

12. 台北市デイケアセンター(西湖日間照顧中心)視察

項目	内容
施設の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・台北市西湖地区のビルの6階 ・スーパー、警察の分註所の入った大規模なビル ・運営はNPO法人(士林靈糧堂)、台北市からの委託(2年目)
設備の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・活動のための部屋、広いホール(隅に運動マシン) ・PCルーム、食堂(地域住民との交流スペース)
運営状況	<ul style="list-style-type: none"> ・7:00～18:00まで開所(台湾では長い方) ・利用登録者は60名(スタッフは8名) ・身体状態に合わせた各種活動 例:運動、PC教室、「新聞を読む」 ・費用は1万5000台湾元(月) 要介護状態・所得に応じて政府から補助 ・早く来て、遅く帰る人が多い

出所: 国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成

13. 台湾大学での研究会

「主な内容」

日本、台湾、韓国の介護制度に関する研究会を行った

1. 挨拶
2. 日本、韓国、台湾の介護制度について順に報告
日本の介護保険: 小島が報告
韓国の介護保険: 金貞任教授(東京福祉大学)が報告
台湾の介護制度: 李玉春教授が報告
(陽明大学教授、衛生署で介護保険制度案の設計に携わった方)
3. 総合討論
質疑応答

出所: 国立社会保障・人口問題研究所の小島克久が作成

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
法律	法律名	介護保険法	老人長期療養保険法	我国長期照顧十年計画、老人福利法など	長期照顧服務法(介護サービス法) 長期照顧保険法(介護保険法)
	施行	2000年	2008年(介護給付の提供等)	2008年	検討中
制度の 枠組み	制度の建て方	社会保険(独立型・地域保険型)	社会保険(医療保険活用型)	高齢者福祉制度	社会保険(医療保険活用型)
	所管(中央)	厚生労働省	保健福祉家族部	行政院衛生署、内政部	行政院衛生署(衛生福利部・予定)
	保険者	市町村	国民健康保険公団	県市政府(都道府県・政令指定都市に相当)	中央健康保険局
	被保険者(対象者)	第1号:65歳以上の者 第2号:40~64歳の者	国民健康保険の加入者	65歳以上の者 55歳以上の障害者、原住民	全住民(案)
	給付対象者	主に第1号被保険者	原則として高齢者	同上	高齢者が中心(案)
要介護 認定	要介護認定	あり	あり	あり	あり
	要介護度	7段階	3段階	3段階(軽度、中度、重度)	4段階(要支援、要介護1級~3級)
	要介護度 判定の基準	樹形図モデル	樹形図モデル	ADLsを基準	ADLs、IADLsを基準 (または、日本や韓国と同じ方式を検討?)
サービス 利用	ケアマネジメント	あり(ケアプランを作成し、これに基づいて利用)	なし(公団が作成する標準ケアプランがあるが、強制力はない)	利用者が自由に選択	あり(案)
	保険給付内容(介護サービス)	居宅(通所を含む)、施設サービス	居宅(通所を含む)、施設サービス	居宅、地域(通所)、施設サービス	居宅、地域(通所)、施設サービス
	家族介護手当(現金給付)	×	○(条件付き)	○(別制度で実施)	○(現物給付と選択、外国人介護労働者を雇用している場合は利用できない)

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(続)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
地方自治体の役割		市町村:保険者、地域密着型事業者の指定など 都道府県:介護事業者の指定など	基礎自治体:介護事業者認定	県市政府:要介護認定、事業者の監督など	県市政府:介護サービス関係のみ? またはプラスアルファ?
財源	一部自己負担	10%(食費、住居費部分は全額自己負担)	居宅:15% 施設:20%(食費、住居費部分は全額自己負担)	居宅、地域:低所得者は0%、中所得者は10%、その他の者は40% 施設:低所得で重度の者は0%	施設ケアは15%、地域・居宅ケアは10%(案)
	財源構成	一部自己負担以外は、保険料(第1号、第2号被保険者)と公費(国と自治体)の割合は1:1	一部自己負担と保険料(うち20%は国庫負担)	一部自己負担以外は公費	一部自己負担と保険料(1:9の割合)、保険料の一部を公費で補助
介護事業者の主体		自治体の指定を受ければよい 地方自治体、社会福祉法人、民間企業など多様	介護事業者の認定を受ければよい 地方自治体、社会福祉法人、民間企業など多様 (日本より参入がしやすい)	県市政府の認定人へのサービス:非営利法人福祉用具、住宅改修:営利法人も可	—
医療制度との関係		老人病院を介護保険制度に移す(施行時) 医療と介護の連携を推し進める	制度的な連携がない(今後の課題) 老人病院が医療保険で対応	制度的な連携がない 全民健康保険で「居宅看護」を給付している(介護保険に移行させる予定)	
外国人ケアワーカー		FTA等の2国間協定での受け入れ(限定的)	外国出身の配偶者が療養保護士の資格を取るとは非常に少ない	「外籍監護工」として約19万人受け入れ	—

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(続)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
(参考)					
社会保障制度を所管する主な省庁(中央政府)		厚生労働省	保健福祉家族部 労働部、女性部	内政部(社会福祉、国民年金)、行政院衛生署(保健衛生、医療保険)、 行政院勞工委員会(労働政策、勞工保険(雇用者の年金)、就業保険 (雇用保険))	
医療保険制度		健康保険(組合、協会) 国民健康保険	国民健康保険	全民健康保険	
人口等	人口	約1億2806万人 (2010年)	約4799万人(2010年)	約2316万人(2010年)	
	高齢化率	1980年:9.1% 2010年:23.0% 2060年:39.9%	1980年:3.8% 2010年:11.0% 2055年:38.2%	1980年:4.3% 2010年:10.7% 2060年:41.6%	
	要介護(認定)者数	約506万人(2010年度)	約29万人(2009年)	約31万人(2010年)	
	1人当たりGDP (名目)	約4万3千ドル(2010年) ※約2万ドル(1987年)	約2万1千ドル(2010年)	約2万ドル(2010年)	

2. 韓国資料

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
老人居住福祉施設	養老施設	老人を入所させ、食事その他日常生活に必要なサービスを提供	次の各号のどれか一つに該当する者として日常生活に支障がない者 1. 「国民基礎生活保障法」第2条に基づく受給権者(以下「基礎受給権者」とする)である65歳以上の者 2. 扶養義務者から適切な扶養を受けることができない65歳以上の者 3. 本人および本人と生計を共にしている扶養義務者の所得を合算した金額を世帯構成で分けた1人当り平均所得金額(月額)が国家統計庁の長が統計法第17条第3項により告示する前年度の都市勤労者世帯月平均所得を前年度の平均世帯員数で割って求めた1人当り月平均所得額以下である者(以下「上位保護対象者」という)として65歳以上の者 4. 入所者から入所費用全額を徴収して運営する養老施設または、老人共同生活家庭の場合は60歳以上の者	市、郡、区的首長に申告
	老人共同生活家庭	老人たちに家庭と同じ住居条件と食事その他日常生活に必要なサービスを提供		市、郡、区的首長に申告
	老人福祉住宅	老人に住居施設を分譲または賃貸を行い、居住の場所、生活相談および安全管理など日常生活に必要なサービスを提供		市、郡、区的首長に申告
老人医療福祉施設	老人療養施設	認知症、脳卒中などの老人性疾患などで心身に相当な障害が発生し、手助けを必要とする老人を入所させて食事、療養、その他日常生活に必要なサービスを提供	老人性疾患などで次の各号のどれか一つに該当する者 1. 「老人長期療養保険法」第15条に基づく長期療養給付受給者 2. 基礎受給権者として65歳以上の者 3. 扶養義務者から適切な扶養を受けることができない65歳以上の者 4. 入所者から入所費用全額を徴収して運営する老人療養施設または、老人療養共同生活家庭の場合は60歳以上の者	市、郡、区的首長に申告
	老人療養共同生活家庭	認知症、脳卒中などの老人性疾患などで心身に相当な障害が発生し、手助けを必要とする老人に家庭と同じ住居条件と食事、療養、その他日常生活に必要なサービスを提供		
	老人専門病院	主に老人を対象に治療を行う施設 →医療法による医療機関を開設できる者(歯医者および助産師を除く)が市、道の首長の許可を受けて設置	1. 老人性疾患で治療および療養を必要とする者 2. 終末期を迎えた患者	市、道の首長の許可
老人余暇福祉施設	老人福祉館	老人に教養、趣味、生活および社会参加活動などに関する各種情報やサービスを提供し、健康増進および病気予防と所得保障、在宅福祉、その他老人福祉の増進に必要なサービスを提供	60歳以上の者	市、郡、区的首長に申告
	敬老堂	地域老人たちが自律的に親睦企画や趣味活動、共同作業場の運営および各種情報交換とその他余暇活動ができる場所を提供	60歳以上の者	市、郡、区的首長に申告

表 韓国の老人福祉施設の種類(老人福祉法第31条)

種類	施設	設置目的	入所(利用)対象者	設置
	老人教室	老人たちの社会活動参加ニーズに対応する健全な趣味、生活、健康維持、所得保障、その他日常生活に関する学習プログラムを提供	60歳以上の者	市、郡、区の首長に申告
	老人休養所	老人たちに心身の休養と関連した衛生施設、余暇施設その他の施設を短期間提供する	60歳以上の者とその同行者。ただし、利用人員が定員に達しない場合は、定員の100分の30の範囲内でその他の者も利用することができる。	市、郡、区の首長に申告
在宅老人福祉施設	訪問療養サービス	在宅で生活している老人で身体的、精神的な障害で日常生活が困難な者に必要な各種サービスを提供して地域社会で健全で安定した老後を営むことができるようにするサービス	長期療養受給者や心身が虚弱だったり障害がある65歳以上の者(利用者から利用費の全額を徴収して運営する施設の場合は60歳以上の者とする)として次の各号に該当する者 1. 訪問療養サービス:家庭で介護が必要な者 2. デイサービス:昼間または夜間の介護が必要な者 3. ショートステイサービス:短期間の入所が必要な者 4. 訪問入浴サービス:家庭での入浴が必要な者	市、郡、区の首長に申告
	デイケアサービス	やむをえない理由で家族による介護を受けることはできない心身が虚弱な老人と障害のある老人に昼間または夜間の間、施設に入所させて必要な各種サービスを提供し、これらの者の生活安定と心身機能の向上を図るとともに、家族の身体的、精神的負担を軽減するためのサービス		
	ショートステイサービス	やむをえない理由で家族による介護を受けることはできない心身が虚弱な老人と障害のある老人に昼間または夜間の間、施設に短期間入所させて、老人およびその家庭の福祉の向上を図るためのサービス		
	訪問入浴サービス	入浴装備を備えて在宅で生活する老人を訪問して入浴を提供するサービス		
老人保護専門機関	老人保護専門機関	市、道知事が老人保護専門機関を指定、運営し、老人虐待の申告、相談、保護、予防および広報とともに、申告、相談用の24時間緊急電話(1577-1389)を運営	老人虐待行為者に対する相談および教育虐待を受けた老人の発見、相談、保護など老人虐待予防および防止のための広報	市、道知事の指定

注)老人福祉法第38条(在宅老人福祉施設)、同法施行規則第26条の2(在宅老人支援サービス)に基づいた在宅老人支援サービスは、施設および人材基準の指針の施行(10.8.31.)以後1年以内に現行規定に適合するように履行しなければならない関係で今年度の現況から除外する。

資料:韓国保健福祉部資料

表 韓国の年度別老人福祉施設の状況

(単位:ヶ所、名)

種類	年度	2007		2008		2009		2010		2011	
		施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員	施設数	入所定員
	合計	60,788	87,812	63,919	112,064	66,854	130,421	69,237	163,136	70,643	158,839
老人住居 福祉施設	小計	398	16,579	347	17,342	360	14,353	397	17,270	414	17,450
	養老施設	384	13,014	306	11,520	285	11,561	300	11,906	303	12,509
	老人共同生活家庭			21	177	56	438	75	618	87	710
	老人福祉住宅	14	3,565	20	5,645	19	2,354	22	4,746	24	4,231
老人医療 福祉施設	小計	1,186	61,406	1,832	81,262	2,712	99,350	3,852	131,074	4,079	125,305
	老人療養施設	1,114	51,310	1,332	66,715	1,642	82,271	2,429	107,506	2,489	111,457
	老人療養共同生活家庭			422	3,500	1,009	8,504	1,346	11,361	1,590	13,848
	老人専門病院	72	10,096	78	11,047	61	8,575	77	12,207		
老人余暇 福祉施設	小計	57,777		59,422		61,065		62,469		63,375	
	老人福祉館	211		228		237		259		281	
	敬老堂	56,480		57,930		59,543		60,737		61,537	
	老人教室	1,082		1,260		1,280		1,464		1,557	
	老人休養所	4		4		5		9			
在宅老人 福祉施設	小計	1,408	9,827	2,298	13,460	2,696	16,718	2,496	14,792	2,750	16,084
	訪問療養サービス	767		1,111		1,228		1,118		1,180	
	デイケアサービス	504	8,109	621	10,627	714	12,768	786	14,086	842	15,154
	ショートステイサービス	137	1,718	217	2,833	288	3,950	67	706	95	930
	訪問入浴サービス			349		466		525		633	
老人保護 専門機関	老人保護専門機関	19		20		21		23		25	

資料: 韓国保健福祉部資料

老人介護保険法案審査報告書

2007. 09.

保健福祉委員会

1. 審査経過 提出日時:2006年2月16日
政府送付日時:2006年2月17日

審議日程:

- 第262回国会(定期会)第2次保健福祉委員会(2006. 9. 18)
- 第262回国会(定期会)第7次保健福祉委員会(2006. 11. 2)「長期療養保険法(仮称)」公聴会
- 第262回国会(定期会)第6次法案審査小委員会(2006. 11. 7)上程質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第9次法案審査小委員会(2006. 11. 22)質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第11次法案審査小委員会(2006. 11. 27)質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第12次法案審査小委員会(2006. 11. 29)質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第10次保健福祉委員会(2006. 11. 30)法案審査小委員会審査報告
- 第262回国会(定期会)第13次法案審査小委員会(2006. 12. 4)再上程、質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第14次法案審査小委員会(2006. 12. 5)質問、逐条審査
- 第262回国会(定期会)第11次保健福祉委員会(2006. 12. 7)審査結果報告
- 第265回国会(臨時会)第1次法案審査小委員会(2007. 2. 5)質問、逐条審査
- 第265回国会(臨時会)第2次保健福祉委員会(2007. 2. 22)本会議に提案しないことを可決

2. 提案説明の要旨(提案説明者:政府)

1. 提案理由

韓国の高齢者人口の割合は、2005年で9.1パーセントと、世界にその類似例がないほど急速に高齢化が進行しており、このような急速な高齢化により認知症等により自立した日常生活が困難な高齢者の数が日増しに増加している。その一方で、核家族化、女性の社会進出等により、介護が必要な高齢者を家庭で介護することが難しくなり、こうした問題はわれわれの社会で解決しなければならないほど深刻になっている。そのため、高齢者の看護、介護問題を社会で解決するという原理に基づいて、政府と社会が共同で解決するために老人介護保険制度を実施し、老後の生活安定を図り、その家族の扶養負担を減らして、国民の生活の質を向上させようとするものである。

2. 主な内容

(1) 老人介護保険料の算定・徴収等(法案第6条から第8条)

- ①老人介護事業の財源を準備して老人介護保険制度を施行する。
- ②老人介護保険の加入者は国民健康保険の加入者であり、老人介護保険料は国民健康保険料額に老人介護保険料率をかけて算出し、国民健康保険公団は老人介護保険料を国民健康保険料と区分して統合徴収する。しかし、老人介護保険料と国民健康保険料をそれぞれの独立した会計で管理される
- ③老人介護保険の加入者、老人介護保険料の算定基準を明確にして、国民健康保険の保険料賦課システムを活用する。これにより、行政効率を向上させる。

(2) 介護認定の申請者格(法案第11条)

- ①介護給付を受けるための申請資格を指定する必要がある。
- ②介護認定を申請することができる者は、介護保険加入者またはその被扶養者、「医療扶助法」に基づく受給権者のうち65歳以上の者、また、64歳以下の者であって認知症。脳血管性疾患等、大統領令が定める老人性の病気を有する者です。
- ③介護給付を必要とする高齢者や老人性の病気を持った国民に介護給付が提供されることで老人介護制度の実効性を確かに行うことができるものと期待される。

(3) 介護給付の種類(法案第22条からの第25条)

- ①受給者が受け取ることができる介護給付の種類を具体的に定める必要がある。
- ②介護給付の種類を在宅介護給付、施設介護給付と特別介護手当に区分し、在宅介護給付は、受給者を家庭等で介護していることを前提に、入浴介護、看護、介護やデイケアやショートステイ等があり、施設介護給付は、療養施設等に入所させて介護することである。特別介護手当は受給者に、特別な事由がある場合に現金を支給するものである。
- ③介護給付の種類を区別して給付を選択して利用するようにすることで、介護給付対象者の状態や家族の状況等による適切かつ効果的なサービスを提供するシステムを構築した。

(4) 介護事業者の指定等(法案第32条から第36条)

- ①受給者に介護給付を提供する介護事業者の開設・運営等に関する事項を定める必要がある。
- ②介護事業者として事業を開始・運営しようとする者は、介護に必要な施設及び人材を備え、国民健康保険公団から指定を受ける。介護事業者が施設や人材を変更したり、休業、廃業したりしている場合にも、申告する。介護事業者が、関連法令を違反した場合には、その指定を取り消すことができることとする。
- ③介護事業者の開設・運営や指定取り消しに関する事項を定めて、介護事業者が透明性を持って運営できるようにすることで、介護給付がスムーズに行えるようにする。

(5) 介護費用の本人一部負担（法案第 39 条）

- ①介護給付を受けた者がその費用の一部を負担することについて規定する必要がある。
- ②受給者は、在宅と施設介護の費用の 100 分の 20 を負担するが、国民基礎生活保障受給権者はこれを負担せず、医療扶助受給権者等は、本人の一部負担金の一部を軽減できるようにする。
- ③受給者が介護費用の一部を負担することで、介護給付利用の効率を向上し、負担能力に応じて、本人の一部負担に差をつけることで、家族の経済的負担を軽減することができるものと期待される。

(6) 高齢者介護委員会の設置（法案第 44 条から第 46 条）

- ①老人介護保険料率、特別介護手当の支給基準、在宅と施設介護の費用等、国民に影響を与える老人介護事業の重要事項を審議する委員会を構成する必要がある。
- ②保健福祉部長官の下に、老人介護委員会を置き、労働者団体、使用者団体、市民団体、高齢者団体、農漁業団体、自営業者団体と介護事業や医療業界等の代表者を中心に 16 人以上 22 人以下の委員で構成され、老人介護保険料率等を審議することとする。
- ③老人介護事業の重要事項を決定する委員会に利害関係者と専門知識を持つ者を参加させることで民主的な意思決定と政策決定の責任を明確にすることができるものと期待される。

(7) 管理運営機関（法案第 47 条及び第 50 条）

- ①老人介護事業を効率的に実施するために、老人介護保険事業を管理・運営して、評価する機関を指定する必要がある。
- ②国民健康保険公団は、介護保険加入者、その被扶養者と医療給付受給権者の資格管理、老人介護保険料の賦課及び徴収、介護認定の申請者に対する調査では、介護等級判定委員会の運営と介護等級判定、介護事業者の指定等の業務を管掌することとする。
- ③国民健康保険公団のコンピュータ・ネットワークとその他の全国組織等の既存のインフラストラクチャを活用して管理運営を効率よく行うことを期するようにする

(8) 国と地方自治団体の負担（法案第 56 条）

- ①老人介護事業のコストに係る国と地方自治団体の負担額について定める必要がある。
- ②国は、予算の範囲内で老人介護事業の費用の一部を負担し、国と地方公共団体は、医療扶助受給権者の介護給付費のうち、国民健康保険公団の負担コストや管理運営費の基準を大統領令で定めるところにより、それぞれ分担することとする。
- ③認知症等により介護が必要な高齢者等の福祉の増進について、国と地方自治団体の責任を明確にし、その扶養家族の負担を軽減することができるものと期待される。

3. 審査結果報告の要旨

(1) 制定の必要性

□韓国は高齢化率が9.5%となり、すでに高齢化社会を迎えた状態である。高齢化社会(高齢化率7%以上)から高齢社会(同14%以上)になるには、18年が必要とされる。これは、日本(24年)等と比較して、世界で類例がないほどはやく高齢化の速度である。

□高齢者人口の中で、80歳以上の者の割合が増加するにつれて、要介護高齢者の数も増加している(2005年保健社会研究院研究結果: '05年53万人、'07年58万人、'10年65万人と推計されている)。少子化の進行とあわせて、高齢者の扶養負担が大きくなっている。

□その一方で、核家族化、女性の社会進出等により、家族形態が高齢者の介護が困難な形に変化し、介護を必要とする期間が平均2年に達する等、介護が長期化する中、家庭内での介護は限界に達していると考えられる。

□総合的に判断すると、介護を必要とする高齢者に、高齢者福祉サービスを普遍的に提供し、介護にともなう家族の負担を軽減するようにするために、老人介護保障制度を導入することが必要であると考えられる。

(2) 施行時期

□6つの法案の附則では、施行時期を'08年7月としている¹⁾。これは、施設インフラ構築と段階的モデル事業(第1段階: '05.7~'06.3、第2段階: '06.4~'07.3、第3段階: '07.4~'08.6)にかかる期間を考慮したものである。一方、老人療養保障制度を導入することに、賛成しながらも、社会保険制度としての全面的制度施行は'10年から'15年以降に延期しなければならないという意見もある²⁾。

1) ジャンヒャンスクの原案では、附則第1条'07年7月1日から施行するように規定し、第2章(長期療養保険)、第4章(長期療養給与の種類)、第5章(長期療養給与の実施)、第6章(長期療養機関)、第7章(在宅および施設の長期療養給与費用等)等は'08年7月1日から実施することを規定する

2) 老人介護保険法制定の公聴会('05.915、保健福祉部)資料集のうち、韓国経営者総協会、連帯プレスリリース。

□実施時期を延期しようという立場は、次のような論拠を提示している。

まず、先進国の事例に照らして見たとき、我が国の経済水準や高齢者人口の割合を勘案すれば、社会保険方式の制度導入は時期尚早ということである。社会保険の形で公的老人療養保障を行っている代表的な国であるドイツと日本の場合、1人当たりGDPが3万ドル

以上、高齢者人口の割合は15%以上で、社会保険方式の制度を導入したが、現在の韓国は1人当たりGDPが1万6千ドル、高齢者人口の割合は9.5%程度に過ぎないという点を挙げている。

これに対して、法案を提案した保健福祉部は、資金調達方法にかかわらず、この介護サービスを提供し始めた時点に注目している。ドイツと日本は、もとの租税方式で高齢者、一般の療養保障制度を実施しているが、社会保険方式に切り替え（ドイツ：1995年、日本：2000年）しだった制度的特性を踏まえて、考慮する必要がある。日本とドイツは高齢者福祉制度での療養保障制度を、70～80年代に導入したので、現在の韓国の状況も公的老年療養保障制度を導入するのは時期尚早ではないと考えられる。

保健福祉部の意見によると、“公的老年療養保障制度”の実施に焦点をあわせると、国民所得と高齢者人口の割合を指標として見たとき、韓国は、ドイツや日本等先進国に比べて制度の導入が遅れたと考えられる。その一方で、“社会保険方式”によるサービスの導入に焦点をあわせる場合、全人口の10.3%（'08年）である高齢者の中でも1.7%（'08年）に過ぎない人口だけが受益者となる³⁾にもかかわらず、20歳以上の全人口に保険料を課すこととなる⁴⁾。

3) 政府に添付された財政かかる推計書による

4) 日本の場合、社会保険方式の制度導入当時（'00年）の人口に対する高齢者人口の割合は17.4%、高齢者人口に占める受給者の割合は10.3%（2002年）であった（保健福祉部資料）。また、日本の場合、被保険者の範囲を“40歳以上の者”としているが、これは40歳になると、自分が老人性疾患による症状が出始めること、介護保険の導入で自分の親の介護負担が減少する年齢層が40歳以上であることを考慮し、世代間の連帯の理念を生かしつつ、40歳未満の若年層の関心の低さとそれともなう保険料滞納問題を回避するためのものであった（高齢者療養法制の現状と課題、韓国法制研究院、'03.10.31）。

次に、韓国の高齢化進み方がはやい点と介護の関係では、一度介護サービスの受給が始まれば長期的に受給者になる特性があるという点を勘案すると、今後財政負担が大幅増加する見通しであるにもかかわらず、財源調達方法と今後の財政運営等に対する政府の綿密な方策が十分に提示されていない。

これに対し、保健福祉部は受給対象者を‘08年には重度以上、’10年以後は中度以上に限定し、介護給付限度額を設定する等財政支出抑制策を提示しながら、中長期的に財政負担が可能なモデルを樹立したと説明している。

一方、老人人口の3.1%、すなわち介護保険の給付対象者の約20%の重度の者に限定して介護給付を実施するという計画は、被保険者が受給者になる幅がとて狭く、今後軽度まで受給対象を拡大しようという要求に直面する可能性が高いという恐れがある。

また、保険加入者の資格、保険料算定、納付、徴収等制度全般が健康保険と同様に設計されているため、地域加入者と職場加入者間そして所得階層間の公平性の問題、保険でカバーされない死角の発生および財政赤字問題等、健康保険が直面している一連の問題に同様に悩むことも憂慮されている。

そして、老人介護サービスは地域社会の施設や人材の資源を活用して介護サービスを中心に提供されることを原則である。韓国では、地域や在宅を中心とした福祉サービスの実施経験が浅く、施設運営や専門人材養成のノウハウが不足するという点が問題点とされている。外国の例を見ると、ドイツは‘95年の介護保険導入以前の’88年から疾病金庫で在宅サービスを、日本は‘70年代から政府の税財源で介護サービスをそれぞれ提供してきた。このように、社会保険導入以前に普遍的介護保障制度を施行した経験がある。

総合すれば、各制定案のように施行時期である‘08年7月から社会保険方式で全面的制度導入をすることが適切か否かに対し、各界各層の意見を綿密に取りまとめて制度施行のために社会的合意を形成しなければならないと考える。

(3) 法律の名称

政府は“老人介護保険法案”、チョン・ヒョングン議員とキム・チュンジン議員は“国民長期療養保険法案”、アン・ミョンオク議員は“国民療養保障法案”、ヒョン・エジャ議員は“長期療養保障法案”、チャン・ヒャンスク議員は“長期療養保険法案”で題名がそれぞれ別になっている。

	政府案	チョン・ヒョングン、キム・チュンジン議員案	アン・ミョンオク議員案	ヒョン・エジャ議員案	チャン・ヒャンスク議員案
名称	老人介護保険法案	国民長期療養保険法案	国民療養保障法案	長期療養保障法案	長期療養保険法案

①老人 vs 国民

まず“老人”なのか“国民”なのかどうかは、介護保険対象者の範囲および法制定の目的を明確にすることと関連して決めなければならない。また、障害者含むか否かと関連した事項で総合的に検討する。

ただし、政府案の場合、第1条、第2条第1号および第11条によれば、65歳以上の者だけでなく老人ではない者のうち、認知症や脳血管性疾患等大統領令で定める老人性疾病を持った者も介護給付の対象に含んでいる。したがって、名称には“老人”を“老人等”に変えて受給対象者を明確にする必要がある。

②介護 vs (長期)療養

“介護”という用語は入浴、看病等日常生活を支援する非医療的なサービスに限定された意味であり、“療養”は介護の他にも医療サービスを含む概念で使っている。

政府では、第2条第2号および第22条でサービスの種類を提示しているが、家族介護、入浴介護等主に身体活動および家族の活動を支援するサービスであるから“介護”という名称と符合すると見られる。チョン・ヒョングン議員案とアン・ミョンオク議員案は療養給付に医療、看護、リハビリ等の医療サービスが含まれることを明示しており(第2条第2号)、介護サービスの他にも訪問リハビリ、療養サービス管理等医療的サービスを提供するようにしている(第32条、中(案)第18条)。これより、“療養”または“長期療養”という名称と法案の内容が符合すると見られる。

したがって、“介護”なのか“(長期)療養”なのかどうかは、提供されるサービスの範囲問題と関係して決定される事項である。提案前に取りまとめた専門家の見解によると、長期療養保護(long-term care)のニーズに適切に対応して、介護給付と医療サービスを連係させる原則(政府案第3条第3項、チョン・ヒョングン議員案第3条第3号、アン・ミョンオク議員案第3条第1項)を実現することを重視し、医療的サービスを含む‘統合的保健福祉サービス’の提供が必要だという見解がある。

外国の例を見ると、ドイツやスウェーデン等は食事支援等日常生活および身体活動を支援する介護サービスに限定されており、日本や英国等は介護だけでなく医療サービスも支援している国もある。

③保険 vs 保障

“保険”という名称を使う場合、同制度の根幹が社会保険原理にあるという点を明確に表わすものである。一方、“保障”という名称をつけるならば、各法案が介護給付の対象者に保険料負担能力がない低所得層まで包括し、財源の相当部分を国庫支援で調達させている点等を浮び上げることになる。

(4) 障害者含むか否か

政府案は65歳以上の高齢者を主として65歳未満である者のうち、老人性疾患の者も対

象に含む。その一方で、チョン・ヒョングン議員案、アン・ミョンオク議員案およびチャン・ヒャンスク議員案では、それぞれ政府案の対象範囲に障害者を追加で含めている。キム・チュンジン議員案とヒョン・エジャ議員案は全国民を対象としている。

	政府案	チョン・ヒ ョングン議 員案	アン・ミョ ンオク議員 案	チャン・ヒ ャンスク議 員案	キム・チ ュンジン 議員案	ヒョン・ エジャ議 員案
受給権 者	65歳以上 64歳以下 (老人性疾 患の者)	65歳以上 64歳以下(老人性疾患の者) 大統領令で定める障害者			全国民 (国民健康保険加入 者、医療扶助受給権 者)	

障害者を受給対象で含む場合、8万人ないし20万人が追加的に受給者になり、'10年の場合、追加費用は1兆1千億ウォンないし2兆7千億ウォンになると推計されている。これは障害者を除外したときに推計された総介護費用(1兆9千億ウォン)に比べて58%から142%の金額であり、保険料負担増加を誘発して制度導入にともなう抵抗を引き起こす背景になる。

外国で障害者を含んでいるか否かを見ると、ドイツの場合は障害者を含んだ全国民を対象としているが、日本は65歳以上の者と40歳以上の老人性疾患の者に限定して、障害者を含めていない。

(5) 管理運営主体

訪問調査、ニーズ調査、療養認定、等級判定、療養サービスの管理等、療養サービス管理業務を地方自治体が担当する場合、既存の住民福祉業務と関係が容易で、多様な地域資源活用を通じた地域密着型サービス提供が可能だという長所がある。その一方で、保険料納付と給付管理機関が異なるため、不便な点が多く発生する恐れがあるという指摘がある。

保険料納付と療養サービス管理業務を公団が行う場合、療養保険の保険者運営主体の一元化を通じた財政健全性確保に、既存の社会保険制度である健康保険の運営システムを活用するので制度施行初期の混乱を防止することができるという長所がある。一方で、地域密着型サービス提供や地方自治体の健康増進、福祉業務との関係が難しくなり、老人一人一人に質の高い療養サービスを提供することに限界があるという指摘がある。

□総合すれば、管理運営主体の決定は長短所にともなう得失を綿密に検討して行わなければならない。ただし、公団を管理運営主体とする場合、特定の地域での公団支所の勤務

を条件に職員を採用したり、地域別協議体を構成したりする等地域密着性を強化するための補完措置を法令に明示する必要がある。地方自治体を管理運営主体である場合、新しい社会保険運営システム導入にともなう施行初期の混乱を防止する対策を用意しなければならない。

(6) サービス利用体系

6 法案のサービス提供手続きの主な相違点は、別途の療養計画書作成の有無、すなわち等級判定のための訪問調査と療養計画書作成のためのニーズ調査手続きの二元化の有無である。

別途、療養計画書を作成する場合、受給者個人別に専門的判断に基づいた療養サービスを提供することができるという長所がある一方、等級判定のための訪問調査と介護計画書作成のための調査が二元化されて受給者の不便を招く恐れがある。

政府案およびチャン・ヒャンスク議員案のように、別途の療養計画書作成なしで等級判定と標準介護利用計画書を参照して受給者が選択するようにする場合、施設入所者には専門の担当者が所属してサービス計画を作成する。在宅サービス受給者には、専門的判断よりは個人および家族のニーズに偏ったサービス受給が成り立つ可能性が大きい。

4. 代替討論要旨

なし

5. 法案審査小委員会審査内容（小委員会委員長 カン・キジョン）

政府発議の老人介護保険法律案（'06. 2. 16）、チョン・ヒョングン議員が代表発議した国民長期療養保険法律案（'06. 4. 18）、アン・ミョンオク議員が代表発議した国民療養保障法律案（'06. 5. 18）、キム・チュンジョン議員が代表発議した国民長期療養保険法律案（'06. 8. 11）、ヒョン・エジャ議員が代表発議した長期療養保障法律案（'06. 9. 12）、チャン・ヒャンスク議員が代表発議した長期療養保険法律案（'06. 9. 13）等 6 件の法律案を併合審査した。

6. 審査結果

本会議に付議しないことにする。

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)

審議日程

(原案)

- 第 262 回国会(定期会)第 2 次保健福祉委員会(2006. 9. 18)
- 第 262 回国会(定期会)第 7 次保健福祉委員会(2006. 11. 2) 「長期療養保険法(仮称)」公聴会
- 第 262 回国会(定期会)第 6 次法案審査小委員会(2006. 11. 7)上程質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 9 次法案審査小委員会(2006. 11. 22)質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 11 次法案審査小委員会(2006. 11. 27)質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 12 次法案審査小委員会(2006.11.29)質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 10 次保健福祉委員会(2006.11.30)法案審査小委員会審査報告
- 第 262 回国会(定期会)第 13 次法案審査小委員会(2006.12. 4)再上程、質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 14 次法案審査小委員会(2006.12. 5)質問、逐条審査
- 第 262 回国会(定期会)第 11 次保健福祉委員会(2006.12.7)審査結果報告
- 第 265 回国会(臨時会)第 1 次法案審査小委員会(2007. 2. 5)質問、逐条審査
- 第 265 回国会(臨時会)第 2 次保健福祉委員会(2007. 2.22)本会議に提案しないことを可決

(代案)

- 第 266 回国会(臨時会)法制司法委員会 (法案審査第 2 小委員会、2007 年 3 月 29 日)法案の課題を審議
- 第 266 回国会(臨時会)法制司法委員会 (2007 年 3 月 30 日) 法案審査第 2 小委員会の審議結果の報告
- 第 266 回国会(臨時会)国会本会議 (2007 年 4 月 2 日)「老人長期療養保険法」の審議

○第 262 回国会(定期会)第 2 次保健福祉委員会(2006. 9. 18)

法案(6案)の概要説明と、比較検討結果の説明

主な相違点(論点)

対象者(年齢、障害者を含むか否か)

障害者を対象に含めると、受給者は8万~20万人増加し、2010年で1兆1000億~2兆7000億ウォンの追加費用が必要(障害者を場合の介護費用である1兆9000億ウォンに比べて58~142%に相当)。

外国の例、ドイツは障害者を含む国民を対象だが、日本は65歳以上の者と40

歳以上老人性疾患の者に限る（障害者は含まない）。

保険者（公団か自治体か）

○第 262 回国会(定期会)第 2 次法案審査小委員会(2006. 9. 20)

「老人長期療養保険法案」の公聴会開催について（開催する方向）

○第 262 回国会(定期会)第 7 次保健福祉委員会(2006. 11. 2)

「長期療養保険法(仮称)」公聴会

主な意見

ムノクリン教授（ソウル大学保健大学院）

低成長下で費用のかかる介護保険は慎重に実施する必要。しかし今後、高齢化が進む韓国では、準備しておかないといけない制度。

対象者には健康状態がよくない、低所得者が多い高齢者を優先すべき。財源確保の問題を考えると、障害者を対象にしないのは現実的（財源確保の手段と国民の合意があれば、含めてもよいのではという考えも示す）

保険者は効率性とアクセシビリティが重要である。公団は専門性が高く、国民健康保険の仕組みを生かすことができ、案としてはよい。住民に密着したサービス提供という面では地方自治体を排除することには反対（日本の予防給付の強化をみると、こういう考えに至る）

財源は、保険料、一部自己負担、国や地方の負担が望ましいが、税負担は大統領令に委任は、責任が不明確ではないか。

サイケイデアッテ教授（連帯社会福祉委員会）

社会保険はどのリスクに対応するかを考えることが重要。介護保険は機能喪失に備える保険であるが、機能喪失の原因を年齢に限るべきではない。障害者を含めてよいのでは。

保険者は効率性から言って公団が望ましい。ただし、要介護認定と保険財政を同じ組織で管理すると、要介護認定が保険財政に左右される懸念がある。要介護認定は地方自治体で行う方がよいかと思われる。

税財源の割合を明確にして国の責任をはっきりさせるべき。自己負担割合の 20%は高すぎる。日本の 10%くらいが、介護サービス利用をできない人を減らし、ムダなサービス利用に歯止めをかけられる。

チョ・ギョンエ代表（健康世の中ネットワーク）

介護保険は、被保険者、保険料負担者、サービス受給者を一致させないと、国民の信頼は得られない。原因の如何にかかわらず機能喪失に対する制度であるとするれば、障害者を

含む全国民とすべき。日本のような仕組みでは国民の合意は得られない。

保険者は効率性を考えると公団がよいと思うが、地方自治体にも役割はある。要介護認定、ケアプランの作成、公的な介護サービス事業体の運営がある。

財源構成として、国の責任を明確にするために負担割合を決めること、低所得層が介護サービスを利用しにくいことを防ぐため、自己負担割合は10%程度が望ましい。

ホン・グァンシク 常任理事（大韓老人会中央会）

早期の介護保険の実施を希望する。介護インフラの整備が不十分な中、介護保険の給付の種類が外国より少なく、自己負担割合も高いので、障害者を対象にすると、高齢者が介護サービスの恩恵を受けにくくなる。また、障害者を対象にすると、財政負担も大きくなり、高齢者の負担増につながる。そして、障害者施策は、所得保障、就業などと総合的に税財源で実施すべき（対象者に含めるべきではない）。

イ・ムンヒ 政策研究室長（韓国障害者団体総連盟）

障害者を対象に含めるべき。障害者への施策は今でも不十分。障害は本人の責任ではなく、社会全体で支えるべきリスクである。

絳紅組会長（老人病院協議会）

障害者は高齢期の者に限って含めるべき。介護保険を高齢期のケアのための制度と考えると、高齢者で原因の如何を問わず介護が必要になった人を対象にすべき。特に高齢期は障害者の出現率も急速に高くなる。若年障害者を介護保険の対象者にすると、税財源での障害者施策への支出が減り、かえって障害者福祉が後退する可能性もある。

○第262回国会(定期会)保健福祉委員会(法案審査小委員会、2006年11月7日)

「老人長期療養保険法」の公聴会実施を受けて、法案の論点ごとに議論

主な内容

・名称（「保険」か「保障」か）

政府は財源方式に着目、国民から保険料で財源を集めることを明確にするために「保険」とした。

税方式で行う場合、韓国では地方政府の機能が不十分、高齢化には地域差もあり、政府がいったん財源を集める方式として、社会保険方式がよい。

税方式であれば、国と地方の負担割合を決める必要。

外国では、英国やスウェーデンのようなのに地方政府が主に負担する社会サービス方式であり、ドイツやオランダ、日本のような場合は全国民が参加する社会保険方式である。

韓国では1977年から健康保険が実施、社会保険方式は国民の信頼がある。