての介護保険施設および居宅介護事業所。調査対象事業所は都道府県知事が決めるが、①事業開始後2年目の事業所で前年の介護報酬額が100万円を超える事業所 ^(※注2) 、②調査を希望する事業所、③実地指導対象事業所(①および②の事業所を除く)が一般的
調査項目	基本情報と調査情報	基本情報と調査情報+都道府県独自項目 (2013年4月に追加)
情報公表の方法	基本情報は事業者による自主的な公表、調査情報は調査員による現地調査に基づいて公表	基本情報は事業者による自主的な公表、調査情報は調査員による現地調査に基づいて公表
調査項目数	・基本情報はサービス種別に関係なく同一	・基本情報はサービス種別によって大幅に異なる
	・調査情報は大項目、中項目、小項目で構成されているが、サービス種別に関係なく大項目は5、中項目は14項目	・調査情報はサービス種別に関係なく同一であり、大項目2、中項目10、小項目31、細項目(確認事項)70項目で構成
	・小項目と細項目(質問事項)はサービス種別によって異なる	・都道府県独自項目は要介護の改善状況、褥瘡の発生状況・改善状況、介護サービスに従事する従業者に関する情報など
	・小項目は入所施設39、訪問介護28、訪問入浴介護28、訪問看護29、昼・夜間保護34、短期保護28項目であり、細項目は入所施設98、訪問介護53、訪問入浴介護50、訪問看護52、昼・夜間保護58、短期保護56項目	
調査費用	無料	無料(調査希望事業所は有料)
受審および評価の特典	・細項目の点数に加重値を付与 ・介護報酬に加算点を付与	受審済証の発行
公表の場所	国民健康保険公団のホームページ	介護サービス情報公表センター
公表の方法	・基本情報については質問項目ごとに詳細を年1回公表	・基本情報・調査情報・都道府県独自項目とも質問項目ごとに詳細を年1回公表
	・調査情報については質問項目ごとに詳細を公表せず、★印の表記のみ	・都道府県独自項目は任意

注：* 1) 2012年3月までは都道府県または都道府県が指定した調査機関による訪問調査が義務だったが、2012年4月からは『「介護サービス情報の公表」制度における調査に関する指針策定のガイドライン』(国のガイドライン)を参酌し、都道府県知事が地域の実情に応じて具体的な調査内容、対象、時期、頻度等についての調査指針を定め、公表することとなった。

* 2) 「介護保険法」に基づく指定事業者のうち、常時、介護サービスを提供していない事業所については、対象とならない。具体的には、都道府県が定める報告に係る計画の基準日前の1年間において、介護サービスの対価として支払いを受けた金額が100万円以下の事業所については、対象とならない(ただし、任意で公表される場合はある)。なお、新規に指定を受けた事業者は「基本情報」と「調査情報」のうち、基本情報の提出義務がある。

出所：関連資料より作成

3.7 ケアマネジメントの未確立

日本のような介護支援専門員(ケアマネジャー)がいない韓国では、保険公団から申請

者に送付される「標準長期療養利用計画書」に基づいて、長期療養保険事業所に所属する社会福祉士等が利用者のサービス利用計画書（ケアプラン）を作成する。このような状況では、事業者の都合が優先される利用計画書が作られる可能性を排除できない。したがって、利用者中心のニーズマネジメントをするためにはケアマネジメントシステムの確立が急がれる⁽²⁴⁾。

政府関係者らに対する筆者のヒヤリング調査によると、韓国では日本のようなケアマネジャー制度を創設する予定はない。その理由として、政府関係者は①要介護認定者が少なく現在のところはその必要性が低い、②保険公団が発行する「標準長期療養利用計画書」がケアマネジメント機能を果たしている、③創設するのに新たな費用が発生することなどをあげている。しかし政府は最近、長期療養保険施設に保険公団の「標準長期療養利用計画書」に基づいて社会福祉士が計画を策定するように勧奨している。一方の在宅介護事業所に対しては利用者が40人以上である場合、社会福祉士または看護師を1人義務雇用するように制度を改正し、彼らがケアマネジメント業務を行えるようにするという方針を打ち出している。

ケアマネジャーの創設に関して附言すると、近年の注目すべき動きとして、学会が主導する形で日本のケアマネジャーに相当する資格者の養成が始まったことをあげることができよう。韓国ケアマネジメント学会が2012年6月から独自に養成している「事例管理士」という資格がそれである。基本課程（66時間：理論45時間、実習21時間）と専門課程（30時間：理論18時間、実習12時間）の養成課程があるが、基本課程の受講対象者は社会福祉士、看護師、機能訓練士（PT・OT）の免許または資格者のうち1年以上の現場経験のある者、専門課程は基本課程の修了者としている。基本課程または専門課程を修了した者のうち、学会が実施する試験に合格した場合、学会長名の「事例管理士」という資格が付与される。

4. おわりに

韓国の長期療養保険制度はドイツと日本に学び、超高齢社会に備えて世界で3番目に創設された。ドイツと日本に比べると、要介護認定者、サービス利用者、長期療養保険総費用ともその規模はかなり小さいが（表27）、制度施行前に憂慮されていたサービスやマンパワーの量的不足の問題はあまり生じず、比較的順調に施行されている。もちろん、今まで述べてきたように、取り組まなければならない課題は山積している。今後、この制度を韓国社会に定着させていくためには、政府、保険公団、地方自治体、サービス提供事業者、専門家集団および学界などが協働し、上記に取り上げた懸案事項にしっかりと目を向け、直面した問題点を解決していかなければならない。

表 27 ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の比較 (2014 年)

	ドイツ	日 本	韓 国
要介護度	3 段階 (特に重度を加えると 4 段階)	7 段階 (施行時は 6 段階)	5 段階 (施行時は 3 段階)
要介護認定者	約 254 万人 (高齢者人口の約 14.9%)	約 602 万人 (高齢者人口の約 18.2%)	約 42 万人 (高齢者人口の約 6.6%)
利用者数	約 245 万人 (要介護者に占める利用率は 96.5%)	約 510 万人 (要介護者に占める利用率は 84.7%)	約 37 万人 (要介護者に占める利用率は 87.8%)
財源構成	すべて保険料負担。2013 年の保険料率は所得の 2.05% (被用者は労使折半、子供がいない場合は 2.3%)	公費と保険料で 2 分の 1 の負担。公費は国と地方自治体が 50% ずつ負担。2014 年度の第 1 号保険料は全国平均月額 4,972 円。第 2 号保険料率は所得の 1.55% (協会健保、労使折半)。利用者負担はサービス利用料の 1 割。	国庫負担 20%、長期療養保険料 60～65%、利用者負担 15～20%。2014 年の保険料率は医療保険料の 6.55%。

注：要介護認定者および利用者数は、日本と韓国は 2014 年 12 月末、ドイツは 2013 年 12 月末時点の統計である。
出所：関連資料より作成

【謝辞】 本研究は、平成 26 年度日本学術振興会科学研究費助成事業〔基盤研究 C〕(研究代表者：宣賢奎、課題番号：26380767) に基づく研究成果の一部である。記して感謝する次第である。

注

- (1) 介護給付の拡大に伴い、3 等級の要介護認定等介護点数は、下限の点数が 2008 年 7 月～2012 年 6 月までは 55 点以上、2012 年 7 月～2013 年 6 月までは 53 点以上、2013 年 7 月～2014 年 6 月までは 51 点以上と徐々に引き下げられた。そのため、3 等級の要介護者間で心身の状態に大きな差が生じるようになった。この問題を解決するため、今回の改正では従来の 3 等級を 3 等級 (60 点以上 75 点未満の者) と 4 等級 (51 点以上 60 点未満の者) に細分化したのである。なお、要介護認定の有効期間は原則 1 年であるが、更新の際に直前の要介護度と同様の認定を受けた場合は、1 等級は 3 年、2～5 等級は 2 年となる。
- (2) 等級外の判定者に対するサービス内容については、西下彰俊「韓国の老人長期療養保険制度における新枠組の誕生」『いい住まい いいシニアライフ』Vol.122、pp.39-40、2014 年を参照されたい。
- (3) 保険料 2 兆 7,047 億ウォン (≒ 2,705 億円) の内訳は、職域保険料 2 兆 2,341 億ウォン (≒ 2,234 億円、82.6%)、地域保険料 4,707 億ウォン (≒ 471 億円、19.4%) である。保険料の累積徴収率は職域保険が 99.4%、地域保険が 96.0% となっている。
- (4) 訪問看護事業所は、2 年以上の看護業務の経験がある看護師または 3 年以上の看護補助業務の経験があり訪問看護補助師教育 (700 時間) を受講した看護補助師を 1 人以上置かなければならない。また、口腔衛生を提供する場合は歯科衛生士を 1 人以上置く必要がある。
- (5) 「老人福祉法」に定められた老人療養施設と老人専門療養施設は、2010 年から「老人長期療養保険法」による老人療養施設への統合が進み、2014 年 12 月までに完全に統合された。
- (6) ここでいう「個人」は、日本の営利法人に相当する民間事業者である。
- (7) 韓国療養保護協会の「療養保護士教育機関運営実態調査」(2012 年 5 月) によると、療養保護士養成施設は 2008 年に 990 か所、2009 年に 1,050 か所、2010 年に 1,430

か所、2011年に850か所と推計されている。なお、2015年9月時点の統計は国民健康保険公団「長期療養サービス機関検索ポータルサイト」(<http://www.long-termcare.or.kr/portal/site/nydev/>)による。

- (8) 加算額は当該月の加算基準額×(加算点/利用者または入所者数)×サービス類型点数で決まる。なおサービス類型点数は、老人療養施設および老人療養共同生活家庭は1点、昼夜間保護および短期保護は1.5点、訪問介護は1.7点である。
- (9) 日本の要介護認定者は2014年12月末時点で約602万人であり、高齢者人口(約3,300万人)に占める割合は18.2%となっている。これを日本における要介護高齢者の出現率であると仮定し、韓国の要介護高齢者の出現率を算出すると、韓国の推計要介護高齢者は約118万人(2014年12月末時点の高齢者人口約646万人×18.2%)となる。2014年12月末時点の要介護認定者は約42万人なので、日本の要介護高齢者の出現率を韓国に適用すると、韓国では介護を要する高齢者の約64%が「保険あって給付なし」の状態に置かれていることになる。
- (10) 自治体である市区郡邑面(日本の市区町村にあたる)のうち、「郡」が中山間地域(韓国では「農漁村地域」と呼ばれている)である。
- (11) これらについての詳細な内容は、宣賢奎「介護サービス供給の地域間格差に関する一考察—韓国老人長期療養保険制度に対する政策的視座—」『共栄大学研究論集』第10号、pp.19-20、2012年を参照されたい。
- (12) 全国公共運輸社会サービス労働組合「高陽市および坡州市の療養保護士の実態調査」2014年(http://foa2002.or.kr/xe/board_IHQP74/16665)、2014年11月20日に閲覧。
- (13) 嶺南日報 Web (<http://www.yeongnam.com/mnews/newsview.do?mode=newsView&newskey=20140822.010080731190001>)、2014年8月22日付、2014年11月20日に閲覧。
- (14) 朴デジン「療養保護士の労働実態と改善法案」『福祉動向』、Vol.189、2014年(<http://www.peoplepower21.org/Welfare/1188675>)、2014年11月21日に閲覧。
- (15) 厚生労働省所管の公益財団法人介護労働安定センターの「平成26年度介護労働実態調査結果」によると、2014年度(2013年10月1日から2014年9月30日)の介護職員の離職率は16.5%であり、同年度の全産業平均の15.6%より高い。
- (16) 日本政府は、介護事業者に対して介護職員処遇改善交付金を支給して介護職員の処遇改善を図ってきた。しかし、毎月の基本給は引き上げず、ボーナスや手当で対応した事業者も少なくなかったため、2012年3月にこの制度を発展的に廃止し、2012年4月に新たに「介護職員処遇改善加算制度」を導入した。同加算は、事業所が介護職員の待遇改善の計画を立て、都道府県に届け出た場合に、介護報酬に上乘せして支払われる。加算額は介護サービスの種類ごとに設定されているが、加算分はすべて介護職員の賃金の引き上げに使うように義務づけられている。日本の介護職員は2013年3月時点で約168万人と推計されているが、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年までに、新たに約100万人が必要とされており(厚生労働省が2015年6月26日に公表した「2025年に向けた介護人材にかかわる需給推計(確定値)」では、2025年時点の介護人材の需要は253.0万人、供給は215.2万人であり、不足する介護人材を表す受給ギャップは37.7万人に達する)、さらなる賃金水準の引き上げが課題となっている。そこで厚生労働省は、不足が深刻な介護職員を確保するため、2015年度の介護報酬の改定の際に処遇改善加算を拡充し、月額1万円程度増額した。2016年度予算概算要求では、「福祉・介護人材確保対策の推進」のための予算として74億円を要求している。ちなみに、韓国でも2013年3月に「療養保護士処遇改善費制度」が導入され、保険公団から介護事業者に療養保護士1人あたり月額10万ウォン(≒1万円)が支払われている。しかし、介護事業者からは社会保険料等の間接経費を高めるだけであるとの声も上がっているようである。療養保護士の勤務時間を減らしたり、他の手当を減額した

りする事業者が多くあり、療養保護士の処遇改善の効果は低いとの指摘もある。今後、この制度の意義やその効果を検証する必要がある。

- (17) 報奨金は、介護保険事業所に勤務する職員の内部告発の場合は最高5,000万ウォン(≒500万円)、利用者またはその家族、一般人による告発の場合は500万ウォン(≒50万円)となっている。
- (18) 韓国老人福祉学会「長期療養保険の公共性強化法案政策セミナー」(2015年10月7日開催)の資料集、p.14。この金額に、「不正請求長期療養機関通報褒賞金制度」による不正請求額が含まれているかどうかは不明である。
- (19) 介護報酬の不正請求の実態については、宣賢奎「介護ビジネスと企業倫理—大手介護企業「コムスン」を事例として—」『共栄大学研究論集』第6号、pp.30-32、2008年を参照されたい。
- (20) 詳細は宣賢奎「介護ビジネスと企業倫理—大手介護企業「コムスン」を事例として—」『共栄大学研究論集』第10号、pp.32-37、2008年を参照されたい。
- (21) 家族療養保護士の給与の計算については、西下彰俊「韓国の老人長期療養保険制度における新枠組の誕生」『いい住まい いいシニアライフ』Vol.122、p.41、2014年を参照されたい。
- (22) 家族療養保護士の問題点については、西下彰俊「韓国・老人長期療養保険制度発足3年半後の現況と残された課題」『いい住まい いいシニアライフ』Vol.107、pp.12-20、2012年および西下彰俊「韓国の老人長期療養保険制度における新枠組の誕生」『いい住まい いいシニアライフ』Vol.122、pp.41-42、2014年を参照されたい。
- (23) 詳しくは、宣賢奎「韓国の介護保険制度における情報公表に関する一考察」『介護福祉研究』No.20、pp.6-10、2013年を参照されたい。
- (24) ケアマネジメントシステムの導入をめぐる議論については、宣賢奎「韓国の老人長期療養保険制度に関する研究動向と今後の研究課題」『日本保健福祉学会誌』No.19(2)、p.35、2013年が参考になる。

引用文献

- ・住居広士、宣賢奎、林春植「韓国介護保険制度の創設と課題—介護サービスと療養保護士の専門性と介護人材養成—」『老年社会科学』Vol.33-1、pp.100-106、2011年。
- ・宣賢奎「世界の介護制度における経済と財政—韓国」坂本忠次、住居広士編『介護保険の経済と財政』勁草書房、pp.238-247、2006年。
- ・宣賢奎「韓国における介護職員の養成の現状と課題」『江南未来総研学術研究会紀要』第13号、pp.11-22、2009年。
- ・宣賢奎「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、pp.1-18、2010年a。
- ・宣賢奎「韓国の介護保険制度における療養保護士養成の現状と課題」『江南未来総研学術研究会紀要』第14号、pp.14-24、2010年b。
- ・Seon HK、Sumii H、Sawada Y. A Study of the Regional Disparity in the Supply of Long-term Care Services in South Korea. *Journal of Welfare for the Aged*. Vol.25、pp.131-144、2011.
- ・宣賢奎「介護サービス供給の地域間格差に関する一考察：韓国老人長期療養保険制度に対する政策的視座」『共栄大学研究論集』第10号、pp.1-22、2012年a。
- ・宣賢奎「韓国の介護保険制度創設の成果と今後の課題—家族の介護負担の軽減に視点をおいて—」小國英夫編『日本・韓国・台湾における社会的介護システムとインフォーマル・ケアに関する比較研究』関西福祉大学、pp.42-48、2012年b。
- ・宣賢奎「韓国の介護保険制度における情報公表に関する一考察」『介護福祉研究』No.20、pp.6-10、2013年a。
- ・宣賢奎「韓国の老人長期療養保険制度に関する研究動向と今後の研究課題」『日本保健福祉学会誌』No.19(2)、pp.31-50、2013年b。

- 宮城好郎、宣賢奎「韓国の介護保険制度に関する研究」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第9巻第1号、pp.31-42、2007年。
- 李光宰、宣賢奎「韓国の老人長期療養保険制度の政策決定過程に関する一考察」『共栄大学研究論集』第11号、pp.1-25、2013年。
- 林春植、宣賢奎、住居広士『韓国介護保険制度の創設と展開－介護保障の国際的視点－』ミネルヴァ書房、2010年。