

# 1. 東アジア地域における介護制度 創設過程研究の意義

<分担研究者>

国立社会保障・人口問題研究所  
所長

西村 周三

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 24 年度報告書

## 東アジア地域における介護制度創設過程研究の意義

西村周三（国立社会保障・人口問題研究所）

### 1. はじめに一東アジアの介護制度を検討することの意義

本章では、韓国、台湾、日本の介護制度の創設過程の比較の意義を検討する。単純化して言えば、この比較が、なぜ「韓国、台湾なのか？」という問いの意義を考えることである。通常、国際比較調査を行うにあたっては、さまざまな調査動機が考えられるが、一番わかりやすい動機は、比較をすることによって、それぞれの地域が相互に学び合うことが可能になるという視点であろう。しかし、それだけではなく、この動機の部分集合にはなるが、一方の地域や国が、先進的な国から何を学ぶことができるかという、一方通行的な動機でも、十分比較調査の意義はある。このどちらの発想を重視するかだけでも、論点は変わってくる。

この章では、介護制度創設過程の日・韓・台の比較を行うにあたって、やや広い視野からの考察を行う。具体的には、（1）高齢化、（2）経済発展の水準、（3）都市化、（4）社会保障の普及度、（5）家族関係の現状などの要因が相互に絡み合うことを視野におきながら、この過程の比較の方法論を述べる。しかも場合によって、議論はこの2国、1地域だけの比較だけでなく、他の東アジアとの比較も念頭に置く。

こういった作業を行うことの必要性は、以下の随所で説明するが、最初に簡単な例示によってこの理由を示しておく。たとえば経済発展の水準がかなり異なるタイの社会保障制度の調査を行う場合には、日本がそこから学ぶことの意義はあまり多くは見いだせない。むしろ冒頭に提起した論点でいう、一方通行的な発想にウエイトがかかることになる。たとえば、大泉[2006]は、「老いるアジア」という視座を根本におき、日本が東アジア諸国・地域に、社会保障や高齢化に対処する仕方に関してどのような貢献をなし得るかという問題意識を示している。大泉同報告は、タイを事例として日本の支援・協力のあり方を論じている。

もちろんタイから日本が学ぶことが全くないと考えるわけではない。たとえば医療の分野で、出産にあたり助産師を活用する制度がかつての日本にあったのに、いまはそのウエイトが大幅に低下している現状を踏まえて、タイの研究者の一部は、かつてあった日本の助産婦の役割を、いまのタイに適用することが大いに参考になると指摘されることがある。このさいタイの研究者から、「なぜこの優れた制度を日本はこれまでもっと重視しなかった

のか？」という疑問を問いかけることがある。

この種のアドバイスは、確かに今後の日本にも参考になる可能性がある。しかしながら、政策論としては、これに関するタイの事例を学んでも、日本の母子保健政策に寄与することはあまり多くはないであろう。

なぜか？このことを考えるにあたって、大泉の指摘は参考になる。大泉[2006]は、経済発展を重視する場合、社会保障制度の整備が立ち後れる可能性が高いことを論じている。すなわち経済発展と社会保障制度の整備とは一種のトレードオフが生じる可能性がある。日本では、第二次大戦後、きわめて経済成長を実現することができた。この要因として、日本人の「勤勉さ」をあげる研究が数多くあるが、さまざまな意味での社会の安定が、経済成長に寄与したことも否定できない。特に国民皆保険制度の実現や年金制度の充実が、少なくともある時期までは、国民の所得などの平等化に寄与したことを無視すべきではない。

したがって、発展途上国や新興国にとって、経済発展を優先し、社会保障を後回しにすることが、いつの場合にも妥当するとは限らないことを日本の経験が示唆しているという側面にも光を当てることは意義がある。

さらに最近時の論点を例示すると、次のような議論が考えられよう。それは、家族形態の変化に関わる論点である。日本で介護保険制度が創設される時期の前後、すなわち 2000 年ころに、韓国、台湾、中国の研究者たちが日本を訪れ、かなり頻繁に口にした見解に次のようなものがある。

日本では、韓国、台湾、中国と比べて家族関係が大幅に変貌を遂げている。日本以外に関しては、家族が高齢者介護のかかなりの部分を担っている。介護保険制度を導入することは諸刃の剣であり、家族が老親を介護するというよき伝統を守りつつ、介護の問題を考えていきたい、と。

しかしその後の 10 数年の変化を見る限り、必ずしも社会的介護サービスの導入「のみ」が、家族介護のあり方を変化させている訳ではないことが想像できる。すなわち所得水準の変化、都市化などが介護ニーズの発生に影響を与える。この問題提起に関しては、今回の報告では十分に分析ができないが、こういった可能性についても今後の課題として認識する必要がある。

以下では、上記（１）～（５）の状況について、概要の理解を試みたい。

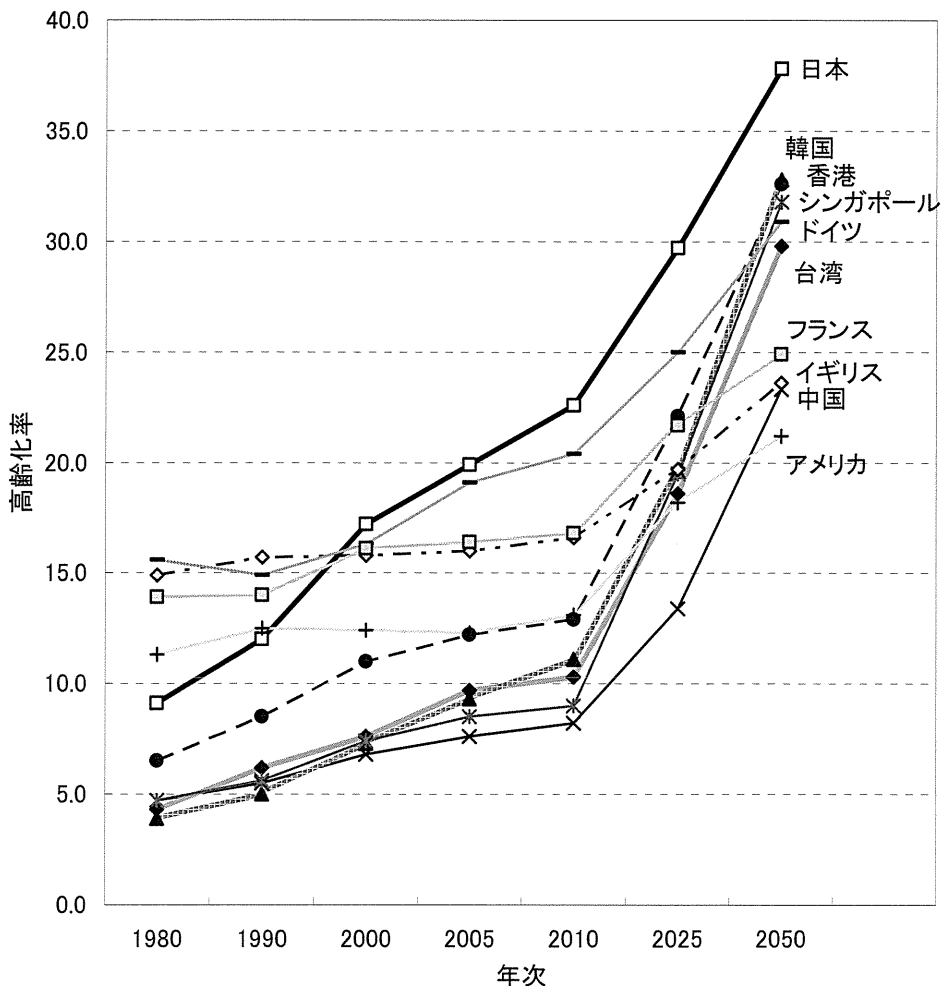
## 2. 高齢化・所得水準・社会保障

今後、世界的に高齢化が進展することは、多くの推計によって示されている。すでに高齢化が成熟期を迎えたヨーロッパ各国と日本は言うまでもないが、注目すべきは、アジア各国の高齢化が今後著しいことである。図 1 に示すように、65 歳以上人口の総人口に占める比率は、2010 年時点で、日本が最も高い値を示し、次いでドイツ、フランスなどが続くが、注目すべきなのは、2010 年時点で、必ずしも高くない韓国、台湾、シンガポールが、

今後急速に高齢化することである。やや遅れて中国の高齢化が著しくなるが、そのスピードはやや遅い。またアメリカも 2025 年までは、他国と同じように高齢化するが、その後の高齢化のスピードは鈍る。

以上の意味で、韓国、台湾、シンガポールが、とりわけ日本を先行事例として注目するのは当然のことと言えよう。

図1 アジアおよび主要国の高齢化の推移



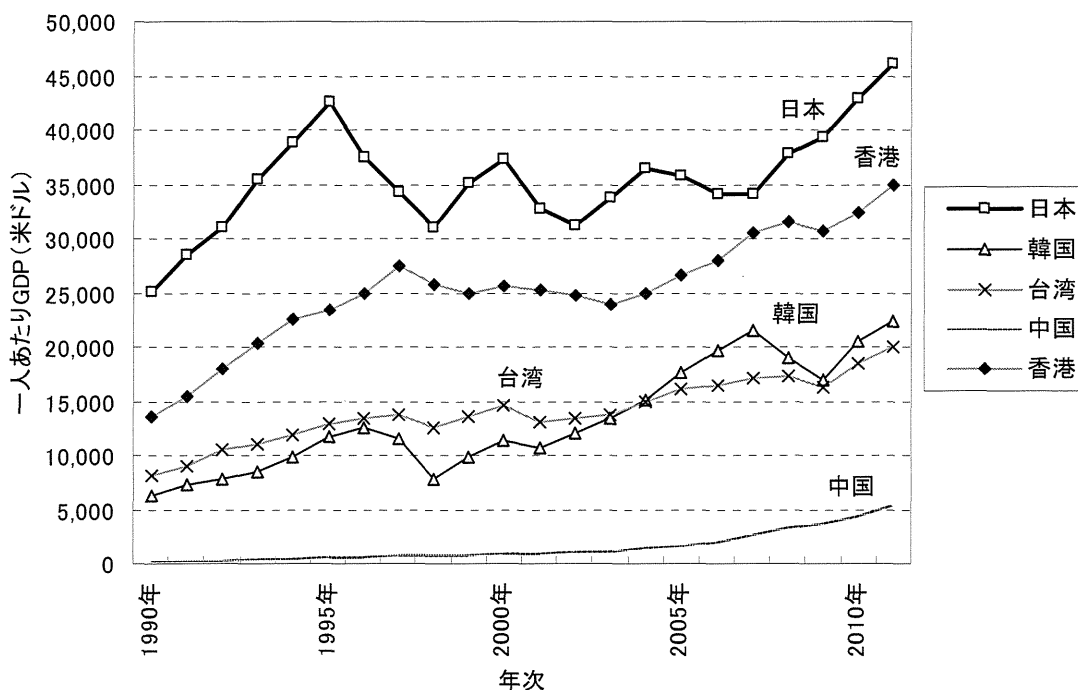
出典:United Nation, World Population Ageing, 1950-2050. 台湾は東京大学社会科学研究所、東アジア雇用保障資料データ集 <http://web.iss.u-tokyo.ac.jp/gov/asia-data.html>(2013年3月15日閲覧)

次に経済発展の水準を見る。図 2,3 に示すように、この二つの国・地域は、一人あたり GDP で比較する限り、もはや日本とほとんど変わらない水準にある。ドル換算で見た一人あたり GDP は図 2 に示すとおりであり、以前日本のそれが韓国、台湾より高い。しかし近年その差がかなり縮みつつある。近年、日本の円がドルに対して過大に評価され、韓国のウォンがドルに対して過小に評価されているという見解があるので、購買力平価で見た一人あ

たり GDP の推移を図 3 に示した。

2011 年現在、日本の一人あたり名目 GDP は、米ドル表示で約 46,108 ドルである。これに対し、韓国 34,970 ドルのそれは 23,067 ドルであり、台湾のそれは 19,979 ドルである。日本は韓国よりほぼ 30% 上回り、台湾の約 2.3 倍である。

図2 ドル換算の一人あたりGDP



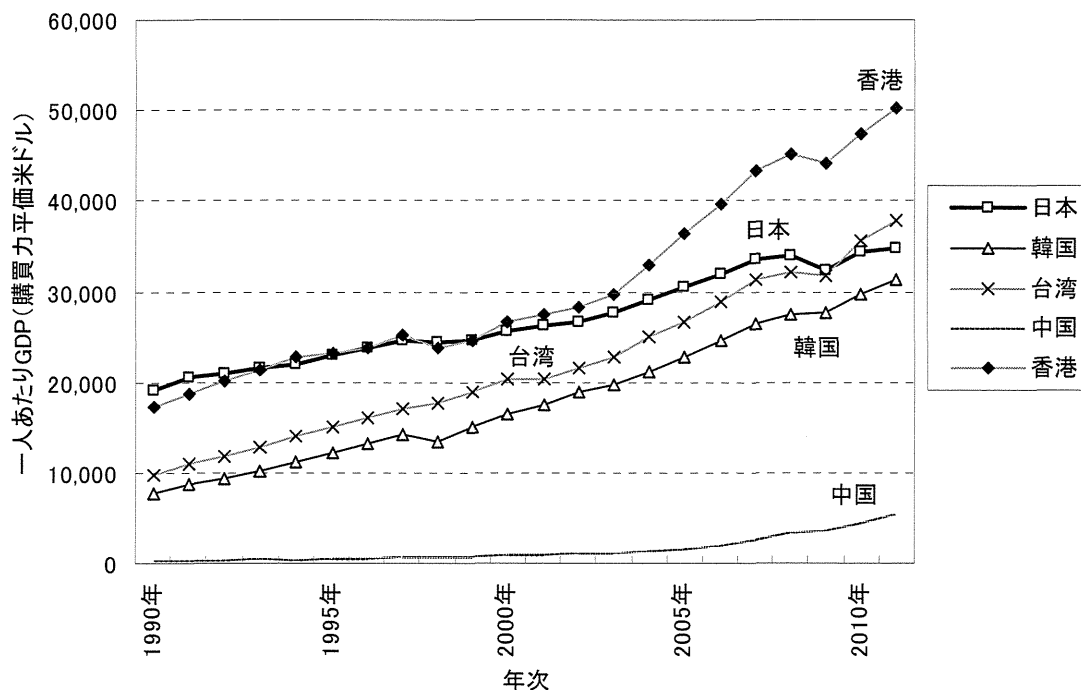
出典: IMF - World Economic Outlook Databases

ところが、同じ 2011 年の値を購買力平価換算で比較すると、台湾の一人あたり GDP は、37,742 ドルと、日本の 34,853 ドルを上回っている。さらに韓国のそれも、31,220 ドルでありほとんど日本と変わらない。ちなみに同年の香港の一人あたり GDP は 50,296 ドルと、日・韓・台をかなり上回っている。

単純に数値のみの比較では、ドル表示の比較では、まだ日本の経済水準はかろうじて韓国・台湾を上回っているが、実感に近い購買力平価で見ると、2 国 1 地域は、ほとんど変わらないことになる。

おそらくこれらの国・地域で暮らしてみて、このような数値に実感が伴わないというのが率直なところであろうが、この数値と感覚の乖離の要因の一つは、さまざまなストックの差異であると思われる。いま述べた GDP は、年々のフローを測定しているが、たとえばこの一人あたり GDP を過去 30 年間にさかのぼって比較すると、値が近接してきたのは 2000 年代に入ってからであり、それ以前のストックの蓄積が、生活水準に与えている影響は無視できない。ただし韓国、台湾とも 2000 年代に入って急速生活水準が上昇してきている点は注目しておく必要がある。

図3 購買力平価のドル換算でみた一人あたりGDP



出典: IMF - World Economic Outlook Databases

社会保障制度の成熟度という観点からの差異も重要である。対 GDP 比で見た社会保障支出は、2010 年時点で、韓国のそれが 4.8%、台湾のそれが 3.4%（2005 年）であり、20%を超える日本にはるかに及ばない。また、医療保障という観点からの公的支出に限らず、医療関連支出全体をとっても、対 GDP 比で見た韓国のそれは、5.4%、台湾のそれは 6.2%と、日本の同比 8.1%と比べてかなり低い。

なお、経済発展の水準が社会保障のあり方を大きく左右することも疑いの余地はないことである。前述の大泉報告では、まず東アジアの国々・地域を3つに分類している。第1のグループは、全国民を対象とした社会保障制度が整っている日本と NIES であり、第2のグループは ASEAN4 と中国という全国民を対象とした社会保障制度が現在、構築期にある国々、第3のグループはインドシナ4国などのこれから社会保障制度を構築しようという段階にある国々である。

大泉が提起している分類では、韓国、台湾共に、ほぼ日本と同じ水準にあることを自覚した比較分析が必要であるが、同報告が話題にしている年金制度などに関しては、日本がかなり高い水準にあることは否定しがたい。

ところが別の指標をとってみると、一概に日本の方が韓国・台湾と比べて格段に進んでいるとは言いがたいことがわかる。たとえば国際連合が作成している「人間開発指標（

Human Development Index)では、もはや日本と韓国・台湾の指標はほとんど変わらない。この指標は、平均寿命、教育水準、GDPなどを総合した指標であるが、2011年時点の

それは、日本が 0.901 であるのに対し、韓国は 0.897、台湾は 0.868 (2010 年) である。この指標から見る 2 国 (日本・韓国)・1 地域 (台湾) の近似性の理由は明確ではないが、こと家族関係や地域社会のあり方などの要素を取り込むと、単純にあるところが進んでおり、あるところが遅れているという尺度だけでは判断できないことを想像させる。

特に、社会保障制度の中の、「介護」という視点に焦点を絞ると、様相は異なってくる。家事労働などが、外国人労働力によって、外部化すなわち市場化されている台湾と、必ずしもそうでない日本・韓国の比較を行うさいの、視点はきわめて複雑である。日本における、ケアワーカーの質に関する判断基準と、外国人労働の導入によって、比較的低賃金で介護労働を受け入れる場合との質の判断基準とは、単純に比較すると、前者のほうが質が高いと言ふべきであろうが、利用者の満足度は、必ずしも予断を許さない。さらに次節で示すような視点も考慮に入れる必要がある。本章の最後の節として、問題提起にとどまるが、制度比較をするさいに、なお重視すべき点を考察しておきたい。

### 3. 高齢者の介護を取り巻く環境

2 国 1 地域の高齢者を取り巻く環境を比較するさい、見落とすことができない視点として、少なくとも以下のようなものが存在する。

#### (1) 高齢者の就業状況

上村[2004]はアジアの「福祉国家論の再検討」という問題意識の中で、さまざまな論点を提起しているが、その中で他の研究者があまり触れていない論点として、各国・地域の産業構造の変化をあげている。多くの場合、産業構造の変化は、農業から製造業への転換をイメージしてよいと思われるが、この転換が高齢者の就業率を変化させることは、容易に想像がつく。上村は、従来から台湾においては、農業に従事する男性の就業率はそれほど高くなかったことを指摘しているが、それでも製造業への転換は、当然就業率をさらに引き下げる。

このような観点から、上村は、むしろ高齢者の就業率を引き上げることが、高齢者の健康水準を引き上げ、要介護状態に至る過程を遅らせることを主張しているが、これはいずれの国・地域に対しても示唆的であり、要介護状態と就業との関連比較分析の進展が望まれる。

#### (2) 親族との同居

この差異の比較も、介護制度の進展に大きく影響を与えることは自明である。ところが、この「親族との同居」と「産業構造の転換」とは、相互に正の相関がある。それは都市化の進展とも密接に関連し合っている。日本においては、農林水産業に従事する就業者の全就業者に対する割合は、5%を切っているのに対し、韓国では農林水産業従事者の割合は依然として 20%台である。もちろんこの数値を比較するさいに注意すべきは、兼業農家の存

在である。日本では、兼業農家における農業従事者は、必ずしも独立した生計を営んでいないことも多いが、同居の場合と別居の場合とで、老親介護の度合いがどのように異なるかは明確ではない。

他方で韓国では、やや危険や、おおざっぱな推計であるが、依然として農業従事者の場合には、同居の可能性が高く、この場合には老親介護が一般的ではないかと思われる。

この種の議論は、しばしば親孝行であるかどうか言った議論が先行しがちになるが、就業形態がどのようなものであるかの方が重要であると思われる。すなわち親と同居しており、親が農業に従事していても、子が勤労者として外部にでかけて働く場合は、介護は困難になる。

この種の議論は、しばしば思い込みによる心理的な状態に関する議論が先行するが、むしろ就業形態の差異のほうが重要なのである。同様の議論であるが、さらに複雑な議論が、台湾に関してもあてはまる。台湾では、異性間の介護が、あまり一般的でないと言われる。

(私たちの、政府関係者や介護者からのヒアリング結果による。) すなわちあまり女性介護者が男性の要介護高齢者を見ないという。現時点では、この点に関する正確なデータは入手していないが、おそらくこの点も、男女の働き方の習慣の違いなどが影響しているものと思われる。そして、今後、もし台湾においても産業構造の転換が進むとすれば、変化しようじ、介護需要が拡大する可能性もある。

いずれにせよ、韓国、台湾における、とくに 80 年代以降における家族類型の変化は、2 国 1 地域のいずれにおいても著しく、いまだ高齢化の程度はそれほど高くないとはいえ、社会的介護の要請はかなりの勢いで拡大していることが想像できる。

### (3) 地域福祉の適用可能性

新田目[2006]は日本における社会福祉協議会の活動などの事例を調査し、韓国、台湾には、同種の活動が十分でないことを指摘し、日本の方式の導入の可能性を論じている。韓国、台湾のそれぞれに関して、日本に類似したものがあるかどうかの研究も十分でないので、今後の課題となるものと思われる。

### (4) 高齢者の貧困、

高齢者の貧困の比較研究は必ずしも十分でない。とりわけ単身高齢者が、いずれの国、地域においても増加しており、その中にはかなりの貧困者がいると思われるが、残念ながら、こういったデータの比較はほとんどなされていない。貧困についての研究は、すべての地域で、格差問題としてクローズアップされている。その一つの大きな要因は、産業構造の転換、農林水産業から製造業へ、製造業からサービス業への、転換であろう。そしてこれは都市化と密接に関連している。発展した国の大部分が、この大きな転換の渦に巻き込まれており、これも介護の社会化の要請を高める原因となっている。



## 参考文献

若林敬子[2006]「近年に見る東アジアの少子高齢化」『アジア研究』 Vol. 52, No.2, April, pp.95-112

大泉啓一郎[2006]「東アジアの高齢社会対策と日本の支援・協力の在り方—タイを事例に一」『環太平洋ビジネス情報 RIM』 Vol.6、No.22, pp.44-64.

大泉啓一郎[2007]『老いるアジア—繁栄の構図が変わるとき』（中公新書）

安里和晃[2008]「介護者としての外国人労働者と結婚移民—台湾における高齢者・障害者の家族介護の変容」『異文化コミュニケーション研究』第20号、pp.43-77.

新田目夏美[2006]「アジアの高齢化と日本の地域福祉」（特集2:アジア社会の少子高齢化と社会保障）『アジア研究』52(2), 79-94.

上村泰裕「台湾における高齢者と生活保障」

小島克久[2003]「台湾の社会保障」広井良典・駒村康平編、『アジアの社会保障』東京大学出版会。

東京大学社会科学研究所、東アジア雇用保障資料データ集

<http://web.iss.u-tokyo.ac.jp/gov/asia-data.html>

(2013年3月15日閲覧)

## 2. 韓国における老人長期療養保険法の制定過程

(参考): 法案審査小委 審査参考資料  
国民長期療養保険法案等 7件  
李志嬉 仮訳

<分担研究者>

岡山県立大学保健福祉学部教授

増田 雅暢

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 24 年度報告書

## 韓国における老人長期療養保険法の制定過程

増田雅暢（岡山県立大学保健福祉学部）

### 1. はじめに

韓国において、日本の介護保険法にあたる老人長期療養保険法が制定されたのは、2007 年 4 月 17 日である。独立した介護保険制度を持つ国としては、ドイツ（1994 年制定）、日本（1997 年制定）に続くものである。

韓国で介護保険制度が創設された背景としては、次のような点があげられている（林春植等（2010））。

- ① 急速な人口の高齢化と少子化
- ② 高齢者の健康状態の悪化と要介護高齢者の急増
- ③ 女性の社会進出の増加等による家族介護力の低下
- ④ 老人医療費の膨張
- ⑤ 家族の変容（核家族化など）
- ⑥ 社会的介護サービスの未整備

⑥以外は、日本と似たような状況である。しかし、日本、あるいはドイツの場合は、高齢化率が 14%前後という人口構成上、高齢社会となりつつある時期に介護保険制度導入の議論が始まったが、韓国の場合には、まだ高齢化率が 10%に満たないという高齢化率が低い時期に、制度創設の議論が始まっている点が特徴的である。高齢化率が低くても、人口高齢化の進行が日本よりも急速であることが予想されていたことや、介護保険制度導入前にゴールドプラン等により介護基盤の整備を進めていた日本とは異なり、介護保険制度の導入を契機に介護基盤の整備を進めようとした韓国保健福祉部（日本の厚生省に相当）の戦略がうかがえる（増田雅暢（2008））。

本研究では、韓国政府が介護保険法案を作成して国会に上程してから後の、国会審議における論点と調整結果の状況、その際における日本の介護保険制度に関する知識・情報等の影響について分析する。

### 2. 韓国の介護保険制度の概要

国会審議の状況の解説の前に、韓国の介護保険制度の概要について説明する。

法律の名称は、老人長期療養保険法である。なお、この名称は、政府提案の原案が国会審議の過程で調整・修正されたものである。

制度の建て方は、既存の公的医療保険制度の仕組みを活用するもので、「医療保険活用型」に分

類される。日本では、医療保険制度とは別に介護保険制度を創設した「独立型」であるが、それとは異なる。

保険者は、国民健康保険公団で、全国唯一の公法人である。公的医療保険の保険者が分立する日本とは異なり、一元化された公的医療保険制度の唯一の保険者である。

被保険者は、医療保険加入者である。日本では40歳以上の医療保険者および65歳以上の者としており、この点でも異なる。

保険給付の対象者は、原則として要介護状態にある65歳以上の高齢者である。なお、65歳未満であっても老人性疾患に伴う要介護状態にある者は給付対象となる。この点では日本と同様である。

要介護度の区分は、3段階である。重い段階から順に、1等級、2等級、3等級に区分される。日本との比較では、概ね要介護度3以上に相当する。日本では保険給付の対象となっている軽度の者（要介護度1から2および要支援1から2の者）は、対象外である。

保険給付の内容は、在宅サービスおよび施設サービスである。在宅サービスのメニューは、訪問介護、訪問看護、デイサービス、ショートステイ、福祉用具の給付・貸与であり、日本と比較すると、サービスの種類は少ない。施設サービスは、老人療養施設（日本の特別養護老人ホームに相当）やグループホームである。日本では介護保険施設に組み込まれている介護療養型医療施設のような医療機関は、保険給付の対象外である。なお、現物給付が中心であり、現金給付については、離島・へき地等、外部のヘルパーの派遣が困難な場合に、例外的に制度化されている。

財源構成は、利用者負担と保険料負担および公費負担である。国の負担は、保険料負担の20%相当額とされている。地方負担は、生活保護制度（韓国では、国民基礎生活制度）対象者の介護費用の一部を負担する。

利用者負担は、在宅サービスの場合は15%、施設サービスの場合は20%である。なお、在宅サービスの負担率は、政府提案では20%であったが、国会審議の過程で修正された。

### 3. 韓国の介護保険制度の創設過程

韓国では、表にあるとおり、2001年8月15日の光復説における金大中大統領（当時）の記念演説で、介護保険制度創設の発表があつてから、介護保険制度の創設に向けて検討が始まった。政府は、2005年5月に、介護保険制度基本案を策定した。2006年2月には、老人長期療養保険法の前案となる老人スバル保険法案が閣議決定され、国会に提出された。その後、14か月を経て、法案が成立した。

表1 韓国の介護保険制度の創設過程

2000年1月	保健福祉部「老人長期療養保護政策企画団」発足
2001年2月	企画団「老人長期療養保護総合対策」発表
8月15日	光復節大統領記念演説で「介護保険制度」創設の発表
9月	国務総理室に老人保健福祉対策委員会の設置
2002年7月	老人保健福祉総合対策委員会「老人保健福祉総合対策」発表

(介護保険制度の創設を提唱)	
2003年3月	保健福祉部に公的老人療養保障推進企画団の設置
7～11月	3回の公聴会の開催
2004年2月	推進企画団「公的老人療養保障システム最終報告書」発表
3月	公的老人療養保障制度実行委員会および実務企画団の設置
8～9月	老人療養保障制度試案に対する公聴会の開催(3回)
11～12月	老人療養保障制度創設に対する国民世論調査
2005年1月	実行委員会で制度モデル最終報告書の提出
5月	「介護保険制度基本案」の確定
9月	「介護保険制度基本案」に対する公聴会の開催
12月	「老人スバル保障法律制定案」を通常国会に提出
2006年2月7日	「老人スバル保険法案」の閣議決定
2月16日	「老人スバル保険法案」の国会提出
9月18日	政府案を含む6つの法案が国会に上程
2007年4月17日	「老人長期療養保険法」成立
4月27日	「老人長期療養保険法」公布
9月27日	「老人長期療養保険法施行令」制定(2007年10月1日施行)
10月17日	「老人長期療養保険法施行規則」制定・施行
2008年4月1日	要介護認定申請・等級判定の開始
7月1日	「老人長期療養保険法」施行

(出典) 林春植ほか編著『韓国介護保険制度の創設と展開』

#### 4. 老人長期療養保険法の制定過程の経緯

##### (1) 国会審議の経緯

韓国国会の保健福祉委員会の法案審査小委員会が作成した「法案審査小委審査参考資料」(2007年2月13日)等によると、老人長期療養保険法の国会審議の経緯は、別表のとおりである。

2006年9月18日に、保健福祉委員会に法案が上程されたのち、同委員会の法案審査小委員会に回付された。政府案以外に5つの議員発議の法案があり、一括して審議された。小委員会では、これらの法案の議論を行うとともに、論点について調整し、調整結果を保健福祉委員会に報告した。途中、2006年11月2日、保健福祉委員会において関係者から意見を聴取する公聴会が行われた。

2007年2月22日に、政府案を修正した代案が、小委員会および保健福祉委員会において審議され、採決された。その後、法制司法委員会の審査を経て、2007年4月2日、国会本会議において、老人長期療養保険法案の審議が行われ、採決の結果、可決成立した。出席議員260人中、賛成255人、棄権5人であった。ほぼ全会一致といってよい結果であった。

表 2 韓国の介護保険法の審議過程

(当初案の検討、代案の審査)

- 2006年9月18日 第262回国会(定期会)第2次保健福祉委員会：法案を上程、代表討論、法案審査小委員会に回付
- 11月2日 第7次保健福祉委員会：公聴会
- 11月30日 第10次保健福祉委員会：法案審査小委員会報告、法案審査小委員会に再回付
- 12月7日 第11次保健福祉委員会：上程、代替討論
- 2007年2月22日 第265回国会(臨時会)第2次保健福祉委員会：法案の代案報告、審査

(公聴会)

- 2006年11月2日 第7次保健福祉委員会において、長期療養保険法(仮称)制定関連公聴会開催

(法案審査小委員会)

- 2006年11月7日 第262回国会(定期会)第6次小委員会：上程、審査
- 11月22日 第9次小委員会：審査・懇談会
- 11月27日 第11次小委員会：審査
- 11月29日 第12次小委員会：審査・議決
- 12月4日 第13次小委員会：再上程・審査
- 12月5日 第14次小委員会：審査
- 2007年2月22日 第265回国会(臨時会)第1次小委員会：審査

(法制司法委員会)

- 2007年3月2日 第265回国会(臨時会)法案検討
- 3月29日 法案審査第2小委員会において審議・議決
- 3月30日 法案審査第2小委員会の審議結果の報告、可決

(本会議)

- 2007年4月2日 老人長期療養保険法の審議、採決。賛成多数で可決

ここで、簡単に韓国の立法過程を解説すると、次のとおりである。

韓国の憲法では、第40条で「立法権は国会に属する」とし、国会による立法の原則を明文化している。なお、韓国は、日本とは異なり、一院制である。憲法第52条では、「国会議員と政府は、法律案を提出することができる」とし、国会議員または政府は、法案提出権を有している。なお、

国会の委員会もその所管に属する事項について法律案を立案し、委員長名で提出することができる。

法律案は、所管の委員会に付託される。委員会では、法案提案説明を受けて審査を行う。必要に応じて個別に審査小委員会を設置する。委員会で採決や法案修正等を行った後、本会議に上程し、質疑・討論、議決する。国会で成立した法律案は、議長が政府に送付し、15日以内に大統領が交付する。

議員発議の法律案は、発議者を含めて10人以上の賛成で発議できる。議員発議の法律案の作成には、次のようなものがある。

- ① 議員が直接行う場合
- ② 政府または第三者が提供する案をベースに、議員が提出する場合
- ③ 政府が用意した案が議員を通じて提出される場合
- ④ 研究者や関連団体などが用意した法律草案が議員を通じて提出される場合
- ⑤ 所属政党の政策実務部門で立案した法律案が、党務会議など所要の党内手続きを経て提出される場合

## (2) 法案審議における論点

国会の保健福祉委員会で審査対象となった法案には、政府提出の1法案に議員提案の5法案があり、当初はこれら6つの法案に対して審議が行われた。さらに、途中で請願に基づく1法案が提出された。

これら7件の法案の内容について、管理運営条項を中心に比較をすると、次のとおりである（林成根（2010））。

政府案以外の議員発議の案について、所属政党等は、次のとおりである。

ジョン・ヒョンクン議員とアン・ミョンオク議員、コ・キョンファ議員は、ハンナラ党である。キム・チュンジン議員とジャン・ヒャンシユク議員は、開かれたわが党である。ヒョン・エザ議員は、民主労働党である。なお、ヒョン・エザ議員案は、療養保障連帯会議とともに協議してつくられたもの、ジャン・ヒャンシユク議員案は、政府案に障害者規定を取り入れたもの、コ・キョンファ議員案は、社会福祉協会の請願を紹介したものである。

政府案では、法律の名称が「老人スバル保険法」とされていた。保険者は国民健康保険公団であり、公団が、訪問調査や等級判定を行うとされていた。それに対し、議員発議の案では、制度の管理運営に地方自治体を関与させる点で、政府案とは異なっていた。すなわち、保険者を地方自治体としたり、訪問調査や等級判定を地方自治体の業務としたりするものであった。また、議員発議の案では、療養計画書（ケアプラン）についても、公団ではなく、地方自治体や各施設が作成するとするものであった。そのために、地方自治体に、療養管理センター等のケアマネジメントを行う機関を設置するといった案となっていた。また、この表には表れていないが、障害者の取り扱いや、財源構成や利用者負担についても、政府案とは異なるものがあつた。

このように、法案審議の論点としては、法案名、障害者を含むか否か、保険者や訪問調査、等級判定等の主体、保険給付の内容など、多岐にわたる。

次節により論点をめぐる調整結果について解説する。

表3 7法案の比較

区分	政府案	ジョン・ヒョンクン議員発議	アン・ミョンオク議員発議	キム・チュンジン議員発議	ヒョン・エザ議員発議	ジャン・ヒャンシユク議員	コ・キョンファ議員
発議日	2006. 2. 16	2006. 4. 18	2006. 5. 18	2006. 8. 11	2006. 9. 12	2006. 9. 13	2006. 10. 31
法案の名称	老人スバル保険法	国民長期療養保険法案	国民療養保障法案	国民長期療養保険法案	長期療養保障法案	長期療養保険法案	老人スバル保険法案
保険者	公団	公団	自治体	自治体	公団	公団	公団
訪問調査	公団	自治体	自治体	自治体	公団	公団	自治体
等級判定	公団	公団	自治体	自治体	公団	公団	自治体
療養計画書	標準スバル計画書	自治体	各施設	各施設	自治体	標準スバル計画書	スバル支援事業所
療養センター	なし	地域療養管理センター（市郡区）	療養支援センター（市郡区保健所）	長期療養専門公務員配置（市郡区）	長期療養センター（市郡区）	なし	スバル支援事業所（民間）

(注) 図中、「公団」とあるのは、韓国の国民健康保険公団を指す。

(出典) 林成根「高齢化と福祉政治の日韓比較」。一部、筆者修正

## 5. 法案審議の論点の調整結果

### (1) 障害者の包含の可否

介護保険制度に障害者を含まるか否かについては、大きな論点のひとつであった。

政府案は、給付対象者は65歳以上の高齢者を主としており、65歳未満の者のうち、老人性疾患に起因する要介護者を対象とするものであった。日本の介護保険制度と同様である。これに対して、ジョン・ヒョンクン議員とアン・ミョンオク議員が発議した案では、障害者を追加で含むものであり、キム・チュンジン議員やヒョン・エザ議員が発議した案では、全国民を対象とするものであった。

審議の過程では、障害者を含む場合、8～20万人の対象増となり、障害者を除く場合に比べて、58～142%の費用増になること、日本では65歳以上の高齢者と40歳以上65歳未満の老人性疾患患者に限定しており、障害者は含まれていない等の説明がなされた（2006.9. 18）。

また、障害者福祉は国が責任を持つ者であり、社会福祉方式が望ましいことや、若年障害者のよ



うに職業訓練やリハビリを総合的に行う必要があること等の意見も出された（2006. 11. 7）

公聴会では、学識経験者や健康世間ネットワーク、障害者団体総連盟は、障害者を包含することに賛成であり、他方、大韓老人会や老人病院協議会は、除くべきだとした。

結局、小委員会では、障害者は包含しないこととした。その代り、法案中に、障害者施策に関する国家政策方向を明示した条文の新設（第5条）と、委員会の附帯決議の採択を提案した。第5条と附帯決議の内容は、次のとおりである。

#### （第5条）

「国は、第6条の長期療養基本計画の策定・施行において、高齢者だけでなく障害者等、日常生活を一人で行うことが困難なすべての国民に長期療養給付、身体療養支援サービス等を提供することができるように努めるとともに、ひいては彼らの生活安定と自立を支援できる施策を講じなければならない。」

#### （附帯決議）

「この法は、国民の保険料負担の増加、障害者に対するサービス提供施設不足等とともに、サービスが高齢者の日常生活補助を主にしているのに対し、障害者は、社会参加・リハビリを通じた自立支援に焦点をあてたサービスであることを考慮し、老人介護保険投入当時は、やむを得ず65歳未満の非老人性疾患を持つ障害者を介護（スバル）保険給付対象から除外しているが、重度障害者が日常生活を営みにくい現実的な与件と、各種障害者施策が障害者の要求水準にまだ満たさない転倒を総合的に考慮するならば、介護（スバル）保険給付に相当する福祉サービスを提供する必要がある。政府（保健福祉部長官）は、障害者の特性に適合するように、障害者について、活動補助人支援等各種福祉サービスを実施するようにし、2010年6月30日（介護（スバル）給付が開始された日から2年以内）まで障害者（65歳未満の者）について、この法によるスバル給付の種類と内容に相応する給付が、障害者の特性に適合するように支援されるかの可否を検討した後、介護（スバル）認定の申請資格に障害者を包含するかの可否を盛り込んだ障害者福祉対策を国会に報告するようにする。」

#### （2）名称について

政府案の当初の法案名称は「老人スバル保険法」であったが、2007年2月22日、保健福祉委員会の全体会議に上程されたときに、「老人長期療養保険法」に変更された。

まず、「国民」か「老人」か、という点については、保険給付の対象が、基本的に高齢者であるので、「老人」が使用された。

「スバル」か「療養」か、という点については、次のとおりである。

「スバル」という言葉は、漢語にない純粋な韓国語であり、「近くで面倒をみる。助けが必要な人に対して、その人の手足となって助けること」を意味する。日本語の「介助」に、献身的な色彩を加味したような言葉である（増田（2007））。

保健福祉部は、法案を国会に提出する前の検討段階では、「療養」という用語を用いていたが、「療養」はすでに健康保険や労災保険において治療的意味で使われていたため、既存の医療サービスとの間で混乱を招くおそれがあると指摘された。そこで、国会提出の法案においては、「スバル」を用いた。しかし、審議の過程で、「スバル」という言葉には、「低所得者に対するお世話」というニ

ニュアンスがあること等から、「長期療養」という用語に変更された（林成根等（2010）36頁）。なお、日本で使われている「介護」という用語は、韓国では使われていない。

「保障」か「保険」か、という点については、政府は、国民から保険料で財源を集める社会保険方式であることを明確にするために、題名に「保険」を用いた。「保障」では、社会保険ではなく、税方式を前提にした仕組みを意味するが、税方式で行う場合、韓国では地方政府の機能が不十分であり、高齢化に地域差があること等から、財源調達方式としては、社会保険方式がよいとされた。なお、財源調達方式については、政府が国会に法案を提出する前段階で、社会保険方式とすることに大方の合意が得られていたため、審議では、否定的な意見はみられなかった。

### （3）管理運営体系について

政府案では、国民健康保険公団が、保険者となり、要介護認定の訪問調査や等級判定、療養計画書の作成等の業務も公団が行うというものであった。それに対して、議員発議の法案には、地方自治体が保険者となって訪問調査や等級判定も行うもの、あるいは保険者は公団であっても、訪問調査等は地方自治体が行うもの、という案が多かった。これについては、地方自治体が保険者となることには、財源負担面や実施能力面で困難等の意見が出された。

また、議員発議の案には、訪問調査や等級判定等について、市郡区に「療養センター」等をおいて対応するというものがみられた。療養センターに、療養管理士を配置し、療養管理士がケアプランの作成等のケアマネジメント業務を行うという案であった。これに対しては、市郡区庁長協議会等の地方団体は、新たな機構の設置や公務員増員の負担増のため、反対意見を表明した。また、政府は、ケアプランの作成は義務づけず、公団職員が標準介護利用計画書を作成するという当初案の内容を維持した。

結局、政府案どおり、公団が保険者となり、訪問調査や等級判定、標準介護利用計画書の策定業務も公団が行うことになった。

他方で、公団と市郡区との適切な役割分担等の観点から、介護事業所の指定と取消し業務については、市郡区が担当すること、等級判定委員会の15人の委員のうち、市郡区長が7人を推薦する等の変更が行われた。

### （4）財源および利用者負担について

政府案では、利用者負担率を20%と明記し、国庫負担率については大統領令に従う、であった。これに対して、公聴会では、学識経験者や健康世間ネットワーク等から法律に明示すること、50%水準とすべき、という意見が出された。議員発議では、国・地方自治体で40~50%、あるいは保険料予想収入額の20%等の提案であった。

結局、審査小委では、法律に明示すること、国庫負担の水準は、保険料予想収入額の20%と指摘した。

利用者負担率については、在宅の負担率の引き下げの意見が多く出された。その際、日本の介護保険では、在宅・施設サービスとも10%の負担であることが強調された。

結局、在宅サービスの負担率は15%に引き下げ、施設サービスの負担率は20%と区別された。

#### (5) 看護サービス提供者

政府案では、訪問看護は医療的な性格が強いので、医療機関の実施に限定されていた。これに対して、看護協会から看護師に開設権を付与すべき、という意見が出された。また、看護師と限定すると、看護助務士が除外されるとの指摘も出された。看護助務士とは、看護業務の補助や診療の補助に関する業務を行う者である。

結局、審査小委では、在宅給付の中に、看護師等が医師、漢方医または歯科医師の指示書に基づいて受給者の家庭を訪問して看護、診療の補助、療養に関する相談等を行う訪問看護を位置付けることを提案した。

### 6. 国会審議過程における日本の影響—結論にかえて—

以上、国会審議過程における論点と調整結果について解説した。日本の介護保険制度がどのような影響を与えたかという点、論点となるテーマについて、日本の制度の仕組みが参考にあげられることが多かったといえる。

主な例をあげれば、次のような事項である。

①介護保険の対象に障害者を包含することについて、審議過程において、日本の介護保険制度では、65歳未満の障害者は、老人性疾患による要介護者以外は対象外であることが説明された。結局、韓国の制度でも、政府提案のとおり、保険給付の対象者は高齢者が中心であり、若年障害者に対しては別途の制度で対応することとなった。若年障害者の場合には、職業訓練やリハビリ等、総合的な対応が必要であるといった意見は、日本と同様であった。

②管理体系については、政府案は、国民健康保険公団を保険者と位置付けるものであった。しかし、議員発議の対案では、日本の介護保険が市町村保険者であること等を参考にして、市町村が保険者となることや、市町村の関与を強めるものが多かった。結論としては、公団が保険者である点については修正がなかったが、等級判定委員会の委員の推薦に市町村の関与を強化する等の修正がなされた。

ケアマネジャー制度の創設やケアマネジメントの導入という日本の仕組みに対しては、議員発議案にはそうした内容がみられたが、審議の結果、公団職員が標準介護計画書を作成する等の政府案には変更がなかった。

政府案において、日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントが導入されなかった理由としては、公団職員によるケアマネジメントにより対応できること、日本のケアマネジメントでは、ケアマネジャー所属の事業所のサービス利用偏重の問題があること、日本に比べて保険給付サービスの種類が少ないこと、介護保険財政が不十分であること、があげられている（林成根等（2010）27～29頁）

しかし、実施後の状況をみると、公団の担当職員の数が不十分なことや、公団が作成する標準利用計画書に対して利用者の遵守義務がないこと等から、利用者や事業者において、不適切なサービ

ス利用や不正請求が多発する原因となっていることがうかがえる。ドイツの介護保険制度においても、近年、日本の仕組みと似たケースマネジメントの仕組みが導入されたところであり、韓国の制度においても、ケアマネジメントを強化する対策が必要ではないかと考えられる。

③利用者負担については、政府提案の 20%に対して、日本の介護保険制度における 10%負担を踏まえ、在宅サービスについて 15%に軽減する修正が行われることとなった。

④このほか、受給者の範囲について、日本の制度を意識した審議が行われた。すなわち、韓国の制度では、受給者の要介護度は 1～3 等級の 3 段階で、中重度者を対象とするものであった。日本では、要介護度は 5 段階（要支援も含めると 6 段階。なお、制度発足時）であるが、韓国で同様になると、対象者が大幅に増加し、保険料が上昇する等の懸念が指摘された。結局、3 段階でスタートして、徐々に拡大するという方法がとられることとなった。このため、要介護度の区分は、法律上ではなく、大統領令で定めることとされた。

なお、制度発足時には、政府は 4 等級を創設する計画であったが、最近では、4 等級を創設するのではなく、3 等級の範囲を拡大する手法をとることとなった。2011 年度に、3 等級の基準点を 55 点から 53 点に引き下げる措置がとられた。

## 参考文献

1. 増田雅暢編著『世界の介護保障』（法律文化社、2008 年）
2. 林 春植・宣 賢奎・住居広士 編著『韓国介護保険制度の創設と展開』（ミネルヴァ書房、2010 年）
3. 林 成根「高齢化と福祉政治の日韓比較 ―医療保険制度改革と介護保険制度導入の政治過程―」（東京大学大学院総合文化研究科博士論文、2010 年）
4. 保健福祉委員会法案審査小委員会「法案審査小委 審査参考資料」（2007 年 2 月 13 日）
5. 韓国「老人長期療養保険法」法案審議過程（韓国国会議事録より）