

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—

A Study of the Regional Disparity in the Supply of Long-term Care Services in South Korea

宣賢奎

Hyeon-kyu SEON

概要

本研究は、韓国の介護保険制度における介護サービス供給の地域間格差の問題を取り上げ、中山間地域への介護サービス提供事業者の進出を促すためのいくつかの方策を提唱したものである。中山間地域は過疎地域であるため、人口が密集している大都市に比べて相対的にサービス需要が少ないため、事業者の進出がとても少ない。そのため、介護サービス事業所そのものが足りなく、なかんずく在宅介護事業所が少ない地域間格差の問題は深刻である。

韓国において介護サービス供給の地域間格差を是正するためには、中山間地域への事業者の積極的な進出を促進するための助成制度的な措置を講じるとともに、介護サービス利用者に対する地域的支援が必要となる。具体的には、介護報酬の地域加算の創設、遠距離交通費補助制度における費用の算定方法の見直し、既存のインフォーマルな組織等を積極的に活用した在宅介護事業所の整備、利用者の本人負担金の軽減措置の拡大実施などが求められよう。

キーワード：地域間格差、事業者誘致、介護報酬の地域加算、本人負担金の軽減措置

Abstract

This study referred to the problem of the disparity between different populations and the care service supply in the long-term care insurance system in South Korea, and suggests some policies to promote the advance of the care services enterprises into the rural area. Because the rural area has relatively few care service demands in comparison with the metropolitan city where the population is highly concentrated, there are few advantages into the rural area by the enterprises. Therefore the number of care service enterprises is insufficient, and the problem of the local overemphasis of home care enterprises is particularly serious itself far the rural area.

I will propose that an institutional device to promote the incentive advantage of the enterprises into the rural area to correct the disparity of the care services supply in South Korea, and the support for the nursing care services user are necessary. Specifically, the foundation of the rural addition of the rewards for long-term care services, the revision of the calculation method of the rewards in assistance system for the long-distance transportation expenses, the maintenance of the home care enterprises which utilized existing informal services effectively, and the extended enforcement of reduction measures regarding their payments in the rural area.

Keywords: supply disparity between areas, enterprises attraction, rural addition of the rewards for long-term care services, reduction measures of the money of person himself pays

目次

1. はじめに
 - 1.1 研究の背景および研究目的
 - 1.2 研究方法
2. 介護保険サービスの概要とサービス需給の状況
 - 2.1 介護保険サービスの種類
 - 2.2 介護保険サービスの利用状況および供給状況
3. 介護サービス供給の地域間格差とその解消策
 - 3.1 事業者の地域限定進出戦略と介護サービス供給の地域間格差の発生
 - 3.2 自治体の事業者誘致政策の有効性についての検証
 - 3.3 介護サービス供給の地域間格差の解消策
4. おわりに

1. はじめに

1.1 研究の背景および研究目的

本研究は、韓国の老人長期療養保険制度（以下、介護保険制度）における介護サービス供給の地域間格差を明らかにした上で、韓国の中山間地域における介護サービスの安定的な供給のための政策的な提言を行うことを目的とする。

2008年7月に施行された韓国の介護保険制度は、本稿執筆時点で約3年が過ぎ、4年目に入った。韓国では、制度施行までの準備期間がドイツや日本に比べて比較的短かつ

たため、さまざまな課題を抱えながらの制度スタートとなった。介護サービスの基盤整備が不十分な状況での制度導入は時期尚早であるとの意見も多かったが、制度が施行されて約3年が経過するなか、当初憂慮していたサービス不足やマンパワー確保の問題はあまり生じず、制度自体は軟着陸したと評価されている（林・宣・住居 2010、住居・宣・林 2011、林 2011）。

介護保険制度の導入の成果として、老人長期療養機関（以下、介護保険事業所）の増加による安定的な長期療養サービス（以下、介護サービス）提供体制の構築、介護サービス受給者の大幅な増加、介護労働者の新たな雇用創出、介護サービス利用の便利性の向上、要介護者の症状改善、介護サービスに対する満足度の向上などがあげられる（尹 2009、林・宣・住居 2010）。

ただその一方で、保険者の肥大化、等級判定委員会の形骸化、重い利用者負担と財源不足、限定的な給付対象者、不十分なサービス給付、低い長期療養給付費用（以下、介護報酬）、利用者確保のための事業者間の過当競争と介護報酬の不正請求、療養保護士（韓国の介護保険制度における国家資格の介護職員）養成施設の濫立、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間格差、不明確な公的責任と民営化、専門性の低い療養保護士の養成と介護人材の質、療養保護士の劣悪な労働環境、低いサービスの質などの課題も多い（Sumii ほか 2008、Yoon ほか 2009、株本 2009、増田 2010 年、Sumii ほか 2010、林・宣・住居 2010、住居・宣・林 2011、林 2011）。

制度施行から4年目に入り、ある程度は制度が定着しつつあることもあり、これらの課題のうち、いくつかは解決されたものもあるが、未だに解決されない課題が多い。本研究のテーマにかかわる中山間地域における介護サービスの基盤整備はあまり進んでおらず、都市部に比べてサービス供給量が少ないという地域間格差が依然として解消していない（朴・崔・尹 2009、林 2011）。しかし、この問題についての先行研究は少なく（類似研究として李 2007、権 2008 がある）、あったとしても介護サービスの地域間格差に関する議論が不十分なうえ、地域間格差を解決するための具体的な論究が少ない。サービス供給の地域間格差は、介護保険の前提である利用者の選択性確保を阻害する可能性があるため、地域格差のひとつとして問題視される（宮澤 2010）。

そこで本研究では、韓国の介護保険制度における介護サービスの利用状況および事業者の供給状況を概観したうえで、日本の介護保険政策を参考にしつつ、韓国の中山間地域における介護サービスの地域間格差を是正するための方策を提唱したい。本研究で得られる知見は、民間事業者による効率的な介護サービス供給を可能にする政策決定とそれに伴った中山間地域における介護サービスの地域間格差の是正につながるであろう。本研究によって介護サービス供給の地域間格差が是正され、居住地域に関係なく、すべての要介護者等が介護サービスを利用しやすい環境がつけられることを期待する。

1.2 研究方法

韓国の介護保険制度に関する資料は既存と最新の資料・文献研究、国内外の事例分析、韓国の保健福祉部（日本の厚生労働省にあたる）、国民健康保険公団（韓国の介護保険制度の保険者）、韓国老人福祉学会などの行政機関および関連機関・団体に対するヒヤリング調査などを通して収集し、それに基づいて分析を行った。一部の資料はインターネット検索を通して入手している。なお、保健福祉部と国民健康保険公団等に対する訪問調査および電話（電子メールを含む）調査は2011年9月上旬から中旬にかけて行った。日本の介護保険制度に関する資料は厚生労働省のホームページから入手している。とくに、介護報酬の地域加算については「社会保障審議会介護給付費分科会」の資料を多用している。

本研究の流れは次のとおりである。韓国の介護保険サービスを紹介するとともに、介護保険サービスの利用状況および供給状況を取り上げ、韓国における介護サービス供給の地域間格差の問題を指摘する。そのうえ、筆者の先行研究を中心にサービス供給の地域間格差を是正するための自治体による事業者誘致政策の有効性について検証する。それを具現化する政策のひとつとして考えられる介護報酬の地域加算について概説した後、日本の介護保険制度における地域加算の有効性を示しつつ、介護サービス提供事業者と利用者の両者の立場に立って、韓国の介護保険制度における介護サービス供給の地域間格差の解消策を提唱する。

2. 介護保険サービスの概要とサービス需給の状況

2.1 介護保険サービスの種類

韓国の介護保険制度における長期療養サービス（以下、介護保険サービス）は在宅介護サービス、施設介護サービス、特別現金給付の3種類である。在宅介護サービスには訪問療養（以下、訪問介護）、訪問入浴介護、訪問看護、昼夜間保護（昼間は日本のデイサービスに相当）、短期保護、福祉用具貸与・購入があり、施設介護サービスとしては老人療養施設、老人専門療養施設および老人療養共同生活家庭（日本のグループホームに相当）がある。

日本の介護保険制度では特別な場合にしか給付されない特別現金給付として家族療養費、特例療養費、療養病院療養費がある。家族療養費は介護サービス事業者が不足する離島・僻地（2010年現在、全国に663か所）の居住者、あるいは要介護者が家族から訪問介護に相当する給付を受けた場合に支給される。また、要介護認定の有効期間内に身体障害、精神障害、感染症等により他人との接触を拒否するなどのやむを得ない理由により、介護施設でない施設で在宅介護給付または施設介護給付に相当するサービスを受けた場合には特例療養費が支給される。要介護者等が老人専門病院や老人療養病院に入院した場合

は、療養病院療養費（要介護者の付き添い手当）が支給される。財政的な事情により、3種類の特別現金給付のうち、現在は家族療養費のみが支給されている。

その他、制度施行後に家族介護を評価する別の給付が設けられ、療養保護士が同居する彼ら自身の家族の要介護者に訪問介護に相当するサービスを行った場合、1日2時間を限度にその保険給付（現物給付）が認められている。

2.2 介護保険サービスの利用状況および供給状況

2.2.1 要介護認定およびサービス利用状況

2011年9月末現在の要介護認定者は32万4,161人（高齢者人口の約5.9%）である（女性23万1,038人〔71.3%〕、男性9万3,123人〔28.7%〕）。2008年7月の制度スタート当時の14万6,643人（高齢者人口の約2.9%）から約2.3倍以上も増加した（図1）。介護等級別の認定者数は1等級（日本の要介護度5に相当）4万2,310人（13.1%）、2等級（日本の要介護度4に相当）7万3,291人（22.6%）、3等級（日本の要介護度3に相当）20万8,560人（64.3%）となっている。ちなみに、同期間の申請者数は29万5,715人から85万7,345人へと、約2.9倍増加している。

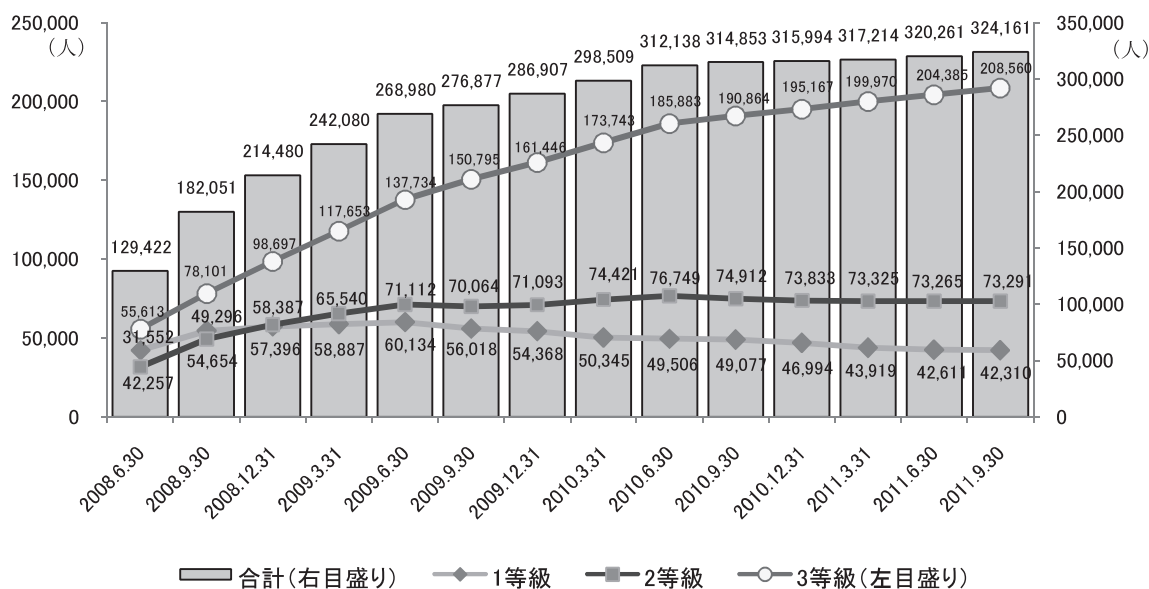


図1 要介護認定者数の推移

出所：国民健康保険公団「老人長期療養保険等級判定結果現況」により作成

実際のサービス利用者は2010年12月末現在（本稿執筆時点における最新公表データ）、31万5,994人の要介護認定者のうち28万1,191人である（利用率は89%）。2008年7月時点で52.2%に過ぎなかったため、利用率が大幅に上がっていることがわかる。同時期の利用者数をサービス種別に見ると、在宅介護給付（家族療養費の給付を含む）18万

8,635人(67.1%)、施設介護給付9万2,556人(32.9%)となっている。2008年7月の制度スタート当時は、それぞれ3万831人(43.7%)、3万9,711人(56.3%)であり、施設の利用率が逆に高かった。2009年からはその利用率が逆転し、その後は施設介護給付率が徐々に減る一方で、在宅介護給付率が増えている。在宅介護を奨励するため、制度施行当初から施設介護の利用者負担率を高く設定した影響の一面であると思われる(在宅介護は利用料の15%、施設介護は利用料の20%を自己負担)。

2.2.2 サービス供給状況

制度導入の準備過程で最も憂慮されていたのが介護サービスの基盤整備であった。しかし、2008年7月時点で7,735か所に過ぎなかった介護保険事業所が2010年12月末には約3倍増えた2万3,698か所となっている。その内訳は在宅長期療養機関(以下、在宅介護事業所)1万9,947か所(84.2%)、長期療養機関(以下、介護保険施設)3,751か所(15.8%)である。2008年7月時点では、それぞれ6,340か所(81.9%)、1,395か所(18.1%)であったので、それから約2年半の間に在宅介護事業所は約3.1倍、介護保険施設は約2.6倍増えたことになる(表1)。

表1 介護保険事業所の推移

		2008年7月 か所、%	2009年6月 か所、%	2010年6月 か所、%	2010年12月 か所、%	増加率% (2008年 7月対比)
在宅 介護 事業 所	訪問介護	2,823 (44.5)	6,404 (43.8)	9,136 (46.4)	9,164 (45.9)	324.6
	訪問入浴介護	1,654 (26.1)	4,539 (31.0)	7,100 (36.1)	7,294 (36.6)	440.9
	訪問看護	461 (7.3)	719 (4.9)	774 (3.9)	739 (3.7)	160.3
	昼夜間保護	641 (10.1)	951 (6.5)	1,247 (6.4)	1,273 (6.4)	198.6
	短期保護	397 (6.3)	1,112 (7.6)	205 (1.0)	199 (1.0)	△149.9
	福祉用具貸与・購入	364 (5.7)	914 (6.2)	1,212 (6.2)	1,278 (6.4)	351.1
	小計	6,340 (100.0)	14,639 (100.0)	19,674 (100.0)	19,947 (100.0)	314.6
介護保険施設		1,395	2,114	3,442	3,751	268.9
合計		7,735	16,753	23,116	23,698	306.4

出所：国民健康保険公団「老人長期療養保険統計月報」を修正

在宅介護事業所をサービス種別にみると、訪問介護9,194か所(45.9%)、訪問入浴介護7,294か所(36.6%)、訪問看護739か所(3.7%)、昼夜間保護1,274か所(6.4%)、短期保護199か所(1.0%)、福祉用具貸与・購入1,278か所(6.4%)となっている。在宅介護事業所の8割強を占める訪問介護および訪問入浴介護事業所が他の事業所に比べて

増加率が高い。訪問系介護事業は設備基準と人員基準が通所・滞在系介護事業に比べて緩やかであるため、相対的に開設しやすいことが影響していると思われる。たとえば、訪問介護事業所は16.5㎡以上（延べ床面積）の専用面積の確保と常勤換算で3人（中山間地域では2人）以上の療養保護士を配置すればよい。逆に、短期保護は減少しているが、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。

制度スタート時に介護保険事業所の不足が懸念されていたが、以上のように、制度施行後に基盤整備が大幅に拡充されたことがわかる。ただ、サービス整備には地域間格差があり、大都市に比べてサービス需要が少ない中山間地域は事業所の絶対数が足りない。療養保護士の人員配置基準が緩やかな訪問介護事業所は中山間地域でも比較的整備されているが、その他のサービスは供給がかなり足りない現状にある。

訪問入浴介護事業は割高な利用者の本人負担、訪問入浴車が入りにくい狭い道路および住宅事情、男性の療養保護士の確保困難など、訪問看護事業は利用者の訪問介護サービス選好による需要不足、低いサービス満足度など、昼夜間保護事業と短期保護事業は需要不足、高い設備投資費など、福祉用具貸与・購入事業は高いレンタル費用と低い品質による需要不足、地域の福祉用具センターやインターネットを通じた購入などがその要因として指摘されている（朴・崔・尹 2009）。2010年12月末時点で、訪問看護事業所がある中山間地域は鬱陵郡、丹陽郡、茂州郡など33地域、昼夜間保護事業所がある中山間地域は華川郡など14地域に過ぎない（林 2011）。

表2 地域規模別の介護保険給付状況

		地方自治体 (か所)	介護保険 事業所 (か所)	1行政区画あ たりの介護 保険事業所 (か所)	高齢者千人あ たりの介護保 険事業所 (か所)	要介護 認定者 (人)	サービス 利用者 (人)	1介護保険 事業所あた りの利用者 (人)
介護 保険 施設	大都市	94	1,884	20.0	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	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	4.0	—	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	103.0	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

介護保険施設の地域間格差も見られ、中山間地域では定員を確保できない介護保険施設が存在する（2010年度末の施設全体の定員充足率は約80%）。たとえば、老人療養共同生活家庭は本人や家族が生活の質の高さを求めて大規模施設を選好する傾向があるため、入居者の募集に苦慮している（朴・崔・尹 2009）。小規模多機能型施設を選好する日本とは異なる傾向がみられる。

介護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。全体的に、中山間地域の介護保険施設は都市部の2分の1、在宅介護事業所は都市部の4分の1程度の水準となっている（表2）。そのためか、在宅介護事業所の1事業所あたりの利用者数は中山間地域が都市部に比べて相対的に多い（林 2011）。

3. 介護サービス供給の地域間格差とその解消策

3.1 事業者の地域限定進出戦略と介護サービス供給の地域間格差の発生

中山間地域は人口が密集している大都市に比べて相対的にサービス需要が少ないため、事業者の進出が少ない。そのため、介護サービス事業所そのものが足りなく、なかんずく在宅介護事業所が少ないという地域間格差の問題は深刻である。前述したように、韓国では訪問看護事業所と昼夜間保護事業所が1か所もない中山間地域の自治体も多い。このようなサービス供給の地域間格差が是正されない限り、介護保険の前提である利用者の選択性確保を阻害する可能性がますます大きくなるため、韓国でも日本の介護保険制度の導入期にいわれたような「保険あって給付なし」の状況が深刻化するであろう。

介護サービス供給の地域間格差は、介護サービス提供事業者の地域限定進出戦略に起因しているところが多い。地域限定進出戦略は、ポーター（M.E.Porter）の競争優位戦略のひとつである集中戦略の一環としてとられることが多い。介護ビジネスにおいては、利用者が確実に確保できる地域、つまり人口が密集している都市部に限定してサービス拠点を設置する戦略である。参考までに、日本の介護保険制度における事業者の進出戦略を取り上げると、介護保険制度の導入期に潜在的な需要を期待して中山間地域にも事業所を設置したコムスン（2007年12月に介護ビジネスから撤退）やニチイ学館の戦略とは異なる戦略である。現在はほとんどの介護サービス提供事業者が地域限定進出戦略をとっているが、開業以来、この戦略をとってきた日本における大手介護事業者はジャパンケアサービス、セントケア・ホールディング、メデカジャパン、やさしい手などがある。

とくに、民間事業者は介護ビジネスへの進出地として、一般的に訪問効率の良い人口密集地域（大よそ人口30万人以上）、人口に対する施設サービスや在宅サービスが少ない地域、行政の支援策のある地域などを選定する傾向にある。このような民間事業者の行動

により、介護サービス供給の地域間格差が生じているのである。

中山間地域はサービス利用者が点在しているため、主に訪問系の介護サービスを提供する在宅介護事業者にとっては、移動費用や時間などの訪問費用（＝動線コスト）がかさむという経営上の制約を受ける場合が少なくない。そのため、事業者は訪問費用の大きい中山間地域への参入を敬遠する。このような問題が日本でも韓国でも発生しているのである。

しかし、介護サービス供給の地域間格差の発生の原因をこのような企業行動のみに求めることは短絡過ぎる。実は、サービス需要者の特性によってサービス供給の地域間格差が生じている側面もある。都市部に比べて相対的に人口が少ない中山間地域にはサービス需要そのものが少ないうえ、需要者の所得水準が相対的に低いため、サービスの購買力が弱い。当然、サービス需要が少ない地域に事業所を積極的に設置する事業者は少ない。かつてのコムスンやニチイ学館のように、潜在的なニーズを期待して先行投資する事業者はあるものの、それほど多くはならない。このままだと、サービスの地域間格差はますます広がり、サービスが足りない地域に居住する人々は将来にわたってサービスの恩恵をあまり受けられないおそれがある。

3.2 自治体の事業者誘致政策の有効性についての検証

筆者は先行研究を通して、訪問系の介護サービス供給の地域間格差を是正するための学際的な根拠を次のように示している（宣 2009）。事業者のサービス展開のエリアが人口密集地から離れば離れるほど収益が減少する。とくに、利潤最大化（ $\pi = R - C$ ）を企業活動の目的とする民間企業は、訪問費用が大きい地域には事業所を設置しない。つまり、人口密集地である A エリア（大都市部）に比べて人口密度が低い B エリア（衛星都市部）、より人口が点在している C エリア（周辺町村部）は訪問費用が大きいため、C エリアに近づくほど事

業者の進出は少なくなる。ということで、相対的に訪問費用の大きい地域への事業者の進出が少なくなるのは当然のことである（図 2）。

このような地域が訪問系の介護サービス供給を増やすため

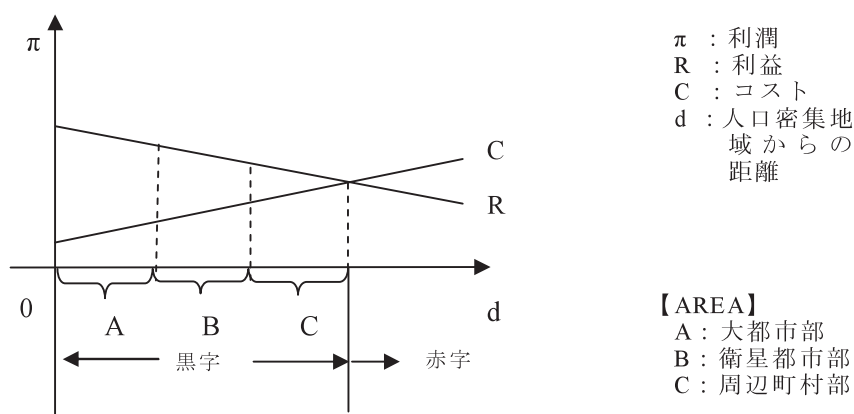


図 2 サービス提供エリアと収支関係
出所：筆者作成

には、介護サービス提供事業者を誘致するための何らかのインセンティブを供与する必要がある。仮に、ある自治体が事業者に対して誘致政策を講じた場合、事業者のサービス提供エリアは広がることが予想される（図3）。具体的には、事業者

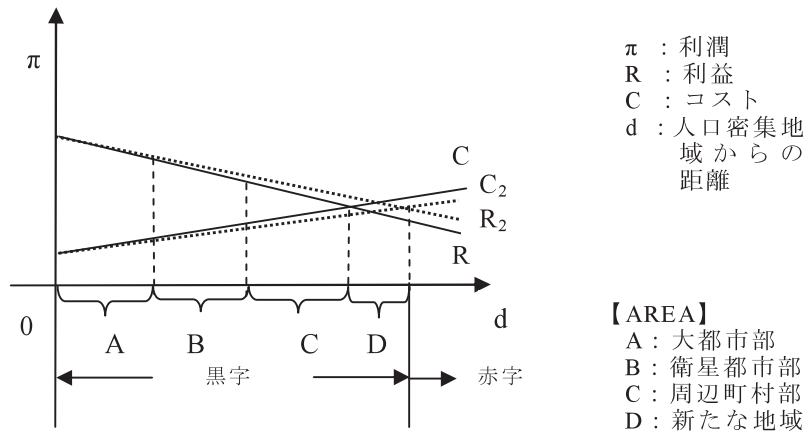


図3 自治体の誘致政策と事業者のサービス提供エリア
出所：筆者作成

者に対して税を減免する等の優遇措置をとれば（C2）、事業者はその分だけコストの節減ができるので、より人口規模の小さなD地域（主として過疎地）にも進出するであろう。後述する事業者に対する補助金支給や介護報酬の地域加算もその誘因のひとつになり得る（R2）。

3.3 介護サービス供給の地域間格差の解消策

3.3.1 日本の自治体における介護事業者の積極的な誘致政策

言うまでもないが、介護保険の前提である利用者の選択性確保を阻害する要因を除去するためには、介護サービス供給の地域間格差を是正するための何らかの手立てを講じる必要がある。事業者にとっては、自治体が事業者の誘致に積極的な地域を見極めて事業所を開設することも有効な進出戦略である。介護サービス提供事業者の立場からすれば、自治体の助成度は進出・撤退の重要な判断要素のひとつになる。

日本では、介護保険制度の導入初期に、市場として規模の小さい過疎地の自治体を中心に事業者を誘致するための施策を講じるが多かった。周辺の市町村が広域連合して、事業者がサービス提供のために移動する際の交通費を補助して事業者の誘致を実現した北海道中空知地区は、その典型的な事例である。神戸市の場合は、民間事業者を誘致して十分なサービス量を確保するため、介護保険制度が実施される前から市内の中学校区ごとの要介護者の推定数や参入事業者数、施設の場所などを書き入れた地図を配布していた（表3）。

表3 自治体の事業者誘致政策

自治体	事業者誘致政策
東京都品川区	<input type="checkbox"/> 営利事業者を在宅介護支援センターの委託先に加える
東京都武蔵野市	<input type="checkbox"/> ミニデイサービスやショートステイ事業者に補助金交付（年間1,000万円上限）
千葉県鎌ヶ谷市	<input type="checkbox"/> 移送サービス事業者に特別給付
兵庫県神戸市	<input type="checkbox"/> 徹底した情報公開 ①中学校区ごとの高齢者数や要介護者数、サービス資源の整備状況を地図化した「中学校区別介護保険サービス整備状況地図」を事業者に配布 ②介護サービスに関する情報を提供する「神戸ケアネット」(http://www.carenet.city.kobe.jp)を通じたケアマネジャーへの公平な情報提供
静岡県清水市	<input type="checkbox"/> 新規事業者にもケアプラン作成のチャンスを1回与える
北海道中空知地区	<input type="checkbox"/> 企業が高齢者宅を移動する際の交通費補助など
長野県泰阜村	<input type="checkbox"/> 自己負担1割分の60%を肩代わり、限度額超過利用分は全額自治体が負担 →サービス需要拡大を図る

出所：仁科幸一「タイプ別に異なる自治体の施策と事業者の戦略」『詳細 介護保険ビジネスガイド 2001』日経BP社、pp.136-151、2000年およびTBS（東北放送）「週間パパラビゾーレ」（2001年3月15日放映）より作成

過疎地においても介護サービスの量的な基盤整備がある程度進んだ地域においては、上記のような誘致策を講じている自治体はそれほど多くはないと推察される。実際、筆者が2006年3月に福島県内の61市町村を対象に行った「自治体の介護福祉政策と介護企業の誘致に関する調査」によると、介護サービス提供事業者に対して何らかの優遇措置を講じている自治体は9.1%（2町村）に過ぎず、ほとんどの自治体は優遇措置を講じていない。優遇措置を講じていないと答えた自治体に対してその理由を尋ねたところ、半数の自治体が「優遇措置を講じてまで事業者を誘致する必要を感じないため」と回答している。その他の理由としては、「進出・撤退は事業者の自由意思なので関与しない」（31.8%）、「優遇措置を講じるための予算がない」（4.5%）などをあげている。今後、介護サービス事業者に対して何らかの優遇措置を講じる方針である自治体は1か所のみであり、残りの95.5%の自治体は今後も優遇措置を講じない方針であることを明らかにしている（宣2007）。

ともあれ、介護保険制度の導入初期の日本のこのような介護サービス提供事業者の誘致政策は、介護保険制度が緒についたばかりの韓国にとって、介護サービス供給の地域間格差の問題を解消する方策のひとつとして大変有効であろう。上述した日本の介護保険政策等は、人口が流出し続ける過疎地であっても政策さえ転換できれば、事業者を呼び込むことは十分に可能であるということを示唆してくれる。収益性の低い過疎地であっても、事業者は介護報酬の地域加算等、事業者に対する税制優遇措置や補助金支給など特典のある地域に進出すれば、収益確保は可能であると考えられる。介護サービス提供事業者を誘致してサービス基盤を確保しようとする自治体側と収益確保を図る事業者の双方の思惑が一致すれば、過疎地においてもサービス基盤が整備される可能性は高い（宣2009）。

3.3.2 日本の介護保険制度における介護報酬の地域加算

介護サービス提供事業者がサービス提供エリアを決める際に判断材料のひとつにしていると考えられるのが介護報酬の地域加算である。事業者は地域加算によって収益確保がしやすくなるため、地域加算のある自治体への進出を増やすことが予想される。ということで、介護サービス供給の地域間格差を解消する要因のひとつが地域加算である可能性が高い。そこで、以下では日本の介護保険制度における介護報酬の地域加算について紙面を割いて概説したい。

日本の介護保険制度における介護報酬は、事業者が要介護・要支援の認定を受けた利用者に介護サービスを提供した場合に、その対価として事業者に対して支払われるものである。日本の介護保険制度ではサービスの内容、事業所の所在する地域等を勘案し、サービス等に要する平均的な費用を勘案して設定されている。具体的には、地域ごとの人件費の地域差を調整するため、地域区分を設定し、1単位10円を基本として（地域ごとに1単位の金額が異なるため、「円」ではなく「単位」で表示）、地域別・サービス別に1単位あたりの単価を割増ししている。

日本の介護保険制度における介護報酬は、サービス提供地域の人件費等を考慮してサービスの種別ごとに報酬単位数が決められており、それを金額に換算するときに、地域によって換算率（地域加算）が異なる。地域加算には、①人件費や賃料の地域格差を考慮して5つに区分けされた地域において事業者が一定のサービスを提供した場合に算定される「地域加算」（サービス種別と地域によって原則1単価10円が10.23～11.05円となる）、②厚生労働大臣が定める地域に所在する事業者が一定のサービスを提供した場合に算定される「特別地域加算」（所定単位数の15%加算）、③中山間地域等に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて算定される「中山間地域等における小規模事業所加算」（所定単位数の10%加算）、④中山間地域等に居住する者にサービスを提供した場合に算定される「中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算」（所定単位数の5%加算）がある（表4～表6）。

表 4 介護報酬の地域加算等

	加算の種類	加算点	対象サービス	算定地域等
特別地域加算 (注1)	厚生労働大臣が定める地域（介護報酬の単価を定める際に用いる地域区分〔特甲地・甲地・乙地等、厚生省告示第22号〕とは別の地域）に所在する事業者が一定のサービスを提供した場合に算定される。ただし、他地域に所在する事業者が、厚生労働大臣が定める地域においてサービス提供を行った場合は算定されない。	所定単位数の15%	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 福祉用具貸与 居宅介護支援 	<p>次の各法に指定されている地域に事業所が所在する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 離島振興法の規定により指定された離島振興対策実施地域 奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島 山村振興法の規定により指定された振興山村 小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島 過疎地域自立促進特別措置法に規定する過疎地域その他の地域 沖縄振興特別措置法に規定する離島
中山間地域等における小規模事業所加算 (注2)	中山間地域等にある小規模事業所については、規模の拡大や経営の効率化を図ることが困難であり、人件費等の割合が高くならざるを得ず、経営が厳しい状況にあることを踏まえ、いわゆる中山間地域等のうち、現行の特別地域加算対象地域以外の半島振興法指定地域等について、当該地域に所在する小規模の事業所が行う訪問介護等の一定のサービスについて算定される。	所定単位数の10%	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 福祉用具貸与 居宅介護支援 	<p>①次の各法に指定されている地域に事業所が所在している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 豪雪地帯対策特別措置法に規定する豪雪地帯 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地 半島振興法に規定する半島地域 特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律に規定する特定農山村地域 過疎地域自立促進特別措置法に規定する過疎地域 <p>②特別地域加算対象地域以外の地域における次の各号の小規模事業所</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問介護の訪問回数が200回以下/月（予防は実利用者が5人以下/月） 訪問入浴介護の訪問回数が20回以下/月（予防は訪問回数が5人以下/月） 訪問看護の訪問回数が100回以下/月（予防は訪問回数が5人以下/月） 居宅介護支援は実利用者が20人以下/月 福祉用具貸与は実利用者が15人以下/月（予防は実利用者が5人以下/月） <p>※特別地域加算が算定できる地域では、「中山間地域等における小規模事業所加算」を算定することができない。</p>

中山間地域等に居住するものへのサービスの提供加算	加算の種類	加算点	対象サービス	算定地域等
<p>事業所が通常の事業実施地域を越えて中山間地域等に居住する者にサービスを提供した場合には、移動費用が相当程度必要となることを踏まえ、算定される。</p>	<p>訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所介護 通所リハビリテーション 福祉用具貸与 居宅介護支援</p>	<p>介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与</p>	<p>次の各法に指定されている地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を超えてサービスを提供した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 離島振興法の規定により指定された離島振興対策実施地域 奄美群島振興開発特別措置法に規定する奄美群島 豪雪地帯対策特別措置法に規定する豪雪地帯 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律に規定する辺地 山村振興法の規定により指定された振興山村 小笠原諸島振興開発特別措置法に規定する小笠原諸島 半島振興法に規定する半島地域 特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律に規定する特定農山村地域 過疎地域自立促進特別措置法に規定する過疎地域 沖縄振興特別措置法に規定する離島 <p>※「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」は、特別地域加算や中山間地域等における小規模事業所加算の算定要件とは関係なく、同時に算定できる。</p>	<p>表6のとおり</p>
<p>地域加算</p>	<p>人件費や賃料の地域格差を考慮して5つに区分けされた地域（特別区、特甲地、甲地、乙地、その他）において事業者が一定のサービスを提供した場合に算定される。</p>	<p>表5のとおり</p>		<p>表6のとおり</p>

(注1) 利用者負担についても他の地域にある事業者からサービスを受けた時よりも15%高い利用料となっていることから、その加算分について自治体が補助する。
 (注2) 中山間地域等における利用者負担の軽減措置があり、新たに加算(10%)措置を講ずる中山間地域等の利用者負担について、他地域との均衡を図る観点から、利用者負担額の1割分が軽減される(通常10%の利用者負担を9%に軽減)。
 出所：厚生労働省「平成21年度介護報酬改定の概要」、厚生労働省「介護報酬の算定構造」等より作成

表5 地域加算の単位数単価

(単位：円)

介護給付	予防給付	特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・居宅介護支援 ・夜間対応型訪問介護	・介護予防訪問介護 ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防支援	11.05	10.70	10.42	10.35	10.00
・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・通所リハビリテーション ・認知症対応型通所介護 ・小規模多機能型居宅介護	・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防通所リハビリテーション ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防小規模多機能型居宅介護	10.83	10.55	10.33	10.28	10.00
・通所介護 ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 ・特定施設入居者生活介護 ・認知症対応型共同生活 ・地域密着型介護老人福祉 ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設	・介護予防通所介護 ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 ・介護予防特定施設入居者生活介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護	10.68	10.45	10.27	10.23	10.00
・居宅療養管理指導 ・福祉用具貸与	・介護予防居宅療養管理指導 ・介護予防福祉用具貸与	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00

出所：厚生労働省「介護報酬の地域区分」

表6 地域加算の地域区分

地域区分	都道府県	地域
特別区	東京都	特別区
特甲地	東京都	八王子市、立川市、武蔵野市、三鷹市、府中市、昭島市、調布市、町田市、小金井市、小平市、日野市、東村山市、国分寺市、国立市、狛江市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	横浜市、川崎市、横須賀市、鎌倉市
	愛知県	名古屋市
	京都府	京都市
	大阪府	大阪市、堺市、豊中市、池田市、吹田市、高槻市、守口市、枚方市、茨木市、八尾市、寝屋川市、松原市、大東市、箕面市、門真市、摂津市、東大阪市、四条畷市、交野市
	兵庫県	神戸市、尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市
甲地	埼玉県	さいたま市
	千葉県	千葉市
	神奈川県	逗子市、三浦郡葉山町
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、和泉市、柏原市、羽曳野市、高石市、藤井寺市、大阪狭山市、三島郡島本町、泉北郡忠岡町、泉南郡熊取町
	福岡県	福岡市
乙地	北海道	札幌市
	宮城県	仙台市
	埼玉県	川越市、川口市、所沢市、狭山市、草加市、越谷市、蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市、朝霞市、志木市、和光市、新座市、富士見市、ふじみ野市、入間郡三芳町
	千葉県	市川市、船橋市、松戸市、習志野市、柏市、浦安市、四街道市
	東京都	青梅市、福生市、東大和市、清瀬市、東久留米市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市
	神奈川県	平塚市、藤沢市、小田原市、茅ヶ崎市、相模原市、三浦市、厚木市、大和市、伊勢原市、海老名市、座間市、綾瀬市、高座郡寒川町
	静岡県	静岡市
	滋賀県	大津市

地域区分	都道府県	地 域
乙 地	京都府	宇治市、向日市、長岡京市
	大阪府	河内長野市、泉南市、阪南市、泉南郡田尻町
	兵庫県	姫路市、明石市、三田市
	奈良県	奈良市、大和郡山市、生駒市
	和歌山県	和歌山市
	岡山県	岡山市
	広島県	広島市、安芸郡府中町
	福岡県	北九州市
	長崎県	長崎市
その他	すべての都道府県	その他の地域

出所：厚生労働省「介護報酬の地域区分」

ところで厚生労働省は、介護保険事業所の人件費の地域間格差を是正するため、平成21年度の介護報酬改定の際に地域区分ごとの報酬単価および人件費割合を改定した。実は介護保険制度の施行後、介護従事者の給与は地域差が大きく、大都市圏の事業所ほど給与費が高く経営を圧迫するという問題が浮上した。このことを踏まえ、地域差を勘案する人件費にかかわる職員の範囲を「直接処遇職員」から「人員配置基準において具体的に配置が規定されている職種の職員」に拡大し、人件費の評価を見直した（表7）。

表7 サービス別の人件費割合

改定前		改定後	
サービス	割合 (%)	サービス	割合 (%)
訪問介護／訪問入浴介護／通所介護／特定施設入居者生活介護／夜間対応型訪問介護／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護／認知症対応型共同生活介護／地域密着型特定施設入居者生活介護／居宅介護支援	60	訪問介護／訪問入浴介護／夜間対応型訪問介護／居宅介護支援	70
		訪問看護／訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／認知症対応型通所介護／小規模多機能型居宅介護	55
訪問看護／訪問リハビリテーション／通所リハビリテーション／短期入所生活介護／短期入所療養介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	40	通所介護／短期入所生活介護／短期入所療養介護／特定施設入居者生活介護／認知症対応型共同生活介護／介護老人福祉施設／介護老人保健施設／介護療養型医療施設／地域密着型特定施設入居者生活介護／地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	45

(注) 介護予防サービスのある居宅サービスおよび地域密着型サービスについては介護予防サービスを含む。
出所：厚生労働省「平成21年度介護報酬改定概要」（第63回社会保障審議会介護給付費分科会・2009年1月6日）を修正

また、経営実態調査の結果を踏まえ、サービス別の人件費割合について見直すとともに、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合についても見直した（表8）。

表 8 地域区分ごとの報酬単価

現 行	地域区分		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
	上乗せ割合 (%)			12	10	6	3
	人件費割合 (円)	60%	10.72	10.60	10.36	10.18	10
		40%	10.48	10.40	10.24	10.12	10
改定後	地域区分		特別区	特甲地	甲地	乙地	その他
	上乗せ割合 (%)		15	10	6	5	0
	人件費割合 (円)	70%	11.05	10.70	10.42	10.35	10
		55%	10.83	10.55	10.33	10.28	10
45%		10.68	10.45	10.27	10.23	10	

出所：厚生労働省「平成 21 年度介護報酬改定概要」（第 63 回社会保障審議会介護給付費分科会・2009 年 1 月 6 日）を修正

なお最近、厚生労働省の「第 81 回社会保障審議会介護給付費分科会」（2011 年 10 月 7 日に開催）において、平成 21 年度の介護報酬改定の際に見送られた地域区分の方法の見直しについて審議が行われ、「介護報酬の地域区分の見直しについて」の基本方針が提示された。国家公務員給与の考え方と同様に「財政中立」を図るため、国家公務員の地域手当に準じ、現行の 5 区分の介護報酬の地域区分を 7 区分に見直すことが示された。介護保険制度創設時において、地域割り、適用地域、上乗せ割合は、国家公務員の地域手当に準拠することにしてきたが、国家公務員の地域手当の見直しにより、両者間で齟齬が生じているということ踏まえてのことである。

また、各事業所の経営実態調査の結果を踏まえ、各地域区分の報酬単価の上乗せ割合についても提示された。医療・福祉職の賃金は、地方より賃金の乖離が大きい都市部ほど他産業に比べて相対的に低い。今後、都市部で高齢者人口がより増大すると見込まれており、都市部における介護職員の確保がますます大きな課題になることが予想される。そこで、都市部においてサービスを提供する事業所に給付する介護報酬に対する地域加算の上乗せの割合を現行より高く設定するという案が提示されているのである。

見直し案によると、国家公務員地域手当の上乗せ割合に合わせる形で、介護報酬が「特別区」では 15% から 18%、「特甲地」では 10% から 15 ～ 10% に上がる。「甲地」および「その他」ではそのままだが、「乙地」では現行の 5% から 3% へと逆に下がる（表 9）。

表 9 介護報酬の地域区分と上乗せ割合の見直し案

現 行	地域区分	特別区	特甲地			甲地	乙地	その他
	上乗せ割合 (%)		15	10			6	5
見直し案	地域区分	特別区	特甲地 1	特甲地 2	特甲地 3	甲地	乙地	その他
	上乗せ割合 (%) (※)	18 (17.4)	15 (14.4)	12 (11.4)	10 (9.4)	6 (5.4)	3 (2.4)	0 (△0.6)

(注 1) 「特甲地 1 ～ 3」は仮称である。

(注 2) 「※」の数字は、国家公務員地域手当の上乗せ割合に、基本報酬を平均 0.6% 引き下げた影響を加味した上乗せ割合を示した数字である。

出所：厚生労働省「介護報酬の地域区分の見直しについて」（第 81 回社会保障審議会介護給付費分科会・2011 年 10 月 7 日）を修正

対する支援を強化してきた。この政策決定の効果は、厚生労働省の「平成 22 年度介護事業経営概況調査」において確認できる。地域区別の収支差率にバラツキはあるものの、主なサービスでは特別区の収支率は大きくプラスになっている（表 11）。したがって、韓国でもこのような日本の介護保険政策に学びつつ、日本の介護保険制度に存在する地域加算を創設するなどして、中山間地域における事業者に対する支援策をより積極的に講じることが望まれる。

表 11 主なサービスの地域区別収支差率

収支差率	集計事業者数 (か所)	特別区 (%)	特甲地 (%)	甲地 (%)	乙地 (%)	その他 (%)
介護老人福祉施設	1,017	2.5	11.7	14.0	10.7	10.8
介護老人保健施設	513	17.3	2.6	15.5	△ 0.0	9.4
認知症対応型共同生活介護 (介護予防を含む)	498	4.3	8.0	41.2	10.4	14.7
訪問介護 (介護予防を含む)	444	29.2	2.6	△ 8.5	△ 10.4	△ 1.8
通所介護 (介護予防を含む)	686	15.5	△ 2.0	13.8	△ 8.7	16.4

出所：厚生労働省「平成 22 年度介護事業経営概況調査」より作成

3.3.3 韓国の介護保険制度における介護サービス供給の地域間格差の解消策

実は韓国政府は、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小規模多機能型事業所（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、財政的な誘因が小さいせい、あまり整備されていない現状である。そこで本研究では、諸研究者の研究成果を援用しつつ（朴・崔・尹 2009、林 2011）、介護サービス供給が相対的に少ない中山間地域への事業者の進出を促すための方策として以下のようなことを提唱したい。

第一に、サービス利用者の居宅までの移動の際の交通費の補助を制度的に保障するなど、中山間地域への事業者の積極的な進出を後押しするためのさまざまな有利な条件の供与が求められる。そのひとつが中山間地域における介護サービス提供事業者に対する介護報酬の加算である。上述したような日本の介護保険制度に存在する地域加算や特別地域加算の創設を検討する必要がある。

第二に、2011 年 1 月から中山間地域の訪問介護事業所を対象に実施している遠距離交通費補助制度の費用の算定方法を見直すことである。現在の支給基準は現場の実態を踏まえていないからである。現行制度下では、離島・僻地に居住する利用者に訪問介護サービスを提供した場合、遠距離交通費として介護サービス提供事業所に利用者一人あたり一日最大 6,000 ウォン（約 420 円、1,000 ウォン＝70 円で換算）が給付されている（利用者の負担はない）。しかし、利用者の住所地から最も近い事業所からの距離を基準に遠距離交通費が算定されているため（交通の運行回数等も算定基準に含まれる）、利用者の住所

地からかなり離れた事業所がサービスを提供した場合は、その費用が正当に算定されないという問題が発生している。したがって、算定基準の見直しも含め、実際に利用者にサービスを提供している事業所から利用者の居住地までの距離を基準に費用を算定する必要がある。また、訪問介護事業所にしか適用されていない現行制度を見直し、中山間地域において事業所の絶対数が足りない訪問看護事業所と昼夜間保護事業所に対しても同制度を拡大実施することが求められる。

第三に、中山間地域における既存の組織等を積極的に活用した在宅介護事業所の整備が求められる。具体的には、①保健所を在宅介護事業所として活用、②国庫負担による邑・面（日本の町村にあたる）単位の小規模多機能型事業所の設置、③国民健康保険公団（韓国の介護保険制度の保険者）の直営による在宅介護事業所の設置、④公民館または敬老堂（高齢者の余暇施設）の機能を活性化させて在宅介護事業所として活用、⑤中山間地域に基盤を置く農協などの公共機関に対する在宅介護事業所の設置の協力要請などが必要となる。

第四に、中山間地域のサービス利用者の利便性を増すために、介護保険制度をより積極的に周知することが求められる。介護保険制度が始まって約3年が経過しているが、制度に関する情報が国民に広く行き渡っているとはいえない。したがって、制度がある程度定着するまでは、介護サービス需要を底上げすべく、テレビ、新聞、ラジオ、各種機関紙などのマスメディアをフル活用し、介護保険制度を持続的に知らせる必要がある。

第五に、介護サービスを利用しやすくするための利用者に対する積極的な支援が求められる。中山間地域には医療機関が少ないため、主治医意見書を提出できなくて要介護認定を受けられない場合もある。したがって、このような地域では自治体が保健所、保健支所、診療所、病院などの保健医療機関と協力し、申請者の居住地に医師を訪問させて意見書を発行するというのも一考に値しよう。

最後に、介護サービスを利用した際の利用者の本人負担金の軽減措置を中山間地域に拡大実施することを求めたい。現在、医療給付受給者など低所得層に対してサービス利用料の50%を減額するという本人負担金の軽減措置は講じられている。しかし、現行制度は利用者の居住地域ではなく、利用者の所得水準による区分になっているため、利用者が居住する地域特性を必ずしも正確に反映しているとはいえない。したがって、利用者の所得水準による区分だけでなく、居住地域による区分も加味することによって中山間地域の居住者がより多く軽減が受けられるような軽減措置を講じることが望まれる。

4. おわりに

本研究では、韓国の介護保険制度における近年の介護サービスの利用状況および供給状

況を概観したうえ、中山間地域における介護サービス供給の地域間格差の問題を取り上げ、中山間地域への事業者の進出を促すためのいくつかの方策を提唱した。居住地域によって介護サービスの利便性に格差が生じると、国民から保険料を徴収して社会保険方式で運営している介護保険制度そのものの根幹が揺るぎかねない。

本研究で指摘したように、中山間地域は介護サービス供給のためのインフラ整備が不十分である。同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、事業者の積極的な進出を促進するための制度的な措置を講じ、一日も早く介護サービス供給の地域間格差を是正することが求められる。同時に、地域特性に応じた介護報酬体系の構築が望まれる。

介護保険制度を韓国社会に定着させていくためには、政府や保険者だけでなく、サービス提供事業者、地方自治体、専門家集団および学界などが協働し、直面した懸案事項にしっかりと目を向け、問題を解決するための努力を続けるべきであろう。

最後に本研究の研究課題であるが、本研究では介護サービスの需要と供給のミスマッチに関する十分な議論ができなかった。介護サービスの需要と供給に関する議論をすれば、需要が十分にあるのに供給が足りないのか、供給が十分にあるのに需要が足りないかという問題に触れなければならない。

先述した筆者のケーススタディに見られるように（宣 2007）、日本の場合、ほとんどの自治体が利用者のニーズを満たすだけの介護サービスの基盤整備がある程度進んでいるとの認識のもと、3年ごとの介護保険事業計画によるサービス整備が進められている。財政的な事情もあり、全般的に事業所を積極的に増やすという政策はとられていないとみてよからう。

それでは、韓国ではどのような状況であろうか。今後さらに議論しなければならないことは、韓国の自治体では①本当に介護サービスが不足していて困っているのか。②困っているとすれば、今後、どのように介護サービス基盤を整備していく計画であるのか。③潜在的需要の将来的な顕在化に備え、民間事業者に税制優遇措置等のインセンティブを供与してまで誘致する意思があるのかなどを明らかにすることである。これについては、今後、然るべき調査等を通して明らかにしていきたい。

引用文献

- 尹姫淑ほか『老人長期療養保険施行1年の現況と改善方案』韓国開発研究院報告書、2009年。
株本千鶴「韓国の老人長期療養保険制度；施行1年後の実態と課題」『健保連海外医療保障』No.83, pp.22～27, 2009年。
権ジンヒ『老人長期療養保険サービスの利用形態と満足度調査』国民健康保険公団報告書、2008年。
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・難波利光「自治体の介護福祉政策と介護企業の誘致に関する研究－福島県内の自治体に対するアンケート調査に基づいて－」『東日本国際大学福祉環境学部研究紀要』第3巻第1号, pp.1～19, 2007年。
- 宣賢奎『介護ビジネス経営戦略』久美出版, pp.202～205, 2009年。
- 朴テシク・崔キョンファン・尹ビョンソク『農漁村老人長期療養保険制度の推進の実態と改善方案』韓国農村経済研究院報告書, 2009年。
- 増田雅暢「日韓の介護保険制度の比較から」『週刊社会保障』No.2562, pp.36～37, 2010年。
- 宮澤仁「東京大都市圏における有料老人ホームの立地と施設特性」『E-journal GEO』Vo.4 (2), pp.69～85, 2010年。
- 李シンホ『老人長期療養保険制度の導入に伴った保健機関の機能再編方案－農漁村医療サービス改善事業を通じたモデル事業の実行方案を中心に－』韓国保健産業振興院報告書, 2007年。
- 林春植(宣賢奎監訳)「韓国老人長期療養保険制度における在宅療養給付の問題点と改善策」『日本在宅ケア学術誌』Vol.15, No.1, pp.21～25, 2011年。
- 林春植・宣賢奎・住居広士編『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房, 2010年。
- Sumii H, Akedo Y, Saito K, et al. 'Introduction to long-term care insurance in Japan ; to support "kaigo" security' "International Journal of Welfare for the aged" Vol.19, pp.17～39, 2008年。
- Sumii H, Akedo Y, Sawada Y, et al. '2005 revision of the long-term care insurance system in Japan and its future prospective', "International Journal of Welfare for the aged" Vol.22, pp.67～86, 2010年。
- Yoon J, Tsutsu T, Higashino S, et al. 'Longitudinal Research regarding Effect of Long-term Care Insurance Services in Japan ; The influence of Long-term Care Insurance Services on Female Family caregivers' Burden' "International Journal of Welfare for the aged" Vol.21, pp.3～24, 2009年。