

韓国の老人長期療養保険制度の政策決定過程に関する一考察

A Study on the Policy Decision Process of Long-term Care Services for the Elderly in South Korea

李 光 宰 (国民健康保険公団)・宣 賢 奎

Kwang-Jae LEE・Hyeon-kyu SEON

概要

本研究は、韓国の老人長期療養保険制度の制度設計および政策決定過程における政策決定者間の相互作用が政策決定にどのような影響を及ぼしたかを明らかにするとともに、制度施行前後の政策評価や制度改善策などについて論究したものである。

研究の結果、次のようなことが明らかになった。韓国では政府主導によって老人長期療養保険制度にかかわる諸政策が決定されたが、その政策決定過程において政策への参加者の範囲が政府関係者以外に徐々に拡大した。政策決定者間の相互作用は制度設計段階では比較的良好であったが、制度の骨格が公表されたのを機に関係が急激に悪化し、対立が生じるようになった。結果的に、制度に関する知識と情報をほぼ独占していた政府関係者が主導する形で政策が決定された。一方では、制度施行までの準備期間が比較的短かったため、介護サービスの基盤整備が懸念されたが、政府主導による政策決定と制度施行が功を奏し、比較的順調に制度が運営されている。制度創設によって介護サービスの基盤整備、介護サービス利用者の拡大、利用者とその家族の満足度が向上したと評価されている反面、介護サービスの質の向上とそれに向けた制度改善は今なお大きな課題として残っている。

キーワード：政策決定過程、政策参加者、相互作用、政策評価、制度改善

Abstract

The purpose of this study is to be used as a basic research for the whole policy process and the sustainable development of Long-term Care Insurance (LTC) by analyzing the interaction among policy making-decision participants, the impact of policy outcomes from the formation of policy agenda to the policy decision and the enforcement and evaluation contents of LTC in south Korea.

The result of this study is summarized as follows. First, the policy agenda about LTC problem for the elderly was formed by the government and the number of policy participants increased by characteristics of policy process stage. Second, main policy participants

have changed by the policy process stage. Third, interaction among policy participants was cooperative in early policy agenda formation stage, but it changed to be dissenting or critical rapidly as the frame of system was announced to the people. Fourth, the characteristics of policy networks are a government-leading policy process. As a result, it influenced policy outcomes significantly because the government exclusively have knowledge and information of LTC and interact as a main policy participants. Fifth, with the improvement of quality of life for the elderly and the reduction of the economic and psychological burden of the supporter, LTC is regarded as soft-landing in a short period of time. In spite of this positive evaluation, various problems are derived from marketization of social welfare services. Finally, LTC is successful in the quantitative aspects such as the coverage, the accessibility of the LTC service users, the goals and objectives of LTC, the satisfaction survey of the elderly and their families. On the other hand in the qualitative aspects, we can find that the more fundamental and long-term improvements(reforms)in LTC are urgently needed.

Keywords: policy decision process, policy participants, interaction, policy evaluation, the improvement of LTC

目次

1. はじめに
2. 研究方法および分析フレーム
 - 2.1 研究方法
 - 2.2 分析フレーム
3. 長期療養保険制度の政策決定過程の分析
 - 3.1 政策環境の分析
 - 3.2 政策アジェンダ形成期の分析
 - 3.3 政策案模索期の分析
 - 3.4 政府案決定期の分析
 - 3.5 国会審議決定期の分析
 - 3.6 政策執行期の分析
 - 3.7 政策評価期の分析
4. おわりに
 - 4.1 本研究のまとめ
 - 4.2 本研究の示唆および課題

1. はじめに

韓国の老人長期療養保険制度（以下、長期療養保険制度）は、「子どもができない親孝行を国がその代わりをする」というスローガンのもと、1999年から制度創設に向けての議論が始まった。長期療養保険の創設の妥当性が政府レベルで本格的に検討され始めたのは2000年に入ってからである。その後、7年間の準備期間を経て2007年4月に「老人長期療養保険法」が国会を通過し、2008年7月1日から長期療養保険制度が施行された。

韓国の長期療養保険制度は、制度施行までの準備期間がドイツや日本に比べて比較的短かったため、制度施行初期には制度施行に対する憂慮の声が大きかった。しかし、制度が施行されて4年が経過するなか、当初憂慮していたサービス不足やマンパワー確保の問題は生じず、制度が順調に施行されている。制度創設の成果として、利用者の大幅な増加、長期療養サービス（以下、介護サービス）の基盤整備と安定的な供給、雇用創出、高齢者の心身機能の改善、介護サービスの満足度の向上などをあげることができる。ただ、国民的合意形成が不十分な状況での政府主導による制度施行の歪みは大きく、限定的な給付対象者、低いサービス給付水準、利用者確保のための事業者間の過当競争、長期療養報酬（以下、介護報酬）の不正請求、療養保護士（韓国の長期療養保険制度における国家資格の介護職員）の低い専門性と劣悪な労働環境などの問題点は依然として解消されていない（株本 2009、増田 2010、林・宣・住居 2010）。

ところで、「老人長期療養保険法」が国会で成立するまでの約7年間の議論の過程で、給付対象者、給付サービス、サービス提供体制、財源調達および財政分担方式、制度施行の時期などが二転三転し、制度創設の準備期における錯綜がうかがわれたが、なぜそのような錯綜が生じたのかについての研究は皆無である。

本研究テーマにかかわる政策ネットワーク理論は、アメリカを中心とした Lowi (1972)、Ripley & Franklin (1984) の下位政府モデル (sub-government) に関する研究とイギリスを中心とした Richardson & Jordan (1979) の政策共同体モデルの研究から始まり、今や全世界の政策決定過程に関する研究の枠組みとなっている。1990年代後半から政策ネットワーク理論に関心を寄せる研究者が出てきた韓国では、市民パワーの台頭を背景とした政策環境の変化に伴って増えてきた政策参加者のネットワークに注目する研究が盛んに行われるようになった。社会福祉政策分野に政策ネットワーク理論を適用した代表的な研究として、洪・宋 (2005)、金 (2003)、愼 (2006) などの研究をあげることができる。

韓国の長期療養保険制度の政策決定過程にかかわる研究は、「老人長期療養保険法」が制定される以前は主に外国の老人長期療養政策を紹介しつつ、それらの政策の示唆点を提示したり制度創設の必要性を主張したり各国の制度を比較したりする研究（安 1998、崔 1999、愼 2000、車ほか 2000）が中心であった。「老人長期療養保険法」が政府案として

確定した以降は、政策形成過程または韓国の社会福祉政策の決定過程の研究（朴 2005、趙 2007、柳 2007、朴 2008）が主流を成した。しかしこれらの研究では、政府や国会を含む公式・非公式の政策参加者間に形成されたネットワーク構造と役割分析が行われていない。また、政策の争点と問題点の論究に重点が置かれていたため、長期療養保険制度の制度設計の政策参加者間の相互作用分析、政策ネットワークモデル分析が不十分なうえ、政策決定に影響を及ぼした要因を十分に明らかにしていない。

そこで本研究では、長期療養保険制度の創設が議論された段階から政策評価段階までを政策過程段階別に類型化し、政府、国会、学界・専門家、高齢者団体、市民活動団体などの政策決定参加者間の相互作用を明らかにするとともに、それらが「老人長期療養保険法」という政策決定に及ぼした影響を分析する。あわせて、制度施行4年間の長期療養保険制度の制度施行の状況、制度の評価、制度施行に伴った問題点とその改善策などを提示する。長期療養保険制度にかかわる政策執行と政策評価過程を含む政策決定の全過程について論究を試みた本研究が、高齢者の生活の質（QOL；Quality of Life）の向上とその家族の介護負担の軽減に役立つ介護福祉政策の基礎研究資料として活用されることを期待する。

なお本研究では、李は主に政策決定過程に関する先行研究および政策決定期の分析、宣は政策執行期および政策評価期の分析を担当した。

2. 研究方法および分析フレーム

2.1 研究方法

本研究は文献研究を中心に行っている。「老人長期療養保険法」の制定に関する政策決定過程にかかわる文献は保健福祉部（日本の厚生労働省にあたる）の公表資料と国会の法案審議資料を主に活用している。保健福祉部が制度創設のために設置・運営した公的老人療養保障推進企画団と公的老人療養保障制度実行委員会の資料も多用している。また、老人長期療養保険制度にかかわる文献、研究論文、学位論文、関連団体の討論資料や報道資料などを参考にしている。

本研究では、長期療養保険制度の創設の議論が始まった1999年10月から2012年6月末時点（本稿執筆の開始時点）までの期間を対象とするが、Anderson（1979）と宋（2002）の分類に基づいてこの期間を政策アジェンダ（agenda）形成期、政策案模索期、政策決定期（政府案決定期と国会審議決定期に区分）、政策執行期、政策評価期の5段階に区分する。そのうえ、政策アジェンダ形成期から政策決定期までは政策ネットワーク理論に基づく政策過程分析を行い、政策執行期から政策評価期までの期間は政策執行および評価内容を分析する（表1）。政策執行期は決定された政策を政策執行機関が実際に運用

表1 政策過程別の研究手法

政策過程		期間	研究手法
政策アジェンダ形成期		1999年10月～2003年2月	政策過程分析
政策案模索期		2003年3月～2004年12月	
政策決定期	政府案決定期	2005年1月～2006年2月	
	国会審議決定期	2006年3月～2007年4月	
政策執行期		2007年5月～2012年6月	執行内容分析
政策評価期		2008年9月～2012年6月	評価内容分析

する段階であり、制度施行後は政府が主導する形で介護サービスの利用満足度調査を行うなど、制度施行に伴った政策評価を実施する段階であるからである。

本研究ではさらに、官民協働による政策協議体の議論、政府内の政策決定、国会の法案審議・議決過程など、政策過程別の主な内容を検討する。これらの過程にかかわった政策参加者の主張、役割、相互作用などを分析し、それが「老人長期療養保険法」の内容にどのような影響を及ぼしたかについて分析を行う。ちなみに、政策決定過程にかかわった公の政策参加者は行政部署（大統領および地方自治体を含む）と国会であり、民の政策参加者は社会福祉および医療分野の学界・専門家集団、市民活動団体、経営者団体、労働団体、女性団体、高齢者団体、障害者団体、政党、国民健康保険公団（韓国の長期療養保険制度の保険者、以下、公団）、マスコミ界である。

2.2 分析フレーム

本研究では、長期療養保険制度の政策決定過程と政策決定参加者間の相互作用によって政策ネットワークが形成され、それらが政策決定に及ぼした影響を明らかにする。ある特定の政策に関する研究を行うためには、連続的な過程を全体的に把握したうえ、政策ネットワークと政策環境との関係、政策ネットワークと政策決定の間の因果関係を重層的に分析する必要がある（朴 2008：41）⁽¹⁾。

そこで本研究では、研究の分析フレームとして政策ネットワークそのものの属性に影響を及ぼす外的要因である政策環境（policy environment）、政策ネットワーク、そして政策ネットワークによって影響を受ける政策決定（政策執行と政策評価を含む）という3つの構成要素を設定する。政策環境に関する分析は政策遺産と老人福祉政策の変化、そして政治・社会・経済・文化・インフラ環境、政策ネットワークに関する分析は政策参加者と政策参加者間の相互作用で行う。このうち、政策参加者は構成員、参加者の理解、利害関係の3要素、政策参加者間の相互作用は相互作用の属性、連携形態の2つの要素を考慮して分析を行う。

構成員に関する分析は、政策参加者が誰なのか、どのような形態の参加者なのか、主導的参加者は誰なのかを知るために行う。参加者の理解は参加者がどのように政策を理解し、これが政策決定、すなわち法律ないし政策にどのように反映されたのかについて分析するためのものである。利害関係はある参加者の意思決定が他の参加者の意思決定を制限したりどのような影響を及ぼしたりしたのかについて分析するものである。相互作用の属性分析では相互作用の葛藤、協調、中立など、相互作用の強弱を分析し、連携形態は円滑な相互作用のための情報または資源の流れがどのような形で現われるのかについて分析するものである。

つまるところ、政策環境が政策ネットワーク形成に影響し、政策参加者と彼らの相互作用によって政策ネットワークが構成され、それらが政策決定に影響を及ぼす。このようにして決定された政策を執行し、政策評価を経てまたその後の政策環境および政策決定などに影響を及ぼすという政策還流が行われるのである（図1）。

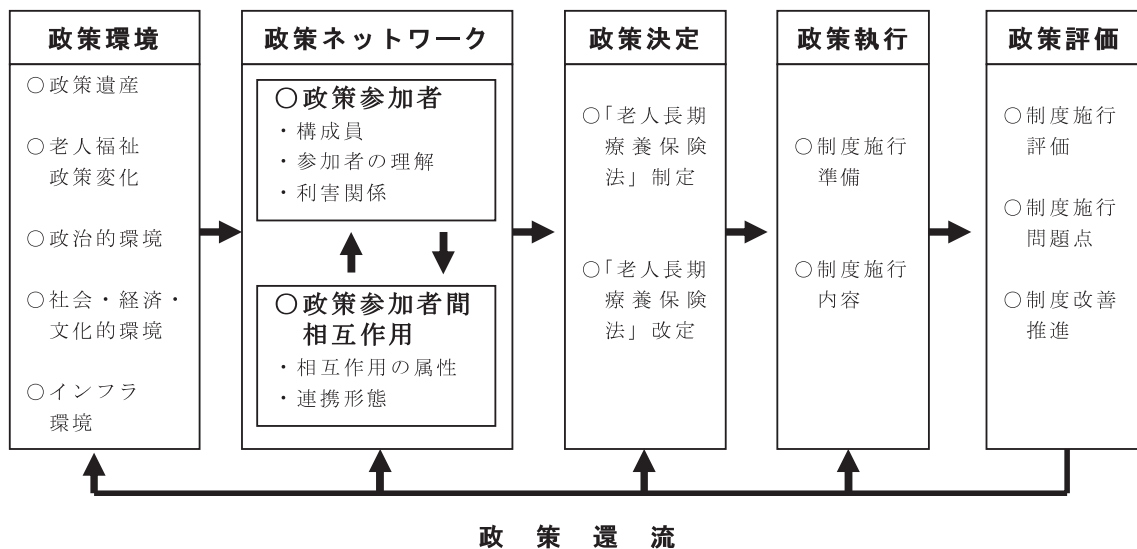


図1 本研究の分析フレーム

3. 長期療養保険制度の政策決定過程の分析

3.1 政策環境の分析

3.1.1 政策環境

韓国の長期療養保険制度の政策遺産として、急性期疾患の治療中心の医療保険制度と一部の低所得層に限定された老人福祉制度の限界をあげることができる。また、急速な人口の高齢化と少子化、高齢者の健康状態の悪化と要介護高齢者の急増、核家族化と一人暮らし高齢者の増加、女性の社会進出の増加による家族介護力の低下、老人医療費の膨張、社

会的介護サービスの未整備と地域間格差なども政策遺産としてあげられる（林・宣・住居 2010：5）。

そこで、与・野党とも高齢者の支持を得るための政策として、老人長期療養保険制度の創設を選挙公約に掲げ、高齢者の介護問題を政策アジェンダとして採択した。当時の盧武^{ノム}玄^{ヒョン}政権は、「失業者や貧困層の問題を解決するための政策」と「低所得層中心の選別的福祉から普遍的福祉」へと政策の方向性を転換し、今後の高齢社会（aged society）に備えて長期療養保険制度の創設を積極的に検討するようになった。

3.1.2 政策ネットワーク形成に影響を及ぼした政策環境

政治体制の変動や大統領選挙は重要な政治的機会構造（political opportunity structure = POS）としてだけでなく、一種の「政策の窓（policy window）」としても機能する。韓国では、高齢者介護とかかわる既存の老人福祉制度および医療保険制度の限界を背景に、新しい高齢者介護保障システムの創設の必要性が台頭した。そこで、今後の高齢社会に備えるとともに、社会サービス分野における雇用創出の一環として長期療養保険制度の創設が検討されるようになったのである。政府主導の長期療養保険制度の創設は高齢者層の政治的支持を得るための政治的背景が強く作用した。また、前述した急速な少子高齢化とそれに伴った要介護高齢者の急増、核家族化と女性の社会進出の増加による家族介護力の低下、社会的介護サービスの不足とサービス整備の地域間格差など、社会・経済・文化的環境の変化とインフラ環境の不備が政策ネットワークの形成に大きな影響を及ぼした。

3.2 政策アジェンダ形成期の分析

3.2.1 政策アジェンダ形成過程・政策ネットワーク

長期療養保障制度の創設が政府レベルで初めて議論されたのは 1999 年 10 月頃である。老人福祉専門家らが当時の金大^{キム デジュン}中大統領に「老人保健福祉中長期発展計画推進状況」を報告する席で、2000 年の高齢化社会（aging society）への突入に備えて制度創設の必要性を進言した（保健福祉部・公的長期療養保障政策企画団 2001）。それを受け、2000 年から制度創設に向けた本格的な取り組みが始まった。

この時期に長期療養保障制度の創設が本格的に議論され始めたのは、2000 年の医療保険の一元化と医薬分業の施行による医療保険の財政破綻の危機が浮上するようになったからである。そこで政府は、高齢者の介護問題にも体系的に対処するため、いわゆる「医療保険財政安定総合対策」を打ち出し、保健福祉部内に「老人長期療養保護政策企画団」を発足した。その後、2001 年 8 月 15 日に行われた金大中大統領の光復節（日本の終戦記念日）の記念演説において長期療養保障制度の創設が公に示唆された。それを受け、2002 年 7 月に国務総理室老人保健福祉対策委員会が「老人保健福祉総合対策」を発表した（国務調整室 2002）。そのなかで、高齢者の介護のための社会的な共同分担システムの

表 2 韓国の長期療養保険制度の創設過程

年 月 日	内 容
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「長期療養保険制度」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
2003年	3月 公的老人療養保障推進企画団の設置
	7月～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月～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月～12月 老人療養保障制度導入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 「長期療養保険制度基本案」の確定
	9月 「長期療養保険制度基本案」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2日 「老人長期療養保険法」制定
	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

注：「スバル（鬚髪）」とは「療養」または「介護」の意味である。
 出所：林春植・宣賢奎・住居広士『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房、2010年、
 p.15を一部修正

開発の必要性を提起し、2007年までに長期療養保障制度を創設することを提案したのである（保健福祉部 2003、林・宣・住居 2010：14）（表 2）。

政策アジェンダ形成期の政策参加者は大統領、総理室（老人保健福祉対策委員会）、保健福祉部、政策企画団、韓国保健社会研究院、政権与党、その他学界・専門家集団などであるが、主導的な役割を果たしたのは保健福祉部と政策企画団である。政策アジェンダを決める段階では利害関係者が多数参加するのが一般的である。しかし韓国の場合、長期療養保険の当事者集団である高齢者団体や市民活動団体が参加していない。社会的争点がまだ明確に定まっていなかったためである。そのため、政府が主導する形で政策アジェンダが設定された。

ともあれ、保健福祉部と学界・専門家集団は新しい介護福祉制度の創設を通して、今後の高齢社会に備えて社会福祉領域を広げていくということで認識が一致した。政権与党は新制度の創設を通して高齢者層の支持を得ようとする政治的な目的を持っていた（朴 2008：63-64）。

ところで、政策アジェンダの決定の際、政権与党がその決定に強い影響を及ぼしたと考えられる。政権与党以外の政策参加者らは制度創設の必要性を共感していたので、政権与党の政策に協力的であったとみられる。韓国保健社会研究院は国策研究院として保健福祉部と非常に緊密な協力関係を維持していた。保健福祉部と政権与党は関連業務の推進において協力し合っていた。政府と学界の間には研究資料や情報を交換し合う友好的な関係が形成されていた。学界や専門家集団の研究は、政権与党のマニフェストの内容にも間接的に影響を及ぼしたと考えられる。

3.2.2 政策ネットワークモデル分析

政策アジェンダ形成期の政策ネットワークは⁽²⁾、政府の意図に沿った専門家集団主導のネットワークである。参加者の範囲は包括的ではないが、参加者間の相互作用が協力的である政策共同体モデルと言える（李 2009：60）。

政策アジェンダ形成期において、保健福祉部と学界・専門家集団は政策ネットワーク形成に大きな役割を果たしたが、高齢者団体や市民活動団体などの利害関係者は参加しておらず、政策決定にまったく影響を及ぼすことができなかった。したがって、この時期の政策決定は、社会的争点が形成されていない状況下において、政府と学界・専門家集団の主導による基礎的な制度研究の段階であったと言える。

3.3 政策案模索期の分析

3.3.1 政策案模索過程・政策ネットワーク

2003年2月、政府は大統領の公約事項として「長期療養保険制度モデル事業提供後の公的老人療養保障制度の創設」に関する詳細を提示したうえ、高齢者介護のための長期療養保険制度の創設を正式に表明した。政府はこの公約を実行するため、2003年3月に保健福祉部の下に「公的老人療養保障推進企画団」（以下、推進企画団）を設置し、長期療養保険制度施行の準備に必要な基本的な事項を検討し提示した。公的老人療養保障推進企画団で提示された基本骨子に基づき、2004年3月に「公的老人療養保障制度実行委員会」（以下、実行委員会）および「公的老人療養保障制度実務企画団」が設置され、制度運営方式、財源調達および分担方案、管理運営システム、給付範囲および介護報酬などが策定された（保健福祉部・公的長期療養制度実行委員会 2005、林・宣・住居 2010：15-16）。

政策案模索期の政策参加者は大統領、保健福祉部、推進企画団、実行委員会、韓国保健社会研究院、企画予算庁、学界・専門家集団、高齢者関連団体、市民活動団体、公団、労働・経済団体、マスコミ界などであるが、主導的な役割を果たしたのは政策案を策定して中心的な役割を担った推進企画団および実行委員会、韓国保健社会研究院、政府である。

ここでは、上記の政策参加者の利害関係を社会福祉政策の分析フレームに基づいて整理する。第一に、障害者に対するサービス給付についてであるが、推進企画団内の議論の段

階から障害者を給付対象に含めることについての異論が多かった。市民活動団体、労働団体、大学教授らは障害者を含むすべての国民を対象にすべきであると主張したが、保健福祉部と予算庁は財政負担と施行上の問題点を上げ、高齢者に限定することを主張した。高齢者団体は、障害者は政府が別途の政策を講じて対処すべきであるとし、保健福祉部と予算庁の主張に同意した。結局、実行委員会の審議の結果、政府が別途の対策を講じて障害者に対処することを国会に建議することを決めた。第二に、療養病院を長期療養保険対象施設に含めるという案が推進企画団から提案されたが、これについては合意が得られず、実行委員会では公立の認知症専門病院に限るべきとの案が提案された。結果的に、療養病院は長期療養保険対象施設に含まれなかった。第三に、家族介護者に対する現金給付である。推進企画団では結論を留保していたが、実行委員会が主催した公聴会では認めなければならないという意見が多数を占めた。それを受け、実行委員会では家族介護者が国家資格を有して直接介護した場合に限って現金給付を行うことにした。第四に、財源運営方式であるが、推進企画団主催の公聴会において老人会、在宅福祉協会、農業経営者中央会は社会保険方式を、全国民主労働組合総連盟、社会保障学会、老年学会は租税方式を支持した。専門家に対する調査では、専門家の 55% が社会保険方式を支持するという結果が得られた⁽³⁾。その結果を踏まえ、推進企画団は社会保険方式を主として租税で補う方式を提案し、実行委員会でもそれが支持された。最後に、制度の管理運営だが、推進企画団と実行委員会では公団を保険者とし、地方自治体に長期療養認定（以下、要介護認定）、在宅介護事業所や介護保険施設の整備などの一部の関連事務を任せることを暫定的に決めた。

この時期、実行委員会では 2004 年 8 月から 9 月にかけて全国 3 か所（ソウル、釜山、光州）で制度試案に対する公聴会を開催したが、この過程で政策参加者の範囲が広がった。この公聴会では、制度の主な内容別に幅広い意見を聴取したが、結果的には政策決定にそれほど大きな影響は及ぼさなかった。給付対象、給付内容、ケアマネジャーなどの専門職種の 신설など、学界・専門家集団の意見が政策決定に強く影響していたからである（保健福祉部・公的長期療養保障推進企画団 2004、保健福祉部・公的長期療養制度実行委員会 2005）。

民間団体のひとつである大韓老人会は、制度の早期創設を求める立場にあったため、給付範囲、財源調達方式などの政策決定に影響力を行使することはなかった。政策参加者らは推進企画団と実行委員会の提案に対して比較的協力的であったとみられる。とくに、国策研究機関である韓国保健社会研究院は、保健福祉部と共同で政策案を作る過程において緊密な協力関係を維持していた。この時期の政策参加者間の関係をみると、市民活動団体や大韓老人会などの利益団体と保健福祉部は対立関係、マスコミ界と世論は政府に協調的な姿勢を見せていたと言える。政策案模索期には、上記のような政府主導の公聴会等とは

別に、民間団体による自発的なシンポジウム等が活発に開催されていたのも注目されよう（朴 2008：88-91）。

3.3.2 政策ネットワークモデル分析

政策模索期の政策ネットワークは、政府と専門家中心のネットワークである。この時期の議題の重要性からして、さまざまな団体と一般人が参加する政策ネットワークが形成される可能性が高かった。しかし、政策ネットワークへの参加条件として制度全般についての深い理解力と洞察力が求められていたため、参加者は自ずと限られた。

政策ネットワークの開放と拡張という意味で、公聴会の開催は大きな意義があった。ただ、公聴会の回数が少ないうえ、そこで議論された内容が政策ネットワークにあまり反映されなかったので、公聴会開催の意義はそれほど大きくなかったと言える（李 2009：89）。韓国の場合、社会保険方式を採択しているドイツと日本の制度運営から多くのことを学んでいたため、政策参加者の意見が政策に反映される余地が少なかったとみられる。軽度の要介護者への給付拡大、ケアマネジャーの新設などの議論は学界・専門家集団の意見が反映された結果である。

3.4 政府案決定期の分析

3.4.1 政府案決定過程・政策ネットワーク

2005年1月に実行委員会から提出された制度モデル最終報告書に基づき、政府は同年5月に「老人療養保障制度基本案」を確定した。同年9月15日には公聴会が開催されたが、この席で保健福祉部は介護サービスの基盤整備の立ち遅れを理由に当初予定していた2007年7月からの制度施行を1年間遅らせ、2008年7月1日から段階的に施行することを明らかにした。保健福祉部では同年12月、「公的老人療養保障基本案」を名称変更した「老人スバル保障法律制定案」を通常国会に提出した⁽⁴⁾。その後、一部の項目について修正が加えられ、さらに名称変更された「老人スバル保険法案」が2006年2月7日に閣議決定され、同月16日に国会に提出された（保健福祉部 2005、保健福祉部 2007、林・宣・住居 2010：16-18）。

政策案決定期の政策参加者は総理室、保健福祉部、企画予算庁、高齢者関連団体、市民活動団体、労働・経済団体、医療団体（医師協会・看護協会）、学界、与党、公団、マスコミ界などであるが、主導的な役割を果たしたのは政府、市民活動団体、労働・経済団体である。

社会福祉政策の分析フレームに基づき、上記の政策参加者の利害関係を次のように整理する。すなわち、①保健福祉部は障害者と軽度の要介護者を給付対象から除くことにした。②医療給付の縮小を憂慮した医師協会が長期療養保険制度下における給付内容の拡大と福祉サービス中心の制度づくりを強く批判した。③政府は現金給付の支給基準をさらに

厳しく設定した。④財源調達方式について政府は企画予算庁の立場を考慮して国庫負担の規模を大統領令に委ねることにしたが、この決定に対して市民活動団体・労働団体から強い批判を受けた。⑤保健福祉部、企画予算庁、行政自治部は保険者として公団を主張し、市民活動団体、学界、医療界は地方自治体を主張した。⑥政府・民間団体とも 2007 年 7 月の制度施行は時期尚早であると判断した（保健福祉部 2005）。

全体的にみると、学界・専門家集団、市民活動団体などの意見が反映された実行委員会の提示案が政府に押される形で給付対象と給付内容が縮小している。意思決定の際には政府が優位にあるという証拠であろう。実際、企画予算庁⁽⁵⁾は保健福祉部、市民活動団体、労働団体より優位の立場にある。この時期の政策参加者の利害関係を改めて整理すると次のようになる。すなわち、①政策ネットワークの中心的な役割を果たしていた保健福祉部と市民活動団体、労働・経済団体は弱い対立関係にあったものの、両者間では活発な議論が行われていた。②企画予算庁と市民活動団体や労働団体、保健福祉部と医療団体が対立的な関係にあった。③高齢者団体と医療団体は保健福祉部のみを相手とする制限的なネットワークを形成していた。④政府主導の政策決定内容が公表されるや否や、マスコミ界は強く批判しながらも、制度創設の必要性に関する世論調査の結果を肯定的に報道した。

この時期、公聴会等を開いてさまざまな方面からの意見を収斂しようとした政府の試みは評価できる。しかし、政府は公聴会等において収斂した国民の意見を政策決定にほとんど反映しなかった（朴 2008：86-88）。

3.4.2 政策ネットワークモデル分析

政策決定期の政策ネットワークは、さまざまな利害関係者が参加するイシュー・ネットワークモデルに類似している。政策決定期には政策参加者間の相互作用が非常に活発に展開され、政策決定に大きな影響を及ぼした。具体的には、制度の名称は経済正義実践市民連合（以下、経実連）と公団、給付対象は市民活動団体、財源調達方式は実行委員会と経実連、管理運営主体（以下、保険者）は予算庁と公団、サービス質の管理組織は予算庁と経実連、制度創設時期は大韓老人会の意見の一部が政策決定に反映された。

ともあれ、保健福祉部が主導する形で作成した政府法案において給付対象と給付内容がかなり縮小されたが、これは制度の実現可能性に重きが置かれ、制度の早期創設のための現実的な政策決定が優先されたためである（李 2009：143）。

3.5 国会審議決定期の分析

3.5.1 国会審議決定過程・政策ネットワーク

政府案、国会議員らによる代案、社会福祉界からの請願立法案が国会に提出され、活発な議論と審議が行われた。政府案が国会に提出された後、5人の国会議員による代案が国会に提出され、2006年9月18日に政府案を含む6つの法案が国会保健福祉部常任委員

会に一括上程された。その後、社会福祉界からの請願立法案⁽⁶⁾が同年10月31日に提出された。それを受け、保健福祉部常任委員会は2006年11月2日に請願立法案の公聴会を開いた。紆余曲折の末、「老人スバル保険法案」から再び名称変更された「老人長期療養保険法」が2007年4月2日に可決した（国会保健福祉委員会法案審査小委2007）。施行するまでに法律の名称が二転三転したことからして、制度創設の準備期の混乱ぶりがうかがわれる（林・宣・住居2010：19-20）。

国会審議決定期の政策参加者は国会（政党）、保健福祉部、市民活動団体、高齢者関連団体、障害者団体、医療団体、地方自治体、公団、マスコミ界などであるが、主導的な役割を果たしたのは国会、保健福祉部、市民活動・労働団体である。政府案決定期と異なる点は、障害者団体が新たに加わったこと、医療団体が活発に参加したこと、全国の自治体の首長らが共同で意見を発信したことである。政府が政策案模索期から公団を長期療養保険制度の保険者として暫定的に決めていたこともあり、地方自治体は政府案決定期までの政策過程には参加しなかった。しかし、地方自治体を保険者にすべきであると主張した社会福祉界と複数の国会議員による法案に触発され、全国の自治体の首長らは政府案に否定的な見解を示しつつ、控え目ながらも国会審議決定期の政策過程に参加するようになった（全国市長・郡守・区長協議会2006）。

社会福祉政策の分析フレームに基づき、この時期の政策参加者の利害関係を次のように整理する。第一に、給付対象者として軽度の要介護者を除外するという政府案に対する野党議員らの批判が多かった。市民活動団体と学界は政府案に示されている給付対象の範囲は限定的であるとし、普遍的なサービスの提供を主張した。障害者団体、市民活動団体、一部の国会議員も給付対象者に障害者を含めるべきであると主張したが、保健福祉部は障害者福祉施策をより充実させることで障害者に対応していくという方針を明らかにした。この時期、給付対象者の範囲が政府案決定期に比べて若干拡大したが、これは市民活動団体、学界、一部の野党議員の意見が政策決定に反映された結果によるものである。第二に、保険者をめぐる対立が生じたが、市民活動団体、学界、老人福祉施設協会は市郡区（日本の市町村にあたる）が担当すべきであると主張した。これに対し、保健福祉部と公団は公団が担当しなければならないと主張し、これが政策決定に反映された。第三に、財政負担のあり方と負担の割合について、市民活動・労働団体は国庫負担金を増やしてサービス利用の際の本人負担を軽減しなければならないと主張したが、保健福祉部は医療保険の国庫支援金の水準以上の支援は困難であるという立場を固守した。攻防の末、在宅介護サービスを利用する際の本人負担金が軽減されることになったが、これは韓国労働組合総連盟（韓国労総）、全国民主労働組合総連盟（民主労総）、健康世界ネットワークなどの市民活動・労働団体と野党のひとつである民主労働党の意見が一部反映された結果である（国会保健福祉常任委員会2006年11月2日および2006年11月30日）。

ところで、大韓老人会は国会審議の過程において圧力団体として早急の法律制定のための政治的な影響力を行使したとみられる。老人福祉施設協会は市郡区が保険者になるように努めたが、それが政策に反映されなかったのは当協会の影響力が弱かったためであるとみてよかろう。給付対象の拡大、本人負担金の引き下げなどを実現させた市民活動・労働団体の影響力はかなり大きかったとみられる（趙 2007：88）。

ともあれ、全体的にみると、この時期は学界、医療・社会福祉系団体、市民活動・労働団体などが保健福祉部と公団が提案した政府案に同意ないし協調する雰囲気であったが、主な争点については参加者間で激しい対立が生じた。給付対象の範囲と国庫支援金の拡大、本人負担金の引き下げを主張した国会および市民活動・労働団体と財政問題を理由に反対する保健福祉部が対立するという様相を見せた。他にも、保険者として市郡区を主張した国会議員と老人福祉施設協会が保健福祉部と公団と対立し、保健福祉部および国会と医療団体の間には訪問看護事業所の開設圏域をめぐる対立が生じた。国会の法案審議決定に対してマスコミは、概ね歓迎しながらも一部では否定的な報道をした。政党間の政策連合は政党の理念と政策志向によらず、政策懸案によって政党または議員別に主張が多分化していた点がこの時期の特徴である（李 2009：162）。

3.5.2 政策ネットワークモデル分析

国会審議決定期の政策ネットワークは、国会が中心にあって、保健福祉部、市民活動・労働団体が主導的な役割を果たした。この時期、医療団体、障害者団体が国会審議過程に参加したことによって政策ネットワークの密度が高まり、相互作用の関係性が強くなった。ということで、利害関係者間で活発な相互作用が行われた国会審議決定期は、典型的な下位政府の政策ネットワークモデルと言える。

総じて言えば、国会審議決定期には市民活動・労働団体、医療団体、障害者団体、高齢者団体などの利害関係者が多く参加することで、政策ネットワークの相互作用が非常に活発に行われ、政策決定に多大な影響を及ぼした。

3.6 政策執行期の分析

3.6.1 制度施行の準備

「老人長期療養保険法」は 2007 年 4 月 27 日に公布され（法律第 8403 号）、2008 年 7 月 1 日から施行された。これに伴って、政府は老人性疾病の範囲、主治医意見書の提出者の範囲および意見書の発給費用、長期療養機関（日本の介護保険施設にあたる、以下、介護施設）および在宅長期療養機関（日本の居宅介護事業所にあたる、以下、在宅介護事業所）の設備・人員・運営基準などの事業者指定基準を具体化した。2007 年 9 月 27 日には「老人長期療養保険法施行令」が制定され（10 月 1 日施行）、同年 10 月 17 日には「老人長期療養保険法施行規則」が制定・施行された。

以下では、制度施行に向けての準備過程における諸施策を時系列で紹介する。2007年10月1日から介護施設および在宅介護事業所の事業者指定が始まった。2007年12月31日には長期療養保険料率を医療保険料額の4.05%（2012年現在は6.55%）にすることを決めるとともに⁽⁷⁾、施設および在宅給付、現金給付などの介護報酬を決めた。2008年2月からは介護要員である療養保護士を養成するための療養保護士養成機関を設置して療養保護士の養成が始まった。2008年3月には公団の178支社に老人療養運営センターを設置して公団の職員の中から約2,500人の職員を選抜または採用（約1,000人は看護師免許、社会福祉士の資格を持つ人を介護職として新規採用）した。2008年3月25日から4月16日にかけては、民間事業者を対象に地域別の在宅長期療養機関拡充説明会を開催した。2008年4月からは介護施設および在宅介護事業所の開設が本格的に始まり、介護サービスの基盤整備が急ピッチで進んだ。要介護認定の申請もこの時期に始まった。同時に、公団では要介護認定申請および等級判定審議、長期療養保険料の賦課・徴収のための情報システムを開発するとともに、安定的な制度運営をするため、2008年7月までに長期療養業務関連の各種マニュアルおよび指針などを整備した。

このような制度施行の準備に対して、マスコミを中心に「準備不足、療養保護士養成機関の濫立、財源不足、介護サービス不足」などのような懸念の声があがった（保健福祉部2008）。しかし政府は、制度に関する戦略的な広報、介護施設および在宅介護事業所の拡充、制度運営のための人的資源の発掘・確保、情報システム開発・構築、長期療養業務関連の各種マニュアルの整備など、諸般事項に関する徹底した準備を行い、このような声を払拭した。

3.6.2 制度施行の内容

長期療養保険制度施行後の4年間の状況をみると、要介護認定申請者および認定者、介護サービス利用者が大幅に増加している。2008年7月に29万5,715人（高齢者人口の5.9%）だった要介護認定申請者は2012年6月には94万6,290人（同16.4%）に増え、約3倍増した。同期間中の要介護認定者は14万6,643人（高齢者人口の2.9%）から32万7,766人（同5.7%）に増加し、実際の介護サービス利用者は7万542人（要介護認定者の48.1%）から29万5,375人（同90.1%）へと4倍以上も増えた。サービス利用は制度創始期には介護施設の利用が中心であったが、在宅介護事業所の拡充とともに2009年からは在宅介護サービスの利用者が多くなっている（表3）。

制度創設の準備過程で最も憂慮されたのは、介護サービスの基盤整備であったが、2008年7月時点で7,735か所に過ぎなかった事業所が2012年6月には1万5,029か所へと倍増している。これをサービス種別にみると、介護施設は1,395か所から約3倍増の4,228か所に、在宅介護事業所は6,340か所から1万852か所へと約1.7倍増えた⁽⁸⁾。在宅介護事業所の中では訪問介護および訪問入浴介護、福祉用具事業所は3～4倍へと

大幅に増加したが、訪問看護事業所は微増した。

一方、農漁村などの中山間地域は大都市に比べて介護サービスに対する需要が相対的に少ないうえ、サービス提供のための移動時間がかかるなどの地域的な特性により、在宅介護事業所が少ない。たとえば、中山間地域に指定されている86自治体のうち⁽⁹⁾、訪問看護事業所がまったく存在しない地域は28自治体（中山間地域の32.6%）、昼・夜間介護事業所が1か所もない地域は11自治体（中山間地域の12.8%）があることからして、サービス供給の地域間格差は否めない。

表3 要介護認定申請者・認定者・利用者数

区 分		2008年 7月	2010年 6月	2010年 12月	2011年 6月	2011年 12月	2012年 6月	増加率(%) (2008年7月対比 2012年6月時点)
申請者(人) (高齢者人口対比)		295,715 (5.9)	690,640 (12.8)	759,339 (13.8)	826,452 (14.8)	883,900 (15.7)	946,290 (16.4)	320
認定者(人) (認定率)		146,643 (2.9)	312,138 (5.8)	315,994 (5.7)	320,261 (5.8)	324,412 (5.7)	327,766 (5.7)	223.5
利用者(人) ()内は 構成比	介護 施設	39,711 (56.3)	84,737 (31.4)	92,556 (32.9)	98,595 (34.2)	105,178 (32.4)	110,255 (33.6)	277.6
	在宅 事業所	30,831 (43.7)	185,501 (68.6)	188,635 (67.1)	189,595 (65.8)	187,372 (57.8)	185,177 (56.5)	600.6
	合計 (利用率)	70,542 (48.1)	270,238 (86.6)	281,191 (89.0)	288,125 (90.0)	292,478 (90.2)	295,357 (90.1)	418.7
療養給付費 総額(千ウォン) ()内は 構成比	介護 施設	296,180 (61.6)	543,594 (41.7)	1,184,994 (43.2)	674,183 (45.9)	1,525,703 (50.6)	827,350 (48.0)	279.3
	在宅 事業所	184,638 (38.4)	761,047 (58.3)	1,560,592 (56.8)	793,353 (54.1)	1,487,776 (49.4)	762,649 (52.0)	413.1
	合計	480,818	1,304,640	2,745,586	1,467,536	3,013,479	1,589,999	330.7

(注1) 要介護認定申請者および認定者は各月末基準、利用者は給付契約内訳を基準にしている。
 (注2) 高齢者人口は502万8,357人(2008年7月末)、538万777人(2010年6月末)、550万6,352人(2010年12月末)、558万4,502人(2011年6月末)、564万2,297人(2011年12月末)、578万1,843人(2012年6月末)である。
 (注3) 療養給付費総額は公団負担金と本人一部負担金の合計額であるが、2008年7月、2010年6月、2011年6月、2012年6月分は半期分である。
 出所：国民健康保険公団『老人長期療養保険統計月報』(2008年7月、2010年6月、2010年12月、2011年6月、2011年12月、2012年6月)および行政安全部『人口統計』(2012年6月)により作成

制度施行に伴って創設された療養保護士は2008年8月の18万2,565人から大幅に増えて2012年6月には約6倍増の108万2,489人となっている。実際の就業者は資格取得者の約22%の24万8,000人程度に過ぎない(国民健康保険公団2008および2011)。介護人材の人手不足が深刻化している日本とは状況が異なり、韓国では療養保護士が供給過剰の現状にある。療養保護士養成施設の設備および運営基準が緩やかだったため、介護分野とは無縁であった民間団体が療養保護士養成事業に大量に参入し、韓国政府の予測をはるかに上回る療養保護士養成施設で資格取得者が養成されたのである⁽¹⁰⁾。

3.7 政策評価期の分析

政策評価は政策の結果、すなわち政策決定（output）、政策成果（outcome）、政策影響（impact）などを評価対象とする総括評価と執行過程を評価対象とする過程評価に大別できる。本研究における政策評価は政策目標達成度、政策影響、介護サービス利用者とその家族の満足度に基づいて行う。なお、それぞれの項目について筆者らの考察を加えている。

3.7.1 制度施行以前の評価

3.7.1.1 モデル事業に対する評価

2005年7月から2008年6月まで3回にわたってモデル事業が行われた（林・宣・住居2010：19）。第1次および2次モデル事業の成果と課題は、その次のモデル事業にある程度は反映された。しかし、制度施行前の約1年間（2007年5月から2008年6月までの14か月間）に行われた第3次モデル事業の成果と課題は、日程的な余裕がなかったため、2008年7月からの制度施行にほとんど反映されていない。

3.7.1.2 政策決定過程に対する評価

高齢者介護に対する国民の合意が得られていない状況のなか、制度創設の必要性を理由に政府が主導する形で政策が決定されたため、肝心の高齢者団体をはじめ、市民活動団体、地方自治体などが政策参加者として参加していない。その結果、政府が提示した政策案が政策決定に多大な影響を及ぼすことになった。とくに、政策代案模索期に議論された財政運営方式においては、政府の意思が強く反映されて社会保険方式に決まった。韓国国内の他の社会保険制度の財政運営方式との整合性、政府負担の最小化、政府の役割を縮小するという福祉パラダイムの変化などを考慮して社会保険方式にしたと考えられる。しかし、長期療養保険制度の安定的な運営に鑑み、社会保険方式が最善の選択であったのかについては検証する必要がある。また、制度創設の検討および準備段階において国民の意見を十分に収斂するプロセスがあつてしかるべきではなかっただろうか。

制度創設を急ぐ政府に押される形で制度が施行されたが、制度創設のあり方と創設時期についてもより慎重な検討が必要であったと思う。当時の韓国は、介護サービスの基盤整備がかなり遅れていただけでなく、福祉先進諸国に比べて福祉予算も低水準であった。社会保険方式による国民の新たな負担を考えると、介護サービスの基盤として既存の公共のインフラを活用しながら長期的かつ段階的に長期療養保障制度を創設したほうがよかったかもしれない。早期創設の必要性があつたのであれば、既存の医療保険制度による給付を拡大する形で重度の要介護者に対応し、その後、段階的に給付対象者を拡大していき、制度がある程度安定するようになったときに、単独の制度に切り替えるという案も一考に値したであろう。

3.7.2 制度施行以降の評価

3.7.2.1 政策目標達成等に関する評価

第一は、長期療養保険の対象者と利用者に関する評価である。韓国の場合、「国民健康保険法」の規定に基づき、20 歳以上の国民健康保険および健康保険の被保険者が長期療養保険制度の被保険者となっている。しかし、介護サービスを受けられる者は「65 歳以上の高齢者と 65 歳未満の老人性疾病を持つ者のうち、要介護認定を受けた者」に限定されており、64 歳以下の障害者が給付対象者から除外されている。このことから、しばしば「保険あって給付なし」と揶揄されるような保険加入者と受給者の不一致、一部の要介護高齢者のために 20 歳以上の全国民が保険料を負担しなければならないという社会保険制度の不条理などの問題が、制度創設の準備段階から絶えず指摘されてきた。

ともあれ、制度施行 4 年の間に要介護者とサービス利用者が大幅に増え、2012 年 6 月時点における要介護認定申請者は 94 万 6,290 人（高齢者人口の 16.7%）、要介護認定者は 32 万 7,766 人（同 5.7%）、介護サービス利用者は 29 万 5,375 人（同 5.1%）となっている。このことから、長期療養保険制度が韓国における社会保障制度のひとつとして定着していることがわかる。無論、OECD 主要国の介護サービス利用者が高齢者人口の 7～25%（平均 12%）であることを考えると、韓国の介護サービス利用者は多いとは言えない状況にある。したがって、長期療養保険制度の給付対象者の範囲を今後さらに広げていくことが望まれる。差し当たり、長期療養等級（以下、介護等級）4 等級の軽度要介護者に対する介護予防サービスの充実が求められよう。

第二に、介護サービスの基盤整備に関する評価である。制度創設の過程で最も憂慮されていたのは介護サービスを提供できるインフラの整備であったが、制度施行後に基盤整備がかなり進んだ。しかし、介護サービスの基盤整備には地域間格差があり、農漁村を中心とする中山間地域の介護施設は都市部の 2 分の 1、在宅介護事業所は都市部の 4 分の 1 程度の水準となっている。中山間地域は人口が密集している大都市に比べて相対的にサービス需要が少なく、移動時間やガソリン代などの動線コストが高いため、事業者の進出がとも少ない。なかんずく在宅介護事業所が少ない。

このような地域間格差の問題が解消しないと、中山間地域の住民は保険料を支払っているのに十分な給付を受けられないという不公平の問題が生じる。したがって、介護サービス供給の地域間格差を是正するための方策を講じることが望まれる。介護報酬の地域加算の創設、遠距離交通費補助制度における費用の算定方法の見直し、既存のインフォーマルな組織等を積極的に活用した在宅介護事業所の整備、利用者の本人負担金の軽減措置の拡大実施などが求められよう⁽¹¹⁾。

第三に、長期療養保険制度の施行目的および政策目標に関する評価である。長期療養保険制度が施行されたことにより、高齢者世帯の自己負担の大幅な軽減、高齢者の生活の質

(QOL)の向上、家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減、老人医療費の削減が可能になった。加えて、療養保護士などの新しい専門職種の創設による新たな雇用創出、介護施設および在宅介護事業所の拡充による地域経済の活性化など、制度施行の効果は大きい(林・宣・住居 2010: 12-13)。

しかしその反面、介護サービスの市場化による利用者確保のための事業者間の過当競争、療養保護士養成機関の濫立と療養保護士の過剰養成、療養保護士の低い専門性と劣悪な労働環境によるサービス質の低下、同居家族療養保護費の支給による「介護の家族化」「介護の家族療養化」の問題⁽¹²⁾などが発生しており、長期療養保険制度の本来の目的ないし政策目標である「高齢者の健康増進と生活の安定による高齢者の生活の質(QOL)の向上」が実現しているとは言いがたい側面もある。日本の場合、介護保険制度の創設のひとつの背景として社会保障給付費の急増を招いた老人医療費の膨張がある。つまり、この老人医療費を削減するため、介護保険制度を創設したという政策目標があったとみられる(尹 2005: 80)。韓国でも同様の状況があり、2000年の健康保険財政の破綻による健康保険の財政安定化対策の一環として長期療養保険制度の創設が政策アジェンダとして取り上げられた経緯がある。

このように、老人医療費の削減を中心とする医療保険制度の再編を背景として日本では介護保険制度、韓国では長期療養保険制度が創設されたと言えよう。制度創設の背景が単なる老人医療費の削減の見地からのみ議論され、施行されたとすれば、問題がないとは言えない。今一度、長期療養保険制度が誰のために、何を目的として創設され施行されているのかについて精察する必要があると思われる。

3.7.2.2 介護サービス利用者とその家族の満足度等に関する評価

制度施行後、政府は外部の調査機関に委託して制度に対する国民の認知度と介護サービス利用者のサービス満足度などに関する世論調査を数回行ったが、全体的にみて制度の認知度もサービス満足度も高いという結果が得られている。

韓国ギャラップ(Gallup Korea)が2009年6月に介護サービス利用者とその家族1,000人を対象に行った調査によると、長期療養保険制度の施行の効果として健康改善(調査対象の40.2%)、サービス受給環境の改善(同79.8%)、計画的・専門的なサービス受給(同80.8%)をあげている。また、91.7%の利用者が身体的・精神的・経済的負担が軽減したと答えている(保健福祉部 2009年)。公団が2010年6月と2011年5月に(株)マトリックスコーポレーションなどを通して行った長期療養保険制度に対する国民の認知度とサービス利用者の満足度調査によると、制度の認知度は創設初期の27%(2008年8月)から63%(2011年5月)に上がっており、90%以上の国民が制度の必要性を感じているということが明らかになった。同期間中に介護サービス利用者の健康状態が改善したと回答している人は40%から79%へと上がっている。介護する家族の満足度も上がってお

り、精神的負担の軽減が 91% から 92%、身体的負担の軽減が 84% から 86%、経済活動への参加機会が 95% から 97%、社会活動への参加機会が 76% から 90%、家族の生活の質 (QOL) が 85% から 96% へと改善または向上したと回答している。制度全体に対する満足度は 75% から 87% に上がったが、施設介護に対する満足度 (91%) が在宅介護の満足度 (84%) より相対的に高い (国民健康保険公団 2010 および 2011)。

このように、長期療養保険制度は要介護高齢者のサービス利用機会の拡大と健康改善、介護家族の身体的・精神的・経済的負担の軽減と社会的活動機会の増加による生活の質 (QOL) の向上に大きく貢献していることがわかる。ただ、種々の満足度調査の結果を鵜呑みにできない状況も存在する。実は韓国では、要介護者の実に半分以上が同居家族の療養保護士から介護サービスを受けている。このような状況にあるだけに、介護サービス利用者とその家族を対象にして行った数回の調査結果を以て満足度が高いと結論づけることは早計過ぎる。ということで、上記の諸調査は介護サービス利用者とその家族の満足度の実像を正確にとらえているとは言えない側面がある。したがって、長期療養保険制度が本当に要介護高齢者とその家族の生活の質 (QOL) の向上に貢献する制度であるかどうかについてさらに調査をしなければならない。

3.7.3 制度施行に伴った問題点および制度改善策

長期療養保険制度の施行に伴った問題はこれまで論述したとおりである。すなわち、介護サービスの市場化による事業者間の過当競争、療養保護士養成機関の濫立による療養保護士の過剰養成、療養保護士の低い専門性による介護サービスの質の低下、療養保護士の劣悪な労働環境、介護サービス供給の地域間格差、同居家族療養保護費の支給による介護の家族化などである。

これらの問題を解決するため、政府は 2008 年 9 月に保険加入者、サービス提供事業者、公団、学界などの代表者で構成した「制度改善委員会」を設置し、諸問題の改善に取り組んでいる。同委員会では、委員の意見に基づき、低所得者の本人負担の軽減、療養保護士の専門性の向上と処遇改善、同居家族療養保護費支給の改善、認知症高齢者に対する給付拡大⁽¹³⁾、中山間地域の介護事業者に対する遠距離交通費補助制度の拡大、介護施設および在宅介護事業所のサービス評価の義務化などの課題を取り上げ、制度改善のための対策を押し進めてきている (保健福祉部 2011 年 5 月および 6 月)。

政府は今後も長期療養保険制度の安定的な運営と制度改善に向けてのさまざまな施策を講じる予定である。取り急ぎ、「老人長期療養保険法」第 6 条に規定されている「第 1 次長期療養基本計画」を 2012 年の年度末までに策定し、あわせて「老人長期療養保険法施行令および施行規則」の改善のための「老人長期療養保険法施行令整備法案研究事業」を推進する計画であることを明らかにしている。

4. おわりに

4.1 本研究のまとめ

本研究は、韓国の長期療養保険制度の制度設計および政策決定過程における政策決定者間の相互作用が政策決定にどのような影響を及ぼしたかを明らかにしたうえ、制度施行前後の政策評価や制度改善策などについて論じたものである。研究の結果、次のようなことが明らかになった。

第一に、高齢者の介護問題に対する政策アジェンダは政府主導によって形成され、政策過程段階別に政策参加者の範囲が広がった。つまり、高齢者介護に対する社会的争点が形成されていない状況下において、政府と学界・専門家集団が主導する形で政策アジェンダが決定された。政策ネットワーク特性上、政策アジェンダ形成期には多くの利害関係者の参加が望まれるが、高齢者団体や市民活動団体、障害者団体などの利害関係者は参加しておらず、政策決定にまったく影響を及ぼすことができなかった。これらの利害関係者は政策過程が進行するにつれて徐々に参加するようになったが、制度の管理運営と密接な関係のある地方自治体は国会審議決定期に至ってようやく政策過程にかかわるようになった。

第二に、政策過程段階別に主導的な役割を果たした参加者に変化が生じた。政策アジェンダ形成から政策案模索期までは政府と専門家集団が主導的な役割を果たしたが、政策決定期には市民活動団体、労働・経済団体が参加するようになった。国会審議決定期には国会と市民活動団体の影響力が大きくなった。

第三に、政策過程初期には政府と専門家以外の利害関係者は政策決定にあまり参加しなかったため、市民活動団体などの意見が政策決定に影響を及ぼすことはほとんどなかった。意見が提示されても、それが政策に反映される度合いはかなり低かった。しかし、国会審議決定期以降は市民活動団体などの利害関係者が活発に政策決定過程に参加するようになり、給付対象者、本人負担金などの政策決定に彼らの意見が一部反映された。

第四に、政策アジェンダ形成の初期段階から政策参加者間の相互作用はかなり協力的であったが、制度の骨格が国民に公表されたのを機に政策参加者間で対立関係が生じたり批判したりするようになった。逆に言えば、政策参加者間の相互作用が非常に活発に行われるようになったとも言える。国会審議決定期には長期療養保険制度の政府案、国会議員らによる代案、社会福祉界からの請願立法案が国会に提出され、活発な議論と審議が行われた。これによって、高齢者の介護問題に対する社会的争点が形成されたと言える。

第五に、制度に関する知識や情報をほぼ独占的に有していた政府が主導する形で政策ネットワークが形成され、政府の意図が政策決定に大きな影響を及ぼした。しかし、過度な政府主導の政策ネットワークと政策決定には、政府の意思が必要以上に反映されるという問題がある。

最後に、制度施行4年間を評価すると、サービス利用者の増加、介護サービスの基盤整備と安定的な供給、介護人材の増加、雇用創出など、量的な面での成果は大きかった。しかし、介護サービスの質、介護サービスの満足度など、質的な面での評価は高いとは言えない。長期療養保険制度を安定的に運営するためには、長期的な視野に立った制度改正と法律の整備が求められる。

4.2 本研究の示唆および課題

長期療養保険制度は今後急速に進行するであろう少子高齢社会に対処する重要な制度のひとつである。制度の政策決定過程には政府（自治体を含む）と運営管理者の公団だけでなく、サービス提供事業者、サービス利用者とその家族、利害関係にある団体・組織などが幅広く参加し、国民的合意を形成したうえで、政策を決定することが望ましい。

しかし本研究において、韓国の長期療養保険制度の政策決定過程においては国民的合意形成が足りなかったことが確認された。制度創設のための準備期間が短かったこともあり、政府が提示した計画が政策決定に強く反映され、政府案のほぼすべてがそのまま決定された。政府は制度創設に対する国民の声を拾い上げるための世論調査を実施したが、それが政策決定に大きな影響を及ぼすことはなかった。

政策決定過程においてはとくに、政策アジェンダの採択時にそれに直接的にかかわる利害関係者の積極的な政策参加が重要である。韓国の場合、政策アジェンダとして長期療養保険制度の創設を採択する際に「国民の社会的要求」より政府の「政策の必要性」が優先された。国民の政策参加は政治的な成熟度、歴史・社会・文化的環境によって大きく異なる。そのため、政府は急を要する政策アジェンダに関しては積極的に国民に知らせて情報を共有するとともに、さまざまな利害関係者が政策過程に参加するように働きかけなければならない。そのうえ、利害関係者らの意見や提言を政策決定に反映させる必要がある。今後も長期療養保険制度を安定的に維持・発展させていくためには、なお一層の国民的合意形成が求められる。

最後に、本研究の課題である。本研究の分析フレームで提示したように、政策決定過程を経て決定された政策は政策評価を経てまたその後の政策環境および政策決定などに影響を及ぼすという政策還流が行われる。韓国の長期療養保険制度においては、政策執行と政策評価の一部が現在もなお進行中であるため、政策評価の内容が政策環境、政策ネットワーク、政策決定に影響を及ぼす政策還流過程を全体的に分析することができないという現実的な限界がある。今後、政策過程の全過程を網羅したより深層的な分析を進めることによって、本研究において論究しようとした本来の研究目的が達成されるであろう。本研究が韓国の長期療養保険制度にかかわる今後の政策決定過程の研究に役立つ基礎資料として活用されることを期待する。

【謝辞】本研究は、平成 22 年度日本学術振興会科学研究費助成事業〔基盤研究 C〕（研究代表者：西下彰俊）に基づく研究成果の一部である。記して感謝する次第である。

注

- (1) 金（2003）は、分析体系として①政策環境、②政策問題の性格、③政策ネットワーク自体、④政策結果という 4 つの構成要因を提示している。
- (2) 本研究における政策ネットワークモデルは、Rhodes（1988）と Yishai（1992）が分類した政策ネットワークモデルから共通分母を成すものを抽出し、①下位政府モデル（鉄の三角）、②政策共同体モデル、③イシュー・ネットワークモデルの 3 つに区分する。
- (3) 推進企画団が保健・福祉・医療・経済など関連団体から推薦を受けた専門家 313 人を対象とし、2003 年 10 月 2 日から 10 月 15 日にかけて行った調査であるが、197 人から回答が得られた（保健福祉部・公的長期療養保障推進企画団 2004）。
- (4) 「療養」を「スバル（鬚髪）」という用語に変更した理由は、同制度のサービス内容が医療サービスとは性格を異にするうえ、療養という用語はすでに医療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からである。
- (5) 2008 年 2 月 29 日の「政府組織法」の改定により、企画予算庁は廃止され、財政経済部は企画財政部に、行政自治部は行政安全部に変更された。
- (6) 法案の主な内容は、①国が総費用の 50% を負担する。②認定調査、要介護認定、ケアプラン作成は自治体が行うなどである（李 2007：99）。
- (7) 保険料の算出方式は日本とは異なる。年齢に基づく第 1 号と第 2 号の被保険者区分がなく、20 歳以上の医療保険の被保険者は自分の収入に応じて賦課される医療保険料に長期療養保険料率を乗算した保険料を負担する。
- (8) 在宅介護事業所は 2009 年まではサービス種別に事業所を区分して集計していたが、2010 年からはサービス種別に区分して集計していない。そのため、増加率は 2 倍弱となっているが、従来の集計法に基づいて再集計すると在宅介護事業所は約 2 万か所なので、実際の増加率は 3 倍を超えている。
- (9) 2012 年 6 月末時点における韓国の自治体（市・郡・邑・面＝日本の市町村にあたる）は 239 か所であるが、このうち「郡」が中山間地域（韓国では「農漁村地域」と呼ばれている）に指定されている。なお、邑・面は郡に含まれる行政単位である。
- (10) これについての詳細な議論は住居広土・宣賢奎・林春植「韓国介護保険制度の創設と課題－介護サービスと療養保護士の専門性と介護人材養成－」『老年社会科学』Vol.33-1、pp.100-106、2011 年を参照されたい。
- (11) 介護サービスの地域間格差を是正するための提言に関する研究は、宣賢奎「介護サービス供給の地域間格差に関する一考察－韓国老人長期療養保険制度に対する政策的視座－」『共栄大学研究論集』第 10 号、2012 年、pp.1-22 を参照されたい。
- (12) 同居家族療養保護費の支給の問題点に関する議論は、西下彰俊「韓国・長期療養保険制度発足 3 年半後の現況と残された課題」『いい住まいいいシニアライフ』Vol.107、p.19、2012 年を参照されたい。
- (13) 政府は「歩行が不可能な程度に身体機能が低下し、軽度の認知症による認知機能の低下および間接的な問題行動」がある高齢者等にも介護サービスを提供するため、「老人長期療養保険法施行令」を改正し、介護等級 3 等級の認定基準の点数を従来の「55 点以上 75 点未満」から「53 点以上 75 点未満」に緩和した（2012 年 7 月 1 日施行）。この改正により、約 2 万 4,000 人が新たな受給者となる見込みである。

引用文献

[韓国語]

- 安ピルジュン「日本の看病保険制度と各国の高齢者看病保険制度」『老人福祉政策研究叢書』通巻第11号, pp.7-62, 1998年
- 尹文九「日本の介護保険制度の問題点および政策提言研究」Working paper 資料, 2005年金スニャン「政策ネットワークモデルの理論的争点分析」『政府学研究』第9巻第1号, 2003年
- 行政安全部『人口統計』2011年
- 洪キョンジュン・宋ホグン「社会福祉政策決定構造に関する政策連結網分析: 文民政府と国民政府の比較」『韓国社会福祉学』第57巻第4号, pp.5-34, 2005年
- 国民健康保険公団「老人長期療養保険統計月報」2008～2011年
- 国民健康保険公団の報道資料, 2008年
- 国民健康保険公団「老人長期療養保険サービス利用者調査報告書」2010年
- 国民健康保険公団「老人長期療養保険国民認知度および満足度調査報告書」2011年
- 国会保健福祉委員会法案審査小委の法案審査小委審査参照資料, 2007年
- 国会保健福祉常任委員会「長期療養保険法(仮称)制定に関する公聴会資料集」2006年11月2日
- 国会保健福祉常任委員会の速記録, 2006年11月30日
- 国務調整室「高齢社会に備えた老人保健福祉総合対策」2002年
- 崔ソンジェ「老人長期療養保護に関する社会福祉政策方向」朴クァンジュン・安ホンソン・崔ソンジェ・黄ソンチョル『高齢化社会と老人福祉』ソウル: 世宗出版社, 1999年
- 慎トンミョン「韓国の生産体制と福祉体制の選択的親和性」『韓国政治学会報』第40巻第1号, 2006年
- 慎ボッキ「韓国の老人長期療養保護政策モデル」『大邱大学校大学院博士学位論文』2000年
- 全国市長・郡守・区長協議会「老人長期療養法制定関連協議会検討意見」2006年
- 宋クニオンほか『社会福祉政策論』ソウル: ナナム出版, 2002年
- 車フンボンほか「老人長期療養保護に関する韓日比較研究」『韓国老年学』第20巻第3号, 2000年
- 趙キョンエ「老人長期療養保険法の制定過程における市民活動団体の役割に関する研究」『聖公会大学校市民社会福祉大学院修士学位論文』2007年
- 朴トンス「韓国老人スバル保障制度の政策過程に関する研究」『漢城大学校大学院博士学位論文』2005年
- 朴ハジョン「社会福祉政策決定過程の政策ネットワーク研究」『慶熙大学校大学院博士学位論文』2008年
- 保健福祉部「大統領職業務引継ぎ委員会保健福祉分野最終報告書詳細推進計画」2003年
- 保健福祉部「老人スバル保険法制定のための公聴会資料集」2005年
- 保健福祉部「老人長期療養保険制度政策資料集(I～III)」2007年
- 保健福祉部「2008年7月施行老人長期療養保険の政策説明会資料」2008年6月
- 保健福祉部「老人長期療養保険利用者満足度調査報告書」2009年
- 保健福祉部「長期療養委員会実務委員会会議資料」2011年5月
- 保健福祉部「老人長期療養保険施行3周年国際シンポジウム発表資料」2011年6月
- 保健福祉部・公的長期療養制度実行委員会「公的老人療養保障制度実施モデル開発研究」2005年
- 保健福祉部・公的長期療養保障政策企画団「老人長期療養保護総合対策案」2001年
- 保健福祉部・公的長期療養保障推進企画団「公的老人療養保障体系開発研究」2004年
- 李光宰『老人療養保険制度の理解』共同体, p.99, 2007年
- 李光宰「韓国と日本の老人長期療養保険制度制定過程に関する比較研究」『江南大学社会

福祉専門大学院博士学位論文』2009年
柳サムヒ「老人長期療養保険制度樹立過程における政策ネットワーク特性研究」『翰林大
学校大学院博士学位論文』2007年

[日本語]

株本千鶴「韓国の老人長期療養保険制度；施行1年後の実態と課題」『健保連海外医療保
障』No.83, pp.22-27, 2009年
住居広士・宣賢奎・林春植「韓国介護保険制度の創設と課題—介護サービスと療養保護士
の専門性と介護人材養成—」『老年社会科学』Vol.33-1, pp.100-106, 2011年
宣賢奎「介護サービス供給の地域間格差に関する一考察—韓国老人長期療養保険制度に対
する政策的視座—」『共栄大学研究論集』第10号, pp.1-22, 2012年
西下彰俊「韓国・長期療養保険制度発足3年半後の現況と残された課題」『いい住まい
いいシニアライフ』Vol.107, p.19, 2012年
増田雅暢「日韓の介護保険制度の比較から」『週刊社会保障』No.2562, pp.36-37, 2010
年
林春植・宣賢奎・住居広士『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房, 2010年

[英語]

Anderson, J.E., *Public Policy-making*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979
Lowi, Theodore J., *Four Systems of Policy, Politics and Choice*, Public Administration
Review, Vol. 32, 1972
Richardson, J. J., and Jordan, A.G., *Governing under Pressure*, Oxford: Martin Robert-
son, 1979
Ripley, R. and Franklin, G., *Congress, the Bureaucracy, and Public Policy*, Home wood,
Ill.: Dorsey Press, 26-28, 1984
Rhodes, R., *Beyond Westminster and Whitehall: The Sub-Central Governments of Brit-
ain*. London: Unwin-Hymen, 1988
Yishai, Y., *From and Iron Triangles to an Iron Duet? : Health Policy making in Israel*,
European Journal Research, Vol. 21, 91-108, 1992