

【論文】

# 日本と韓国における介護保険制度および 在宅高齢者に対するケアマネジメントの比較分析

西下 彰俊\*

韓国の老人長期療養保険制度は、日本の介護保険の基本的な枠組みを用いつつ独自の制度構築を行ってきた。最も大きな違いは、日本の介護保険がフルスペック型であるのに対し、保険財政上の理由から韓国はスペック限定型になっていることである。また、韓国はケアマネジメントを行う専門職であるケアマネジャーを創設しなかったことの影響が大きく、結果として日本にあるようなケアプランが存在しない。基盤整備が進んでいない中で、在宅サービスも施設サービスも個人経営を認める形で韓国は制度をスタートさせ、現在もその状況が継続していることによる影響も決して少なくない。

在宅高齢者に対するケアマネジメントに関しても、韓国の場合、国民健康保険公団が全国で唯一の保険者になっているため、公団が作成する標準長期療養利用計画書が個々の利用者に提供されているが、果たしてこの計画書がケアプランになりうるのか、問題となっている。また、サービス提供事業者によるサービス提供計画書との関係性が問われるところである。

ケアマネジメントについては、日韓それぞれに課題があることを明らかにした上で、ケアマネジメントの違いが生じる背景を、両国の介護保険法の目的の条文の規定に遡って明らかにすることを試みた。介護保険の設立趣旨には、要介護高齢者・認知症高齢者の自立支援を通じて生活の質の向上を図るという軸（高齢者モデルと呼ぶ）と要介護高齢者・認知症高齢者を支援する介護者家族のレスパイトを図るという軸（介護者家族モデルと呼ぶ）の2つの要素があるとの観点から、両国の介護保険法の目的の違いを明らかにした。

キーワード：介護保険制度、標準長期療養利用計画書、ケアマネジメント

## 1 はじめに

韓国の介護保険である老人長期療養保険制度（노인 장기 요양 보험, Longterm Care Insurance）は、2008年7月に開始された。韓国の療養保険制度（以下、介護保険と略す）の最大の特徴は、2000年4月に創設された日本の介護保険制度の基本的な枠組みを踏襲しながらも、日本が介護保険制度開始と同時に創設した専門職であるケアマネジャー（居宅介護支援専門員）の制度を導入しなかった点にある。韓国において、ケアプランを作成するケアマネジャーが存在しない中で、在宅サービス利用者に対しどのようなケアマネジメントが行われているのか、そのい

\* 東京経済大学教授・本学非常勤講師

わば「見えざるケアマネジメント」の様子やケアマネジメントに関連する韓国の介護保険の構造的特徴を明らかにしつつ、今後どのような形で構造的問題を改善することが可能なのかについて検討することが本研究の狙いである。韓国の介護保険導入の詳細な経緯は、林春植・宣賢奎・住居広士（2010）や金明中（2019a: 2-8）が詳しい。

なお、本稿は2019年6月に東北大学で開催された第8回日本ケアマネジメント学会及び2020年1月に東京経済大学で開催された学術フォーラムでの口頭発表内容に基づき大幅に加筆修正したものである。

## 2 介護保険及びサービス提供者の違い

韓国の介護保険の特徴は、高齢化率が低い段階で基盤整備が進んでいない中で2008年に創設された点にある。2008年の高齢化率は10.3%であり、日本の創設時（2000年度）の高齢化率は17.3%であった（金 2019: 6）。そのため、政府は、訪問療養サービス（日本の訪問介護に相当）や昼夜間保護サービス（日本のデイサービスに相当）などについて、サービス提供事業者の設置基準を低く設定し参入し易くした。基盤整備を促進するための措置であり、韓国の介護保険では個人の立場でサービス提供事業者になることが可能なのである。日本の介護保険では個人で事業所を開設することは出来ないことからすれば、サービス提供事業者の質の担保という点で大きな差となって現われている。

例えば、KOSIS（韓国統計情報院）の2016年のデータによれば、在宅サービスの事業者のうち「個人」が82.6%（11,741 か所）、会社組織（NPOを含む）が16.2%（2,297 か所）、自治体が0.8%（108 か所）、その他が0.4%（64 か所）という分布であり、圧倒的に個人経営が多い。他方、施設サービスの事業者のうち「個人」が70.6%（3,660 か所）、会社組織が27.1%（1,407 か所）、自治体が2.0%（105 か所）、その他が0.3%（15 か所）という分布であり、やはり個人経営が多い（김 지미 2018: 74）。

KOSISの2018年データを調べた結果、やはり個人経営が圧倒的に多いことが確認できた。在宅サービスの事業者15,970 か所のうち「個人」が83.8%（13,390 か所）、会社組織（NPOを含む）が14.9%（2,374 か所）、自治体が0.8%（135 か所）、その他が0.4%（71 か所）という分布であり、個人経営の占める割合が若干高くなっている。他方、施設サービスの事業者5,320 か所のうち「個人」が72.6%（3,864 か所）、会社組織が25.1%（1,334 か所）、自治体が2.1%（110 か所）、その他が0.2%（12 か所）という分布であり、個人経営の割合が2年間に若干上昇している。

国民健康保険公団の長期療養保険統計年報（2016年）に基づき集計した高橋明美によれば、在宅サービスの場合、機関数は19,398 か所あり、そのうち個人が最も多く79.4%（15,401）、以下、法人の19.1%（3,704）、自治体の1.1%（213）、その他の0.4%（80）という分布である。定員で見ると分布が異なる。総数223,573人のうち、個人が多く52.1%（116,491）、以下、法人の43.3%（96,891）、自治体の4.2%（9,496）、その他の0.3%（695）という分布である。施設サービスの場合は、機関数は5,187 か所あり、個人が最も多く70.6%（3,660）を占める。定員で見ると、総数168,345人のうち、個人が最も多く49.0%（82,550）となっている（高橋 2019: 107）。在宅サービスに関して、機関数がKOSISのデータと長期療養保険統計年報のデータが異

なっているのが気になるが、個人経営が最も多い点では一致している。

日本の介護保険におけるサービス提供事業者については、韓国のような事業者の分布のデータは存在しない。例えば、居宅介護支援事業所に関しては、2017年現在、営利法人が最も多く49.9%（20,595施設）、以下、社会福祉法人の25.1%（10,360施設）、医療法人の16.0%（6,604施設）と続いている。介護老人福祉施設に関しては、7,299施設中、社会福祉法人が開設している割合が97.1%とほぼ全てを占めている（厚生労働省2017介護サービス施設・事業所調査）。いずれにせよ、在宅サービスも施設サービスも、個人経営が介護保険法上認められていないので存在しない。

韓国でのこうした個人経営が多数を占める状況は、介護保険にとって大きなリスクを抱えることを意味する。サービスの種類ごとに人件費比率が設定されているが、特に訪問療養サービスの人件費比率が高く設定されたことから、訪問療養サービスセンター（事業所）が廃業に追い込まれるケースが後を絶たない。

文在寅政権が公約で示した63,000人の雇用創出の一環として、2019年にソウル市を含めた4つの広域自治体で社会サービス院が開始された。各自治体を持つ福祉財団に社会サービス院の運営を委託する形で始まったが、果たして委託で雇用創出となるのか疑問が残る。社会サービスには、介護福祉だけではなく児童福祉、障がい者福祉、多文化家族福祉など様々な対象が含まれる。民間の雇用者を準公務員として雇用することで社会サービス全体の質を高めるとというのが目標のようだが、社会サービス院の運営方針は地方自治体ごとに異なるので、新しい地域格差が生じることになるであろう。2022年までに25の自治体で社会サービス院が作られると言われているが、こうした社会サービス院が徐々に誕生したとしても、先述の個人経営が圧倒的多数を占め介護サービスの質に課題が生じるという構造的問題が、短期的に解消されるという保証はない。

### 3 要介護区分の違いとサービス利用の可能性

表1は、日本における要介護度別の要介護認定基準時間、構成比率、認定者数を示したものである。要介護認定基準時間は、あくまで要介護認定プログラムの統計モデル上の概念であり実際の要介護高齢者の介護時間を示す尺度ではないことに注意しなければならない。2019年7月末現在の認定者数と構成比率を示しているが、要介護の認定を受けた高齢者（437.1万人）のうち、最重度の要介護5の認定を受けた高齢者は54.7万人で12.5%（介護予防の76.7万人を含めた場合には10.6%）、重度の要介護4の認定を受けた高齢者は76.2万人で17.4%（介護予防を含めた場合には14.8%）となっており、介護ニーズの高い高齢者を相対的には適切に認定していることが分かる。

表1 日本の要介護度分布状況

日本	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1	要支援2	要支援1
要介護認定 基準時間	110分以上	90-110分	70-90分	50-70分	32-50分	32-50分	25-32分
2019年7月末	12.5%	17.4%	19.2%	24.6%	26.2%		
	10.6%	14.8%	16.3%	20.9%	22.3%	9.1%	5.8%
認定者数(人)	54.7万	76.2万	84万	107.6万	114.6万	47万	29.7万

(出典) 厚生労働省, 2019

一方、表2は韓国における等級別の点数、構成比率、認定者数を示したものである。最も大きな違いは、韓国には介護予防という介護給付が組み込まれていない点にある。日本にあるような要支援1・2という介護給付は制度化されていない。韓国の介護保険の等級は、1等級から3等級の3ランクの区分でスタートし、2014年に3等級のうち日常生活動作能力（ADL=Activities of Daily Living）が比較的高い層が4等級として分けられた。介護保険申請者は要介護認定調査の結果に基づき日常生活動作能力や認知機能の状況により計算された点数で評価される。1等級は95点以上、2等級は75点以上、3等級は60点以上、4等級は50点以上で区分される。2014年には、同時に5等級が新設された。5等級は、日常生活動作能力が45点から49点の範囲で比較的保たれており、かつ認知症の場合である。認知症の診断がなければ、等級外として介護保険のサービスを使うことが出来ない。表から分かるように、3等級と4等級あわせて70%あるいは認知症関連等級を含めなければ約80%に達している。2018年には、軽度認知症（Mild Cognitive Impairment）を対象とする認知支援等級が創設されて今日に至っている。寝たきりに対応する1等級及び準寝たきりを意味する2等級は、あわせて約18%（認知症を患っているがADLは維持されている等級を除けば約20%）でしかなく、日本の約25%という水準からすれば、点数による区分設定の基準がやや抑制的であると考えられる。

表2 韓国の等級分布状況

韓国	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級 (認知症)	認知支援等級 (軽度認知症)
点数	95点以上	75-94点	60-74点	50-59点	45-49点	44点以下
2019年7月	6.9%	13.3%	34.0%	45.8%		
	6.2%	11.9%	30.3%	41.0%	8.8%	1.9%
認定者数(人)	4.5万	8.6万	22.0万	29.7万	6.4万	1.3万

(出典) 国民健康保険公団, 2019

表3から分かるように、日本の要介護5の介護報酬が362,170円であるのに対し、韓国の1等級の介護報酬は134,850円（1,498,300ウォン）である。いずれの等級も寝たきりに相当する状態であるが著しい差が見られる。韓国の物価が日本に比べて安いとしても介護報酬の比率が37%ないし54%と著しく低いことが分かる。また、日本の場合は、要介護度ごとの介護報酬額

に差がつけられており、要介護5は要介護1の2倍以上となっている。一方、韓国の1等級は5等級の1.5倍弱と傾斜性が緩くなっている。

日本に比べて保険料がかなり低額であり、財源規模が小さいことからこのような設計になっており問題が発生すると考えられる。日本の場合、65歳以上の第1号被保険者の月額保険料の平均は5,900円弱であるが、韓国では公的医療保険の保険料に2019年段階で8.51%かけた金額が保険料となる。家族一人あたり数100円というレベルの保険料であり、世帯全体でも2,000円から3,000円程度のものである。こうした低率の保険料率を大幅に引き上げなければ、保険あってサービスなしといった状況は今後も続くであろう。

表3 日本と韓国の介護報酬の比較

日本（2019年10月以降）		韓国（2020年1月以降）		比率
要介護5	362,170円	1等級	134,850円	37.2%
要介護4	309,380円	2等級	119,860円	38.7%
要介護3	270,480円	3等級	114,870円	42.5%
要介護2	197,050円	4等級	105,590円	53.6%
要介護1	167,650円	5等級	90,650円	54.1%
		認知支援等級	50,990円	

(注) 韓国の介護報酬額はウォンであるが日本円に換算し表記している。

例えば 1等級の介護報酬は、1,498,300ウォンである。

被保険者が支払う保険料が日韓で異なるだけでなく、税金の投入額の違いもあり、介護保険全体にかかる費用も大きな開きがある。日本の介護保険は、2019年度の予算ベースで11.7兆円に達している（日本経済新聞2019年9月16日付）。一方韓国は、6.8兆ウォン（6,200億円）である（公団職員へのメール調査）。韓国は日本の19分の1の財源で介護保険を運営していることが分かる。また一般会計に占める介護保険財政の割合も日本が10%近くであるのに対し、韓国は1.5%程度であった。スベック限定型のフェイスオールタイプの介護保険にならざるを得ないと言えよう。

#### 4 標準長期療養利用計画書の変化

韓国の介護保険の保険者は国民健康保険公団であり全国に一つしかない。介護保険サービスを希望する高齢者は公団に申し込みをする。公団の看護師または社会福祉士が訪問調査を実施する。全部で90項目から構成される認定調査票の入力情報の結果を受けて訪問調査を実施した公団職員とは異なる職員が標準長期療養利用計画書を作成する。



表4 標準長期療養利用計画書

長期療養認定管理番号：\*\*\*\*\*

本計画書は推奨事項であり、本人（家族）の希望により、自律的に長期療養機関と協議し、適切な長期療養供与が利用できるように手助けをするための案内書である。

氏 名	*****	住民登録番号	*****-*****
長期療養等級	2 等級	発 給 日	2010-**-**
在宅給付(月限度額)	1 月当たり 971,200 ユヅ	本人一部負担率	在宅給付 15%
施設 老人療養施設	1 日当たり 34,980 ユヅ		施設給付 20%
給付 老人専門療養施設	1 日当たり 45,290 ユヅ		
付 老人療養共同生活家庭	1 日当たり 45,290 ユヅ		

長期療養の必要領域および主な機能の状態		長期療養の目標	
<ul style="list-style-type: none"><li>・身体機能、リハビリのニーズ、社会生活機能：2007 年以降、手と腕の震えがひどく、歩きにくくなり「脳梗塞」、「パーキンソン病」と診断された。2009 年秋以降、状態がどんどん悪化し、今はほとんどをベッドに寝た状態である。性格も乱暴になり物を投げたりすることで「認知症」と診断された。着替え、洗面、歯磨きなどに介助が必要。体位変換、起きて座ること、部屋の外に出る時などに介助が必要。家事や金銭管理、買い物などに常に手助けが必要、身だしなみにも全て介助を必要とする。</li><li>・認知機能、行動の変化：短期記憶障害、長期記憶障害、指示の理解ができない。状況の判断力が低下し、計算能力も落ちている。妄想、幻覚を見たり、理由もなく怒り出すので介護者が非常に疲労している。物を隠すこともある。</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>・機能状態悪化の防止と合併症予防</li><li>・ベッドからの転倒防止</li><li>・家族介護負担の軽減</li><li>・認知障害に対する適切な対処方法の学習</li><li>・行動の変化に適切な対処をすること</li></ul>	
長期療養の必要な内容	<ul style="list-style-type: none"><li>・洗面介助、口腔管理、体の清潔、洗髪、着替えの介助、入浴介助、排泄介助、体位変換、移動の介助、トイレの利用、立ち上がりの介助、運動および日常生活訓練補助</li><li>・炊事、掃除および身の回りの整理・整頓、洗濯</li><li>・外出時の同行</li></ul>		
受給者の希望給付	訪問療養		
注意事項	<ul style="list-style-type: none"><li>・高血圧の管理が必要である。</li><li>・下記の給与計画は在宅給与を利用する場合を考慮し作成したものであり、参照されたい。</li></ul>		
標準長期療養利用計画および費用（調整可能）			
給付の種類	回数	長期療養給付費用	本人負担金
訪問療養	週 5 回（240 分）	790,000 ユオン	118,500 ユオン
		ユオン	ユオン
合計		790,000 ユオン	118,500 ユオン
福祉用具			

☎\*\*\*\*\*

〇〇支社

担当者：〇〇〇

国民健康保険公団理事長

(出典) 西下彰俊, 2011:182

表5 新型の標準長期療養利用計画書（中央部分）

長期療養問題	長期療養目標	長期療養必要領域	長期療養必要内容
個人衛生管理 困難	清潔状態維持に よる自尊心向上	身  体  活  動  支  援	着替え支援、洗顔支援、髭剃り支援、 歯磨き支援、洗身支援、頭髮整容
食事困難	栄養摂取による 健康維持		バランスの良い食事支援
移動困難	自力歩行可能		歩行練習などによる下肢筋力強化
落下危険	落下予防		危険防止及び安全管理による落下 予防
トイレ利用 困難	サポートによる トイレ使用可能		トイレ利用支援
排尿管理困難	自力排尿管理		排尿訓練（規則的な排尿の練習、排 尿刺激、水分摂取管理等）
服薬困難	健康と身体機能 維持		規則的な服薬支援
認知機能低下	認知機能訓練に よる残存能力維 持及び開発	認知活動支援	認知刺激活動、反復訓練、共同訓練、 認知訓練ツール（紙筆、手工芸、回 想、感覚、日常生活活動）
家族などの 支援体制不足	社会的孤立感減 少、社会的支援 体制準備	情緒的支援	情緒的支援、支援体制連携、非常時 連絡網形成
日常生活遂行 困難	日常生活遂行	日常生活支援	炊事、洗濯、掃除及び整理整頓、買 い物
個人活動遂行 困難	社会生活能力向 上	個人活動支援	外出同行、病院同行、散歩同行（支 援）
入浴困難	清潔状態維持に よる健康増進	訪問入浴	浴槽準備、入浴準備、入浴、後片付 け、入浴前後健康状態確認
希望サービス	訪問療養 9:00-13:00、 訪問入浴 15:00-16:00		
留意事項	1. 本受給者は、手による支えがあれば歩行可能であり、下肢筋力の持続的 強化と歩行訓練により歩行能力を向上させることが必要である。 2. 認知力低下があるが、残存機能を活用して自力で遂行できるように支援 することが必要である。		

（出典）国民健康保険公団, 2019

介護保険開始時から2017年末までは、表4のような書式であった。同計画書の中央「部分は、長期療養の必要領域および主な機能の状態（身体機能、リハビリのニーズ、社会生活機能、認知機能、意思疎通）、長期療養の目標、長期療養の必要な内容という3要素の構成であった。この3要素については、公団職員が認定調査の結果を踏まえ、経験と専門性に基づく主観的判断によりプランニングしていたという。

なお、認定調査票の90項目のうち、52項目だけが等級判定に使われ、残りの38項目の情報に基づき標準長期療養利用計画書が作成されることになる。日本の介護保険の認定調査では74項目全ての情報を基に要介護認定が行われるのとは対照的である。

その後、2018年1月に新型の標準長期療養利用計画書のフォーマットが開発され、中央部分は表5のような形態となった。新型の計画書は、①長期療養問題、②長期療養目標、③長期療養必要領域、④長期療養必要内容の4要素から構成される。新しい様式の計画書では、長期療養上の困難な問題を全てリストアップすることを通じて、目標やニーズを明確化し、それぞれの長期療養問題に対し、長期療養目標、長期療養必要領域、長期療養の必要内容に対応づけて明示することができるようになった。長期療養問題の設定が、認定調査票で得られた様々な情報からより客観的に提示できているというのが公団による自己評価である。表5では、確かに従来の計画書に比べて、12種類の長期療養問題が明示されることにより長期療養目標、長期療養必要領域、長期療養必要内容の3要素との対応関係が明確になったと判断できる。

## 5 長期療養サービス提供計画書

在宅サービス提供事業者は、公団が作成した標準長期療養利用計画書の情報を踏まえて、長期療養サービス提供計画書を作成し、同計画に従ってサービスを提供しなければならない。具体的には、表6が示すように、長期療養必要領域、長期療養細部目標、長期療養必要内容、細部提供内容、回数、時間（分）が同計画書に明記される。同サービス提供計画書は4等級の認定を受け訪問療養サービスを利用する高齢者のサービス計画書である。当該高齢者に対して公団が発行した標準長期療養利用計画書の中身に対応させながら、サービス提供計画書は作成される。当該利用者の場合、目標を個人衛生及び環境管理補助を通じた日常生活維持・身体残存機能の維持及び増進を図りつつ、家族介護負担を軽減することに置く。長期療養必要領域として、身体活動支援、認知症管理支援、情緒支援、日常生活支援・環境管理、個人活動支援、地域資源連携を指定する。さらに、長期療養細部目標を8項目設定し、それぞれの細部目標に対応した長期療養必要内容を16項目設定する。その16の項目に対応したサービス頻度とケアの時間を設定するというきめの細かいサービス提供計画書を訪問療養センター（事業所）が作成する。その後、利用者及び利用者家族の承認を経て当該サービスが提供される。なお、長期療養必要内容、細部提供内容、回数等で利用者及び利用者家族の承認が得られない場合には、サービス提供計画の変更や調整が図られる。



表6 サービス提供計画書

長期療養給与 提供計画書		長期療養機関名		○ ○		
		長期療養機関番号		○ ○		
		給与種類		訪問療養		
受給者の名前	○ ○	生年月日	○ ○	契約日	○	
長期療養等級	4 等級	長期療養 認定有効 期間	2019. 02. 2～2020. 02. 29	契 約 期 間	○	
標準長期療養利用 計画書番号	○	給与適用 期間	2019. 02. 2～2020. 02. 29	作成者	○	
目 標	・個人衛生及び環境管理補助を通じた日常生活維持・身体残存機能の 維持及び増進・家族介護負担の軽減					
長期療養 必要領域	長期療養細 部目標	長期療養必要内容	細部提供内容	回数	時 間 (分)	作 成 者
身体活動 支援	補助を受け 個人衛生管 理可能	着替え、見守りと 指導	服着替え準備、衣服着替え 指導	随時	20	○
		洗身サポート	ボディソープ使用と後片付 け	週1回	30	○
		洗髪サポート	移動補助と洗髪、乾燥	週1回	20	○
		爪切り	爪切り及び管理	随時	10	○
		頭皮管理	整理、ケア	随時	10	○
	尿失禁管理 を通じて清 潔維持	排尿訓練（規則的 排尿訓練、排尿刺 激、水分摂取管理 など）	規則的な排尿訓練と排尿サ ポート	随時	10	○
	規則的な服 薬可能	正確な時間に服薬 サポート	決まった時間に服薬を確認	1 日 1 回	10	○
認知症 管理支援	行動変化に 対する安全 な対処	危険要素を排除し 受給者と介護者の 安全管理サポート	受給者と介護者の安全管理 サポート	随時	20	○
情緒支援	意思疎通能 力の向上	意思疎通補助（発 音練習、紙談など）	意思疎通補助（発音練習、紙 談など）	随時	30	○
日常生活 支援、環 境管理	支援を通し て日常生活 遂行	炊事	食材準備、炊飯、料理、皿洗 いなど	1 日 1 回	30	○
		洗濯	受給者の服、靴下、タオル、	週2回	30	○

			布団等洗濯			
		部屋の掃除、整理	受給者の部屋、居間、トイレの掃除	1日 1回	30	○
		買い物	食料品、薬品、服などの生活必需品購入	随時	30	○
個人活動 支援	個人活動と 社会生活の 維持	外出時同行	外出時(散策等)補助及び同行(車の利用含む)	随時	30	○
		病院同行	病院療養			○
地域資源 提携	社会的サポートによる 良質生活	地域社会の様々な 資源提携	人物的支援など様々な地域 社会の資源提携	随時	20	○
総合意見	一般的なサポートにより残存能力を活用し、自ら遂行できるようサービスを提供し、移動時、外出時、入浴時に補助する際、落下の危険があるので、予防管理が必要となる。					

(出典)A 訪問療養サービスセンター

## 6 昼夜間保護サービスの特異的性格

韓国の介護保険のサービスのうち、昼夜間保護サービスがユニークな位置にある。今後もこのサービスの囲い込みによる寡占化が進行する可能性が高い。何故なら、保健福祉部が、2013年1月から昼夜間保護サービスを月20日以上(1日8時間以上)利用する場合に、各等級で規定された介護報酬限度額を50%増額とするという特別ルールを創設したからである(保健福祉部2019)。

導入の目的は、昼夜間保護サービスをさらに活性化させることであり、また複数の在宅サービスを利用する動機を強化するためである。その増額分は昼夜間保護サービスの利用に限定されない。増額分は後述の家族療養保護サービス(療養保護士の資格を持つ人が、要介護の配偶者や老親を自宅で介護し収入を得るサービス)や訪問看護に充当される場合が多い。

この新ルールが強力なインセンティブとなり昼夜間保護サービス提供事業者による20日間の囲い込みが発生する可能性が高い。そもそも利用者本人である要介護高齢者や認知症高齢者の方が、昼夜間保護サービスを連日8時間以上の長時間にわたり利用したいとするニーズがあるのかどうか疑問である。一方、介護者家族からすれば、新ルールは介護者家族の小休止を意味するレスパイトのチャンスを拡大することを意味しており歓迎されると言える。

昼夜間保護サービスは、短期保護サービスと同様、高齢者自身と介護者家族の間でケアニーズが最も先鋭的に対立するサービスなので、本来は日本のようにケアマネジャーが双方のケアニーズを調整するケアマネジメントが必要不可欠である。韓国ではこうした場面でケアマネジメントを行うケアマネジャーが制度化されていないので、この点が大きな課題の一つである。

昼夜間保護サービスや日本のデイサービスに相当するサービスは、韓国において、介護保険制

度が導入されるまでほとんど存在しなかった（鳥羽・高橋 2019: 254）。そのため現在でも昼夜間保護サービスの提供機関数は療養保護サービスなどに比べてかなり少ない。具体的に言えば、2018 年現在、昼夜間保護サービスのサービス提供機関数は 3,211 にとどまっており、訪問療養サービスの機関数 12,335 の 4 分の 1 程度となっている（国民健康保険公団 2018: 748）。

日帰りで介護を必要とする高齢者を専門機関に預けるという習慣がない中で、介護保険創設とともに、日本のデイサービスのように 6 時間から 7 時間程度利用するという段階の時期を経ずして、朝から夜まで 10 時間から 12 時間預けるという長時間にわたるサービスの利用の仕方を保健福祉部はいきなり制度化した。こうした発想は、後述の介護者家族モデルに基づいていると言わざるを得ない。

## 7 家族療養保護費

韓国の介護保険には、独自の在宅介護制度として「家族療養保護費」の制度がある（西下 2014: 41-42）。この制度は、療養保護士の資格（240 時間の研修後に国家試験に合格することが条件）を持つ家族が、自らの親や配偶者の介護をする場合に、一定の条件の下で、勤務する療養保護士センターから賃金が支給されるという制度である。日本の介護保険と同様、訪問介護サービスの提供される時間帯により割り増しが設定されているが、当該サービスに関しては割り増しが設定されていない。

一定の条件というのは、介護保険創設時には、1 か月に 30 日間、1 日 90 分以上 120 分未満につき、家族療養保護費としてカウントされ賃金が発生するというものであった。2011 年には一定の条件に関するルールが改正され、1 か月に 20 日間、1 日 60 分以上 90 分未満という条件下で家族療養保護費としてカウントされ賃金が発生することになった。なお、家族を介護する療養保護士が 65 歳以上の場合や要介護者が認知症で暴力を振るうなどの問題行動がある場合には、前述の創設時のルールが適用される。なお、創設時には、同居家族の場合に限定されていたが、2011 年から別居家族も適用対象となった。

例えば、高齢の夫の要介護度が 2 等級で、毎日訪問療養サービスが 90 分以上 120 分未満必要なケースで、療養保護士の資格を持つ妻が認知症の夫を在宅で介護する場合について、2020 年時の介護報酬の条件で費用を計算すると以下ようになる。

1 日 29,920 ウォン × 30 日 × 在宅サービスの自己負担比率 15% = 134,640 ウォンを療養保護士である家族から介護を受けている夫が自己負担することになる。療養保護士が勤務している訪問療養サービスセンター（事業所）の時給が 14,000 ウォンだとすると、1 日の介護が 2 時間未満なので、1 時間 30 分働いたことになる。家族介護分の療養保護士の 1 か月の給料は、1.5 時間 × 14,000 ウォン × 30 日 = 630,000 ウォンとなる。結局家族全体では、家族療養保護費としてカウントされた賃金による収入が 495,360 ウォンとなり（630,000 ウォンから 134,640 ウォンを引いた差額の金額）、日本円で 1 か月 44,600 円程度の収入となる。

家族療養保護費に関する大きな問題は、療養保護士が配偶者や老親を介護する場合に、介護サービスを提供したという実態があるかどうかについて確認できない点である。すなわち、介護放棄（放任）という名の虐待が発生していてもそれを確認する術がないことが問題である。後述する

ように、訪問療養サービス事業所は15名以上の利用者がいる場合に、社会福祉士を雇用することが義務付けられている。同社会福祉士は、利用者の自宅を訪問しサービスの質に関してモニタリングすることになっているが、家族療養保護士が自宅で介護サービスを提供していなくても高齢者や家族は正直に社会福祉士に話すことはないであろう。

日本の介護保険には存在しない家族療養保護費及びそのサービスについて、制度を設けた保健福祉部の内部でも意見が分かれ、廃止論と擁護論がある（増田 2014: 33）。筆者は、療養保護サービスが介護の社会化を阻害し、訪問療養サービスセンターのマーケットを狭めてしまうという理由、そして介護放棄という名の虐待を温存しかねないという理由から廃止論に与する。しかし、増田雅暢は、「家族の介護を評価するほか、介護費用の補填にもなる」として、擁護論の立場に立つ（増田 2014: 33）。

こうした家族による訪問療養（介護）の特殊なシステムが、表7が示す通り、2015年以降現在に至るまで全体の3割近くを占めている。2011年から2014年までは、全体の3割を超えていた。こうしてみると、韓国の介護保険に占める家族療養保護費は、例外的な措置ではなく、国家試験に合格して療養保護士の資格を取得するというキャリア形成の大きな動機付けになっていると言える。今後は、2011年に行われた制限をさらに進め、1日あたりの時間数を短縮し日数を減らすと言うような措置が取られつつも、家族を介護することが一部有償労働になるという形態は継続されていくであろう。なお、同表は金智美（慶南大学）が国民健康保険公団に情報公開請求する手続きをすることで得られた大変貴重なデータである。

表7 家族療養保護士の推移 単位：％，（ ）内回数

	家 族	一 般	合 計
2011年6月	33.5(43,791)	66.5(96,208)	100.0(130,532)
2012年6月	36.7(42,469)	63.3(81,374)	100.0(115,858)
2013年6月	34.3(40,623)	65.7(85,491)	100.0(118,413)
2014年6月	31.1(38,710)	68.9(92,742)	100.0(124,489)
2015年6月	29.6(39,789)	70.4(102,004)	100.0(134,623)
2016年6月	28.2(40,178)	71.8(109,348)	100.0(142,235)
2017年6月	28.1(43,725)	71.9(120,375)	100.0(155,520)
2018年6月	28.7(50,559)	72.3(135,703)	100.0(175,984)

（出典）김지미, 2018:78

## 8 家族療養費

ところで、韓国の介護保険制度には特別現金給付が3種類ある。1つが「家族療養費」と呼ばれる家族介護手当であり、他の2種類は特別療養費と療養病院看護費である。ただしこの2種類は実施されていない。実施されている唯一の家族療養費が支給される条件は以下の3つである。

①島嶼・僻地等、施設などサービスが極端に不足している地域の場合に、②天災地変などの事由がある場合に、あるいは③当該高齢者が身体的・精神的な理由から在宅サービスの利用を受け入れることができない場合に、家族介護者に対して給付がなされる。家族療養費の金額は、2008年の制度発足以来、一律月15万ウォン（約13,500円）のままである。低いと言われている療養保護士の平均月収129万ウォンに比べて、15万ウォンがあまりにも低額であり、介護サービス提供の基盤整備が進んでない地域において、家族が行わざるを得ない介護者家族の負担に対する経済的な補償としては少額過ぎる。これも、大きな構造的な問題の一つである。2020年においても金額を上げる動きはない。なお、家族療養費は、介護家族への直接的な現金支給の手当であり、7で論じた家族療養保護費とは全く性質の異なるものである。しかし名称が似ているため混同されやすく注意が必要である。

## 9 日本における介護の社会化と生活援助サービス

介護の社会化にまつわる問題は、韓国だけの問題ではない。日本の介護保険に関しても、大きな問題が生じている。介護保険の創設時の目的は、介護の社会化であった。具体的には要介護高齢者や認知症高齢者に対し要介護認定による等級判定が得られれば、その居住形態に関わらず訪問介護サービスが提供された。ところが、2006年になり同居者がいる場合には、生活援助サービスが原則的に得られないこととなった。ただし、同居者が、障がいや疾病で家事ができない場合、高齢者の場合等幾つかの例外が存在し、その場合には生活援助サービスをケアプランに組み込むことが出来る。

日本の介護保険の理念が部分的に崩壊した背景には、極端な長さや頻度の生活援助サービスが組み込まれたケアプランが頻出したためであり、こうしたモラルハザードを抑制するための措置であった。しかし、そのために居住形態に関わらず介護サービスが提供されるという創設時の理念が崩壊したことの影響は大きいと言わざるを得ない。

この介護の社会化後退問題を詳細に論じた藤崎宏子は、日本の介護保険はそもそも介護の社会化に成功していないのではないかと問題提起している（藤崎 2009: 41-57）。日本の介護保険が介護の社会化の要素を全く有していないと断定するのは、いささか早計であるが、その逆に日本の介護保険が介護の社会化を推進し過ぎていて過保護な制度であるという松岡洋子による過度の批判（松岡 2018: 5）も首肯することは出来ない。

介護の社会化の評価をめぐることは、介護保険法を見る限り「介護の社会化」という言葉は目的条項（介護保険法第1条）には出てこないし、制度的にも介護保険の給付水準は、在宅で24時間介護を保障するものにはほど遠く、明らかに家族介護を前提としている（伊藤 2019: 25）との批判があるが、この見立ては妥当であろう。

加えて、日本では2018年度の改訂により、ケアマネジャーが生活援助の月利用回数が基準を超えるケアプランを作成する場合には市町村への届出が義務付けられ、市町村の地域ケア会議で検証・是正を行うこととされた。その基準は、要介護1で27回以上、要介護2で34回以上、要介護3で43回以上、要介護4で38回以上、要介護5で31回以上である。当該市町村は、回数の削減など内容の是正を求めることが出来るために、ケアマネジャーが計画を作成する段階で自主的に抑



制することにより利用抑制が生じることになる。

ケアマネジャーは、利用者本人と家族介護者のニーズを把握しながらケアプランを作成しケアマネジメントを行う専門職であるが、今回問題になったようなサービスの囲い込みをするケアプランが発生してしまうと規制が入りニーズに準拠した自由なケアプラン作成が出来なくなってしまうことになる。ケアマネジャーの職業倫理が問われる一方、居宅介護支援事業所の社員でもあるため、常にジレンマを感じながらのケアマネジメントの仕事に従事せざるを得ない。日本の介護保険制度に対する韓国側からの批判は、ケアマネジャーに対するこの構造的偏向性に集中している。

## 10 韓国の訪問療養サービスと社会福祉士等によるモニタリング

保健福祉部は、2017年1月から、訪問療養サービスの利用者が15名以上の場合、訪問療養センターが加算の手続きを行うことにより、社会福祉士、看護（助務）師、チーム長クラス療養保護士のうちから1名を配置することを義務化した（保健福祉部 2018）。同社会福祉士等は、全ての訪問療養サービス利用者に対し、月に1回以上訪問療養サービスが訪問療養保護士により提供されている時間帯に定期的に利用者宅を訪問し、適切にサービスが提供されているか、サービスの利用回数や時間帯がサービス提供計画通りに実施されているか、サービスが利用者のニーズに合っているか等のモニタリングを実施する。この規則は、保健福祉部の「長期療養給与提供基準および給与費用算定方法などに関する告示」の第57条に明記された（保健福祉部 2018）。

この規定により、ケアの質を担保するための持続可能で効果的なモニタリング及びケアマネジメントが可能となった。日本のケアマネジャーの役割を一部遂行しているとみることができる。しかし、他方、訪問療養サービスの利用者が14名以下の小規模事業者の場合には、社会福祉士等を配置する加算は存在しない。従って、結果としてケアの質を担保するためのモニタリング及びケアマネジメントが確保できない。

昼夜間保護サービスに関しては、利用者が10名以上の場合、昼夜間保護サービス提供事業者が加算手続きをすることにより社会福祉士等を1名配置することが義務付けられており、訪問療養サービス同様、利用者ごとに作成されたケアプラン通りに適切にサービスが提供されているかどうか、サービスが利用者のニーズに合致しているかどうかなど社会福祉士等がモニタリングを行う。利用者が9名以下の場合、社会福祉士等を配置することが出来ないため、結果としてケアの質を担保するためのモニタリング及びケアマネジメントが確保できない。訪問療養サービスも昼夜間保護サービスも個人による小規模経営が多い中で、むしろ小規模経営者によるサービス提供の全般的な質の担保が急務であり、この点の是正が図られなければならない。

このように、在宅サービスの質の保証に関して韓国の社会福祉士は、極めて重要な位置を占めている。韓国の社会福祉士は日本と同じ名称を用いているものの、日本と異なった資格である。日本の社会福祉士は、大学・短大・専門学校の養成施設で国家試験受験資格を得るカリキュラムを履修しさらに国家試験に合格しなければ、社会福祉士を名乗ることは出来ない。一方韓国は、国が定めた社会福祉士養成のためのカリキュラムを履修すれば、卒業とともに社会福祉士2級の資格を取得できる。加えて、国家試験に合格すれば、社会福祉士1級を取得できる。社会福

社士2級レベルの専門性が危ういことに関しては既に指摘されているところである（高橋 2019: 113）。

韓国ソーシャルワーカー連盟の資料によれば、2019年までのところ、社会福祉士総数の1,092,772名のうち、1級の資格取得者が14.1%（153,552名）、2級が84.7%（925,655名）、3級が1.2%（13,565名）という分布である。2級が圧倒的多数となっており、今後国家が推進するコミュニティケアや在宅サービスのモニタリングといった重要な役割が期待される中で、現状では不安がよぎる専門職養成となっている。もちろん経験を積む中でその専門性は高まっていくわけであるが、経験の蓄積を待つだけではなく、1級の資格を取得することで、基本給が上がるといった仕掛けも必要であるし、管理職へのキャリアパスが短縮されることや重要な業務のリーダーになれるなど具体的なインセンティブを強化することが必要不可欠である。

## 11 要介護高齢者等への自立支援と在宅介護者の支援の法的位置づけの違い

すでに、6の昼夜間保護サービスで指摘したように、韓国の介護保険は、高齢当事者のための自立支援サービスの提供という側面よりも、介護者家族のためのレスパイト機能を重視する制度設計になっているのではないかという危惧を明らかにした。

日本と韓国では、介護保険制度の理念および目的が異なるのではないかと仮説を立てた上で、介護保険サービスの理念および目的をめぐっては、実は2つの特性に関するモデルが設定できると考えるに至った。1つは、「高齢者モデル」である。すなわち、介護保険サービスの提供が、要介護高齢者及び認知症高齢者の生活の質の向上を第一義的な目的とする考え方である。もう1つは、「介護者家族モデル」である。同モデルは、介護保険サービスの提供が、要介護高齢者及び認知症高齢者を日常的に介護する家族の生活の質の向上を第一義的な目的とする考え方である。日本と韓国では、このモデルが異なるのではないかという視点から、この問題意識に基づいて、韓国の「老人長期療養保険法」の第1条を確認する。

同法第1条には、「加齢や老人性疾病等により日常生活を一人で行うことが困難な高齢者等に提供する身体介護又は生活援助等の療養介護給付に関する事項を規定して、老後の健康増進および生活の安定を図り、その家族の負担を減らすことによって国民の生活の質の向上を図ることを目的とする。」とある。つまり、家族負担の軽減が主たる目的で介護保険が創設されたと解釈できるのである。条文の前半では要介護高齢者・認知症高齢者に対する支援を含みながらも、主たる目的が介護者を含めた家族への支援であることを明言している。

日本の介護保険法では第1条に以下のように目的が明記されている。すなわち「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」（福祉小六法編集委員会編 2019: 607）。日本の介護保険法では、要介護高齢者に保健医療・福祉サービスを提供することにより尊厳のある自立生活が可能になる

ように支援することが主たる目的であることが分かる。

特徴的な相違は、韓国の介護保険法では、高齢者に触れつつ介護者家族の支援が主たる目的であるのに対し、日本の介護保険法では、要介護高齢者の自立支援が主たる目的であることを強調し、一方介護者家族への支援については全く言及がないことである。日本、韓国とも、要介護高齢者・認知症高齢者に対する保険制度を有しているが、その根拠法が示す目的の内容に関しては、それぞれの構造的問題を有することが明らかになったと言える。

韓国の介護保険では、介護者家族のレスパイト機能を重視する側面が存在すること、介護者家族モデルが中軸にあることを指摘したが、ここでは、逆の側面つまり認知症高齢者当事者に寄り添う理念で作られた高齢者モデルのプログラムに注目する。同プログラムは2016年に誕生しており、このことから韓国の介護保険が持つ多面的な性格を浮き彫りにすることができる。

2014年は、韓国の介護保険によってエポックメイキングな年であった。4等級と5等級が創設されたのである。4等級は、3等級のうち日常生活動作能力が比較的高い層を分離した等級である。5等級は、それまで等級外Aとして介護保険サービスを利用できなかった45点以上50点以下の高齢者でありかつ認知症を罹患している層を意味する。

同時期に、さらに「認知症家族休暇制度」が創設された。この制度は、自宅で認知症高齢者を介護する介護者家族のために一時的な休み（レスパイト）を年間6日間を上限として、等級ごとの介護報酬額とは関係なく15%の自己負担額を支払うことで、認知症高齢者をショートステイサービスの提供機関に短期保護することが出来るというものである。しかし、政府・保健福祉部は、認知症高齢者にとって住み慣れた自宅を離れることが困難であるとの判断から発想を切り替え、2016年に、療養保護士が利用者の自宅を訪問し介護サービスを提供するという24時間訪問療養サービスを創設した。なお、同サービスは、2019年に「終日訪問療養サービス」と名称を変更している。終日訪問療養サービスは、1等級または2等級の認知症高齢者が対象で、介護者の代わりに24時間日常的なサービスを提供するという画期的なサービスである。このサービス利用期間中に、准看護師が利用者の自宅を訪問して緊急事態に備えるという訪問看護を連携させた素晴らしいサービスである。1日あたりのサービス全体の料金は18.3万ウォンであるが、利用者の自己負担額は約2万ウォンと比較的少額であり、15%よりも廉価になっている。このサービスは選択性になっており、2014年当時のショートステイサービスを選ぶことも出来る。

2014年に創設された認知症家族休暇制度は、介護者家族に寄り添うサービス（介護者家族モデルに対応したサービス）であったが、2016年に創設された認知症高齢者を対象とする終日訪問療養サービスは、完全な意味で認知症高齢者の生活の質の向上を志向したサービス（高齢者モデルに対応したサービス）となっている。同サービスは、韓国の介護保険サービスの中では唯一高齢者本位のサービスであり、特筆に価する。課題は、この認知症家族休暇制度及び終日訪問療養サービスの周知徹底である。日本の地域包括支援センターのようなワンストップの相談機関が韓国には設置されていないため、一般に知られていないのが現状である。利用者数は全国で200名を超える程度であるが、同プログラムの存在価値は大きい。

実は、筆者自身1992年に、ショートステイサービスが持つ構造的問題性を指摘した上で、ショートステイサービスに替わる以下のようなサービスを提案したことがある。すなわち、「発想を逆転させ、介護者に代わる専門介護スタッフを、老人の居宅にショートステイさせるのであ

る。このことによって、当然のことながらプライバシーの問題があらたに発生するが、ここで最も大切なことは、いったい誰のための家族福祉サービスなのか、いったい誰の福祉を最優先すべきかという視点である」(西下 1992: 95)。どの国でも似たような発想は存在しうるものである。

日本の介護保険制度には、認知症に特化した要介護度ランクは設けられていないし、また高齢者本人に寄り添う認知症家族休暇制度も存在しない。日本は、特に認知症ケアサービスに関して言えば、韓国の介護保険から大いに学ぶべき段階に来ていると言えよう。

## 12 結論と今後の課題

日本と韓国の介護保険制度を比較した結果、以下の4つの論点が確認できた。

まず第1に、最も大きな違いは、韓国の介護保険がスペック限定型のいわばフェイスタオール型保険であるのに対し、日本の介護保険はフルスペック型のバスタオール型保険となっている点にある。韓国の介護保険では、要介護認定の基準が厳しく重度の等級の割合が低いこと、等級ごとの介護報酬額が日本に比べて著しく低額であること、小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問看護介護、リハビリ系の在宅サービス、認知症共同生活介護、住宅改修等多くのサービスがないこと、予防給付がないこと等多くの点で小規模な保険制度となっており、その意味からフェイスタオール型保険と筆者は位置づけている。

次に、韓国の介護保険創設時にサービス提供事業者に関する基盤整備が進んでいなかったことから個人経営を法的に認めてきた経緯があり、近年では人件費比率が高くなりその結果廃業に追い込まれるなど経営基盤の脆弱性が指摘されている。今後は2019年に4つの広域自治体で創設された社会サービス院が、経営基盤の脆弱性を一部解決する可能性があるが、自治体ごとに運用が異なるため一部の地域で介護職員を準公務員化するとしても韓国全体の介護の質を保証する特効薬にはなり得ない。

第3に、韓国の介護保険におけるケアプランの位置づけの問題がある。韓国では保険者である国民健康保険公団が標準長期療養利用計画書という名のケアプランを作成する。この利用計画書のフォーマットが2018年に改訂されたことを受けてその変化を確認した。当該利用計画書に基づいて、サービス提供事業者がサービス提供計画書を作成するというシステムなのでサービス提供計画書の様式についても確認を行った。他方、日本の介護保険では、保険者である市区町村が要介護認定調査のデータに基づいてケアプランを作成するといった韓国のようなプロセスはなく、ケアマネジャーが利用者や介護者と相談しながらケアプランを作成し、ケアプランに基づいて介護報酬を国民健康保険団体連合会に請求する形なので大きく異なっている。

第4に、韓国の昼夜間保護サービスについて独自のサービス提供ルールが存在するのでその点を明らかにし、介護保険サービスがいったい誰のためのものであるのかに着目し、2つの考え方のモデルを提示した上で、韓国の特徴を浮き彫りにした。独自のサービス提供ルールは、2013年に保健福祉部が決定したものであり、1か月に20日以上(1日8時間以上)昼夜間保護サービスを利用することにより当該高齢者の介護報酬限度額が1.5倍に拡大するというルールである。

例えば、3等級の高齢者だった場合、表3が示したように、介護報酬は114,870円(1,276,300



ウォン)であるが、上記の特殊なルールにより、当該条件を満たせば介護報酬が172,300円(1,914,450ウォン)まで拡大する。拡大した分の在宅サービスの利用に対し15%の自己負担がかかるのは当然であるが、1等級の134,850円(1,498,300ウォン)を超えたサービスの利用ができるというのは強力なインセンティブとなり、昼夜間保護サービスの頻回利用に繋がる。衛生福利部の狙いは、昼夜間保護サービスを広げまた複数の種類のサービス利用につなげることにあるが、この特異なルールは、介護者家族のレスパイトを重視する「介護者家族モデル」に立脚するものであり、要介護高齢者・認知症高齢者の生活の質を重視する「高齢者モデル」の発想は弱いと言えよう。

最後の今後の課題としては、3次にわたるモデル事業が行われてきた「統合在宅サービス」の制度化である。モデル事業を経て「統合在宅サービス」が新たな介護保険サービスに組み込まれることになる可能性が高い。このサービスは、訪問療養、訪問看護、訪問入浴、昼夜間保護などから構成される多様なサービスがパッケージとして提示され利用される可能性が高い。昼夜間保護を含むサービスパッケージと同サービスを含まないパッケージが用意されるようであるが、いずれにせよ、介護報酬の設定額、定額制の導入の有無や同サービスを展開する事業者の数、地域的広がりが成否のポイントになろう。新規の統合在宅サービスが普及すれば、昼夜間保護サービス提供だけが肥大化するといういびつな構造的問題が解消される公算が高い。また複数のサービスからニーズにあったサービスを選択するという形になるので、今まで以上にケアプランやケアマネジメントを専門的に行うケアマネジャー創設の機運が高まる可能性が高い。

まだ本格実施前の統合在宅サービスであるが、幾つかの懸念すべき課題がある。同サービスの発想のベースには日本の看護小規模多機能型居宅介護がある。このサービスは、訪問看護、訪問介護、デイサービス、ショートステイといった4つのサービスを要介護度別に定められた介護報酬額の範囲内でケアプランに基づき何度でも利用できる定額制の言わばサブスクリプション型のサービスである。日本の介護保険には、サブスクリプション型のサービスとして、他に小規模多機能型居宅介護、定期巡回随時対応型訪問看護介護が存在する。これら3つのサービスは会員制であり登録者の上限が決められさらに各サービスの1日の上限数も決まっている。

サービス事業者側からすれば、利益の予測が難しいため、小規模事業者には着手するのが難しいサービスであり、その結果としてなかなか全国的に拡大していかないという構造的課題がある。逆の言い方をすれば、定額制の複数機能型サービスは大規模な法人や企業でしか展開できないということである。例えば、厚生労働省が定期的に公表している介護給付費等実態統計(2019年10月審査分)によれば、介護保険全体の利用者が442.4万人に及ぶ中、看護小規模多機能型居宅介護が1.2万人、小規模多機能型居宅介護が10.1万人、定期巡回随時対応型訪問看護介護が2.7万人と低迷していることからここで指摘した構造的課題があることが分かる。

すでに確認したように、韓国では在宅サービスも施設サービスも圧倒的に個人経営である。統合在宅サービスのモデル事業に参加するサービス提供事業者も減ってきているので、サービスを創設しても事業者が都市部だけに偏在し、ニーズがあっても利用できないという状況が予想される。

日本の定額制サービスをそのままの形で導入すれば、ここで指摘したような問題点を抱え込むことになる。保健福祉部および保険者としての国民健康保険公団は、ここでの懸念を全て払拭す



るような韓国型の統合在宅サービスを創設するべきである。

〔付記〕

本研究は、2018年度東京経済大学国内研究費を得て行なった研究の一部である。記して感謝する次第である。また、高橋明美（明治学院大学社会学部附属研究所研究員）、金泰均（国民健康保険公団職員）、金誠圭（徳華老人療養院院長）の3氏には、資料の提供を受けた。記して感謝したい。

〔文献〕

- 伊藤周平, 2019, 「高齢者福祉と介護保険法」『賃金と社会保障』1727: 4-30.
- 株本千鶴, 2017, 「韓国の高齢者ケア」『健保連海外医療保障』116: 8-20.
- 金光錫, 2015, 「韓国の老人長期療養関連法制度」『社会保障法研究』5: 37-71.
- 김지미, 2018, 「한일 복지체제 재편과 가족의 위상 변화——노인돌봄의 사회화를 중심으로」『사회보장연구』34(4): 61-91.
- 金明中, 2019a, 「老人長期療養保険制度の概要（上）」『厚生福祉』6515: 2-8.
- , 2019b, 「老人長期療養保険制度の概要（下）」『厚生福祉』6521: 2-7.
- 国民健康保険公団, 2019, 「2018市・郡・区別給与種別長期療養機関現況」, (2020年1月20日取得, <http://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet.xx?menuId=F332a>).
- , 2019, 「長期療養保険 HP, 老人長期療養保険の等級判定結果現況資料（2019年7月基準）」, (2019年12月10日取得, <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/move-BoardView?menuId=npe0000000950&bKey=B0019>).
- KOSIS, 2020, 「サービス提供機関別利用状況」(2020年1月28日取得, [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N020&vw\\_cd=MT\\_ZTITLE&list\\_id=350\\_35006\\_A004&seqNo=&lang\\_mode=ko&language=kor&obj\\_var\\_id=&itm\\_id=&conn\\_path=MT\\_ZTITLE](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N020&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=350_35006_A004&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE)).
- 白澤政和, 2019, 『介護保険制度とケアマネジメント』中央法規出版.
- 高橋明美, 2019, 「韓国高齢者福祉の最新動向」『明治学院大学社会学部附属研究所年報』49: 103-115.
- 鳥羽美香・高橋明美, 2019, 「日本と韓国における高齢者デイサービスの一考察」『文京学院大学人間学部研究紀要』20: 251-259.
- 西下彰俊, 1992, 「老人問題からみた家族福祉」野々山久也編『家族福祉の視点』ミネルヴァ書房: 69-90.
- , 2009, 「韓国老人長期療養保険制度の現在」高齢者住宅財団編『いい住まい いいシニアライフ』93: 1-14.
- , 2011, 「韓国の老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題」東京経済大学現代法学会『現代法学』20: 175-195.
- , 2014, 「韓国の老人長期療養保険制度における新枠組の誕生」高齢者住宅財団編『いい住まい いいシニアライフ』122: 37-42.

『日本経済新聞』, 2019年9月16日付.

福祉小六法編集委員会編, 2019, 『福祉小六法 2019年版』576, みらい.

藤崎宏子, 2009, 「介護保険制度と介護の社会化再家族化」『福祉社会学研究』6: 41-57.

保健福祉部, 2018, 「長期療養給与提供基準および給与費用算定方法などに関する告示」  
(2019年12月10日取得, <http://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000134489&chrClsCd=010201#J56:0>).

———, 2019, 「長期療養給与提供基準, 給与費用算定方法等に関する告示(保健福祉部告示第2019-309号)(2019.12.27)」(2020年1月20日取得, [http://www.mohw.go.kr/react/modules/viewHtmlConv.jsp?BOARD\\_ID=5900&CONT\\_SEQ=352090&FILE\\_SEQ=272981](http://www.mohw.go.kr/react/modules/viewHtmlConv.jsp?BOARD_ID=5900&CONT_SEQ=352090&FILE_SEQ=272981)).

増田雅暢, 2014, 『週刊社会保障』2767: 32-33, 法研.

松岡洋子, 2018, 『シルバー新報』1315: 5, 環境新聞社.

森川美絵・金智美, 2018, 「ケアの市場化に伴うケアワークの規制」『社会政策』10(2): 117-128.

林春植・宣賢奎・住居広士, 2010, 『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房.

柳愛貞, 2018, 「韓国における介護する家族への支援事業の推進状況と課題」須田木綿子他編『東アジアの高齢者ケア』東信堂.

# A Comparison of South Korean and Japanese Long-Term Care Insurance and Care Management for Frail Elderly Individuals in a Residential Setting

*NISHISHITA, Akitoshi*

The purpose of this research was to compare long-term care insurance and care management for frail elderly individuals living at home in South Korea and Japan. The study addresses four specific concerns. First, I clarify the current situation and critical limitations of long-term care insurance in South Korea and Japan. Second, I point out the differences between these countries in terms of eligibility for receiving services, as well as the personal costs and benefits in receiving residential services such as home-help aides or day services. Third, I delineate a process by which South Korea's National Health Insurance Corporation could use the information from a 90-item questionnaire to provide a standard plan for long-term care benefits, in which care is graded on a range of 1 to 6. Finally, I specify the characteristics of long-term care insurance in South Korea and Japan.

This comparative analysis has two major findings. First, South Korea's long-term care insurance has unique traits, such as a system of paying individuals to care for their spouses or aged parents. Second, a standard plan for long-term care benefits would make it easy to match available resources with the needs of each recipient, so that recipients could get the insurance benefits they are due. However, the relationship between both plans, whole standard plan made by National Health Insurance Corporation and each benefit plan for each home-help service and day service provided by each service agent, is not clear. Further research is needed to clarify how South Korea's long-term care insurance can be successful without professional care managers such as those used in Japan's approach to long-term care management for elderly individuals who are frail or have dementia.

Key words: long-term care insurance, standard plan for long-term care benefits, care manager

