

韓国介護保険制度の内容と構造に関する考察

金 道勲（日本福祉大学COE奨励研究員）

序 論

韓国では、1990年代後半から高齢者を取り巻く介護サービス環境が徐々に変わりつつあった。そこには様々な要因が関連されているが、主に速いスピードの高齢化、核家族化や女性の社会進出の拡大、要介護高齢者の増加、高齢者介護に関する社会連帯意識の高揚等が挙げられる。韓国の高齢者介護保障サービスは、大きく生活保護者等を中心にする公的施設サービス、家族介護を中心にする在宅サービス、有料施設を中心とする有料サービス等を行ってきた。以上のような高齢者介護サービス環境の急速な変化により、高齢者介護サービスが社会的な課題になった。

そこで、社会連帯理念、要介護高齢者を抱えている家族負担の軽減、要介護高齢者のQOLの向上等を目指して、2000年から新たな高齢者介護保障制度を検討しつつ、遂に韓国政府は、2008年7月1日に「老人長期療養保険制度」という介護保険制度の導入を推進している。

一方、新たな高齢者介護保障制度を検討する際に、主務官庁であった韓国の保健福祉部（日本の厚生労働省に相当する）や関連研究者らは、日本介護保険制度に関しても積極的な関心や工夫を行い、その内容を幅広く受け取り、援用した。

即ち、日本が介護保険制度を準備する段階で、ドイツの関連制度を大いに参考したように、韓国でも、日本やドイツの介護保険制度を先行モデルとして大きく参考した。勿論、韓国の老人長期療養保険制度（以下、介護保険制度という）は、日本介護保険制度に比べて、制度の名前をはじめ、運営主体、標準利用計画書（日本のケアプランに類似する）、利用支援担当職員（日本のケアマネジャーに類似する）、長期療養機関（日本の事業者及び施設に相当する）、利用者負担率等に亘って、異なったことも広く見られる。

そこで、本論文では、韓国介護保険制度に関して、制度論的観点から、その内容や特徴等を考察したい。本稿は、韓国の介護保険制度の内容や特徴に関する考察に留まらず、考察から得られる示唆を参考にして韓国の介護保険制度の

今後の方向性を提案したい。

1. 介護サービス環境の変化と介護保険制度の導入

1) 高齢者介護を取り巻く介護サービス環境変化

韓国で低所得高齢者だけでなく、要介護高齢者を対象者とする公的介護保険制度の導入に関する議論は、高齢化率が6.8%にあった1999年度から始まった。日本の場合に、高齢化率が14.0%を超えた1994年からこのような論議が始まったことに比べると、韓国では、比較的に高齢化率の低い時期にこのような論議が始まったことが分かる。

このように、早い時期から公的介護保険制度に関する議論の広がった背景には様々な要因が繋がっているが、重要なことは、速いスピードの高齢化に伴う要介護高齢者の急増、家族介護を中心とする介護サービスの限界、要介護高齢者の増加に伴う老人医療費の拡大、または高齢者介護サービスを取り巻く国民意識の変化等である。これらの内容をみると、次のようになる。

第一に、速いスピードの高齢化に伴う要介護高齢者の急増である。＜表1＞のように、韓国は、2000年で高齢化率が7.0%を超え、高齢化社会に入り、後でもその速度が上昇し、19年後の2019年には14%を超え、高齢社会に入ると予測される。今までOECD諸国の中で高齢化率が一番早かった日本でも、高齢化率が7%（1970年）から14%（1994年）を超えるまで24年間にかかったことに比べると、韓国の高齢化の速さがわかる。

＜表1＞ 韓国社会の人口変動現況

区分	1999	2000	2005	2010	2015	2020
人口 (千人)	46,616	47,008	48,294	49,219	49,802	49,95
65歳以上 (千人)	3,223	3,394	4,383	5,354	6,445	7,820
高齢化率 (%)	6.8	7.2	9.1	10.9	12.9	15.7

資料：韓国統計庁（2005）

勿論、速いスピードの高齢化と共に要介護高齢者も＜表2＞のように急増した。そこで、韓国では、高齢化社会に入る直前であった1999年（当時の高齢化

率は6.8%) から、新たな高齢者介護保障制度の必要性に関する議論が高まった。

＜表2＞ 65 歳以上の要介護対象者の現状

区分	施 設			在 宅					計
	最重症	重症	計	最重症	重症	軽症	軽症 認知症	計	
2003	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	195,672	195,672	518,629	596,466
2007	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171	718,518
2010	29,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,048	261,389	692,812	794,150
2020	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847	1,144,880

資料：韓国保健社会研究院（2001）

第二に、基礎生活保護対象者（日本の生活保護者に相当する）等を中心とする公的施設サービス、または家族介護を中心とする在宅サービスの限界であった。韓国は、速いスピードの高齢化と共に注目されたのが認知症高齢者や虚弱高齢者等を含む要介護高齢者の急増であった。

＜表2＞ のように、要介護高齢者は、2003年12月現在65歳以上の高齢者の14.8%に当たる59万人、2010年で約79万人、2020年では約114 万人まで至ると予測される（韓国保健社会研究院，2001）。高齢化に伴う要介護高齢者の拡大はOECD諸国でもよくみられるが、韓国は、高齢者介護サービスを巡って大きな問題になったことは、今までの高齢者介護システムと繋がっていった。

今まで韓国の要介護高齢者の中で、公的介護施設に入所することができる者は、基礎生活保護対象者（以下、生活保護対象者という）や低所得者に限られて、しかも、公的介護施設の数や入所者は極めて限られていった。

そのため、要介護高齢者の多くは、家族介助に頼るとか、高い利用料を支払う有料施設の利用しかなかった。しかし、女性の社会進出や少子化の拡大による家族介護の限界、または都市労働者の給料水準を上回る毎月150～250万ウォンといった有料施設の利用料に直面して、要介護高齢者やその家族の苦しさは社会的課題になった。

第三に、要介護高齢者の拡大に伴う老人医療費の急増と医療保険財政の圧迫であった。高齢化社会に伴って平均寿命も伸びつつ、1960年では平均寿命が52.4歳だったが、1970年63.2歳、1980年65.8歳、1990年71.6歳、2000年74.9歳、2010年では77.0歳まで予測される。寿命の伸びは幸せなことだが、認知症・脳卒中等をはじめ、慢性疾病高齢者数も増え続け、老人医療費の拡大と共に医療保険財政の悪化を招いた。

即ち、＜表3＞ のように、老人医療費が1995年では、医療保険財政の約12.2%

であったが、2004年では約2倍まで増えて22.9%に上る。その為、高齢者介護財政を医療保険財政から分離・運営することができる新たな制度の必要性が提起された。

＜表3＞ 老人医療費の状況

(億ウォン, %)

区分	1995年	2001年	2002年	2003年	2004年
老人医療費	7,281 (12.2)	31,681 (17.8)	36,811 (19.3)	43,723 (21.3)	51,097 (22.9)

資料：保健福祉部（2005）

第四に、高齢者介護に関する国民意識の変化である。新たな高齢者介護制度の導入に際して、保健福祉部は、高齢者介護に関する国民意識調査を2004年11月から2005年6月に亘って3回に行った。第1回は2000年11月2～6日まで全国の大人男女、第2回は2000年11月25日から12月1日まで25～59歳の全国の主婦と経済活動者をサンプルとして、高齢者介護に関する意識調査を実施した。

その結果、サンプルの約83.5%（第1回は80.6%、第2回は87.3 %）は、現在の韓国の高齢者介護について「深刻に感じている」、またはサンプルの約89.6%（第1回は93.9%、第2回は85.2%）は、新たな公的介護保険制度が導入されると「費用を負担することができる」と答えた（保健福祉部、2004）。

一方、第3回は、新たな高齢者介護保障制度案がまとまった上で、1,500人の全国の大人男女をサンプルとして2005年6月3～7日まで行われた。その結果を見ると、回答者の約87%は、高齢者介護は当該家族だけでなく、社会連帯意識に基づいて解決することが望ましいと答えた。

介護保険制度が導入すれば、「毎月とともに保険料を支払う」と答えた回答者が72%あり、更に今まで家族介護の中心的役割を担った25～59歳の場合に、77%に高くなっていった。この結果、高齢者介護に関する国民の意識が、伝統的な家族中心から社会連帯及び共同責任へ変化していることが読み取ることができる。

2) 介護保険制度の導入過程と内容

韓国介護保険制度の導入過程を要約すると、＜表4＞ のようになる。公的介護保険制度に関する公式的議論は、1999年10月に保健福祉部が発表した「老人保健福祉中長期発展計画推進」から始まった。保健福祉部は、その報告書に基づき、保健福祉部長官（日本の厚生労働大臣に相当する）の諮問委員会である

「老人長期療養保護政策企画団」と「実務作業班」を設置し、関連研究を支援した。

＜表4＞ 韓国での介護保険制度に関する論議過程

1999年12月	老人長期療養保護政策企画団の設置
2001年2月	「老人長期療養保護総合対策方案」の報告
2001年8月	金大中（キム・デチュン）大統領による「老人療養保険制度の導入計画」を 発表
2002年7月	内閣による「公的老人療養保険制度」の導入に関する検討
2003年2月	盧武鉉（ロ・ムヒョン）大統領へ「公的老人療養保障制度の実施」を報告
2003年3月	公的療養保障推進企画団の設置
2004年2月	公的療養保障推進企画団による公的老人療養保障制度案の報告
2004年3月	公的療養保障実行委員会または実務企画団の設置
2004年7月	公的療養保障実行委員会による「老人療養保障制度の試案」の提示
2005年2月	公的療養保障実行委員会による公的老人療養保障制度最終案の報告
2005年4月	老人療養保障制度運営評価委員会とモデル事業運営評価団の設置
2005年5月	党政協議「老人療養保障制度基本案」確定
2005年6月	6ヶ自治体と老人療養保障制度モデル事業実行協約を結ぶ
2005年7月～2006年3月	第1次モデル事業 －6ヶ市郡区（日本の市町村に相当する）の65歳以上の生活保護者
2005年9月	保健福祉部による「老人スバル保障法」が提示
2006年2月	内閣決議で「老人スバル保険法」が発表（2008.7 制度施行を発表）
2006年4月～2007年4月	第2次モデル事業 －8ヶ市郡区（以下、市町村という）の65歳以上の高齢者
2007年4月	国会本議会通过・「老人長期療養保険法」公布
2007年5月～2008年6月	第2次モデル事業 －13ヶ市町村の65歳以上の高齢者

この政策企画団は、2001年2月「老人長期療養保護総合対策方案書」を報告し、それに基づき、金大中大統領は、2001年8月15日、介護保険制度の導入を発表するようになった。

一方、2003年から登場した盧武鉉政府も、介護保険制度の必要性を認め、保健福祉部は、2003年3月、「公的療養保障推進企画団」を設置し、この企画団は、2004年2月、今まで論議された内容に基づき、「公的老人療養保障体制開発研究

書」をまとめ、介護保険制度の枠組みが現れてきた。更に、保健福祉部は2004年3月、「公的老人療養保障制度実行委員会」と「実務企画団」を設置し、この委員会は「公的老人療養保障制度実施模型最終案」をまとめた。

保健福祉部は、この報告書に基づき、2005年6月から3年間にかけて6～13ヶ所の自治体で「老人療養保障制度モデル事業」の実施を協約し、モデル事業を実施することになった。保健福祉部は、このモデル事業の結果及び介護保険法の公布に基づき、2008年7月1日を目指して社会保険方式と社会連帯意識に基づき、介護保険制度の実施を準備している。

さて、＜表4＞にも示されているように、新たな高齢者介護保険制度の導入を巡って、特に注目すべきことは、制度の名前をはじめ、保健福祉部の官僚集団や大統領の役割である。先ず、韓国では、新たな介護保険制度を準備する過程で、長期介護（long term care）を意味する言葉を巡って、長期療養、療養保護、介護、ケア、スバル等のような用語が提示されたが、制度の名前を「老人長期療養保険制度」とした。

一方、介護保険制度の導入過程で重要な役割を担ったのは保健福祉部の長官の諮問委員会である多様な関連委員会であった。このような関連委員会は、＜表4＞のように、当該制度に関する検討の段階ごとに、名前・委員・機能等が変わりつつあった。例えば、設置・活動した委員会の名前だけを見ると、「老人長期療養保護政策企画団」、「公的療養保障推進企画団」、「老人療養保障制度運営評価委員会」、「モデル事業運営評価団」等があった。

日本は、1994年厚生省所管の「高齢者介護自立支援システム検討会」による社会保険方式に基づく高齢者介護保険制度の導入が提示された後、厚生省傘下の「老人保健福祉審議会」が3年間に亘る検討作業を続け、介護保険制度案がまとめられた。

韓国では、論議の段階ごとに異なる委員会や委員が参加したので、検討された内容の一貫性・安定性等に問題点も指摘された。しかし、このような問題点を積極的に補ったのが公務員を中心に設置・運営された「実務企画団」であった。そのため、保健福祉部の実務企画団に所属した公務人の役割が結果的に強かった。

介護保険制度の導入過程に注目すべきもう一つの点は大統領の関心の高さであった。韓国の場合、日本に比べて高齢化率が低い段階から高齢者介護の社会化に関する論議は始まり、制度導入に伴う国の財政負担の増加も予測されるにも関わらず、制度化に関する論議が意外に順調に進んだのである。

そこでは、先に述べたような高齢者介護に関する国民意識の変化もあるが、大統領の高い関心も大きな比重を占めていた。例えば、介護保険制度に関する公式的な論議も大統領への報告からスタートし、当該制度の導入を発表したの

も大統領であった。2003年から登場した盧武鉉大統領もこのような制度の導入を認め、当該制度の導入を巡って関係者らを直接的に励ました。その為、介護保険制度に関する論議は、直ぐ、韓国政府の政策アジェンダ化され、政府レベルで集中的に検討ができたのである。

2. 介護保険制度の枠組みと特徴

1) 基本的枠組みと内容

韓国の保健福祉部は、公的老人療養保障制度実行委員会により報告された「実施模型開発研究書」（2005年2月）に基づき、介護保険法（案）をまとめ、韓国政府は、介護保険法を公布した（2007年4月27日）。

以下に介護保険法に基づいて、韓国介護保険制度の基本枠組み及び内容を考察することとする。

第一に、保健福祉部長官をはじめ、中央政府の強い影響力の下での当該制度の運営構造である。当該制度に対する最終的な指導・監督権は保健福祉部の長官が持っている。即ち、保健福祉部の長官は介護保険制度を運営する際に、介護保険基本計画の策定、介護サービスの提供施設の基準決定、標準利用計画書の作成方法、介護サービスの手続き等、様々な分野に亘って権限を及ぼす。介護保険制度の実践過程について、多くの内容が「保健福祉部令」に委ねられている。

第二に、国民健康保険公団（以下、公団という）を保険者とする仕組みである。日本の介護保険制度の場合、保険者を基礎自治体である市町村としているが、韓国の場合、公団という公的機関を保険者としている。公団は、本来、医療保険関連事務を総合的に担う公的法人であるが（韓国では、日本と異なり、医療保険事務を担当する機関を公団という一つの行政機関として運営されている）、今回、介護保険事務まで担うことになった。勿論、公団の内部では、医療保険事務を担当する組織とは別に、介護保険事業を担当する専門組織を独立的に設け、運営するようになっている。

更に、介護保険制度の加入者は、日本とは異なり、国民健康保険という医療保険制度の加入者とする。公団は、介護保険料を医療保険料に統合させて徴収するが、両保険料は其其独立会計として管理される。介護保険料は「老人長期療養委員会」の審議に基づき、「大統領令」として定めることとする。

第三に、「標準利用計画書」を中心とする「介護サービスの利用」である。介護サービスは、介護認定申請者の中で、「介護等級判定委員会」から「介護

受給者」として認められた者を対象に行われる。その時、介護認定申請書を提出できる者は、①介護保険法上の「介護保険の加入者」または「その被扶養者」、②医療扶助法上の医療受給者である65歳以上の高齢者、または認知症等大統領令で定められた老人性疾患患者である。

一方、介護認定申請書を受けた公団は、申請した被保険者の心身の状態等に関する調査を公団の職員に任せ、関連調査報告書を提出させる。公団は、その調査報告書にかかりつけ医の意見書をつけ、自治体に設けられている「介護等級判定委員会」に提出し、当該判定委員会は、これらに基づき、介護サービス受給者及び介護等級等を判定する。

そして、公団は、介護受給者として認定された者に対しては、「介護等級」、「介護給付の種類と内容」等が書かれた「介護認定書」を発給する。その際、公団は、介護サービス受給者の介護サービスの利用を支援する為、「標準利用計画書」というケアプランを自ら作り、介護認定書と一緒に介護サービス受給者に送る。その面で、居宅介護支援事業所のケアマネジャーがケアプランやケアマネジメントを行う日本の介護保険制度とは、大きな差が見られる。

第四に、「在宅介護給付」、「施設介護給付」、「特別現金給付」を中心とする介護サービスの給付である。在宅介護給付には、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、デイ・サービス、ショートステイ・サービス、福祉用具貸与のようなサービスがあり、施設介護給付は、老人医療福祉施設等から支援されるサービスがある。一方、在宅介護及び施設介護が提供することができない場合に、介護サービスに代わって提供される3種類の特別現金給付がある。

日本介護保険制度の場合に、保険給付が大きく「介護給付」「予防給付」「市町村特別給付」とし、介護給付は居宅介護サービス、居宅介護支援サービス、施設介護サービスに区分され、しかも、居宅介護サービスが13種類であることに比べると、韓国の介護保険制度上のスバルサービスの種類と内容は、非常に簡単な構造であることがわかる。

第五に、介護サービスの提供機関である。介護サービスを提供する「長期療養機関」を設置・運営する為には、「保健福祉部令」で定められた施設・人員を満たした上で、自治体による指定が必要である。但し、「訪問看護施設」を設置・運営する為には、医療法上の医療機関の開設が可能な者が、保健福祉部令で定められた施設・人員基準を満たした上で、自治体長への長期療養機関の設置・運営に関する届けが必要である。

従って、日本介護保険制度上の居宅介護サービス事業者及び介護保険施設のような区分はなく、しかも、要介護高齢者の介護サービスの利用を専門的に支援する居宅介護支援事業所もない。介護保険制度では、介護サービスを提供する支援機関をすべて「長期療養機関」とし、準ケアマネジメントの機能は保険

者である国民健康保険公団が行う。

第六に、被保険者による介護サービスの利用に伴う15～20%水準の直接的費用負担である。長期療養機関が介護サービス受給者に向かって指定された介護サービスを提供した場合、長期療養機関は公団に対して介護給付が請求できる。介護給付の請求があった場合、公団は、「介護報酬算定基準」に基づき、関連費用を長期療養機関に支給する。

勿論、介護サービスを利用した介護サービス受給者は、この介護報酬算定基準に基づいて算定される介護給付総費用の100分の20（施設介護給付）、100分の15（在宅介護給付）を直接負担することとする。

第七に、介護保険制度の財政構造である。介護保険制度の財政は大きく、国の負担、被保険者の保険料、受給者の直接負担となっている。介護保険制度の保険者は、公団である為に、日本の介護保険制度のように自治体からの財政負担は存在しない。更に、国及び被保険者の財政負担率も法律で定められておらず、「大統領令」という行政命令に委ねられている。その為、介護保険制度を運営する時に、財政運営に関して行政からの強い影響力も予測される。

2) 構造的特徴

韓国が導入している介護保険制度について、制度化の過程及び制度の構造を中心にその特徴を考察すると次のようになる。

第一に、様々な諮問委員会及び保健福祉部を中心とする段階論的なアプローチ及び制度化が行われた。介護保険制度に関する議論は、1999年10月から2005年2月まで、約4年半かけて保健福祉部の長官の多様な諮問委員会や関連公務員の直接的参加と多様な報告書に基づき、介護保険制度の大綱がまとまった。

引き続き、保健福祉部を中心に「介護保険モデル事業の実施」という準備段階を経て確認される問題点を改善し、2008年7月1日からの本格的な制度の導入を発表した。このような制度化へのプロセスは、日本に比べて大きな違いがみられる。

日本は、1996年6月介護保険制度の大綱をまとめ、与党との事前的合意に基づき、介護保険法案が臨時国会に提出された。国会は約1年あまりの審議を経て1997年12月で法案を可決・公布した。そして、日本は約2年あまりの準備過程を通じて2000年4月から全面的に実施した。

確かに、韓国介護保険制度は、法律が整理されるまで、様々な委員会、又は保健福祉部の行政計画を中心とする接近が行われたのに比べて、自治体や国会及び住民の参加が弱かった。

第二に、日本介護保険制度から影響を強く受け取って、言わば介護保険制度

の「応用モデル」の性格を持っている。介護保険制度を検討する時に、先行モデルとして日本介護保険制度を幅広く検討することは勿論、日本の関係者から当該制度に関する多くのアドバイスを導入した。

そこには、日本やドイツ以外は、介護保険制度を持っている国家がなかったことにも理由があるが、それよりも、両国間の社会福祉分野での頻繁なマンパワー交流及び介護保険制度に関する信頼感等が大きくなったことが重要な理由になると思われる。その結果、介護保険制度の基本的な構成要因である保険者・被保険者・事業者等、介護サービスの利用手続き等は、基本的に日本介護保険制度の内容に基づいて制度化された。

日本介護保険制度を「先行モデル」とし、大きく利用した他の重要な要因は、制度化過程で参加した様々な委員会の検討過程での性格とも繋がっている。即ち、専門家らが様々な委員会に参加するにも関わらず、制度上の核心的内容は、殆ど外部専門機関に依存した。

例えば、介護保険の基本方針、基本体制、ニーズ判定道具、アセスメントの方法等に関することは、外部専門機関の報告、言わば「外部プロジェクトの内容」に基づいて決められた。その際、外部専門機関は、日本介護保険制度からこのような内容らを多く導入した。従って、関連委員会は、新たな内容を自ら研究・開発する機能より、外部プロジェクトの内容を検討し選択する機能が強かった。

第三に、中央集権性及び行政効果性を中心とする構造体制である。韓国介護保険制度の保険者は、日本とは異なり、自治体ではなく、中央政府の出先機関の性格を持っている国民健康保険公団である。公団の人事では、理事長、理事会、介護保険担当常務理事、4ヶ介護保険担当部署、老人長期療養研究センター等が設けられているが、公団の権限に関する具体的な内容は殆ど「大統領令」及び「保健福祉部令」に委ねられている。従って、保健福祉部長官をはじめ、行政機関は、人事や財政等を通じて公団について影響を及ぼすことができる構造になっている。

一方、公団も被保険者や介護サービス事業者に向かって、介護保険加入者の資格管理から介護予防事業に至るまで、より優越的な権限を持っている。確かに、被保険者が持っている権限はとても少ない。韓国では、介護保険制度を検討した最初の段階から、当該制度の保険者として自治体より保健福祉部の指示・監督が容易な公団を考えてきた。

その為、介護サービスの地域化及び住民参加の拡大を目指した日本の介護保険制度と比べて大きな差がみられる。介護保険制度が自己負担及び自己決定を目指している以上、自治体、市民団体、被保険者等の参加や権限の拡大等を巡って、これから、様々な論争が起こるだろう。

第四に、公団がケアプランやケアマネジメントと類似な機能を担当することである。日本介護保険制度では、ケアプランやケアマネジメントの機能をケアマネジャーが担っている。しかし、殆どのケアマネジャーが居宅サービス事業者の職員なので、ケアプランやケアマネジメントの中立性及び公正性について論争が続いてきた。

そこで、韓国介護保険制度では、公団の職員が被保険者に関する「介護認定調査」を行う時に、「標準利用計画書」も策定することとしている。標準利用計画書を策定する過程で、介護サービス受給者の介護ニーズを取り入れるようになっていっても、公団の職員は、公団の立場で標準利用計画書を策定する可能性が残っていると言えよう。標準利用計画書等を担当する職員に関する具体的な内容は、「大統領令」に委ねられているため、ケアプランの中立性及び公正性を確保する具体的な内容は、これから論じられると言えよう。

第五に、介護保険制度としての独自の構造の模索である。韓国の介護保険制度は、日本介護保険制度を先行モデルとして作られたものと言える。しかし、高齢者介護サービス環境や主導階層等の違いに基づき、制度の名称、運営主体、ケアプラン等に関して、独自の内容も積極的に模索された。

まとめ

韓国の場合、世界的に例をみない速いスピードの高齢化が進んでいる中で、要介護高齢者も急速に増加している。そこで、韓国は社会連帯意識や社会保険原則に基づく介護保険制度を2000年以後、迅速に検討した。その結果、2005年2月に保健福祉部長官の諮問委員会であった「公的老人療養保障制度実行委員会」による「公的老人療養保障制度実施模開発研究書」が提示され、保健福祉部はそれに基づき、6ヶ所の自治体で「モデル事業」を施行した。保健福祉部は、3回に亘るモデル事業の実施を通じ問題点を改善した上で、2008年7月1日を目指して介護保険制度の全面的な実施を準備している。

本稿では、韓国介護保険制度に関して、導入背景、制度化の過程、制度の内容、特徴等を制度論的な立場から考察した。確認された内容を簡単に要約すると、次のようになる。

韓国介護保険制度の重要な特徴は、制度化過程における保健福祉部を中心にする行政企画的な接近、保健福祉部や公団を中心にする中央集権性及び行政効果を強調、自治体及び被保険者の役割の弱さ、保険者である公団によるケアプランやケアマネジメントと類似な機能の担当、日本介護保険制度の重要な内容を導入した応用モデル的な性格、韓国社会の高齢者介護サービス環境等に

基づく独自の構造が設けられたこと等が挙げることができる。

本稿の主な研究目的は、介護保険制度を導入している韓国介護保険制度について、その内容や特徴等を考察することである。このような内容は、単なる韓国介護保険制度の内容や特徴に関する理解に留まらず、各国の高齢者介護保険制度との比較研究、特に、韓国と日本での関連制度間の関係を研究する時に、基礎資料として提供されることを願っている。

参考文献

国民健康保険公団『老人長期療養保険運営センター長の会議資料』2008. 3.13。
大韓老人会他『成功的な老人長期療養保険施行の為の政策討論会』2008. 2.22。