

I. 日韓国際比較シンポジウム
「高齢者ケアの日韓比較シンポジウム」

2005 年 11 月 26 日 (土)
キャンパス・イノベーションセンター (東京・田町)

企 画 内 容

開会の挨拶 ①宮田和明 日本福祉大学 学長
21 世紀 COE プログラム事業代表者
②矢野 聡 日本大学法学部教授
社会政策学会保健医療福祉部会

第 1 部 韓国からの報告

金 道勲 KIM, Do-Hoon
(日本福祉大学 COE 奨励研究員, 韓国健康保険公団研究員)
「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題」
李 奎植 LEE, Kyu Sik (延世大学校保健科学大学保健行政学科教授)
「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題」をめぐる指定発言

第 2 部 日本からの報告

武川正吾 TAKEGAWA, Shogo (東京大学大学院人文社会系研究科教授)
「ソーシャル・ガバナンスの日韓比較」
二木 立 NIKI, Ryu (日本福祉大学 21 世紀 COE プログラム拠点リーダー)
(社会福祉学部教授)
「医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較」

討議の部

金 徳鎮 KIM, Deok Jin (喜縁医療財団理事長)
「韓国高齢者保健、医療、福祉複合体と喜縁 (ヒヨン) の役割」
コーディネーター: 近藤克則 (日本福祉大学社会福祉学部教授)

日本福祉大学
21世紀COEプログラム企画



高齢者ケアの日韓比較シンポジウム



2005 **11/26** 土 13:30~17:00 参加費無料

場所 ■ キャンパス・イノベーションセンター (東京・JR田町駅)

東京駅有楽町線3-3-8出口A平橋・有楽町線「田町」駅徒歩1分、都営三田線「有楽町二丁目」駅徒歩5分

13:00 受付開始

13:30 開会挨拶 宮田和明 (日本福祉大学学長)
矢野聡 (日本大学法学部教授)

13:40~14:00

韓国から 金道勲 (韓国健康保険公団研究員、日本福祉大学COE専任研究員)
「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題」
李奎植 (延世大学校教授) 2指定発言

日本から

武川正吾 (東京大学大学院人文社会科学部研究科教授)
「ソーシャルガバナンスの日韓比較」
二本立 (日本福祉大学社会福祉学部教授)
「医療提供システムと『複合体』の日韓比較」

14:00~14:30 討論

コーディネーター 近藤克則 (日本福祉大学社会福祉学部教授)

14:30~17:00 閉会挨拶

主催 ■ 日本福祉大学 COE推進本部
共催 ■ 社会政策学会保健医療福祉部会

介護保険制度は、導入後5年が経過しました。韓国では、今後日本以上のスピードで高齢化が進むため、日本の制度を一つのモデルに介護保険制度導入に向けた論議がされています。その中では日本の介護保険制度の光と影を分析する取り組みが進められています。また、政府だけでなく、老人病院を経営する医療法人の中にも、日本の保健・医療・福祉「複合体」をモデルにした動きがあります。

本シンポジウムでは、高齢者ケアの日韓比較を通じて、東アジアの高齢者ケアにおける課題を探ります。

■ 申し込み方法

参加ご希望の方は、FAXまたはホームページから、下記の必要事項を必ずご記入の上、お申し込みください。この掲載要旨は、FAXの「参加申込書」になっています。
※申込締切：「開催要旨」発表日(11月18日)前日(11月17日)正午迄

■ お問い合わせ先

日本福祉大学 COE推進室

〒403-0212 名古屋市中区千代田5-22-35 日本福祉大学 名古屋キャンパス北館7F
Tel.052-242-3362 Fax.052-242-3676 E-mail:coe@nifukushu-a.jp
http://www.nifukushu-a.jp/coe

1. 本シンポジウムのねらいと概要

日本福祉大学社会福祉学部教授
COE 事業推進者

近藤 克則

介護保険制度の導入後5年が経過した。韓国では、今後日本以上のスピードで高齢化が進むため、日本の制度を一つのモデルに、介護保険制度導入に向けた論議がなされている。その中では日本の介護保険制度の光と影を分析し、韓国の事情に合わせる努力が進められるとともに、ドイツの介護保険制度なども参考にされている。また、政府だけでなく、老人病院を経営する医療法人の中にも、日本の保健・医療・福祉複合体をモデルにした動きがある。

そこで、本シンポジウムは、高齢者ケアや複合体の日韓比較を通じて、日本の介護保険の成果や日韓両国に共通する介護保障や高齢者ケアにおける課題を多面的に探ることをねらって企画した。

シンポジウムの冒頭、主催者である日本福祉大学を代表して宮田和明学長および共催者である社会政策学会を代表して矢野聡教授（日本大学法学部）からご挨拶をいただいた。

韓国からは、討議の部における指定発言を含め3人の方から報告を受けた。

まず、金道勲氏（韓国健康保険公団研究員、日本福祉大学 COE 奨励研究員）からは「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題 — 韓国と日本の介護保険制度創設の比較研究」と題した報告を受けた。その中では、韓国における介護保険制度創設の動きの背景と経緯、（日本の厚生労働省にあたる）保健福祉部の介護保険法案の主な内容、韓国内の介護保険制度創設をめぐる論争、日本と韓国の制度比較などが行われ、最後に金氏の提言もなされた。

指定発言の李奎植教授（延世大学校）からは、医療保険者一本化に伴う医療保険財政赤字が介護保険制度導入論議の背景にあることや、一気に導入する計画から段階的導入へと方針が変更されたり、要介護認定の対象者を高齢者人口のわずか1.7%（日本では導入当初で約13%）にあたるきわめて少数の重度要介護者に限定した形で導入されようとしていることなどが述べられた。その背景には、日本では導入後の5年間で軽度要介護者と保険給付が急増したことがあることなどが紹介された。

続いて、日本から、二人の報告を受けた。

まず、武川正吾教授（東京大学大学院）が「ソーシャル・ガバナンスの日韓比較」と題して、マクロな視点から報告した。まず、日韓比較研究において違いが見られたときに、それが発展段階の違いによるものか、類型の違いによるものかの区別に注意が必要であると指摘された。その上で、仮説的命題として、政府だけでなく政府と非政府組織との関係の中で統治の問題を考える「ガバメントではなくソーシャル・ガバナンス」という枠組みを提示し、福祉政治、政府システム、NGO・NPO、企業の役割など、多面的に日韓比較がなされた。

二木立教授（日本福祉大学）は、「医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較」について報告した。まず、国民皆保険や介護保険の導入では、日本が先行したが、保険者の一元化や電子カルテの普及などでは、韓国のほうが先行していることなどを紹介しながら日韓比較研究の意義を述べた。

そして、日本と韓国の病院制度は、先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似していることを紹介したあと、日本の保健・医療・福祉複合体について、急増した理由や功罪などについて報告した。

討議の冒頭では、指定発言者である金徳鎮理事長（医療法人喜縁医療財団・社会法人喜縁）が、「韓国高齢者保健・医療・福祉複合体喜縁（ヒヨン）の役割」と題して発言した。その中では、韓国の高齢化事情や中小病院の生存戦略、自ら展開している喜縁高齢者保健・医療・福祉複合体、さらには韓国の複合体の課題と対策などについて報告された。

討論では、韓国の介護保険制度に関する質疑を受けたあと、介護保険制度と複合体における日韓の違いが、日本モデルの欠点を避けようとしてもたらされている点と韓国の事情によりマッチさせるために生じている点とがあることなどについて、意見交換がなされた。

全体として、日韓両国間にはいろいろな違いはあるものの他の国々と比べれば共通点が多いこと、両国間の異同に着目することで、課題分析の視点や改革の教訓・手がかりが得られることなど、日韓比較研究の意義を再確認できるシンポジウムになったと思われる。

2. 韓国における高齢化と高齢者ケアの課題 — 韓国と日本の介護保険制度の比較研究 —

日本福祉大学 COE 奨励研究員
韓国国民健康保険公団研究員

金 道勲

目 次

はじめに

1. 韓国における介護保険制度創設の動きの背景と経緯
2. 保健福祉部の介護保険法案の主な内容
3. 韓国内の介護保険制度創設をめぐる論争
4. 日本と韓国の制度比較

おわりに—韓国でよりよい介護保険制度を導入するための筆者の提言

はじめに

韓国は平均寿命の延長と急激な少子化によって、非常に早い高齢化を経験している。高齢化社会（65歳以上の高齢人口比率7%）から高齢社会（同14%）に移行するのに18年（2000年→2018年）かかると予測されており、日本における24年（1970年→1994年）より早いスピードである。それに伴い、要介護高齢者も急増すると見込まれている。一般的に高齢者は健康状態が低く、身体・精神機能が低下しているので、医療サービスと介護サービスに対するニーズは非常に高い。

高齢者人口の増加に加えて、女性人口の労働参加の増加、家族構造の変化、高齢者扶養に対する国民意識の変化等によって、韓国では介護サービスに対する社会的ニーズが急激に増加している。しかし、現在の高齢者は、現役時代には労働市場への参加度及び所得の両方が低かったため、介護サービスに対する支払能力は非常に低い。また、介護サービスの施設とマンパワーも不足している。

これら韓国社会の変容を基本的要因としつつ、韓国政府、特に大統領による政治的イニシアティブによって、公的介護保険制度を取り入れなければならないという社会的な気運が急速に高まっている。同時に、新しい公的介護保障システムの構築をめぐる活発な論争も巻き起こっている。

本稿では、まず、韓国における2008年に予定されている介護保険創設の動きの背景と経緯に触れ、次に保健福祉部の介護保険法案の主な内容を紹介する。更に、同法案をめぐる論争を整理する。その上で、同法案と日本の介護保険制度を比較し、最後に韓国の介護保険制度の今後の方向性についての筆者の提案を行う。

1 韓国における介護保険制度創設の動きの背景と経緯

1) 背景

①人口学的背景

2005年の韓国の65歳以上の高齢者数は約438万人、9.1%（高齢化社会）である。これが2018年に約716万人、14.3%（高齢社会）、2026年には20.8%、約1035万人（超高齢社会）に増加すると予想されている。このような急激な高齢化によって認知症・脳卒中等により日常生活が難しい高齢者数も増加する。要介護高齢者は2003年に約83万人、65歳以上の高齢者の20.9%と推定され、2020年には約100万人に増加すると予想されている。

しかし、核家族化・女性の社会参加の増加等で介護が必要な高齢者を家庭で介護するのは限界に達している。特に、現在の韓国の高齢者に対する福祉等の公的サービスは、生活保護層または低所得層に限定されており、一般家庭内での費用負担が過重で長期間の介護で家庭が破綻状態に至る等の高齢者介護問題は、韓国社会が急に解決しなければならない深刻な社会的問題になっている。

②政治的背景

韓国では、高齢化率がまだ10%未満であり、日本に比べてまだかなり低い段階で、介護保険制度の創設が政策課題となった背景には大統領の政治的イニシアティブによる政策決定という韓国の政策形成過程の特徴がある。まず、2001年8月15日に金大中前大統領祝辞の中で「介護保険制度の導入」が提示された。次いで、2002年10月、「老人保健福祉総合対策」（国務会議報告）において、「公的介護保険制度の構築」が提案された。2002年の盧武鉉現大統領の保健福祉選挙公約の中で、「公的介護保険制度導入の推進」が明記された。

2003年2月に盧武鉉政権が発足した後、金大中前政権の「生産的福祉」政策を継承・発展させる形で新しい福祉政策が登場している。それは「参与福祉」と命名され、政府支持の研究者間で構想作成の作業が行われた。そして、保健福祉部（日本の厚生労働省に相当）は2004年1月、「参与福祉5カ年計画（2004－2008）」を発表した。

盧武鉉政権は国政課題の一つとして「少子化・高齢社会対応策の整備」を掲げ、政権発足まもなくこの課題に着手している。少子高齢社会対策の構想の一部は、「高齢社会対策及び社会統合企画団」が作成した「参与福祉5カ年計画」の細部計画である「少子・高齢社会に対応する国家実践計画」（2004年）に示されている。実践計画の大枠は以下の4つである。①人口・家族政策、②雇用・マンパワー政策、③保健・福祉政策、④財政・金融政策。この計画は、福祉的アプローチと経済的アプローチに分類できるが、福祉的アプローチで重視されているのが高齢者の所得保障、医療保障であり、中でも介護保障の充実が課題として浮上してきている。

2) 制度創設に向けての具体的動き

2003年2月の政権移譲委員会（金大中大統領→盧武鉉大統領へ政権移譲）では、介護保険制度の導入が提案され、保健福祉部の2004年1月の「参与福祉5カ年計画」では、2007年の公的介護保険制度の構築が提案された。これ以降、介護保険制度創設に向けての本格的動きが生じた。

①2003 年 3 月に公的介護保険推進企画団を設置

2003 年 3 月 17 日、公的介護保険制度の検討を進める為に、有職者や政府委員等により構成される「公的介護保険推進企画団」が設置された。共同委員長は宋在聖氏（保健福祉部次官）と金容益氏（ソウル大学）であり、事務局及び実務検討は、韓国保健社会研究院が担うこととなった。本チームには 4 つの部会（制度、評価判定、報酬・給付、施設・人力）がある。同年 8 月には日本の介護保険制度の視察（国立保健医療科学院等）を行なった。さらに外国からの専門家招聘討論会（土田武史、増田雅暢氏）等を開催した。そして、2004 年 2 月 18 日、公的介護保険推進企画団 は「公的介護保険制度最終報告」をとりまとめた。

報告書では、高齢者介護をめぐる、高齢者の自立生活支援と家族負担の軽減、増加する老人療養費と老人医療費に効果的に対応するために、高齢化の早期の段階で、2007 年の公的介護保険制度の構築が必要であると、と論じている。特に、保険者は、別の組織を設立すると管理運営費が増加するので、国民健康保険公団（以下、公団）に管理運営体系を委託・運営するのが適当であると主張した。

②2004 年 3 月に公的介護保険制度実行委員会を設置

2004 年 3 月 22 日、公的介護保険制度の実施を進める為に、有職者や政府委員等により構成される「公的介護保険制度実行委員会」が設置された。共同委員長は宋在聖氏（保健福祉部次官）と車興奉氏（元保健福祉部大臣）であり、実務推進は、保健福祉部局・課長や国民健康保険公団及び審査機関職員等により構成される「公的介護保険制度実務企画団」が行った。同年 6 月には日本とドイツの介護保険制度の視察が行なわれた（日本の厚生労働省と国民健康保険中央会、ドイツの MDK、AOK、BARMER 等）。2005 年 3 月には公的介護保険制度実行委員会が「公的介護保険制度の実施試案の最終報告」を保健福祉部長官に提案した。報告書では、医療保険システムの活用を通じた管理運営費用の節減と介護サービスの質の向上のために、介護保険者を国民健康保険公団とするのが適当との結論をまとめた。韓国保健社会研究院等の研究機関は、公団と市町村、混合形態の運営管理形態を挙げたが、財政管理上の問題が非常に大きいので除かれた。

③2005 年 7 月から介護保険モデル事業を開始

韓国保健福祉部は、公聴会等を通じて国民の意見を反映して、2005 年末までに「介護保障法」を制定する予定である。モデル事業を 2005 年 7 月から 2008 年 6 月までの 3 年間の予定で実施している。2005 年 7 月 1 日から 2006 年 3 月 30 日までの予定で韓国政府は、第 1 次介護保険モデル事業を実施している。現在、保健福祉部の「介護保険推進団」と国民健康保険公団の「介護保険実行準備団」が、大都市 2 ヶ所、中小都市 2 ヶ所、郡（町）地域 2 ヶ所の合計 6 ヶ所で 65 歳以上の生活保護対象者を対象にして、無料で介護サービスを提供している。そして、学識経験者等で構成される「介護保険モデル事業運営評価団」が、モデル事業の運営全般を点検・評価している。韓国の介護保険制度では、まず認知症等の重症高齢者らを対象とし、段階的に対象者を拡大し、2010 年以後すべての要介護高齢者をカバーするという構想である。

④法案制定の公聴会と立法予告

2005年9月15日に保健福祉部は、「介護保険法の制定のための公聴会」を開催して、国民健康保険公団を介護保険制度の保険者として、公団の下に専門的な業務遂行のために新しい「介護評価管理院」を設立するという内容の「介護保険法案」を発表した。保健福祉部は、10月19日に法案について立法を予告して、続いて法制局の審査、国务会議の審議等の関連立法手続きを経た後に、今年12月の定期国会に法案を提出する予定である。

⑤創設予定時期の変更と法案成立の見通し

2004年と2005年に韓国政府が世論調査機関に委託して実施した韓国介護保険制度創設に対する3回の世論調査結果によれば、制度創設に賛成する意見が全体の93.9%（1次）、85.21%（2次）、94.6%（3次）で非常に多くを占めていた。国民大多数が介護問題を個人及び家族的な責任ではなく社会的次元で解決しなければならないという問題意識を共有していることが分かる。

当初の計画では、介護保険制度創設は2007年7月であったが、今年9月15日に介護施設の整備の不足等を考慮して2008年7月に延期された。同時に非公式な延期理由として準備不足のまま、2007年7月の介護保険制度創設を強行すれば、2007年末の大統領選挙に不利だからだという説も指摘されている。

韓国介護保険法案が今年12月の国会で審議されれば、韓国老人医学会の街頭デモ、市民団体の声明書の発表等が予想されるが、国民の多数が賛成する現在の状況で法案通過の可能性が高いと予想される。これは2007年末の大統領選挙を控えて与党も野党も高齢者の票を意識して介護保険法案に公然と反対することができない事情があるからである。

介護保険法案は今年10月に立法予告と11月の国务会議、12月の定期国会の提出等の立法手続きを予定しているが、原案通りの可決となるか、何らかの修正が行われるかが注目される。

2 保健福祉部の介護保険法案の主な内容

2005年10月19日に保健福祉部は介護保険法制定案を発表し、現在パブリックコメントを求めている。その内容は以下の通りである。

1) 制度の名称の変更

当初の計画では「老人療養保障制度」という名称であったが、発表では医療保険制度の療養給付と用語上の重複があるという理由で、「老人スバル保障制度」（以下、介護保険制度）に名称を変更した。「老人」は、老人が制度の主要対象者であることを明示することで、「スバル」は、近くで老人を付き添って世話するという純粹の韓国語で非医療的サービスの提供を目的にすることを意味する。また、「保障」は、保険と公的扶助をすべて含む意味である。

2) 目的及び基本理念等

韓国の介護保険は、高齢及び老人性疾病等により他人の助けなしに日常生活を一人で営みにくい国

民に対して、入浴、排泄、家事及び日常生活の支援等の介護給付を提供し、これらの生活の質の向上及びその家族の福祉増進に寄与することを目的にする（法案第1条）。

介護給付の基本原則は次の5つである（法案第4条）。

①人間尊敬と価値尊重の原則：国民が他人の助けを通じて人間としての尊厳と価値を尊重される生活を営むことができるように実施しなければならない。

②利用者中心の原則：個人の心身状態及び生活環境等を勘案して個人の欲求と選択を考えて総合的に実施しなければならない。

③給付の適正性の原則：介護が必要な状態に対応して適正に実施されなければならない。

④在宅介護の優先の原則：個人が家庭と地域社会で継続的に生活を営むことができるように在宅介護給付を優先的に実施しなければならない。

⑤医療サービスとの連携の原則：要介護状態の予防と悪化防止等のために医療サービスとの十分な連携をしなければならない。

3) 介護保障委員会（法案第5条）

保健福祉部長官の所属で保健福祉部次官、被保険者代表6人（労働団体、使用者団体、市民団体、老人団体、農業団体、自営者団体）、介護施設代表6人（在宅サービス、施設サービス、医療関係団体）、学識経歴者6人等で構成される「介護保障委員会」で介護保険料率、介護手当の支給基準、介護施設の費用等の国民に大きな影響を及ぼす介護保険事業の重要事項を審議する。介護保険事業の重要事項を決めるために、関連団体及び学識経歴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性を確保することができる。

4) 国及び地方自治体の責務（法案第6条及び第7条）

国民と地域住民の福祉増進のために、介護保険事業に対する国と地方自治体の役割と責任を明確にする。保健福祉部長官は5年単位で介護保険基本計画を樹立・施行する。地方自治体も5年単位で詳細な計画を樹立・施行して、十分な介護施設数の拡充と地域住民に対する介護予防事業を実施しなければならない。介護保険事業に対する国と地方自治体の責任を明確にすることで同事業の安定的な施行と定着を図る。

5) 運営方式及び保険者（法案第13条）

韓国の介護保険は、社会保険・強制加入保険であり、介護保険の保険者は、新たな組織が作られわけではなく、独立した公法人である「国民健康保険公団」が運営する。介護保険の保険者は、医療保険の保険者である公団であるが、医療保険とは財政上区分されて設置される。医療保険法とは別の法律を制定して、独立した介護保険制度を創設する。保険者である公団は、介護保険事業の中で被保険者の資格管理、保険料の賦課・徴収、給付費用の審査・支給等の業務、介護施設の指定及び情報公開、財政管理等の業務を行う。このように公団の全国組織ネットワークの既存インフラを活用することにより、不必要な管理運営費用を節減することができる。

6) 介護評価管理院（法案第 19 条）

国民健康保険公団が設立する「介護評価管理院」は、要介護対象者の心身状態に対する調査・評価、介護等級の判定、ケアプランの作成、介護給付サービスの質の評価等のような専門的業務を遂行する。看護師、社会福祉士等で構成されている介護評価管理院は、専門性と責任性を確保することで、要介護対象者の心身状態に当たる良質の介護給付を提供することができる。

7) 適用対象者（法案第 10 条）

法案第 10 条によると、医療保険の被保険者及び被扶養者と医療扶助受給者は、強制的に介護保険の適用対象者となる。20 歳以上の現役世代が全国レベルの高齢者を支え、高齢者自身もリスクがある高齢者を支える仕組みになっている。

8) 要介護認定対象者（法案第 28 条）

要介護認定対象者は、年齢によって 2 種類に区分する。①65 歳以上の高齢者、②すべての老人性疾病を持つ者である。実際に介護給付を受ける者は、「介護等級判定委員会」で心身の疾病によって日常生活に相当な障害を持っており 6 ヶ月以上、他人の持続的な助けが必要であると認定を受けた者である。介護保険は高齢者及びその家族ばかりの問題ではなく、国民全体が社会的に共同解決しなければならない問題であるので、医療扶助受給者も公費により財政負担で介護保険制度に含まれる。

- ・医療保険の加入者：4,740.4 万人（97%）
- ・医療扶助受給者：166.4 万人（3%）

9) 財源構成（法案第 62-83 条）

利用者負担を除いた財源構成で説明すると、認知症・脳卒中等の介護の必要な高齢者等の福祉増進に対する政府の責任を明確にして、家族の経済的負担を減らすために国と地方自治体も財源を負担しなければならない。法案は地域加入者に対する介護保険事業費のうち約 5 割を公費負担としている。すなわち、原則として医療保険と同じ比率で公費を支援する。

なお、2004 年現在、医療保険の公費支援は、原則として医療保険財政の 20.1%（地域医療保険財政の場合、45.2%）である。保険料負担者は 20 歳以上である。そして、国と地方自治体は医療扶助受給者の介護給付費用のうち国民健康保険公団の管理運営費用を公費負担としている。政府、利用者が介護保険事業に必要な費用を共同分担して国と地方自治体の適切な役割及び責任を強化しなければならない。



介護サービスの利用時、高齢者が費用の一部を負担するようにして高齢者家族の経済的負担を緩和して、保険給付の財源である保険料と、介護サービス利用にかかる利用者負担との間の適切な均衡を図り、介護サービスを利用する者としめない者との間の公平な負担を確保する必要がある。サービス利用者は介護費用の2割を負担する。しかし、低所得階層等には長期間の介護による過重な負担等を考慮して自己負担金の一部を軽減する。生活保護対象者は自己負担金を負担しない。本人が介護費用の一部を負担することで介護利用のモラルハザードを予防して負担能力によって自己負担金を差別化することで高齢者家族の経済的負担を減らすことができると期待される。

介護保険料の負担は、医療保険料の賦課基準に基づいて策定し、公団が医療保険料と一括して徴収する。介護保険料の算定及び徴収基準を明確にして医療保険の賦課システムを活用することで法令執行の予測可能性と業務の効率性を向上することができる。

10) 利用手続（法案第 28-35 条）

保険給付の利用手続は、保健福祉部の「介護保障委員会」の評価判定基準に基づき、本人の申込みと介護評価管理院の訪問調査、介護評価管理院の介護等級判定委員会が要介護認定及び等級判定をして、ケアプラン作成等の手続を経て受けなければならない。この結果を利用者に通知する。ケアプランは、本人及び事業者等が作成し、サービス提供機関と契約し、その後、サービスを利用できる。介護認定及び給付手続を明確にすることで対象者選定の公平性とサービス利用の効率性を向上する。

11) 保険給付（法案第 42-45 条）

保険給付は原則的に現物給付である。利用者負担2割を予定している。給付の対象となるサービスは、在宅介護給付、施設介護給付、特例介護費（家族や隣りから受ける時、支給）、療養病院介護費（病院に入院した場合）、その他、福祉用具の購入等である。介護給付の種類を提示して給付を選択し、利用するようにすることで、介護給付対象者の状態と家族状況等による適切で効果的給付サービスを提供する。在宅介護給付は、訪問ケア、訪問入浴、訪問看護、デイケア、短期ケアを提供して、施設介護給付は、老人介護施設（10人以上）、老人介護共同生活施設（5-9人のグループホーム）で提供する。サービス提供事業者は、施設及び人員基準を取り揃えて前もって介護施設として指定を受ける。介護保険法律に具体的介護施設の種類とサービス内容を明示することで介護給付対象者の選択を容易となる。

12) 異議申立及び審査請求（法案第 74-78 条）

加入者の資格、介護認定、給付などの処分に対する異議がある者は、介護審査委員会に異議申立をして、異議申立に対する決定に不服のある者は、介護紛争調停委員会に審査請求することができる。

3 韓国内の介護保険制度創設をめぐる論争

1) 介護保険論争の「前史」としての医療保険制度一本化論争

韓国の社会保障制度は保守と革新の対立で発展して来た。特に、社会保険制度は医療保険制度の一

本化論争を通じて韓国社会の理念的变化を反映するバロメーターになっている。韓国の介護保険制度も保守と革新間の熾烈な新しい論争になっている。そこで、今後の韓国の介護保険制度の動向を予測するために、韓国の医療保険制度の一本化論争を簡単に紹介する。

① 1986-89 年度：国民皆保険制度の実施

当時の保守与党（現在、野党ハンナラ党）の政治的な宣伝のために医療保険制度を実施した。韓国の医師会及び経済団体の支援と、日本の健保連及び支払基金から伝授された業務ノウハウにより、急速に日本の組合方式を受容した。しかし、政府主導で設立した医療保険組合の非自律的な運営と保険財政の破綻が社会問題となった。当時、組合方式の政府政策に反旗をあげた車興奉保健福祉部保険局長（現在、公的老人療養保障制度実行委員長）の強制退職は紛争の火種になった。

② 1993-1999 年度：市民団体が医療保険の一本化を主張

医療保険制度を一本化すれば大型組織の利点があると判断した地域医療保険組合職員らの労働組合が、政府統制下の医療保険政策に反対した。さらに、英米に留学した医療経済学者（Yang、Bong-min 等）と、若手の改革派研究者ら（Kim、Yeon-myeong 等）が一本化を主張した。特に市民団体（社会改革を主張する医療従事者及び患者擁護市民団体）は、政府主導型の医療制度改革を目指して一本化活動をしたが、保守的な学者（Lee、Koo-sik 等）と公務員（Kim、Jong-dae）らの積極的な反対により失敗した。当時、組合方式支持は、保健福祉部、医療保険連合会（日本の健保連と支払基金に相当）、職場医療保険組合、医師会、経済団体で、統合方式支持は、公務員医療保険管理公団、地域医療保険組合、市民団体などであった。

③ 2000 年度：医療保険制度の一本化

革新勢力の支持を受けた改革与党の登場により、李聖宰議員（現在、国民健康保険公団理事長）等が積極的に立法活動をした。さらに、車興奉氏が保健福祉部長官へ就任した。そして、保険料賦課体系及び保険運営の自律性の喪失などの批判の中で、国民健康保険公団が誕生した。当時、組合方式支持の公務員の辞職と研究者の政府委員会からの排除により組合方式主義者らは没落した。

2) 介護保険をめぐる主な組織の主張

上述した医療保険一本化の経緯に見られるように、韓国の社会保障制度は保守と革新の対立を通して発展して来た。韓国の介護保険制度創設についての論争も、当初は保守と革新間の熾烈な新しい論争として始まった。しかし、最近、韓国の介護保険制度論争は既存の保守と革新の対立より利益団体間の論争という側面が強い。韓国の介護保険制度に対する革新与党（ヨリンウリ党）と保健福祉部の政府側の立場と、韓国社会の多様な主張を考察すると、今後の介護保険制度の動向を予測することができる。

2005 年 9 月 15 日保健福祉部の介護保険法案制定公聴会の結果を見ると、韓国老人会は現政権任期内である 2007 年実施を主張している。他方、経済団体は公共インフラが十分に構築されることのできるように 5-10 年の猶予期間を置くか、3-5 年のモデル事業を経た後、財政支出、サービス提供体

制等を段階的に実施しなければならないと主張している。医師会は介護評価管理院に対しては、等級判定、質の管理等は独立した第3の機関である介護評価管理院を別に設置することを主張している。市民団体と学者らは管理運営費の節減、財政管理主体としての役割等を考えて国民健康保険公団で運営しなければならないという意見である。

①政 党

韓国の介護保険法案制定と係わって、韓国国会の議席分布（1院制）を紹介する。総数 297 議席のうち、与党であるヨリンウリ党が 144 議席（48%）、野党であるハンナラ党が 123 議席（42%）、その他民主党 11 議席、民主労働党 9 議席、自民連 3 議席、無所属 5 議席の順であり、単独で過半数を占めている政党はない。

韓国政府と与党ヨリンウリ党は 2005 年 5 月 23 日、介護保険制度を導入することで合意して、その推進方針を発表した。ヨリンウリ党政策委員会議長と保健福祉部長官等が参加した協議会で介護保険法案を今年の国会中に処理することで意見が一致した。

それに対して、保守志向の第1野党である「ハンナラ党」は、公式的党議決定はないが、国会保健福祉委員会を中心に一貫した主張が次の通り出ている。老人性疾患は、慢性・重度等の特性がある。制度の成否は高齢者福祉インフラにかかわっている。政府と各地方自治体は、地域特性に相応しい高齢者福祉インフラを整備して介護保険制度を円滑に導入できる基盤を拡大しなければならない。国民健康保険公団ではなく全地方自治体が介護保険制度の管理主体にならなければならない。公団が介護保険制度の保険者に選定されることには、原則的に反対する。即ち、地方自治体が地域社会のすべての資源を活用して効果的なサービスの提供が可能になるようにすべきである。すでに地方自治体の保健所が遂行している訪問保健事業などと連携することにより、費用を節減できる。

少数野党である革新志向の民主党と保守志向の自民連は、介護保険制度創設に特別な党論を表明していない。これに対して、革新的労働組合を基盤にして設立された民主労働党は、介護保険制度導入に原則的に賛成している。しかし、同党は以下のようにも主張している。「以前の低所得層中心の社会福祉サービスが保険形態で財源を用意するようになると、供給主体が民間に移転される可能性が高く、老人福祉サービスに対する公共部分のインフラが確かに裏付されることができない。その場合、民間営利企業のパイが大きくなって結果的に費用を国が統制することができないことになる。そのために、営利民間企業の介護サービス市場への進入を統制しなければならない」。

②医療団体

韓国医師会、韓国老人医学会等の医師団体は、加入会員の利益のために介護保険法案に対して次のように主張している。

韓国医師会の介護保険制度対策委員会は、介護保険制度の管理運営主体を国民健康保険公団にすることに反対している。同時に、公団が保険者にならざるをえない場合は、その権限を縮小しなければならないと主張している。韓国医師会は、特に介護保険法案第 30 条第 2 項にある介護認定申請の際、重度疾患の場合は医師意見書を提出しないように介護保険法案に例外条項を置いたことに対して、「重度疾患は、医師が必ず症状を確認した後、治療可否と方法を決めるようにすることが当たり前

であるにもかかわらず、医師所見書を免除するようにしたことは重度疾患高齢者を無視することである」と強く批判している。

韓国医師会の所属ながら独自の行動をする「ソウル市医師会」は、今年9月17日に日本の大阪府医師会を訪問して介護サービスから医師を排除する介護保険法案の問題を論議したが、大阪府医師会から医師参加を意図的に排除している韓国の介護保険制度は誤っており、高齢者の健康と治療のための真の介護保険制度を定着させて行かなければならないと勧告を受けたと報告している。

韓国政府の介護保険法制定の立法予定と係わって、10月24日にソウル市医師会は保険者、医師の参加可否等について変更を要求する改善策を保健福祉部等に提出した。ソウル市医師会は、この建議で現在、地方自治体別に保健所と保健福祉部等で長期・短期療養サービスと老人健康増進事業が実施されている等、施設と人的インフラ、経験等が十分に蓄積されているので、保険者を地方自治体で引き受けるようにしなければならないと強調した。また、制度の効率的で公正な運営管理のためには、「介護評価管理院」より市町村が運営主体を引き受けることが適当だと主張した。

韓国老人医学会は、既存の慢性疾患の悪化を予防して回復が可能な機能のリハビリ、残存機能の維持のために保健・医療・福祉のサービスが統合的に提供されなければならないと主張している。介護保険制度創設で医療サービスが排除されることには絶対反対であると主張し、政府は何の意図で医療を排除しようとするのか理解できないし、医師らは介護保険法案の作業に必ず参加しなければならないと強調している。

他方、韓国看護師会は、介護保険制度導入には賛成しているが、看護師への政府の統制手段となる介護評価管理院の創設には反対している。また、介護保険法案第43条第3項において医師の指示なしに訪問看護サービスができないようにしたことは、老人性疾患は急激な病状変化がなくて毎回医師の指導を受けるようにすることは現実をみない規定であると主張している。

③市民団体

韓国では、日本に比べて市民団体（NGO）の影響力が非常に強く、しかも革新性向が強いのが特徴である。韓国の市民団体には、主に経済改革を主導する「経済正義実践連合」、社会改革の「参与連帯」等があり、以前に医療保険の一本化を主導した医療改革の「健康世界ネットワーク」等と、障害者権利団体、環境保護団体、消費者団体等約4千の市民団体が活動している。経済正義実践連合、参与連帯等の革新市民団体は、一般的に与党のヨリンウリ党系であり、韓国政府の介護保険法案が公共サービスを強調する点には賛成しているが、国民健康保健公団の保険者化、実施時期等に対しては別の主張をしている。

最大の革新市民団体である「経済正義実践連合」の社会福祉委員長のキムチンス（延世大学社会福祉学部教授）は、制度運営を地方自治体が引き受けると地域密着型サービスが可能であると主張し、介護保険の適用対象者（全国民）と給付受給者が不一致である問題を指摘している。さらに、公団が保険者になることには賛成しつつも、介護評価管理院を新設するという計画には反対している。

もう一つの革新市民団体である「参与連帯」は、公共インフラが全然構築されないまま、経験と社会的合意がない現状で、介護保険法案による全面的な社会保険方式の介護保険法案は時期尚早であり、現状態での立法及び全面的な制度の早期施行に対して反対すると主張している。

医療保険制度の一本化を主導した革新医療市民団体である「健康世界ネットワーク」は、次のように主張している。介護サービスは、年齢や障害、保険料納付可否による制限と差別なしに誰でも介護サービスを利用できるような制度的装置が必要である。この原則を守るためには、この制度は国民が出した税金を主要財源にしなければならない。介護サービス事業が営利事業と認識されて介護サービスが商品化すると、貧富の格差による介護保障水準の差が発生して人権侵害も発生する可能性がある。そのため、介護サービスは公共部門が中心になって提供してサービスの標準化と質の管理体系を用意しなければならない。

また、障害者団体である「介護保険制度実施のための障害者共同対策委員会」は、老人のためだけの制度ではなく、年齢と障害の理由に関係なく誰もがみな恩恵を受けるべきであると主張している。

④労働組合団体

韓国の労働団体は、革新的労働団体である「民主労働総連盟」と、穏健的労働団体である「韓国労働総連盟」に大別できる。

「民主労働総連盟」は、介護保険法案が①全国民を対象でニーズによってサービスが優先的に提供される普遍的な皆保険制度、②租税を主要財源にする制度、③公共部門を中心に構築されるシステムにならないと声を高めている。また、介護保険の保険者を国民健康保険公団にすることには賛成であるが、政府の統制手段となる介護評価管理院を別に新設することには反対している。

「韓国労働総連盟」は、障害者を除いて介護保険法案が高齢及び老人性疾患者に受給者を制限したことに対して批判を加えている。介護保険法案は在宅サービスを大きく萎縮させて、事実上生活収容施設中心になると批判している。さらに介護評価管理院を新設すれば介護保険制度の財政規模に比べて管理運営費が大きくなるはずであり、公団が医療保険と介護保険制度を一緒に管理すれば財政運営上効率性を期することができると主張している。

⑤関連研究者等

翰林大学の車興奉教授（元保健福祉部長官）は、保険者を国民健康保険公団にすることには賛成するが、新たに作ろうとする介護評価管理院は、地域社会の老人福祉体系と距離が遠くて、基本的に中央政府が責任を負う中央集権的管理運営機関なので、老人とその家族の立場で見れば地域性と近接性が落ちている。このような問題点を補うために地方自治体の役割を生かして地域福祉システムを作る必要があると主張している。

日本仏教大学の呉良均教授は、韓国の介護保険制度は日本のそれと非常に似ており、実際に韓国政府が供給主体として多様な民間事業者が積極参加できる制度的支援を強化するという方針を持っている、民間事業者の営利性が心配になるという考えを明らかにした。

逆に、韓国在宅老人福祉協会の金容年会長は、社会福祉予算だけで介護サービス等を提供することは、現実的に難しい。市場を形成して民間の投資も誘発するためには、介護保険の早期導入が至急な課題であると主張している。

1) 介護保険制度についての論点整理と筆者の見解

①論点の整理

以上、紹介してきた各団体の介護保険制度についての主張・論点は、次のように整理できる。

第一に、韓国の介護保険制度は一般国民を包括する普遍的なサービスを提供するために社会保険方式を選択するという特徴がある。しかし、保険料負担者は全体の医療保険加入者であるのに対して、受給者（給付対象）は事実上65歳以上の高齢者となるので（64歳以下の者は限定的）、保険料負担者と受給者が不一致であるなど、全国民対象の既存の医療保険制度及び福祉システムとも一致しない点がたくさんあるという点で賛否両論がある。

第二に、インフラ整備や国民合意に十分な時間をかけて5年-10年後に実施すべきという意見と、介護ニーズは深刻で緊急なので先ず実施し、段階的充実を図るべきだという両論がある。

第三に、韓国医師会は介護保険から医師を排除することに反発しており、逆に韓国看護師会は医師中心の条項に反対している。

第四に、介護保険の保険者を国民健康保険公団にすべきか、地方自治体にすべきかの両論がある。

②各論点についての筆者の見解

このような四つの論点についての筆者の見解は次の通りである。

第一に、活動年齢期にある若者世代の要介護状態については、現行の障害者福祉施策の充実により、総合的、計画的に対応できると思う。なお、政府は介護保険制度創設後、障害者プランの進行状況、障害者福祉施策との整合性等に配慮して、被保険者の範囲を含め、制度全般について持続可能的に検討していく予定である。韓国の実態と歴史的業績を踏まえた判断が必要であろう。

第二に、本年7月から全国6地域で評価判定やケアプラン等のモデル事業が実施されている。また、介護保険法案は、今年の国会に提出する予定である。最近になって、2007年施行予定が1年延期された。このように、介護保険制度創設の準備は着実に進行している。また、介護保険制度施行延期の主張の背景には、制度創設そのものに反対をする保守団体の思惑があるのではないかと思う。

第三に、韓国医師会の医師排除批判論や、韓国看護師会の医師中心批判論は、介護保険制度創設を利用して利益を創出するための利益団体の利己主義と思う。韓国医師会等が医師を排除したと主張する部分が、第30条第2項の但し書き条項にある。「要介護者が介護認定申込みをする時は、医師意見書を介護評価管理院に提出しなければならない。ただし、重度疾患者等の大統領令が定める場合には除く」。筆者は、すべての介護認定申込みに医師意見書を義務化することは、費用の無駄使いと思う。したがって、介護等級認定委員会の判断によって必要な場合に医師意見書を提出するようにしなければならないと思う。韓国看護師会等が医師中心の条項と反対している部分が、第43条第3項の但し書き条項である。「訪問看護サービスとは、医師の指示を受けた看護師、または大統領令の定める者が家庭を訪問して訪問看護施設で提供する給付をいう」。国民に必要な介護サービスの提供をするためというよりは、関連団体の利益のための主張に過ぎない傾向がみられる。

第四に、国民健康保険公団が介護保険の保険者にならなければならない。保険者を公団とすることに反対する側は、別の介護保険者の設立または地方自治体が介護保険者となること等を主張している。しかし、医療保険の保険給付と介護保険の保険給付間に相互連関性が深いことに注目しなければならない。

ない。特に公団は社会保険の運営経験が豊富で経済性及び効率性が高く、地方レベルでは、市町村別に設置された全国の支社を通じて介護保険運営を効果的に行うことができる。公団の業務に介護施設の運営を追加しなければならない。しかし、今後、新設される介護評価管理院は、不必要な管理運営費の浪費の悪循環を省くために、公団内に設置して単一の介護保険組織を構成しなければならない。なお、筆者は、介護保険以外の地域保健や地域福祉の充実のために、公団と地方自治体の協力・共同が重要だと思う。

4 日本と韓国の制度比較

日本の介護保険制度は、導入後5年が経過した。韓国では、今後日本以上のスピードで高齢化が進むため、日本の制度を一つのモデルにして介護保険制度導入に向けた論議がされている。その中では日本の介護保険制度の長・短所を分析する取り組みが進められている。次の表のように日本と韓国制度を比べた。

		日 本	韓 国
創 設		1997 年（施行 2000 年）	2005 年（施行 2008 年）
保険者		市町村及び特別区（地方自治体）	国民健康保険公団
加入者（負担者）		40 歳以上	全国民
対象人員（65 歳以上の者）		2,317 万人	438 万人
受給者（給付対象）		1 号被保険者（65 歳以上） 2 号被保険者（40－64 歳）	1 号被保険者（65 歳以上） 2 号被保険者（64 歳以下）
費用の負担（未定）	保険料	18%・32%	40－50%
	国 庫	25%	30－40%
	地方自治体	都道府県 12.5%	
		市 町 村 12.5%	
	自己負担	1 割	2 割
保険給付		介護給付、予防給付、市町村特別給付等	介護給付、介護手当、特例介護費、療養病院の介護費等
給付の認定方法		認定調査結果及び主治医意見書	重度疾患者等の大統領令が定める場合には医師意見書を除く。
介護認定		市町村の介護認定審査会	介護評価管理院の介護等級判定委員会
ケアマネジメント		居宅介護支援事業者（在宅の場合）または介護保険施設が作成し、本人の承諾を得る。	大枠は日本と同じだが、詳細は未定
備 考		原則年金より天引き・医療保険料と一体的に徴収	医療保険料と一体的に徴収

1) 日韓の制度の異同

①保険者と保険料

保険者とその運営主体で韓国と日本の大きな違いがある。日本は市町村及び特別区が保険者になっている。韓国は全国唯一の医療保険者である国民健康保険公団が介護保険の保険者になる予定である。

日本制度と違う点は、公団は資格管理、保険料の徴収、給付審査、財政管理等を担当しつつ、介護評価管理院を新設して介護等級の判定、ケアプランの作成、給付の質の管理等を行うことである。

日本は介護保険の運営費の半分は税金、残りの半分は保険料になるが、韓国も同じになる予定である。保険料の徴収については、日本は40歳以上の者に対しては医療保険料と一体的に徴収し、年金受給者においては原則として年金より天引きしている。韓国は全国民に対して医療保険料と一体的に徴収する。

②被保険者と保険給付

被保険者については、韓国と日本の1号被保険者は65歳以上の人で同じであるが、2号被保険者は、韓国64歳以下の者、日本40-64歳で大きく違う。日本の自己負担は1割であるが、韓国は2割である。

また、保険給付については、韓国も日本のように在宅給付と施設給付があるが、介護手当、特例介護費、療養病院の介護費等の現金給付を細分化することが違う。

③施設インフラ

日本では、ゴールドプラン推進を通じて介護保険制度導入の基盤を整備した。韓国では今までこのような基盤整備が遅れていたが、韓国政府は、今年10月13日の「2006年度の老人療養施設整備計画」で2008年度の介護保険制度の導入のために地域密着型小規模施設、グループホーム、総合在宅老人福祉施設等の新しい形態の介護施設を急速に大きく増やす予定である。

④医師の関わり

日本では、被保険者が保険者に申し込みすると、まず認定調査を受ける。訪問調査結果と主治医意見書をもとに介護認定審査会において保険給付対象となる要介護状態等に該当するかどうか及び介護度の認定は保険者が決定する。それに対して韓国では、要介護者が介護認定申込みをする時は、医師意見書を介護評価管理院に提出しなければならない。ただし、重度疾患患者等の大統領令が定める場合には除く。

⑤ケアマネジメント

日本と同じように、韓国も要介護者等からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況に応じた適切な介護サービスを利用できるよう、介護サービス計画の作成、公団、事業者等との連絡調整等を行うのがケアマネジャーである。しかし、ケアマネジメントの費用がたくさんかかるという観点から反対する側の主張が強いため、介護保険モデル事業以後に導入可否を決める。

2) 筆者からみた日本の介護保険制度の評価

韓国で介護保険制度に関する国民の理解を広げ、韓国の政治・経済・文化等現状に適合する介護保険制度を作るために、必要な基盤を準備するための方法として、介護保険を韓国より先に導入した日本の制度の長所・短所を分析すべきである。比較的に速い期間で高齢化とそれに伴う社会問題を経験

してきた日本では、要介護者が人間としての尊厳性を維持しながら自分の生活を営むことができるような社会システムをどのように制度化するかが重要な課題となった。ここで、日本の介護保険制度のうち、要介護等級判定、ケアマネジメント、給付サービス、認知症患者の保護、現金給付、電算化等についての筆者の評価を簡単に述べたい。ただし、この点について筆者は研究途上であり、これは現時点での暫定的評価である。

①要介護等級判定

要介護度が比較的低い要支援及び要介護2の認定者数が、全体の60%以上、介護給付費の35%以上を占め、特に在宅サービスの場合、要介護1認定者の給付費が25%以上であることを注視すべきである。日本の等級区分は複雑であり、3段階程度に縮小するのが望ましいと考えるが、利用限度額の格差が大きくなりすぎる可能性もある。日本の等級判定基準等に対する十分な議論と検討が必要である。

②ケアマネジメントの導入

日本のケアマネジメント制度は、介護サービスを効果的に提供する点では有効に機能していると考ええる。しかし、サービス利用者の要請によって過大なケアプランを作成し、サービスの提供等で給付費の上昇をもたらす等の問題がある。ケアマネージャーの監督を強化するためには民間事業者ではなく保険者がケアマネージャーを管理する方法も検討すべきである。

③在宅及び生活中心の給付サービス

日本では、施設入所は最後の手段であり、最大限、家庭と地域社会で高齢者が生活するように給付制度が設計されている。しかし、要介護度が低い者に対して訪問介護及び車椅子等のサービス提供を



優先するより筋力向上等を通じて身体機能を維持するよう見直して本年の日本の制度改革を注視している。

④認知症患者の保護政策

日本は認知症状態にある要介護者に対して共同生活をする住居において、入浴、排泄、食事等の日常生活介護及び機能訓練サービスを提供している。要介護者のうち比較的安定した認知症状態の場合に、日常生活の介護及びリハビリを励ますことと一緒にできるだけ家庭的な環境で日常生活を楽しむのが望ましいだろう。しかし、韓国の場合、グループホームを給付範囲に含ませると、サービスの質の低下等によって無駄な給付費支出をもたらす可能性があるため、給付認定基準等の法的制度化が必要である。

⑤現金給付認定

日本では、現金給付を認めていないが、制度導入初期から今まで継続的に論議になっている。現金給付は女性の労働問題、介護の密室化、高齢者虐待、ホームヘルパーの訪問による私生活の公開、サービスの質低下、モラルハザード等の短所があるが、実施初期に不足する施設インフラの補完、在宅中心の給付、財政節減効果等の肯定的な側面もあるため、韓国は現金給付の導入が必要である。

⑥電算化システム

日本は、介護保険制度の実施初期にシステム障害が多かったが、コンピューターによる1次判定を通じて科学的で客観的な介護等級を判定することができるシステムを取り揃えている。韓国は医療保険統合ネットワークの先例があるから、全国統一の介護保険ネットワークの構築が必要かつ可能である。

おわりに — 韓国でよりよい介護保険制度を導入するための筆者の提言

社会保障制度はその国の社会経済的環境や社会保障体制についての固有性と特性に基づいて、設計しなければならない。また、以下のような実施方向と主要課題も全体的なフレームを示しなければならない。第一に、受給権者の範囲、第二に、具体的な運営方向、第三に、施設設備及びマンパワーの育成、第四に、持続可能な制度であること。これは推進戦略と密接な関連があって、韓国政府の実施方向と言える。以上の原則をふまえて筆者は、韓国の介護保険制度の方向と課題について以下のように提言したい。

第一に、被保険者の範囲を含め、制度全般について制度の持続可能性の検討を行う必要がある。

第二に、介護保険制度を当初の予定通り段階的に施行すべきである。施行をもう一度延期してはならないと思う。

第三に、利益団体の要求優先ではなく、利用者優先で施行しなければならない。

第四に、国民健康保険公団が介護保険の保険者にならなければならない。

第五に、介護評価管理院の新設計画は中断して、国民健康保険公団に唯一の介護保険組織を構成しなければならない。

実質的に介護の問題点を解決するには、人的インフラと施設インフラの整備が不十分な韓国の老人福祉の条件は十分ではないと思う。しかし、韓国にとって有利な点は、すぐそばに介護保険を施行している日本が存在していることである。

筆者は、日本の介護保険を研究しつつ、その長所は生かし短所は是正して、韓国の社会や国民性に適合した制度を創設することが可能であると思う。韓国介護保険制度は国民の老後不安に対応する社会的安全網として、社会保障制度の完成と思う。私は、介護保険制度の問題点を整理して国民が願う、国民に歓迎させる制度を作るよう努力をしたい。

なお、本稿での評価と提言は、筆者の個人的見解であり、韓国国民健康保険公団の公式見解ではない。

参考文献

<日本語>

- 二木立（1998）『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院
- 二木立（2000）『介護保険と医療保険改革』勁草書房
- 二木立（2001）『21世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房
- 二木立（2004）『医療改革と病院 21—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房
- 伊藤周平（2004）『改革提言介護保険—高齢者・障害者の権利保障に向けて』青木書店
- 増田雅暢（2004）『介護保険見直しへの提言—5年目の課題と展望』法研
- 増田雅暢（2004）「韓国の介護保険の検討状況」『介護保険見直しへの提言—5年目の課題と展望』（法研）No.2309、2004.11.22
- 本沢巳代子（2003）『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』日本評論社
- 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子編（2005）『介護保険制度の評価—高齢者・家族の視点から』三和書籍
- 鍋谷州春（2005）「韓国社会の変容と老人療養保健制度（介護保険）の準備」『高齢社会の医療・福祉経営』桜井書店
- 李玲珠（2005）「韓国の高齢者福祉制度をめぐる新しい動向」『第111回社会政策学会』
- 金貞任（2005）「韓国の介護保険制度の導入」『保健の科学』第47巻第8号

<韓国語>

- 변재관・선우덕・식재은・ほか（2001）「老人長期療養保護政策の樹立方案」『保健福祉フォーラム』（韓国保健社会研究院）51（1）、4-11
- 최병호（2001）「老人長期療養保護の所要財政推計と財源調達方案政策」『保健福祉フォーラム』（韓国保健社会研究院）51（1）
- 최병호・선우덕・최현미（2001）『老人療養保険制度導入方案研究』韓国保健社会研究院
- 선우덕（2001）「老人療養の実態と社会的保護の必要性」『老人療養の実態と社会的保護方案討論会資料』韓国社会保健研究院・韓国女性開発研究院・韓国老人学会
- 최병호（2001）「老人療養の社会的保護方案」『老人療養の実態と社会的保護方案討論会資料』韓国社会保健研究院・韓国女性開発研究院・韓国老人学会
- 선우덕（2002）「長期療養保護対象老人の実態及び政策樹立方向」『保健福祉フォーラム』（韓国保健社

- 会研究院) 2002 (4)
- 선우덕 (2002) 「老人長期療養保護制度の導入方案検討」『保健福祉フォーラム』(韓国保健社会研究院) 2002 (4)
- 선우덕 (2002) 「長期療養保護サービスの対象老人の為の施設別の人力拡充」『保健福祉フォーラム』(韓国保健社会研究院) 2002 (4)
- 이광재 (2003) 『老人長期療養保護制度に関する福祉国家類型別の比較研究』忠南大学行政大学院
- 선우덕 (2004) 「老人長期療養施設及び長期療養サービス」『大韓病院協会誌』2004 (6)
- 박재용 (2004) 「公共保健医療政策及び老人長期療養保障政策の課題」『大韓病院協会誌』2004 (1)
- 박종연·구미경·김경하·ほか (2004) 『老人療養保険制度の鼎立の為の関連施設の供給及び拡充方案』国民健康保険公団、69-94
- 박종연·구미경·김경하·ほか (2004) 『老人療養保険制度の管理運営体系の構築方案』国民健康保険公団、145-180
- 金道勲·선우덕 (2004) 「日本介護保険制度改革の課題と展望」『健康保険フォーラム』(国民健康保険公団) 3 (2)、91-101
- 이주식 (2004) 『老人療養保険制度の導入方案に関する研究』漢陽大学地方自治大学院
- 정경희·석재은·선우덕·ほか (2005) 『公的老人療養保障制度の評価・判定体系及び給付・報酬の開発』韓国保健社会研究院・保健福祉部、99-106
- 박병배 (2005) 「公的老人療養保障制度のモデル事業」『2004 年健康保険白書』国民健康保険公団、569-585
- 권순만·최병호·이석호·ほか (2005) 『公的老人療養保障制度の経済性評価医療政策』ソウル大学保健大学院
- 統計庁雇用福祉統計課 (2005) 『2005 高齢者統計』
- 保健福祉部老人療養保障課 (2005) 『老人スバル保障法案』
- 保健福祉部 (2005) 『第 256 回国会国政監査—主要業務推進現況』
- 国民健康保険公団 (2005) 『第 256 回国会国政監査—主要業務推進現況』
- 金道勲 (2005) 「日本介護保険制度の改革と示唆点」『健康保険フォーラム』(国民健康保険公団) 4 (1)、142-149
- 金道勲 (2005) 「日本の公的介護保険制度」『月刊健康保険』(国民健康保険公団) 2005 (9)

3. 「韓国における高齢化と高齢者ケアの課題」をめぐる指定発言

延世大学校保健科学大学保健行政学科 教授 李 奎植

私は、金道勲氏の報告のなかでご紹介できなかったいくつかの点を取り上げて、補足的に説明したいと思います。

韓国の事情を申しますと、2000年7月に健康保険の統合や、医薬分業という医療改革がおこなわれましたが、それは保険財政を悪化させる原因となりました。

2001年の4月に追加された資料を見ますと、それまで健康保険の財政として集められていた2兆ウォンほどの積立金は、全部底をついてなくなってしまい、約3兆ウォン以上の赤字が出てしまいました。医療改革がおこなわれる前の、1999年の保険給付の費用が8兆ウォン程度であったことを考えますと、3兆ウォンの赤字の大きさを感じます。

2001年5月、韓国政府は健康保険財政の安定のための対策を発表し、あわせて日本式の介護保険制度を導入することを発表しました。当時は、2000年4月に導入された日本の介護保険の財政状態に対する評価がなかったため、介護保険制度により老人の医療費を節減できると、韓国政府は信じておりました。そこから韓国の介護保険の問題は始まったと思います。

日本の介護保険は2000年に約3兆5,000億円を支出し、今年2005年には約6兆1,000億円程度が使われるという中間データがあります。それを見た韓国政府の保健福祉部関係の官吏たちは戸惑い始めています。というのも、老人医療費の節減のために介護保険を導入することにし、日本のように5段階の要介護度レベルに分けて給付すると発表したのですが、日本で始まった介護保険の費用などの支出を見まして問題点が発見されたので、そこを見直さなくてはならないという考えが、韓国政府の保健福祉部の官吏たちの考えとして出始めております。今年3月までは5段階レベルの実施を目指していましたが、それ以降、段階的な推進のほうに変わっております。

今年6月に与党関係者と政府関係者の合同会議で、2007年7月にまず2段階のレベルで始め、2010年の4月からは3段階に分けて拡大実施することを決めました。しかし、翌7月になりまして、その導入時期を1年遅らせて、2008年の7月から施行すると再決定しました。今年の8月末にそれに関する法案の原案を作成し、9月初めには公聴会を開きました。そこでは2008年7月に受給者を一つのレベルに統合し、総数で85,000人にすることにしました。

ここからは韓国の介護保険制度に関する重要な問題点に関して、いくつか説明したいと思います。

1. 2008年7月から実施予定である制度の対象者が85,000人という数字は、65歳以上の老人の1.7パーセントにとどまります。2010年には三つのレベルに拡大して、受給者を187,000人にしますが、それでも老人人口の3.3パーセントに過ぎません。

こういった「少数の老人にしか適用されない」制度であるならば、介護保障制度という立派な名前を付けたり、介護評価管理院をつくったりするのではなく、地方自治体が公的扶助を出すという

方向に進めることが適当だと思います。

2. 介護保障制度の目的に問題があると思います。法の目的の条文を見ますと「身体の不自由な老人に生活上の助けを世話する」となっております。リハビリテーションを通じて正常な生活に戻るという目的ではなく、本当の意味の介護ではないというイメージがあります。

3. 財源調達において、健康保険料とあわせて一律に徴収しようとするところに問題があると思います。健康保険の統合以来、健康保険料の負担が勤労者たちには

とても不利な条件になっております。そこからさらに介護保険料を徴収すると、勤労者たちには二重の負担がかかり、さらに不利になるという問題点があると思います。

健康保険財政自体が財政的に不安定な状況のなかで、そこから介護保障の財源を調達する場合には、介護保障の給付が大きく制限されることもありまして、財政もまた不安定になることが予想されます。

保険料の負担は主に 20 歳から 49 歳の層で、それは健康保険でも同じことが言えますが 65 歳以上の老人対若い世代という、世代間の再分配の対立が起こると思います。

韓国も日本と同じく、高齢化が大きな問題になりつつあります。20 歳から 49 歳の若い世代の割合が低くなってしまい、そこから高齢化が加速することによって財政的な問題が大きくなり、制度の持続可能性が問題になると思います。

4. 次に管理機構の問題を申し上げます。まず、資格の管理、保険料の賦課・徴収・支払いは国民健康保険公団が担当し、介護等級の判定、ケアマネジャーの採用、給付管理など、質的な管理は介護評価管理院が担当します。認定申請書の調査への協力、介護予防事業、施設拡張などの問題は、地方自治体が担当することになっております。このように管理的な面において、組織が三つに分かれることは非効率だと思います。85,000 人という少数の老人の介護のための組織が三つになってしまうことは、本当の老人のための保障制度ではなく、介護評価管理院の職員のための介護保障制度になってしまうという批判が出始めています。
5. 予算の制約から医療的管理や処置に対する給付をどうするか、という問題です。2003 年の統計を見ますと、施設に入所する老人たちの死亡率は、一般老人の 3 倍に達しています。そこで医療的処置や管理が必要になりますが、介護保険側からは、そういった医療的処置・管理は国民健康保険公団の対象であるという主張がなされ、健康保険側は、財政的な制限から、医療的処置や管理は対象にしないと主張しています。
6. 結局今年 7 月からモデル事業が始まっておりますが、この進行中に法律を制定するという矛盾が出ております。これによってモデル事業は、かたちだけの事業ではないかという疑問が出ております。

私の発言は以上です。ご静聴ありがとうございました。



4. 「ソーシャル・ガバナンスの日韓比較」

東京大学大学院人文社会系研究科 教授 武川 正吾

はじめに

ご紹介いただきました、東京大学の武川と申します。

「ソーシャル・ガバナンスの日韓比較」というタイトルを掲げましたけれども、日韓比較の「試み」ということでお話をさせていただきます。韓国について詳しい方はここにたくさんいらっしゃると思いますので、いろいろとご批判をいただきながら、見解の修正もしていきたいと思っております。ですから暫定的、一時的な内容であるをご理解ください。話の内容に関しましては、六つぐらいのトピックスをとりあげて話していこうかと思っております。

1 韓国における福祉国家の形成

一番目に、韓国で福祉国家が形成されてきているのではないかということに関連してのお話です。現在、東アジアに対する関心が非常に高まっております、福祉国家や社会政策を研究する人々のなかでも、東アジアの福祉に関する注目が非常に高まっています。

ただ、東アジアと一括りで考えた場合に、非常に多様であって、単純に比較するのは困難です。ヨーロッパの人は、東アジアを「極東」というような括りで考えておられて、非常に似ているのではないかと考えているようです。

東アジアを歴史的に振り返ると、たとえば江戸時代にはそれぞれの国が鎖国していたりして交流はないのだけれども、少なくとも知識人のレベルでは漢字を媒体として、共通した文化圏・言語圏が成立しているということがありました。たしかに多様性のなかの統一、という意味でのヨーロッパ社会と似たような状況もあったようです。

しかし、よく見てみると日本と韓国、中国の社会構造がそれぞれ非常に違っていたということには、注意しなければいけないと思います。

まず、東アジアは家族重視ということで、似たような家族・親族構造だと考えがちですが、特に血縁関係のあり方などに関しては、かなり違っているということが人類学者によって指摘されてきています。文字も違いますし、宗教も違う。特にキリスト教の信者の数は、日本では1パーセントに満たないわけですが、韓国だと20パーセントぐらいの人がいます。

また、歴史的な統治構造をみてみますと、日本の場合、江戸時代は幕藩体制で、かなり地方分権的な制度でしたが、李氏朝鮮の場合は、かなり集権的であったということのようです。

近代社会の発達については、日中韓ともに、ヨーロッパに対してLate Comer、すなわち「遅れて

来たもの」であるという点では共通ですけれども、近代化のスタートの時期は全く異なっております。それから植民地主義の問題もあります。要するに近代化以前の社会構造のベースが異なっていたわけです。また第二次世界大戦後も、経済的な発展段階が異なっているというようなことが言えると思います。

こういった点からすると、東アジアでは比較研究は非常に困難であると言えるのではないかと。そもそも比較するというからには、共通の部分がないと比較ができないわけで、共通したところを前提に比較する必要があります。ですから全然違うものは、そもそも比較の対象になりにくいということがあります。

そして東アジアの場合は、そういった共通部分が少ないのです。仮に日本と韓国のあいだで違っているところがあったとしても、それが何に由来するのか。非常に識別するのが難しいといった事情があります。

ですから、韓国でこうなる、日本でこうなるという違いがあったとしても、それが発展の「段階」の違いによるものなのか、そもそも「類型」の違いによるものなのか、あるいは、たまたま歴史的な条件の偶然性による発展の道筋の違いによるものなのか。そのあたりの見極めは非常に困難を極めます。

しかし、冒頭に申しましたように、1990年代末、韓国が急速に福祉国家化したことによって、日韓比較の意義がそれ以前とは違って、かなり重要性を増してきたのではないかと思います。

どういう点で韓国が福祉国家化したか。一つ量的な側面から見ますと、社会支出－OECD（経済協力開発機構）の統計で出ている、いわゆる社会支出（Social Expenditure）－が指標になります。韓国では「社会福祉支出」という言い方をしていますが、これを対GDP比で見えますと、1998年ぐらいのところで急に跳ね上がっているという特徴があります。これは、ちょうど金大中政権時代の社会政策における福祉の発展を反映しているからです。

質的な面で考えてみても、金大中政権時代に「生産的福祉」というスローガンが掲げられ、さまざまな社会保障上の改革がされてきました。しばしば共通して指摘されているのは、「国民基礎生活保障法」というようなかたちで公的扶助制度が改革されて、それまでと違って稼働世帯にも給付が適用されるようになり、さらにその権利性が高まる、給付水準が引き上げられるというような公的扶助の改善がみられたということです。年金、医療、日本でいう労災にあたる産災、あるいは雇用保険などに関しましても、それぞれ皆年金が実現されたり、給付率が改善されたり、いろいろな面で改善が図られました。この点については、日本でも順次紹介されてきているようです。

2 ソーシャル・ガバナンスの視角

こうして急速に福祉国家化した韓国と日本を比較する場合に、一つの重要な概念として「ソーシャル・ガバナンス」が浮かびあがっています。

最近、いろいろなところで「ガバナンス」という言葉が使われてきています。政治的な文脈では、「ガバメント（政府統治）からガバナンス（共治）へ」という言い方がされますし、開発経済の分野では、開発途上国における "Good Governance" が開発援助の重要な条件になったりします。あるいは企業や経営では "Corporate Governance"、国際政治では "Global Governance"、地方自治では "Local Governance" などといった言い方がされます。

このことの意味あいには、統治における「実体」よりも「機能」に着目するような視座の転換があるのではないかと考えられます。そのなかで、「Government から Governance へ」といわれていることにかかわる現象、主張について見ていきましょう。

一つは、いま申しあげましたように、ガバナンス論は統治の実体から、むしろ機能のほうに注目しているということです。グローバル化、あるいはローカル化、IT 革命などによって、政府機能がかつてと違って低下してきている。政府が 1970 年代、1980 年代のように情報をコントロールすることが非常に難しくなっているということもあります。加えて、政府統治に対する不信といった点も出ています。

日本では Governance を「統治」ではなくて「共治」と訳す人も多いですが、その場合は、政府と民間のあいだでの対等性、あるいは協力・協働、こういったことが強調されてきます。

ガバナンスを福祉、あるいは社会政策の面で議論するようになって、ソーシャル・ガバナンス論という表現が登場します。実は、ここにち言われているソーシャル・ガバナンスにつながる伏線的な議論が福祉の領域では以前から行われていました。以下で簡単に紹介したいと思います。

1970 年代から、福祉ミックス（Welfare Mix）論とか、福祉多元主義（Welfare Pluralism）論という議論が出てきました。これは供給の多元化ということを強調しているという意味で、ここにちのソーシャル・ガバナンス論につながっていると思います。

それから、エスピン・アンデルセンが福祉レジーム（Welfare Regime）論という表現を用いて、福祉における家族と労働市場と政府の役割を強調しており、これもソーシャル・ガバナンス論につながっていると思います。日本では福祉社会論という言い方で、ソーシャル・ガバナンス論につながる独特の主張がなされています。

こうした従来の主張とソーシャル・ガバナンス論は、どういうところが同じで、どういうところが違うのかを考えてみますと、Welfare Mix は、どうも供給の話が中心です。したがって民間を取り上げる場合でも、供給セクターというような視点で民間を考える傾向にあります。

ソーシャル・ガバナンス論というのは、もちろんそういうことも前提にしますが、単に供給だけの問題ではなくて、政治であるとか、権力であるとか、参加であるといった論点についても非常に関心



を持っている。したがって、ソーシャル・ガバナンス論には政治的アクターとして民を考えるといった特徴もあるかと思います。

そのように考えていくと、ソーシャル・ガバナンスというのは、ある意味で二つの次元から成り立っていると考えられます。

一つめは福祉供給の次元で、日本では「供給体制」論という視点でこれまで議論されてきたことからで

す。二つめは「福祉政治」という次元で、政治過程論のなかで議論されてきたことです。後者ではアクターとかイシューといった視点が重要となります。

以上を前提にして日韓比較を試みたいと思いますが、ソーシャル・ガバナンスの暫定的な分析図式を描いてみました。

網掛けの部分について、日本と韓国でどうなのかということを見ていきたいと思います。というのは、網掛けのないところは、日韓でけっこう共通しているところがあるからです。

ソーシャル・ガバナンスの（暫定的な）分析図式

	福祉政治 アクターとしての側面	福祉供給 セクターとしての側面
政府体系(官)		
NPO・NGO (民、生産点)		
企業・労組 (民、消費点)		

3 福祉政治

最初に福祉政治ということですが、ヨーロッパの場合は、福祉の推進勢力が社会民主主義政党であったり、労働運動であったりしました。ところが、日本の場合はどうだったのか。ヨーロッパのように社会民主主義政党が社会保障制度をつくり上げるうえで重要な役割を果たしたとはあまり言えないわけですが。むしろ強力な官僚制組織が、ヨーロッパの社会民主主義、あるいはある種の疑似社会民主主義的な役割を果たしてきました。したがって、最近は変わってきたとはいえ、福祉というものがなかなか、大きな政治問題になりにくかったという事情があります。

これに対して、韓国の場合はどうだったのか。民主化の前は政府が一方的に社会保障を決めるということで、やはり韓国の場合も福祉が政治問題化することは少なかった。

例えば、金淵明という人は「排除の政治」ということを言って、福祉政治のなかで政党が排除されたり、利害関係者が排除されたりするような傾向があったと指摘しています。ところが民主化以降になってくると、場合によっては政労使の協議会のようなものができあがってくる。あるいは市民団体や知識人というものが、社会保障を制度化するうえで非常に大きな役割を果たしていくことになります。

韓国の福祉政治を見ると、コーポラティズム的な政労使によって意志決定していくような面、それから利益集団による面というものも当然見られます。それぞれの特徴が先ほどの金道勲さんの報告のなかでも出ていたと思います。「市民運動の政治」という言い方にもなるかと思います。ヨーロッパだと労働運動が担ってきた役割を、韓国では労働運動というよりは市民運動が果たしてきているようです。

4 政府体系

政府体系について日韓比較をとらえてみると、そもそも政治システムが違います。議員内閣制か大統領制かという違いがあり、日本の議員内閣制では政府自体がそのなかで不一致になることはあまりないわけです。そういう意味で言うと、政府の意思決定というのは利害調整的であるとともに、非常に安定的で、その結果、自民党による長期政権が続きました。たとえばイギリスと比べると、非常に安定政治で政策に一貫性があるという特徴があります。

それに対して韓国の場合は、大統領の非常に強い指導力があるわけですが、他方で、議会と大統領が必ずしも同じ政党ではないという分割政府（Divided Government）の状態が、しばしば経験されてきています。この点はフランスと似ています。一方で強力なリーダーシップがあり、他方では非常に不安定な面があるというように、矛盾した傾向を共存させているのではないかという印象を持っています。

政府間関係で見ると、両者とも非常に集権的であって、行政事務のやり方がいわゆる「融合型」であるという点では共通しておりますが、分権化という点について、ちょっと違うようです。

日本の場合は、地方分権改革というものが曲がりなりにも行われてきています。韓国の場合も、地方分権が政府のスローガンとして掲げられていますが、特に福祉の分野の人の意見を聞いていますと、けっこう集権主義的な考え方の人が多いという印象を私は持っています。そのあたりは、事実と違っていましたら訂正していただきたいと思います。

5 NPO・NGO

NPO や NGO はガバメントの観点からみると非常に重要な機関ですが、日本の場合で見えますと、「NPO 法（特定非営利活動促進法）」が施行されて以来、NPO の認証団体数は非常に増えてきているということが、この表からもわかると思います。しかも日本の場合、NPO の半分ないし半分以上が保健、医療、福祉に関する NPO であるという特徴があります。

韓国に関しては定義が違うので厳密な比較はできませんが、一応統計を出してみると 1980 年代、特に民主化以降急速に NPO・NGO の数が増えてきています。設立年度も 1980 年代後半以降というのがほとんどです。

それから分野別にみますと、福祉に関する NPO・NGO、これも 1980 年代の終わりぐらいからかなり増えてきています。

韓国民間団体の現況数という資料で見ますと、NGO 総数が 3,899 団体とすると、そのうち貧困関係の団体が 25、保健医療関係の団体が 104、福祉に関する団体が 316 となっております。それから地方にある団体は、全国団体の支部というかたちで存在するケースが多いというのも一つの特徴です。

日本の場合は、NPO は基本的には都道府県単位というものが多く、あまり全国的ではありません。NPO の規模も、会員数の多いものから少ないものまで、さまざまです。

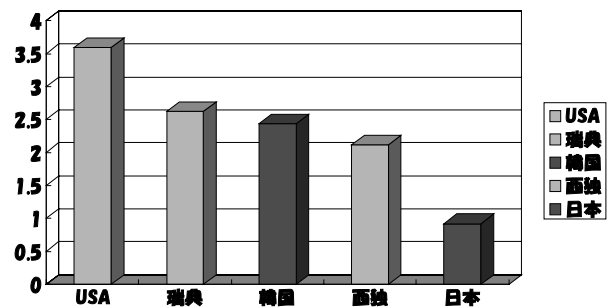
日本の NPO 法人の累計認証団体数

	NPO	保健・医療・福祉
1999	1,176	480
2000	3,156	2,000
2001	5,625	3,464
2002	9,329	5,568
2003	14,657	
2004	19,963	
2005	20,350	

資料：http://www.rieti.go.jp/jp/projects/np/2004/4_1.pdf

定義が違うのであまり単純に比較できませんが、韓国の NGO の数は対人口比でみると非常に多いということが言えそうです。それを裏付けるため、一人あたりの加入団体数を示したグラフを見てみましょう。これを見ると、日本人の加入団体数は他の国に比べて非常に少ないのですが、韓国はスウェーデンよりは少ないのですが、日本はもちろん旧西ドイツよりも多くなっています。

1人当りの加入団体数



資料: M.M. Howard, The Weakness of Civil Society in Post-Communist Europe, 2003

以上からみて、民間団体、あるいは NPO・

NGO については、日本の場合はローカルに根ざした団体が多い。NPO の認証というのは基本的に都道府県となっていますから、ある意味で当然かもしれません。

韓国の場合は、先ほども出てきました参与連帯であるとか、経実連（経済正義実践市民連合）のようなナショナルな団体が目立つ。

果たしている社会的な機能という点で言いますと、ノーマン・ジョンソンという人がボランティアセクター、ボランティアオーガナイゼーションの機能として、四つの類型化を行っています。その類型でいうとパイオニア的な機能、インフォメーションとアドバイス、という機能は共通していますが、日本の場合はどちらかというと参加促進、あるいはサービス提供といったところに NPO の特徴があります。韓国の場合はプレッシャーグループ、あるいは政治に参加していくという点に特徴があるようです。

これをソーシャル・ガバナンスという概念でとらえると、日本の場合は福祉供給型の NPO であるのに対して、韓国のほうはむしろ福祉政治型の NPO であるといえるかと思います。

6 企業の役割

最後に、民間のなかの企業を考えてみたいと思います。企業の社会貢献のあり方については、日本と韓国で違っているところがありまして、日本の場合、金成垣さんの資料で見ますと、社会貢献の規模は利益比で 2.97 パーセント。韓国では 13.3 パーセントということで、利益に対する社会貢献のための支出の比率はけっこう大きい。

社会貢献の分野で考えた場合、日本の中では研究・教育という領域に企業がお金を出すことが多い。社会福祉もそれなりにありますが、そんなに多いわけではない。それに対して韓国の場合は、4割近くが社会福祉のために社会貢献をやっていて、教育よりも大きいウエートを占めているということです。そういう点を考えると、社会福祉に対する企業の社会貢献のあり方も日韓で違っているようです。

 まとめ

最後のまとめになりますけれども、福祉政治の点から言うと、日本の場合は官僚制が福祉推進で非常に重要でした。それに対して韓国の場合は市民運動が重要です。政府体系という点でみると、統一政府か分割政府かの違いがあります。分権化に関するニュアンス、指向性も日韓では少し違います。それから NPO・NGO の性格もナショナルかローカル、あるいは福祉政治か福祉供給かというような点で違いがあります。企業のあり方も、社会貢献の中身が日韓ではかなり違うような感じです。

ちょうど時間になりましたので終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

5. 医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較

日本福祉大学社会福祉学部教授
COE プログラム拠点リーダー

二木 立

はじめに—本研究の動機・背景・目的

本題に入る前に、本研究の動機・背景・目的を簡単に述べる。

まず本研究の動機を述べる。日本では、韓国の医療保険制度（改革）の研究は相当進んでいる。それに対して、韓国の医療提供制度（改革）については断片的な紹介があるだけで、系統的な研究はまったく行われていない。しかも、日本における韓国の病院紹介は例外的な巨大病院偏重であり、民間病院の保健・医療・福祉複合体（以下、複合体）化に言及した文献はない。実は、この分野の本格的な実証研究は韓国でもまだ行われていない。これが本研究を開始した動機である。

本研究の背景は以下の通りである。日本と韓国の医療制度の根幹は国民皆保険制度と民間医療機関主導の病院制度という点で共通しているが、違いも少なくなく、相互に学びあう点が多い。例えば、国民皆保険制度の創設では日本が先行したが、保険者の統合・一元化は韓国が先に達成した（但し、その評価は韓国内でもまだ定まっていない）。日本では、1990 年前後から出現した複合体が、2000 年の介護保険制度開始前後から急増した。韓国の病院の複合体化は現時点ではまだ部分的だが、今後の超高齢社会化の進行と 2008 年に予定されている介護保険制度創設により急速に進む可能性が大きく、韓国の病院経営者の日本の複合体への関心も大きい。他面、医療の情報化（電子カルテ、病院情報システム、電子データによる医療保険請求等）については、韓国の方がはるかに進んでいる。

最後に本研究の目的は、医療機関の複合体化を中心として、日本と韓国の医療提供制度（特に病院制度）の比較研究を行うことにより、両国の医療制度改革のための基礎資料を提供することである。その際、制度・政策＝マクロレベルの比較と個々の病院単位のマクロレベルの比較（特に経営分析）を統合する。

なお、本研究は本学の提携校である韓国・延世大学校との共同研究でもある。

1 先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似している日本と韓国の病院制度

まず日本と韓国の病院制度の特徴について述べる。結論的に言えば、両国の病院制度は先進国（OECD 加盟国）中もっとも類似しているが、違いも見落とせず、それだけに比較研究の意義が大きい。

(1) 日本・韓国の病院制度の共通点とアメリカとの根本的違い

OECD 加盟国のうち、大半の国では病院の多くは国・公的病院であり、病院の大半が民間病院で、国公立病院が少ない国は、日本と韓国とアメリカの 3 カ国だけである。

しかし、日本・韓国の民間病院とアメリカの民間病院との間には根本的とも言える違いがある。それは、日本・韓国では、民間病院の大半は（事実上の）医師所有であるのに対して、アメリカの民間病院の大半は所有者のいない非営利（慈善）団体立であることである。日本では、個人・医療法人立が病院総数の70%、病床総数の55%（2003年）を、韓国でも、個人・医療法人立が病院総数の76%（2003年）を占めている。アメリカにも医師所有病院は存在するがごくわずかであり、しかもその大半は複数の医師の共同所有であり、日本や韓国のような個人の医師が（事実上）所有する病院はほとんど存在しない。

日本・韓国とアメリカの民間病院の2番目の違いは、日本・韓国では、医療法により、病院の営利目的の開設は禁止され、株式会社による病院経営も原則として認められていないのに対して、アメリカでは株式会社による病院経営が公認されていることである。ただし、アメリカでもそれは病院総数の1割強を占めているにすぎない。

ここで見落としてならないことは、医師所有病院は、アメリカやヨーロッパ諸国の所有者のいない非営利病院に比べて、非営利性が弱いことである。カナダの医療経済学者 Evans の規定を借りると、それらは、経済学的には、「営利のみを目的とするのではない（not-only-for-profit）」組織と言える。

日本・韓国とアメリカの民間病院の3番目の違いは、日本と韓国では病院・医療施設の機能分化（急性期病院と慢性期病院）が遅れていることである。それに対して、アメリカでは、急性期病院、慢性期病院、ナーシングホーム（医療施設）の機能分化が徹底している。

(2)日本と韓国の（民間）病院の制度上および実態上の違い

ただし、日本と韓国の（民間）病院には、制度上および実態上の違いがあることも見落とせない。現時点で、私が暫定的に確認した違いは、以下の7点である

第1の違いは、日本では、都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設は厳しく制限されており、特に「病床過剰地域」である大都市部での病院の新設は事実上禁止されているのに対して、韓国には病院の開設規制はないことである。

第2の違いは、日本では、医療法人病院が個人病院よりはるかに多い（病院数7倍、病床数11倍）のに対して、韓国では、個人病院の方が医療法人病院より多い（病院数1.7倍）ことである。なお、アメリカやヨーロッパ諸国では、個人病院は「営利病院」に分類される。

第3の違いは、日本では、医療法人病院の開設者は原則として医師で、非医師による開設はごく例外的であるのに対して、韓国でも、個人病院の開設者は医師に限られているが、非医師による医療法人開設は認められていることである。これについての公式の統計はまだ入手し得ていないが、本シンポジウムにも参加された喜縁医療財団の金徳鎮理事長（非医師）によると、非医師が理事長の医療法人病院は全体の約1割とのことである。

第4の違いは、日本では民間病院のチェーン化（同一法人・グループが2病院以上を所有・運営）が進んでおり、その病床シェアはアメリカ並みに高いのに対して、韓国では、病院チェーン化はまだ注目されていないし、この用語も使われていないことである。ただし、私の韓国の病院の訪問調査では、韓国でも病院のチェーン化が水面下ではかなり進んでいるとの印象（仮説）を持っている。実は

日本でも、私が、1990年に医療法人病院チェーンの全国調査を行う前は、病院チェーンはごく例外的存在と思われていた。

第5の違いは、日本では、病院倒産はきわめて少ないのに対して、韓国では毎年、民間中小病院の1割前後が倒産している（閉鎖または買収される）ことである。これは、日本側から見ると信じられないくらい高い数字だが、政府の公式文書でも確認されている。日本の帝国データバンクの調査によれば、1987～2004年度の18年間の病院倒産総数は140件であり、病院総数のわずか1.5%にすぎない。日本でも最近、水面下での病院買収（事実上の病院倒産）は増加しつつあるが、それでも韓国に比べるとはるかに少ないことは間違いない。

私は、日本で、「平成不況」（1990年代不況）期にも病院倒産が多発しなかった理由（秘密）は2つあると考えている。1つは、デフレ経済のため、金融機関の病院への貸出金利がきわめて低率に保たれたこと、もう1つは「平成不況」期にゴールドプラン～介護保険制度創設により、病院の複合体化が進んだことである（この点は後述する）。

第6の違いは、日本では、病院のIT化（電子カルテ。その前提の病名の標準化）はきわめて遅れており、保険請求もいまだに紙ベースであるのに対して、韓国では、国策として病院のIT化が進められており、世界最高水準なことである。

第7の違いは、日本では、1970年代以降老人病院が急増し、1990年代以降老人保健施設と特別養護老人ホーム、および在宅医療・福祉サービスが急増したのに対して、韓国では、高齢者の長期療養施設、在宅医療・福祉サービスとも整備が遅れていることである。しかも、その大半は低所得層と高所得層向けで、中所得層向けの施設・サービスが不足している。私の韓国でのヒアリング調査によると、老人病院の患者負担総額は1月100万ウォン（為替レート換算で10万円）以上である。日本と韓国との所得水準の違いを考慮すると、これは大変な金額である。

この第7の違いの結果、韓国では、病院の保健・福祉分野への進出＝複合体化は遅れている。例えば、韓国の複合体の旗手である喜縁グループ（医療法人&社会福祉法人）の発足も1996年と非常に新しい（同年に「老人医院」を開設。老人病院の開設は2001年）。

しかし、韓国でも、2008年に予定されている介護保険制度創設により、病院の複合体化が今後急速に進む可能性がある。しかも、複合体化は、韓国の民間中小病院の生き残りの有力な選択肢になりうるため、韓国の病院経営者の間では日本の複合体に対する関心が急速に高まっている。



2 日本の保健・医療・福祉複合体

そこで、次に日本の複合体の概略と日本で複合体が出現・急増した制度的理由を簡単に述べる。韓国の複合体については、喜縁グループの金徳鎮理事長の指定発言を参照されたい。

(1)複合体の定義（二木）

まず、複合体（正式には、保健・医療・福祉複合体）の定義を述べる。複合体の包括的な定義は、医療機関（病院・診療所）の開設者が、同一法人または関連・系列法人とともに、各種の保健・福祉施設のうちのいくつかを開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的（自己完結的）に提供するグループである。複合体のうち、医療機関と在宅・通所ケア施設（訪問看護ステーションやホームヘルパー・ステーション、通所リハビリテーション施設等）のみを有するものを「ミニ複合体」と呼ぶ。

複合体は私が1996年に提唱した概念だが、現在では、厚生労働省、医療・福祉関係者の間では、「一般名詞」・共通言語となっている。なお、私は複合体の推進論者でも、批判論者でもなく、研究者の立場から中立的に複合体の実態を調査・研究している。と同時に、介護保険制度の成立と2005年改革が、複合体への強い追い風になるとの「客観的」将来予測も行っている。

(2)1980年代後半から複合体が出現・急増した3つの制度的理由

複合体は、1980年代後半から出現したが、急増したのは1990年代後半以降である。具体的には、日本で介護保険制度の創設が初めて公式に提案された1994年12月以降、急増した。

そこで次に、この時期に複合体が出現・急増した3つの制度的理由を述べる。

第1の理由は、1987年から都道府県の「地域医療計画」により、病院の新設が大幅に制限されたことである。1970年代～1980年代半ばまでは、経営手腕のある民間病院の経営戦略は病院の規模拡大または病院チェーン化であったが、「地域医療計画」によりそれが困難になったため、保健・福祉サービス分野に積極的に進出するようになった。

第2の理由は、厚生省が、1989年に、病院と施設・自宅の「中間施設」である老人保健施設を創設したことである。私の調査によると、老人保健施設の約9割が民間医療機関を母体としている。実は厚生省は当初、医療費抑制のために、病院から老人保健施設への転換＝病床削減をめざしていたが、現実には老人保健施設の大半は新設だった。しかも、病院（特に急性期病院）の利益率がわずか数%しかないのに比べて、老人保健施設の利益率ははるかに高い（概ね10%以上）。

第3の理由は、政府が1989年に「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進10か年計画）を作成し、公費で、在宅福祉サービスと福祉施設の大幅拡充を計画的に進めたことである。

これは、1989年から10年間に6兆円の公費を投入した、史上最大の福祉拡充計画であった。なお、この計画の直接の契機は、1989年に導入された消費税に対する国民の強い批判を和らげることであった。

しかも、「ゴールドプラン」では、従来自治体と社会福祉法人に限定されていた在宅福祉サービスの提供者を医療機関等にも開放した。その結果、経営手腕のある民間医療機関は、退院患者の受け皿整備のためにも、この新しい事業に積極的に参入した。また、特別養護老人ホームの建設費の大半は公費負担であり、しかも利益率も高かったため、経営手腕のある民間医療機関は、系列の社会福祉法

人を設立して、特別養護老人ホームを開設した。

そして結果的には、2・3 番目の理由が 2000 年創設の介護保険制度の基盤整備になった。日本の高齢者福祉は、1990 年まではヨーロッパ諸国に比べて大きく遅れていたが、「ゴールドプラン」のおかげで、介護保険制度が創設された 2000 年にはすでにヨーロッパ水準に近づいていた。たとえば、1990 年の日本の 65 歳以上の在宅福祉サービス利用率は 1.0%にすぎなかったが、2000 年には 5.5%となり、ドイツ（2003 年）の 7.1%に近づいた。高齢者の施設入所率は日本 3.2%（2000 年）、ドイツ 3.9%（2003 年）である。ちなみに韓国の 2000 年の高齢者の施設入所利用率、在宅福祉サービス利用率はともに 0.1%であり、まだきわめて低い。

おわりにー今後の日韓比較研究の課題

最後に、本学 COE プログラムにおける、今後の「医療提供制度と保健・医療・福祉複合体の日韓比較」の 3 つの研究課題（実証研究）について紹介する。これらは、来年以降、延世大学校と共同で行う予定である。

第 1 は、日韓両国における医療制度改革論争の比較ー特に新自由主義的医療改革論争の比較である。第 2 は、韓国における病院チェーン化と複合体化の実態調査である。第 3 は、個々の病院単位のミクロレベルの比較（特に経営分析）である。

参考文献

- 1) 二木立『保健・医療・福祉複合体ー全国調査と将来予測』医学書院, 1998.
- 2) 二木立『介護保険と医療保険改革』勁草書房, 2000.
- 3) 二木立『21 世紀初頭の医療と介護ー幻想の抜本改革を超えて』勁草書房, 2001.
- 4) 二木立『医療改革と病院』勁草書房, 2004.
- 5) 二木立「日本の介護保険制度と病院経営ー保健・医療・福祉複合体を中心に」『大韓リハビリテーション医学誌』掲載予定原稿（本ニューズレターに収録）
- 6) 『国民衛生の動向 2005 年』厚生統計協会, 2005.
- 7) OECD Reviews of Health Care Systems - Korea, OECD, 2003.

6.「韓国高齢者保健、医療、福祉複合体と喜縁（ヒヨン）の役割」

医療法人喜縁医療財団・ 金 徳鎮
社会福祉法人喜縁理事長

ただいまご紹介いただきました、金徳鎮と申します。

世界共通の問題になっている高齢化社会にともに対応していく皆さまに、韓国の複合体の実態や、喜縁病院のご紹介ができることをとても光栄に思っております。

1 静かな災いー韓国将来の暗い影

まず韓国の老人問題は、静かに押し寄せる大きい災いと言えます。韓国の平均寿命は 32 年間で 14 歳伸び、また合計特殊出生率は 34 年間で約 3.4 人低下するという深刻な事態が起こっております。また、人類の歴史上もっとも速い韓国の高齢化速度は、高齢化社会から高齢社会まで 18 年を予想しておりますし、特に高齢社会から超高齢化社会〔注：老人人口 20 % 以上〕に到達する期間は、たった 8 年しかかからないという点を考えますと、ただ驚くばかりです。老人医療費は、2010 年度に医療費全体の約 28 パーセントを超えると予測されるなど、老人問題は韓国に暗い影を落としております。

韓国の年齢別人口推移を見ますと、2017 年を頂点に、老人人口が子どもの人口を追い越すようになりまして、生産年齢人口は、その年を頂点に減少する状況となりますので、韓国国家の国際競争力に大変な結果をもたらすことが推定されます。

それらの各統計に基づき、韓国を代表する中央日刊紙の『朝鮮日報』キム・チョルズン医学専門記者の報告によれば、韓国将来の暗い影として 1990 年度にまちの銭湯で年寄りと対面する確率は 20 分の 1 でしたが、2000 年度には 7 分の 1 になり、非武装地帯の韓国軍が減少し、外国の傭兵たちに守られるようになると見通しております。また、子どもの笑い声であふれる小学校は閉校となり、かわりに敬老堂や老人施設が建設され、老人たちのゲートボールを打つ音がたくさん聞こえるだろうと推測しております。生産工場のラインには外国人労働者たちが押し寄せ、新生児の泣き声が聞こえる分娩室は葬式場になっていくということです。

こうしたことが予測されるなか、ある政治家が、自分の政党に不利な 60 歳、70 歳代は「投票所に来ないで、家で休みなさい」という発言をして、ひどい批判を受けたことがあります。また公営放送である韓国の KBS で、儒教的な伝統を守る精神まで失われているようなシーン、嫁が姑の頬をたたく場面が何気なく放映されていることは、実に衝撃的です。

2 韓国 中小病院の生存戦略

次に、年間の病院倒産率が12パーセントを超え、方向性を失いさまよっている韓国の中小病院の生存戦略を見てみます。従来は、構造調整をして規模を縮小し診療所にする方法と、専門特病院として大型化するという2つの選択がありました。しかし後者は、一時的費用充実に莫大の資金が必要になり、6パーセントから7パーセントという高金利である韓国の事情もあって、設備等の投資は現行の医療保険体制ではとても難しい現実と直面することになります。

結論としては、市場の持続的拡大が予測される保健・医療・福祉複合体施設に変わっていくことが唯一の生き残り戦略であるという認識が高まっています。

3 複合体としての喜縁

次に、喜縁の複合体としてのインフラを簡単に紹介させていただきます。喜縁は老人医療事業をおこなう医療法人と、老人福祉事業をおこなっている社会福祉法人、そして営利事業を目的とする株式会社喜縁シルバーの3つで構成されています。

喜縁複合体では、喜縁病院を中心に訪問看護事業と訪問リハビリ事業をおこなっております。また通所介護事業、短期入所事業、老人ホーム、そして年間約14,000人が活動するボランティア認証センターの他、食事配達事業、ホームヘルパー派遣事業、生涯教育事業、認知症介護事業と、喜縁病院が核になってシナジー効果が発揮されるよう統合されています。

ここで、韓国での複合体に対する認識と過程について見てみます。

私どもは2000年以来、東京にある天本病院など複合体経営の多くの病院を、ベンチマーキングとしながら研究しております。韓国の法と制度では制約があるため、現在も医療法人と社会福祉法人がそれぞれの領域で活動しておりますが、相互有機的に協力し合う運営方法を2001年から施行しております。



また、医学専門誌である『Medical Observer』の掲載等を通じて働きかけた結果、今年の初めには日本の厚生労働省にあたります保健福祉部の関係者たちも、複合体の必要性を認識するようになり、今年下半期には、老人療養保険導入の際に複合体を導入し運営すると公式発表しました。

参考として、保健福祉部のジャン・ビョンウォン老人療養保障課長が今年7月に発表した、「老人療養保障制度の政策方向」の内容を見てみます。この人物は日本の大学において博士号を取得し、養護保健設計事務長だった方です。彼によれば、現在の福祉と医療の分離体制のもとでは、老人の保健、医療、療養、福祉の複合的な欲求に効果的に対応することは困難であり、したがって保健医療と福祉サービスの連携・統合を強化する、と報告しています。時期は遅れた気もしますが、望ましい選択だと思えます。

また、私ども喜縁は、切迫した老人問題に能動的に対処するために、老人トータルケアネットワークである「Silver4u」を開発し、来年には全国に地域別連携機関を募集してネットワークを形成する計画を立てております。この「Silver4u」は、すでに韓国の特許庁から商標登録を取得しました〔注：4u は for you の意味〕。

4 複合体をめぐる課題

韓国の複合体に対する課題と対策について考えてみます。現段階では、官僚や政治家たちの複合体に対する理解と認識が足りませんし、医療・福祉施設経営者たちも、急速に変わる経営環境変化に能動的な対応が足りないため、法的・制度的措置の体制が整っておりません。したがって、私は、現在の医療法と老人福祉法を組み合わせる準用し、民間主導で複合体の推進がなされなければならないと思っています。

喜縁の経営では、多様な医療・福祉サービスを提供している結果、利用者のグループ内での施設間移動が成り立つので、利用者が環境変化に拒否感を持たなくてすむという評価をもらっています。各単位施設もシナジー効果によって収益構造が改善したことが明らかになっております。

短い時間でしたが、日本福祉大学と COE 推進本部のさらなる発展を心からお祈りして、私の発表を終わります。どうもありがとうございました。