

「療養」か「介護」か

(議論なし)

「国民」(障害者も含むとこの名称)か「老人」か

64歳以下も対象に含まれる場合、「老人」とする意味はあるのか

64歳以下でも「老人性疾患」による要介護状態であることが条件、65歳以上は条件がない。ただら、いったん年齢で区切ったという意味の「老人」は必要

・受給権者の範囲(等級)

等級判定(要介護認定)結果でみて、軽症を5等級として、1~3等級程度はひとまず対象とする(対象に含める級の決め方は任意)

軽い等級のものを公的な制度でカバーすることに理解が得られるか。日本でいう要介護者認定者すべて(5段階)や軽症は対象にしないのがよいであろう。

ADLsを基準に等級は区分するが、日本のような5段階で行くことがよいが、対象者が大幅に増え、保険料が上昇する。ひとまず3等級で実施して、その後判断する。

制度実施当初は、65歳以上人口の1.7%で、2010年でおおよそ3.5%が対象者である。これは日本の11%、ドイツの10.2%程度より小さい。韓国でも対象を拡大し、高齢者の12%をカバーする計画である。

軽度の等級への拡大は、今ははっきりとはさせられない(2012年頃でできるか否か?)ので、法案には記載しない。

・受給権者の範囲(障害者含むか否か)

障害者を介護保険の対象者とする、障害のある高齢者が8万人(KIHASAなどが推計)、これをもととの対象者の8万人にあわせると、16万人となる。

障害者福祉は国が責任を持つ者であり、社会福祉方式で行う。若年障害者のように、職業訓練やリハビリも総合的に行う必要があり、障害者施策として総合的に実施する。

障害者を対象外にすることは、介護が必要な人を排除することにならないか。対象に含めることで国民も保険料を負担しやすくなるのでは?

障害者と要介護高齢者ではニーズが異なる。障害者には所得が低い者が多く、介護保険の加入は困難。障害者施策として、自立を目標にした、税財源による「活動補助サービス」を実施しており、これは介護保険で提供するケアも含まれるものである。また、現金給付も行う。これらの実施状況をみて判断してもよいのでは。

また、障害者へのケアは、その内容が障害によって大きく異なる(高齢者のケアとも異なる)。よって、介護保険の体系に合致するか疑問である。

・管理運営主体

財政管理、給付管理が保険者の仕事になるが、公団か地方自治体のどちらがよいのか?

政府としては、保険者は公団となり、要介護判定委員会（医師、看護師、社会福祉士、公団職員、自治体職員で構成）の委員任命権、介護保険事業者の指定と取り消しは自治体でよいのではと考える。

要介護認定のニーズ調査は、判定が甘くなることを防ぐため、公団で行う。これに基づく判定は委員会で行う。

要介護認定の申請は法的には公団とし、自治体の窓口で受け付けるということも考えられる。自治体で保険者機能の一部を担うとなると、専門的な人材の育成、採用が必要になる。それでも、自治体と公団の役割分担はあり得る。

保険料の統合徴収で公団の人材も減り、要介護認定のためには新規に人材が必要。実際に 3000 人が必要（看護師や社会福祉士など）。

介護保険が税方式だった場合、公団は関与できるか？

そのままではできない、税財源から委託費として受け取ればできる。

ケアプランの作成は公団で行う。いったん作成したプランの管理などは行わない（日本と言うケアマネジメントは行わない）。

保健所の関与はない。

- ・サービス利用体系

- ・財源（保険料）

3 等級でスタートすると、保険料はいまの健康保険に 3000 ウォン追加する程度であり、大きな負担ではない。

2010 年の 3.1%で固定しても、高齢者がより高齢化し、日本のように 5 等級すべてを対象にすると、保険料は幾何級数的に上がる。2015 年には 1 万ウォンに上がる。

保険料は全国民が負担する。全国民が負担するならば、要介護高齢者すべてを対象とすべきだが、軽度の者は除かれる。認知症で軽度とされた者には、恩恵が受けられない？

- ・財源（自己負担）

自己負担は大統領令で定めるが、健康保険では 20%、介護保険でも 20%として、基礎受給者は無料、低所得者は 10%とすることが考えられる。

所得による違いはよいのでは？

- ・財源（地方負担）

地方負担は行わず、国からの 20%負担とする。

地方負担がないと、責任を持った運営を行わない？

地方負担があると、義務だけが押しつけられた感じになる？

結論として、保険料、自己負担、税の割合は 60 : 20 : 20 となる。

（基礎受給者の存在を考慮すると、全体では 65:15:20）

- ・基金設置の有無
(議論なし)
- ・サービス提供範囲
医療サービスの扱い
療養サービス (医師が訪問して医療サービスを行う)
療養医療サービス (医師が専門老人病院入所者に対して行う医療サービス)
後者は健康保険と重複するから保健福祉家族部が反対している
医師の役割 (①老人療養施設に常駐、②要介護認定に医師が関与)
① は老人福祉法に明記、

急性期の医療は健康保険では。それ以外では、訪問看護 (医療) と介護の両方でアプローチ?

→次回議論

- ・制度設計のモデル (外国の制度)
韓国の制度はアメリカのメディケアを参考?
ドイツ、日本などの各国を参考にした。
- ・その他
次回の議論 障害者の保険料の減免、要介護認定の有効期間 (6ヶ月) を大統領令に委任することについても議論が必要。

○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 22 日)

施設関連専門家による参考意見、前回の続きの議事

1. 施設関連専門家による参考意見

シン・ギョンニム (大韓看護協会副会長)

訪問看護機関の開設運営権を看護師などの医療関係者に拡大することを求める (医師に限定、訪問看護は医療の一種である)

助産士、保育士などは自分たちの施設の開設運営権を持っている (公平性)

事業者の数が少なく、都市に集中 (アクセシビリティ)

看護師に開設権を認めると、人件費の削減などの経済効果も期待され、専門性も活用

チョン・ミニョン理事 (大韓歯医者協会)

高齢期の健康維持には、口腔衛生が重要であり、口腔衛生に関するサービスが療養サービスに入ることが重要。そこで、等級判定委員会に歯科医師が入ることを求めたい。

韓国の医療人材の資格制度は、分野別に厳格に発展してきた。訪問看護機関開設権の拡

大はこれを根底から覆すものであり、憂慮する。

ヤン・テゴン常任副会長（大韓物理治療師協会）

介護保険で訪問リハビリテーションを行うこと。家族構成の変化、社会の変化により、要介護高齢者がリハビリに通うことができない可能性があり、日本を含む外国でも実施されている。また、要介護認定の多くの項目がリハビリテーションに関係する。そして、訪問リハビリテーションにより、要介護の程度の維持、健康の維持に貢献し、介護費用、医療費の削減につながる。

チョン・キロン

介護保険法案は、療養サービス、生活支援サービスの両方が入っている点で高く評価する。介護サービスは、専門的な教育を受けた専門職が行うことが望ましい。特に、日本では介護福祉士、ドイツでは介護士が高齢者へのケアサービスの専門化と質の維持に寄与していることを参考にして、韓国でも専門的な人材が活躍することを要望する。

リ・ムスン会長（韓国老人福祉施設協会）

保険者業務を公団に一元化ではなく、公団と自治体の二元管理を提案する。保険給付の審査業務まで一元化はできない。例えば日本では、市町村が保険の主体なのに検証業務、給付に対する費用評価、審査評価業務は国民健康保険団体連合会に分離して第3の機関で検証している。

地方自治体にはこれまで養成されてきた社会福祉専門担当公務員が1万人存在し、公団も彼らの助けなしでは業務が進まない。また、公団に介護サービス関係の業務を所管させることは地方分権にも反する。サービス提供などに関しては地方自治体が担うことを提案する。

キム・ヨンニョン会長（韓国在宅老人福祉協会）

老人福祉の世界では脱施設化が潮流である。こうした中、介護保険法が在宅ケアの充実を謳っているは評価できる。そこで、自己負担割合を在宅10%、施設20%とすることを提案する。これによる不足する財源は追加保険料で行う。また、在宅ケアでは家族が介護する時間が長い。そこで、在宅給付の実施を提案する（給付額は施設ケアの3分の1程度）。

「標準ケアプラン」の作成は、要介護者の事情を配慮したケアプランの作成を萎縮させる。「標準ケアプラン」ではなく、「ケアプラン作成の基準」を示す形にしてほしい。

介護保険事業者の指定では、手続きの煩雑さを避けるため、老人福祉法などに基づいて認可されている事業者は手続きを簡略化してほしい。

（質疑）

- ・ 訪問看護機関の開設運営権者の拡大

介護保険法案では訪問看護機関の開設運営権が看護師にない。業務は看護師の免許の範囲内で行うが、他の職種とのバランスからみてバランスがとれていない。

※ 訪問看護は医療的な性格が強いので、医療機関に限定（政府）

老人福祉法による老人医療福祉施設は医療的な性格が強いが、開設者に制限はない。

看護師が運営して成功している例もある。

現行の家庭看護は退院患者へのケアで医療的な性格が強い。看護師が行っている。訪問看護は介護的な性格が強いので別物。

訪問看護とは、医師の指示書をもとに看護師が行うものである。日本の場合、訪問看護ステーションに常勤医師はいない（ただし、嘱託医はいる）。

- ・ 介護人材について

介護人材は介護サービスの管理を行う者、介護サービスを提供する者などに区分する必要

- ・ 歯科医師が訪問看護設置主体になること

これをよいとする考え

2. 審議

主な内容

- ・ 介護保険について

全国民が加入して、保険料を負担。要介護の重度の者に療養を給付

医療によるケアが必要な場合、健康保険

→要介護度が重度で認知症を煩っている場合、療養と医療は分けられないのでは？

→現行では分けていくしかない。

- ・ 前回までの合意事項

保険者は公団（保険財政管理、給付管理の一部） 地方自治体は給付管理のうち、要介護認定と介護保険事業者の指定・取り消しを担う。

保険の財源として、地方政府の負担はなし、国が20%、自己負担は20%を基本に、基礎保障受給者は無料、低所得者は10%とし、大統領令で定める。

- ・ 地方自治体の役割

要介護認定の申請受付、ニーズ調査は自治体で行うべきで、認定は公団が行うべき。

→公団の方が、専門性を備えており、自治体ではモラルハザードが生じる恐れが

ある。要介護認定を公団に任せると中立性が損なわれるので、自治体で行い、認定には、自治体職員、医師、看護師などが関わることにした。

- ・ 財源、負担額について

実施当初の介護給付対象者は16万人（重度＋それ以下）と見込んでいる。

全国民の保険料などで費用をまかなう（3000億ウォン程度）。介護インフラの整備も不十分のため、重度に限定。その後の制度の状況をみて対象者を拡大させる。

自己負担は20%を基本とするが、減免あり。1ヶ月あたり平均で15%くらい。2等級で施設に入った場合1ヶ月24万ウォンの自己負担。1等級で在宅の場合、20%として12万ウォン。

自己負担の差別化は、在宅に誘引する意図の一方で、財政負担の軽減もある（日本は施設、在宅ともに10%）。

制度の実施で施設入所のニーズは増えないか（日本では施設への否定的な意識は消えている）。→自己負担割合の差別化の根拠

在宅の場合、ほとんどは家族でみている。そのため、自己負担は軽減してもよいのでは。→差別自己負担割合で財政収支を政府が後日試算

保険料率は健康保険の4.5%の定率で徴収（保険料の3.5%、所得基準では0.15%）。

2008年基準（6ヶ月分）で保険料が3324億ウォン

2010年に保険料収入が1兆1000億ウォン

- ・ 障害者を対象に含むか否か

政府の考えは、障害者施策は別に行うので、介護保険法の対象にはしない。障害者を対象に加えた方が、国民も保険料負担に納得するという考えもある。障害者の本人負担軽減の大統領令委任もまだ決まっていない。とりあえず次回。

- ・ 基金の設立

介護保険に基金を設置することにはさまざまな考え方。今後検討。

- ・ 訪問看護機関の設置運営者問題

訪問看護施設は、看護、医療行為の補助を看護師が行うという医療的な性格がある（医療を行うのは医師なので、看護師は設置権者ではない）。歯科医師は、医師とは別の職域であり、設置権者からは除いた。

→訪問看護は医療的な性格はあるが、急性期の医療機関とも異なるので、看護師に設置権を認めてもよいのではと考えることはできる。

→訪問看護であっても医療行為の一部なので、医療法の制約を受けるから、看護師を除外するのは適当。

→どこの国でも、医療と介護の明確な線引きはできない。日本では療養病床群も介護保険に入っているし、リハビリも医療的なサービスである。介護には医療の概念が含まれるところがある。

→看護師の業務の範囲内で業務を行うのであれば、開設者になると考えることはできるが・・・(後日検討)

- ・ その他

要介護認定の医師意見書→必ず発行、自己負担 20%

要介護認定の有効期間→大統領令に委任、最短と最長期間を示す方法

人材

療養管理者（ケアマネジメントを行う）：公団職員

療養保護者（介護にあたる人）：どのように養成する。社会福祉士などの既存の資格との関係（別の資格、既存資格保持者を補足の教育で移行させる？）

療養福祉者（家族などからの相談にあたる人）

→名称等を含め後日検討

○第 262 回国会(定期会)第 11 次保健福祉委員会(法案審査小委員会、2006 年 11 月 27 日)

前回審議の続き

主な内容

- ・ これまでの論点のまとめ

保険者機能：要介護認定の申請窓口（公団、地方自治体、自治体に療養管理センターを新設）、（要介護判定委員会は自治体に設置）

自己負担：施設、在宅で差をつけるか？

医師の意見書：義務化するか

要介護認定の有効期間：法律で最短期間は明記し、大統領令に委任

障害者に対する保険料の減免

訪問看護機関の開設運営権者拡大

介護人材：療養管理者、療養福祉者、療養保護者（の資格制度）をどうするか

医療関係者の役割

- ・ 保険者機能

申請窓口・ニーズ調査：地域密着で自治体、判定は公団の方がよいのでは。

全国一律の判定を行うための基礎資料となるニーズ調査の実施のためには、公団で申請受付、ニーズ調査がよい。保険財政と判定結果がリンクしないよう、判定委員会は自治体に置く。

異議申し立ては公団で行う。

公団、自治体ともに新規に人材が必要（3000 人くらい）。自治体の場合、公務員の増加につながる。

保険財政は6割が保険料なので、公団でよいのでは。

地方自治体に任せる場合、運営に地域差が出過ぎて是正ができなくなる。

要介護認定委員会（15名）の委員構成として、地方自治体の意見を反映させる形（7名を超えない委員を推薦）、専門家を必ず入れる

- ・自己負担割合

在宅での生活を続けるには、居宅ケアの自己負担を引き下げることが不可欠。

保険財政を考慮して。施設20%、在宅15%が考えられる。

基礎保障受給者、低所得者（最低生活費の130%まで）への減免は？

前者はともに0%、後者は半分として、それぞれ10%、7.5%となる。

（数値例）

施設：1等級で24万ウォン（一般）＋食費（13～15万ウォン）

在宅：訪問看護を週1～2回（1等級）で9万ウォン（一般）

4万5000ウォン（低所得者）

- ・医師の意見書（提出不要の例外を設けるか）

例外を認めると、モラルハザード（不正）が多くなるのでは？

しかし、明らかに寝たきり、山間僻地の場合まで医師による調査、意見書が必要とするのは現実的か？

大統領令に委任するが、厳格にした方がよい

- ・障害者を含むか否か

障害者と要介護高齢者では、サービスのニーズが異なる。障害者に関する総合施策では、ケアサービスだけでなく、就労、教育、日常生活など支援の内容が多岐にわたり、最終的な目標は自立である。

障害者の対する保険料の減免を行う

健康保険料ですでに減免（所得水準に配慮が目的）＋介護保険料の減免（対象者でないことが原因）

障害者を除くことに対して、再度検討することを附則に入れる？

- ・訪問看護機関の開設権者

訪問看護機関を老人福祉施設が開設することも踏まえ、開設者に看護師を認めるが、必ず医師を置くこと（医療的な性格の強いサービスなので、医療法の観点から医師がいることは必須）。

- ・人材

療養管理者：公団で行うから、特に名称や資格は必要ない

療養福祉者：看護師や社会福祉士があたるので、彼らには国家資格があるから、それで十分では

療養保護者：すでに老人福祉法にこの用語があるが、特別に資格はあった方がよいか

○第 262 回国会(定期会)第 12 次保健福祉委員会(法案審査小委員会、2006 年 11 月 29 日)

前回審議の続き

主な内容

・障害者を対象にするか否か

障害者を対象に含まない場合、附則を準備し、含む場合は、総則に「国家は今後介護給付に関する政策を改善発展するということにおいて老人だけでなく障害者など日常生活を一人で遂行しにくいすべての国民が介護給付、身体活動支援サービスなどを提供されるように努力して進んでこれ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」とした。(後者で合意)

・訪問看護機関の開設権

老人福祉施設が運営の場合、誰でも開設できるので、看護師が開設できる(医師は置く必要あり)。老人福祉医療機関が開設の場合、医療機関なので、看護師は開設できない(政府修正案)。前者の場合、老人福祉法に訪問看護をサービスの種類に入れる。

(修正前は、訪問看護機関を単独で開設→医療機関(医師)に開設者が限定)

→医療のように厳格な線引きを介護について行うことはできない(介護にはさまざまな種類のニーズがある)。総合的な政策パッケージとしての介護保険を作るため、介護サービスの中に訪問看護を入れた(日本では長く行っているし、日本の制度からイメージした)。

→訪問看護は韓国の医療法には入っていなかった領域

→「医師を置く」のは医師の指示書が必要なため。

医師は常勤である必要はない

(非常勤、嘱託、指導医師(必要なときに助言ができればよい))

→在宅介護機関は在宅サービス、訪問看護サービス、今後あり得る訪問リハビリサービスなどすべてのものができる機関として、その機関の開設権は誰でもすることができるようにして、ただ看護介護をする場合には医療法により医師の指示で開設要件を厳格にする。

・法案の名称(6つの案をもとに代案を作成するため)

「国民」と「老人」：対象者は高齢者なので「老人」

「介護」と「療養」：「介護」にはお世話途と尊敬の念、「療養」には医療も含む広い概念

「保険」と「保障」：「保険」では財政方式に着目、「保障」は国が責任を持って制度を实

施するニュアンスが明確

「老人介護保険法」でひとまずの案

※ここから先は逐条審査

・法の目的

「介護給付を行うことで、家族の負担を軽減し、国民の生活の質を向上させる」という方向

・老人介護基本計画

5年間の案→3年など柔軟にできるようにする

・意見書の発行者など

医師に韓方医師は入るか→医師（または韓方医師）とする

・ニーズ調査

公団が行うが、必要な場合は自治体に委託できる（これまでの議論の結果をもとにした）

・要介護認定の有効期間

最短で1年で、大統領令に委任

・自治体職員による代理（介護給付の選択）

高齢者が自分で意志を表示できず、家族や親族がいない場合、自治体の社会福祉担当職員が代理できる。

・家族介護費（第23条）

支給できる主体を公団とした

・介護保険事業者の取り消し（第35条）

地方自治体の首長が行う

・自己負担

施設20%、在宅15%とし、基礎保障受給者は無料、低所得者は半分（最低生活費の130%程度まで）

・第39条

家族が介護した場合、補償金で請求する。

・要介護認定委員会（第50条）

地方自治体単位で介護認定等級を判定するために判定委員会を置く。15人の委員中で7人は地方自治体の首長や議会が推薦。委員の任期は3年。

職種では、「医師、漢方医師を1人含んだ医療関係者」として、医療関係者の範囲を明記

・国庫補助

財源の20%を負担と明記

・介護要員に対する経過措置（附則4条）

老人福祉法による家庭奉仕員、生活指導員が療養保護者となるとき、短期間に多くの人々が教育を受けるため、療養保護者になるための教育を2年以内に受けられるような経過措

置。

- ・6つの案をもとにした「老人介護保険法」代案を全体会議に送付。

○第 262 回国会(定期会)第 10 次保健福祉委員会(法案審査小委員会結果報告、2006 年 11 月 30 日)

法案(代案)の報告と審査

主な内容

- ・法案(代案)の概要報告

名称は「老人介護保険法」：対象者が 65 歳以上、財源の約 60%が保険料、提供されるサービスが主に身体活動または生活支援など介護的性格が強いため。

保険者は国民健康保険公団であり、保険料賦課、徴収などは公団が行うが、介護認定および等級判定、訪問調査などは地方自治体が参画。

財源は、国は老人介護保険料予想額の 100 分の 20 に相当額を支援。一部自己負担は最大で 20%とし、所得などにより負担割合に差をつける。在宅サービスを利用するときは最大 15%とする。

受給権者に障害者を含めない：老人は日常生活支援中心のサービスが中心であるが、障害者は社会参加、リハビリ治療を通じた自立支援に重点を置いたサービスが中心である。

在宅介護機関設置根拠規定：訪問看護を実施するときは、医師または漢方医師の指示書により実施。在宅介護サービスを提供する在宅介護機関を誰でも設置できる。

付帯意見として、介護給付が開始された日から 2 年以内である 2010 年 6 月 30 日まで障害者に対する介護給付の種類などの検討を行い、介護認定の申請資格に障害者を含むか否かを検討する。医師の意見書の発行例外条項の濫用を防ぐこと。

- ・主な意見

案は政府案の改訂版程度で、国民の意見は反映されているのか

国庫補助が介護費用でなく、保険料の 20%となっているのはどういうことか

障害者を対象者に含むか否かの検討も不十分

地方自治体の役割の検討も不十分(日本のように介護システムは地域密着型で成り立たないと成り立たない。地方自治体の役割は大きいはず)

対象者を重度に限らず、軽度の者も含めるべきでは。

(結果)

法案審査小委員会に差し戻す

○第 262 回国会(定期会)第 13 次保健福祉委員会(法案審査小委員会、2006 年 12 月 4 日)

11月30日の委員会の決議（再審査）を受けての審議

主な内容

・障害者を対象に含むか否か

障害者のニーズは多様であり（身体、生活支援の介護だけでなく、リハビリ、職業訓練を含む）、高齢者のニーズとは異なる。高齢者を含めて総合的な障害者福祉体系が望ましいが、介護保険は社会保険制度であり、内容も画一的。そのため障害者のニーズには対応できない？

社会保険方式では、保険料を負担するが、障害者には低所得者が多く、負担が大きい。

障害者は先天的な原因による者が多く、社会保険よりも、国が責任を持つ社会福祉方式が望ましい。

訪問介護などで障害者が利用できるサービスもあり、対象に含めともよいのでは、という理由もある。

附則ではっきり書くのがよいのでは（第5条(介護給付に関する国家政策方向)「国は第6条(老人介護基本計画)を樹立するということにおいて老人だけでなく障害者など」）。

例：2010年のモデル事業に障害者を入れるなど

・受給者の範囲

何等級を範囲にするかは、大統領令に委任すること

もともとは、要介護高齢者全員を対象にするが、状況をみて拡大すればよい

保険料も対象者、介護費用の見通しで変わる

（介護インフラの整備は重度に限定した場合でも十分か）

・地方政府の役割

介護保険事業所の指定と取り消し

老人福祉法に基づく施設の指定を自治体で行っていた

地方自治体の役割強化を求められたときに、指定と取り消し権限を自治体に付与する案とした（公団で行うことを考えていた）。

・財源構成

国庫負担は保険料予想収入の20%→介護費用のこと？

そういう意図はあるが、保険料の20%として給付費で調整する。

・名称

「老人療養保険」に「長期」を加えては（単なる療養ではないという意味）

健康保険にも「療養給付」がある（手術などの治療がイメージされる）

→とりあえずは「老人療養保険法」とする。

- 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
法案審査小委員会での検討が必要との報告

- 第 265 回国会(臨時会)第 1 次法案審査小委員会(2007. 2. 22)

検討を行った法案に対する質問および逐条審査

主な内容

- ・法案の主な変更点

名称は「老人長期療養保険法」となった。

要介護認定は「等級判定委員会」で「審議」する。

地方自治体の関わり

公団に対して通知してほしい事項があれば、公団は必ず応じること

看護師、歯科医師の参画

23 条：「看護師など介護要員」とする

医師、漢方医師の他に「歯医者」を入れ「口腔衛生」も含める

第 32 条第 3 項：「医療機関でない者が設置、運営する在宅長期療養機関で訪問看護を提供する場合、訪問看護の管理責任者として看護師を置く」

長期療養給付の制限

第 29 条第 1 項：長期療養給付を制限する理由として、妨害行為、犯罪行為により長期療養サービスができない場合とした。

- ・若干の質問の後に、可決した。

- 第 265 回国会(臨時会)第 2 次保健福祉委員会(2007. 2.22)

法案の代案報告と質疑

- ・法案の主な変更点

名称は「老人長期療養保険法」とする。

「介護」の代わりに「長期療養」という用語を使用的。

「等級判定委員会」の「審議」結果、要療養と認められることができなかった人々に内容と理由を通知する。

「等級判定委員会」委員長は地方自治体の首長が委嘱する。

地域密着型サービスを強化するために公団と地方自治体の有機的連係を含んだ地域密着型サービスに対する総合対策を政府が国会に報告する（付帯意見）

訪問看護と関連して訪問看護の給付内容に口腔衛生を追加。

医療機関以外の者が在宅療養機関を設置して訪問看護を提供する場合、看護師を管理責任者で置く。

(付帯意見)

在宅給付に重症まで対象に含むこと

家族療養費を現金給付制度に補完するようにすること

在宅ケアの自己負担を 10%に引き下げること

・主な質疑

訪問看護を提供する機関の管理責任者として看護師を置くことについて

看護師のみを特定するのは、法律のバランス上どうか？

(他の職種が明記されていない)

障害者が対象外であることについて

障害者についてはケア以外にさまざまなニーズ (介護保険だけに収まらない)

ので、別に仕組みが必要

→法案審議では財政問題 (予算の節約) をにおわせていた。

自己負担割合は在宅の 15%でも高くないか？ (10%にすべき)

・その後、代案を議決し審査に送ることになる。

○第 265 回国会(臨時会)法制司法委員会 (2007 年 3 月 2 日)

法案検討報告

・主な内容 (法案の検討報告)

長期療養給付の定義：身体活動、家事活動の支援または、看護などのサービスやこれに対し替えて支給する現金。

受給判定基準：6ヶ月以上の間一人で日常生活を遂行しにくいと認められる者 (健康保険に対して相対的に長期間療養が必要な者)

長期療養機関の閉鎖命令：在宅長期療養機関が虚偽または不正な方法で申告、施設および人材を備えないなどの場合、6ヶ月の範囲の中で営業停止または、閉鎖命令ができる (自治体首長の権限)

・主な質疑

2008年に政府予算が3070億ウォン投入される予定で、2030年にはこれが9212億ウォン程度となるが、国策事業か？

→そうである

→社会保険方式なので、保険料が中心であるが一部国庫補助が入る

(課題が2点あるため) 法案を法案審査第2小委員会に送付 (議決)

○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

(1)保険料率の決定（大統領令に委任、法定すべきでは）

（参考：国民健康保険法では健康保険料率を1000分の80の範囲の中で審議委員会の議決を経て決めるように規定）

施行2～3年後に保険料率の上限を示しては？

→要介護者がどの程度の数だけ認定されるか見通すことが難しい。

制度が安定してから、検討してはどうか。

(2)施行日（要介護認定の開始、関係する下位法令の準備の関係で、2007年7月1日から3ヶ月程度延期できないか）

下位法令の準備もあり、10月1日から施行とすれば、2008年7月1日には実施できる。

・修正案通り議決

○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

(1)保険料率の決定は大統領令に委任

(2)施行日は2007年10月1日

・可決

○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

・法案の概要説明

被保険者：健康保険の加入者

保険料：国民健康保険料額に長期療養保険料率をかけて算定

給付対象者：65歳以上の者、認知症、脳血管性疾患など老人性疾病を持つ64歳以下の者

自己負担：受給者がこの給付を提供される時費用の一部を負担

保険者：健康保険公団

公費負担：国は当該年度長期療養保険料の予想収入額の100分の20を支援

付帯意見

①障害者への長期療養サービス適用、②医師意見書の発行例外対象者範囲、

③給付を受ける高齢者の範囲、④家族療養費支給対象など

・議決（電子投票）

出席議員260人中、賛成255人、棄権5人であり、老人長期療養保険法案は可決

老人長期療養保險 基本計画(案)

小島克久 (仮訳)

<報告順序>

- I. これまでの成果と限界
- II. 政策環境展望
- III. 推進目標と戦略
- IV. 推進課題
- V. 推進時期

保健福祉家族部

I

これまでの成果と限界

□ (成果) '08.7月老人長期療養保険制度導入で高齢者の方の介護をするということと家族負担緩和のための制度的枠組みを完備

○その間に制度の成功的定着のために法制度整備、人材および施設などインフラ拡充に主力

* '12.6月現在の長期療養認定者328千人、長期療養機関23千カ所余り、従事者数287千人

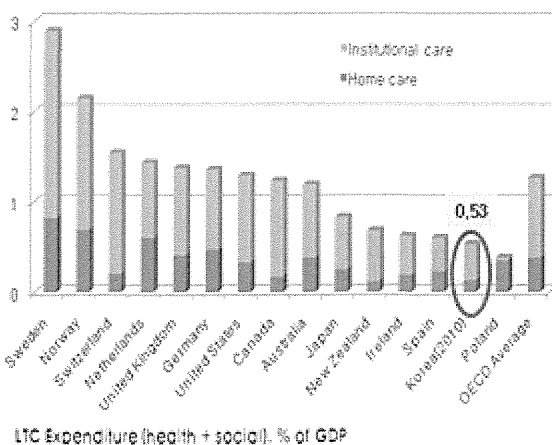
○制度導入以後、家族の療養負担軽減、療養が必要な高齢者に対する体系的ケア、医療費削減* など社会・経済的側面で相当な寄与

* 1人当り診療費減少412万ウォン(未利用者は'07年513万ウォン→'09年893万ウォンで380万ウォン増加した一方で、利用者は'07年317万ウォン→'09年285万ウォンで32万ウォン減少)で分析('11,租税研)

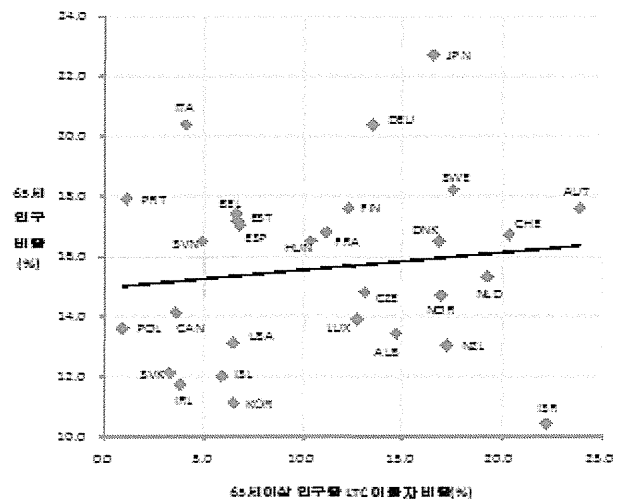
□ (限界)重症者中心の制度設計によってOECD国家と比較して給付対象範囲が狭い(OECD平均対象者割合:11%),

○施設間サービス品質格差、特定の給付(訪問療養)にサービス偏重、長期療養従事者の低い処遇などは持続的な改善が必要

<長期療養費対GDP比('12.OECD)>



<65才以上高齢人口とLTC利用者割合('12.OECD)>



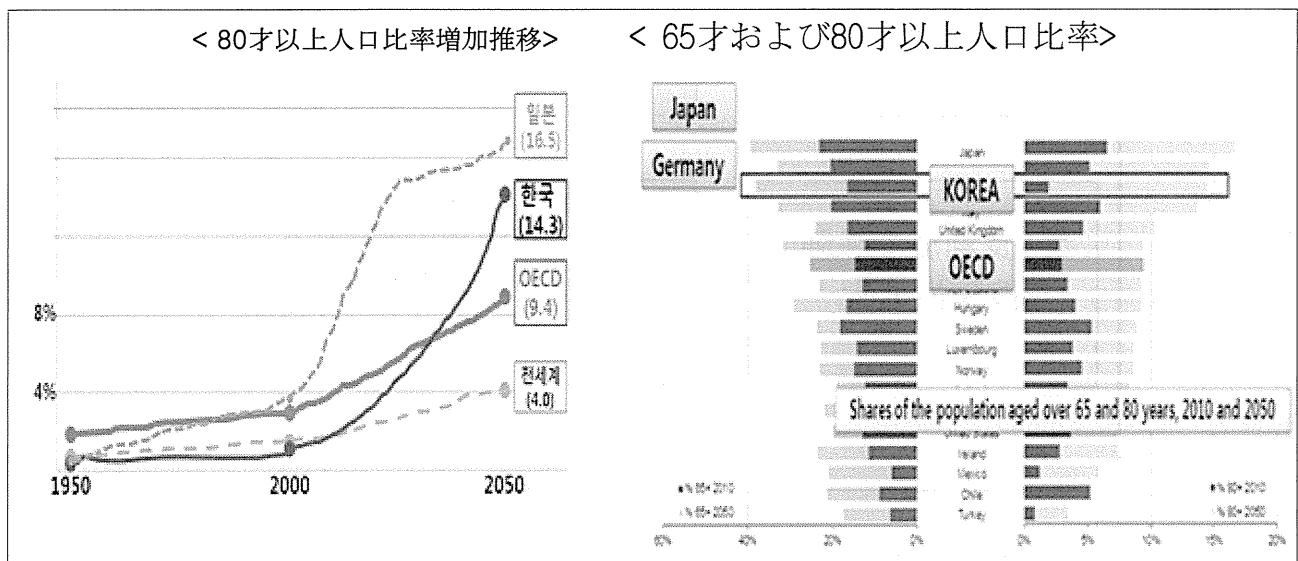
* 延世大学 チョンヒョンソン(2012)

II

政策環境展望

□人口構造の側面で我が国はすでに超高齢社会になった日本など他のOECD国家に比べて高齢化率は低いが高齢化は急速に進む状況

○特に、療養のニーズが大きい80才以上人口増加*が最も急であると予想



* 長期療養等級認定者の平均年齢:79.2才、等級者中80才以上が52.1%

□長期療養保険財政支出規模('11年、GDP対比0.26%)が現在OECD平均(1.25%)に比べて低い水準や今後持続的増加する見通し

○長期的に'50年頃GDP対比2% (長期療養+療養病院含む、OECD韓国経済報告書'12年)水準に近接することと展望

* GDP対比長期療養費支出比重('50年):ドイツ2.3%、日本4.0%、OECD 2.5%

□サービス需要の側面では長期療養受給ニーズとともに

○高所得層など一部購買力ある者をもう少し多様化、差別化された療養サービスに対するニーズも増加すると見通される

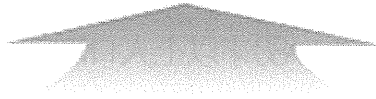
* ベビーブーム世代は以前の世代に比べて高学歴(高卒以上が75%),都市居住者(都市地域居住比率82.3%),経済的には中産層(住宅保有比率73%)が多数

Ⅲ

推進目標と戦略

目標

家族の療養負担を減らし療養サービスの品質を向上



分野別 推進 課題	分野	推進課題
	1. 長期療養保険 保障性拡大	<ul style="list-style-type: none"> ① 適正水準の給付対象拡大 ② 本人負担減免対象拡大 ③ 等級外の者に対する支援強化
	2. 多様で質の高 いサービス提供	<ul style="list-style-type: none"> ① 多様な在宅サービス活性化 ② 療養機関サービス品質管理強化 ③ 療養機関従事者の処遇改善
	3. 介護サービス 提供体制の効率 性向上	<ul style="list-style-type: none"> ① 適正な長期療養機関拡充 ② 療養機関管理体系の改善 ③ 療養病院と施設間の役割確立
	4. 財政管理強化	<ul style="list-style-type: none"> ① 長期財政管理体系確立 ② 当請求など財政の無駄の排除 ③ 療養機関会計透明性強化

IV

推進課題

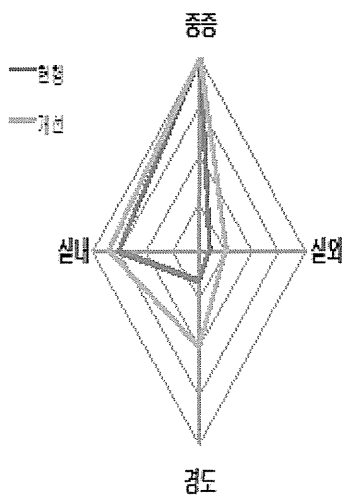
1. 長期療養保険保障性拡大

①適正給付対象拡大:5.7%（'11年）⇒ 7.0%（'17年）

○ 室外活動が難しかったり、認知症などで療養負担が常に重かったりする人を長期療養保険給付対象に含む

* ドイツ、日本は支援範囲に買い物をする事、近距離外出など手段的日常生活実行能力(Instrumental Activities of Daily Living)制限を受ける人々まで拡大

<療養保険対象範囲拡大モデル>



機能状態(例示)

現 行	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活の大部分を室内で生活していて、室内移動に相当な困難を経験して洗面、歯磨き、食事、お手洗い利用などに助けが必要 ・ 物事の分別能力が特に顕著に低下したことが明らかな場合
拡 大 方 向	<ul style="list-style-type: none"> ・ 室内で周辺事物について自ら歩行が可能か、入浴、食事準備などに助け必要 ・ 近距離外出は補助期などに依存して可能か、長距離外出時相当部分助けが必要 ・ 認知障害により、頻繁に問題行動を誘発、家族の介護が常時必要

③ 本人負担減免対象拡大

○ 引退後経済活動が事実上難しい高齢者の現実を勘案して、長期療養給与の本人負担軽減対象者の拡大を推進