



韓国における高齢者長期療養政策の転換と健康権一文在寅政権下における老人長期療養保険制度改革を中心に一

洪, シネ

(Degree)

博士 (学術)

(Date of Degree)

2022-03-25

(Date of Publication)

2023-03-01

(Resource Type)

doctoral thesis

(Report Number)

甲第8249号

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1008249>

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。



博士論文

韓国における高齢者長期療養政策の転換と健康権
—文在寅政権下における老人長期療養保険制度改革を中心に—

令和 4 年 1 月
神戸大学大学院人間発達環境学研究科
洪 シネ

目次

はじめに 一本研究の問題の所在と課題一	1
第1章 韓国の高齢者の生活保障体系と新自由主義の登場とその対抗の動き	9
1. 国民年金	9
2. 基礎年金	15
3. 国民健康保険制度	17
4. 老人長期療養保険制度	21
5. 韓国における高齢者の貧困・健康問題	32
第2節 韓国における新自由主義の登場とそれの対抗の動きの背景	35
1. 韓国における新自由主義の登場	36
2. 韓国における新自由主義への対抗の動きの背景	38
3. 文在寅政権の新自由主義政策からの転換	43
第2章 先行研究の整理と健康権の概念の整理	50
第1節 日・韓における健康権に関する先行研究の整理	50
1. 日本における健康権に関する先行研究	50
2. 韓国における健康権に関する先行研究	58
3. 韓国における長期療養現場の実態を明らかにした先行研究	67
第2節 韓国憲法・国内法・国際条約体系上導き出される健康権の規定の整理	75
1. 韓国国内法上における健康権の整理	75
2. 韓国における国内法と国際法の関係	85

3. 国際法上における健康権の規定	90
第3節 韓国における健康権保障活動に関する近年の動向	95
1. 国家人権委員会	95
2. 健康セサン（世の中）ネットワーク	99
3. 市民健康研究所	101
4. 健康権実現のための保健医療団体連合	102
5. 農民薬局	104
第4節 小括 ―健康権の実現手段としての長期療養サービス―	105
第3章 長期療養サービスの形成・発展 ―健康権の観点から―	108
第1節 李承晩（イ・スンマン）政権（1948年7月～1960年4月）	108
第2節 朴正熙（パク・チョンヒ）政権（1963年12月～1979年10月）	110
第3節 全斗煥（チョン・ドゥファン）政権（1980年8月～1988年2月）	116
第4節 盧泰愚（ノ・テウ）政権（1988年2月～1993年2月）	120
第5節 金泳三（キム・ヨンサム）政権（1993年2月～1998年2月）	128
第6節 小括	136
第4章 老人長期療養保険制度の導入準備から制度発足と制度運営の基本方針の転換 ..	139
第1節 金大中（キム・デジュン）政権（1998年～2003年）	139
1. 金大中政権の福祉理念と韓国の経済状況	139
2. 金大中政権下における高齢化社会への対応	143
第2節 盧武鉉（ノ・ムヒョン）政権（2003年2月～2008年2月）	146

1. 盧武鉉政権の福祉理念と高齢者の長期療養に関する取り組みの計画	146
2. 老人長期療養保険制度導入への取り組み	149
3. 公的長期療養保障法案の審議過程における争点	154
4. 老人長期療養保険制度の導入に向けた療養保護士と長期療養機関の整備	158
第3節 李明博（イ・ミョンバク）政権（2008年2月～2013年2月）	160
1. 李明博政権の福祉理念と高齢者の長期療養に関する取り組み	160
2. 李明博政権下における老人長期療養保険制度施行に向けた準備状況	162
3. 老人長期療養保険制度施行後における長期療養サービスの現状	164
第4節 朴槿恵（パク・クネ）政権（2013年2月～2017年3月）	174
1. 朴槿恵政権の国政ビジョンと福祉理念	174
2. 朴槿恵政権下における高齢者の長期療養政策の取り組み	175
第5節 小括	182
第5章 朴槿恵政権下における長期療養市場の実態調査	184
第1節 長期療養機関の経営状況に関する実態調査	184
1. 調査の背景と目的	184
2. 調査方法と対象	185
3. 実態調査の結果・分析	186
4. 調査結果のまとめと考察	206
第6章 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革 ― 民営から公営への転換 ―	211
第1節 文在寅（ムン・ジェイン）政権（2017年5月～）	211

1. 文在寅政権の福祉ビジョンと老人長期療養保険制度改革への取り組み.....	211
2. 老人長期療養保険制度改革の内容.....	213
第7章 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の実態調査.....	222
第1節 長期療養サービスの脆弱な過疎地の農山漁村地域における長期療養サービスの 実態調査	222
1. 調査の目的と対象地域.....	222
2. 調査方法と対象及び調査の倫理的配慮	224
4. 調査の結果.....	226
4. 調査のまとめ	247
第2節 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の検討	248
終章 健康権の実現手段としての老人期療養保険制度の評価と展望.....	254
第1節 健康権の実現手段としての老人期療養保険制度の評価	254
1. 保護する義務	254
2. 充足する義務	255
3. 促進する義務	255
4. 無差別及び平等の取り扱い	256
5. 後退的措置.....	256
第2節 健康権の実現手段としての老人長期療養保険制度の展望.....	257
第3節 本研究の限界と課題.....	259
「付記」	260

「参考文献」	261
--------------	-----

はじめに 一本研究の問題の所在と課題一

国連の国際人権規約第1規約、「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」（以下、社会権規約という）は第12条で「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」と規定し、これは今日においては一般的には「健康権」と呼ばれている。社会権規約は「この規約の各締約国は、立法措置その他のすべての適当な方法によりこの規約において認められる権利の完全な実現を漸進的に達成するため、自国における利用可能な手段を最大限に用いることにより、個々に又は国際的な援助及び協力、特に、経済上及び技術上の援助及び協力を通じて、行動をとることを約束する」（社会権規約第2条第1項）とし、社会権規約で認められている健康権を含む諸権利の実現の国家の義務を規定している。健康権を実現する具体的な方法としては、各国政府による医療、保健サービスなど様々なものがあり、韓国における長期療養¹ 保障サービスもその実現に不可欠なサービスの一つである²。

韓国において、健康権は1970年代に公害問題を背景に民間レベルで初めて提起され始めた。1980年代には民主化運動・労働運動を契機に組織された諸団体によって主張され、1980年代から1990年代にかけて健康権の実現運動が活発に起き始めた。この影響を受けて、金泳三政権で初めて国民の健康権を認識し、それを諸政策に反映し始めた。この時点では、高齢者の長期療養問題を健康権の観点から捉え、同分野に反映したとは言い難かったが、金大中政権の時期に健康権を長期療養政策に反映するようになった。

¹ 本来、一般広義に「長期療養」とは、医療と介護を含む概念である。後述するように、韓国における老人長期療養保険制度は、日本でいうところの介護保険制度におおよそ相当するため、本研究においてはさしあたり「長期療養」という語を「介護」と同義に用いる。

² 長期療養サービスは、高齢者の生活を支える社会保障サービスであり、生存権を実現する手段の一つでもある。韓国の憲法裁判所は、憲法第34条第1項が規定している生存権ないし人間らしい生活をする権利を「人間の尊厳に相応する最小限の物質的な生活の維持に必要な給付を国に積極的に求める権利」と定義づけており、また、給付の内容については、立法部の広範な裁量を認めている。それゆえ、同権利に対する国家の保障水準が、単なる生存だけを保障するものであっても違憲ではない。健康権は、国家に対し、到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を保障するよう要求する権利であり、生存権のカバーしないより豊かな内容を備えている。それゆえ、本研究ではこの権利に着目する。憲裁 2004. 10. 28. 2002Hunma328, 判例集 16-2 Ha、195、憲裁 2014. 8. 28. 2013Hunba76, 判例集 26-2 Sang、309。

しかし、韓国において、健康権などの人権や社会保障制度が形成されるに至るまでには苦難の道のりがあった。特に、民主化以前の韓国は、北朝鮮との政治イデオロギーの対立による反共主義、権威主義体制、経済発展の最優先などにより、左派政党の政治や労働運動及び市民運動などが抑圧されていた。それゆえ、この時期は、下からの社会保障に対する要求が発生しにくい状況に置かれていた。社会保障の諸法の制定及び制度の実施は、政治的かつ経済的な手段として行われ、社会保障法及び制度は名目的かつ宣言的なものであった。こうした時代背景に儒教思想まで加わって、高齢者の長期療養の社会化は長い間抑制されていた。そのような中、高齢者の長期療養は長い間、親を扶養する子の義務として、ほとんど家庭内で行われていた。

韓国における長期療養制度の形成と発展について振り返っておくと、大きな契機は1980年代に入って老人福祉法（1981年6月5日制定・施行）が制定されたことである。老人福祉法の下で長期療養サービスが提供されはじめ、その種類も次第に多様化された。しかし、そのサービスは、ほとんど民間によって提供され、しかも、そのサービスを受けることができたのは低所得層の高齢者、その中でもごく一部の人々にすぎなかった。大多数の要長期療養高齢者は家族によって支えられ、長期療養に対する国家の役割は最小限にとどめられていた。

民主化以降、約30年ぶりに軍人出身ではない一般国民が大統領となったことで「文民政府」と呼ばれた金泳三政権下でも、高齢者の長期療養に対する国家の役割を最低限にとどめ、家族と民間に依存した。

ようやく2000年になって、韓国社会が高齢化社会に突入したことを契機に、2001年8月15日に金大中大統領が公的かつ普遍的な長期療養保障制度の導入を公の場で明らかにした³。ただ、同制度の導入は、高齢化社会に対応するという積極的な目的もあったが、一方

³ 行政安全部大統領記館「第56周年光復節慶祝辞（改革と和合で未来を開いていきましょう）」2001年8月15日付、URL:<https://www.pa.go.kr/research/contents/speech/index.jsp>（2021年4月20日最終閲覧）。

では、急増する高齢者の医療費を抑制する政策の一環として進められるという⁴、新自由主義的な側面を有するものでもあった。

その後、盧武鉉政権下で公的長期療養保障制度の導入に向けた取り組みが本格化された。盧武鉉政権では当初、国の責任で公立機関を整備（全体長期療養機関のうち70%）し、公立機関が長期療養サービスの供給を主導するという、事実上の長期療養サービスの供給の「公営」化を基本方針として掲げていたが⁵、公立機関の設置は様々な限界により計画通りに進まず、結局、市場化・営利化政策を取り入れて、民間事業者の長期療養市場への参入を促すこととなった。その結果、長期療養サービスは、民間機関が主導する市場に任せられるようになり、こうして老人長期療養保険制度は、新自由主義的な制度として開始されることとなった。

2008年に老人長期療養保険制度はスタートしたが、同制度の下で長期療養分野は、長期療養機関の偏在、長期療養機関による不正請求、長期療養機関間の過当競争、サービスの質の低下、労働者の処遇悪化などの様々な問題が続発するに至った⁶。これらの問題は、国家の長期療養市場への介入を最小限にとどめ、民間に依存を意図するその後の李明博政権・朴槿恵政権下でも後を絶たなかった。

このような中近年、韓国の長期療養政策をめぐっては大きな転換の兆しが生じてきている。2017年5月に発足した文在寅政権は、これまで民間に任せられていた長期療養サービスの供給問題を指摘し、長期療養に対する国家の役割と責任、そして公共性を強化する、いわゆる老人長期療養保険制度改革を明らかにした。これは、健康権の保障のために市民団体及び研究者たちが同制度の施行以前から要求してきたものでもあった。

⁴ 保健福祉部報道資料「健康保険財政安定対策発表 - 福祉部長官記者会見（添付資料、保健福祉部長官『健康保険財政安定総合対策記者会見文』）2001年5月31日付、5ページ。

⁵ 保健福祉部側は、「老人療養インフラは原則的に国家責任で拡充していく特性を勘案して、療養施設、療養病院、在宅事業所の公共部門を70%とする目標で拡充する」と、公共機関を中心とする機関整備を明らかにした。公的老人療養保障推進企画団（2004a）「公的老人療養保障体系開発研究（I）—財政運営方式及び施設人員インフラ拡充方案—」281-282 ページ。

⁶ 保健福祉部（2018a）「2018-2022第2次長期療養基本計画」1、3、6ページ。

文在寅政権が明らかにした老人長期療養保険制度改革の主要内容は、認知症に対する国家の責任を強化する「認知症国家責任制」、国家の長期療養従事者の直接雇用と長期療養サービスの直接提供を目的とする「社会サービス公団」の設立・運営、地域社会における医療・福祉・長期療養・保健などの総合的なサービスの充実を図る「コミュニティケア」、地域で長期療養サービスの質の改善を先導する求心点としての役割を果たす「公立施設の拡充」⁷、そして、「長期療養サービスの保障範囲及び対象者の拡大」などである。

このように文在寅政権は、老人長期療養保険制度改革を通じて、これまで民間機関が主導していた長期療養サービスをこれからは公立機関が主導する、つまり、同制度の運営の基本方針を「民営」から「公営」への転換を図っていると言える。

韓国の老人長期療養保険制度の「民営」から「公営」への方針転換の動きは、日本の社会保障・介護研究者からも注目を浴びつつある。日本では2000年に介護保険制度が発足したが、日本の介護保険制度は、韓国の老人長期療養保険制度の設計の際にも参考にされ、韓国に非常に大きな影響を与えた。日本の制度は、介護分野における営利事業者の参入の大幅緩和や、民間事業者参入による供給確保などを意図し導入されたが、韓国でも2008年に老人長期療養保険制度が発足した際には、先述のように紆余曲折はあるにしろ、日本と近似した形で営利化、民間事業者による参入拡大を方針としていた。

しかし、日本の介護保険制度がその後様々な問題を指摘されながら⁸、20年以上たった今日においても現在の自公政権は当初の方針に固執し続けているのに対し、韓国の老人長期療養保険制度では制度発足10年を待たずに運営方針の転換の動きが起きてきている。このことが日本の研究者らも韓国の動向に注目する理由であろう。

日・韓両国の介護保障制度（介護保険制度・老人長期療養保険制度）の歴史的な関係性、両国の研究者・当事者らの関心からしても、韓国において現在進められている政策の方向転換の効果や現場への影響、積極的側面と限界、限界があるのであればその要因は何か、改善手段は何か、等について明らかにすることは、今日、非常に重要な課題である。

⁷ 保健福祉部（2018a）前掲、23ページ。

⁸ 日本の介護保険制度の20年がもたらした様々な問題については、芝田英昭ほか（2020）『検証介護保険施行20年—介護保障は達成できたのか』自治体研究社、など参照。

現在、老人長期療養保険制度改革が進められているが、実際には、同改革の様々な問題がすでに指摘されはじめている。詳細は本論で紹介するが、いくつか例を挙げると、個々人のニーズに合わせてサービスが提供されるといわれた「地域社会サービス」は、サービスの質の低下が指摘されており、「社会サービス院」は、実際の内容と役割が縮小された。そして、「コミュニティケア」は、日本やイギリスなどの先進国で実施されている「先進国型福祉体系」といわれたが⁹、コミュニティケアの類似制度である「地域包括ケアシステム」を実施している日本では、地域包括ケアシステムといった近年の医療・介護政策について「医療・介護の公的責任を縮小し、医療・介護の自己責任化を進める政策であり、病院や施設サービスを抑制するために、在宅や地域への押し戻しを推進するものである」との指摘がすでに出ている¹⁰。

以上の背景から、本研究は、韓国の長期療養政策の発展過程を韓国における健康権の広がりやそれとの関係性から描き整理する。その上で特に、新自由主義から転換して進められている近年の「民営」から「公営」を掲げた文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目し、その最新の事態を筆者の現地調査等を基に明らかにする。本研究は、東アジアで、新自由主義により、長期療養（介護）サービスの抑制が進められている中、それとは反対に長期療養サービスに対する国家の役割と責任を強化し、また、長期療養市場へ積極的に介入する「公営」を掲げている文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を明らかにしたものと位置づけられる。このような先行研究は、今のところ蓄積されていない。今後、新自由主義路線から転換して、国家の役割と責任を強化し、長期療養サービスの充実を図る東アジア諸国の先行研究になると思われる。

本研究はまず、韓国国内で健康権の議論がどのように広がり、それとどのような関係性をもって、韓国で長期療養保障がどのように変化・発展してきたのかを考察し、長期療養保障制度の導入背景及び過程を整理する。特に、同制度の導入過程における運営の基本方

⁹ 保健福祉部報道資料「“在宅・地域社会中心に社会サービス提供”コミュニティケア（Community Care）本格推進」2018年3月12日付、2ページ。

¹⁰ 井口 克郎（2018）「医療・介護保障の抑制・後退政策と対抗軸 - 日本における「健康権」の普及と確立を」『経済』 Vol.227、新日本出版社、29ページ。

針に着目して、当初の計画とは異なり、なぜ同制度の運営の基本方針が「公営」から「民営」へと転換するようになったのかを検討する。その上で、「民営」を老人長期療養保険制度運営の基本方針としていた朴槿恵政権と「公営」を基本方針としている文在寅政権をまたがる時期における二つの質的調査を用いて長期療養市場の実態を明らかにする。朴槿恵政権下における長期療養市場の実態調査は、老人長期療養保険制度の運営の基本方針が「公営」に転換される以前の韓国の長期療養市場がどのような状況に置かれていたのかを詳細に見せてくれるため、文政権の改革の背景を理解する上で参考になるだろう。

特に、文在寅政権下で「公営化」を目指して推進されている老人長期療養保険制度改革の背景とその具体的な推進内容を検討し、実際に同改革を通じて、長期療養市場がどのように変化・改善されたのか、同改革の効果が長期療養サービスの脆弱な過疎地においても十分に行きわたっているのかを、筆者自身による長期療養現場の実態がわかる最新の質的調査（現在のところ韓国ではあまり十分に行われていない）から明らかにする。

そして本稿では、調査で明らかになった韓国長期療養保険制度ないし文政権の改革の実態の評価を行うにあたり、韓国憲法や国連の国際人権規約（社会権規約）において規定され、社会保障制度運営にあたって順守されるべき健康権の概念・規定を用いる。老人長期療養保険制度は、法的に健康権の実現手段の一つとして位置づけられる。それゆえ、健康権の概念、特に、具体的かつ豊かに権利内容などを規定している国際法上の健康権規定に照らして、同制度を分析・評価することは、同制度のあるべき姿やまた、そのために改善されるべき点や方向性などを明確に示してくれるため、健康権の実現手段としての老人長期療養保険制度の在り方を考える上でとても必要かつ有意味であると考えられる。その上で、健康権の実現手段としての老人長期療養保険制度を展望する。

以下、本研究の構成を説明する。

本研究は8つの章で構成する¹¹。第1章は、本論に入るに先立ち本稿の問題関心の土台となる韓国の状況について論じる。韓国においては、高齢者の貧困問題が長らく深刻な社

¹¹ 第3章-5章は、筆者の修士論文（洪シネ（2016）「韓国老人長期療養保険制度における介護の市場化・営利化に関する研究—長期療養機関の経営主体別分析から—」）と学術論文（洪シネ（2019）「韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の実質的変化—介

会問題となってきた。高齢者の生活を支える韓国の諸制度の体系や、韓国における高齢者の貧困の現状についてここで論じる。

そして、そのような中、近年韓国で生じている東アジアでも特異な状況について紹介する。それはこの間全世界的に猛威を振るってきた新自由主義政策思想への、対抗の動きである。韓国における新自由主義の登場と新自由主義への対抗の動きの背景と内容について整理する。

その問題意識の提示の上で、第2章では、まず、日・韓における健康権に関する先行研究の整理を行う。東アジアにおいて、国連の国際人権規約（社会権規約）の健康権規定を踏まえて先駆けて議論が開始された日本の研究動向や介護研究へのその反映の動向を概観し、その上で、韓国における健康権議論の系譜を詳細に整理する。また、関連して、韓国の長期療養現場の実態を明らかにした先行研究を考察する。

次に、韓国憲法・国内法・国際条約体系上導き出される健康権の規定を整理する。韓国国内法と韓国政府が批准した国際人権規約、そしてその有権解釈である一般的意見14で明記されている健康権の権利内容及び締約国の義務・違反内容などを検討する。そして、韓国における健康権保障に関する近年の市民団体の活動内容を紹介する。最後に、健康権の実現に核心的な手段の一つである長期療養サービスの概念を整理する。

第3章では、老人長期療養保険制度登場までの前史として、健康権の観点から韓国で長期療養保障がどのように変化・発展してきたのか、そして韓国政府は要長期療養高齢者の長期療養ニーズにどのように対応してきたのかを、韓国の社会的・経済的・政治的な状況を踏まえて各政権（李承晩政権から金泳三政権まで）に区分し、政策資料及び当時の新聞記事、そして先行研究などを用いて分析を行う。

第4章では、老人長期療養保険制度の導入準備から施行後、制度運営の基本方針を「民営」のままに維持していた時期（金大中政権から朴槿恵政権まで）に区分して、公的長期

護施設の運営状況に関する実態分析から一」『医療福祉政策研究』 Vol.2（1）、87-111ページ）を基に、第6-7章は、学術論文（洪シネ（2021）「文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の検討—韓国の全羅南道長興（チャンフン）郡を事例に一」『神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要』 Vol.15（1）、11-29ページ）を基にしている。

療養保障制度の導入背景と導入過程を整理する。また、同制度の導入過程で運営の基本方針がなぜ、公立中心の「公営」から、民間中心の「民営」へと変更されるようになったのかその背景について整理する。

第5章では、長期療養に対する国家の役割と長期療養市場への国家の介入を最小限にとどめて「民営」を維持していた時期に含まれる朴槿恵政権期に、実際に長期療養現場が抱えていた諸問題とそのメカニズムを明らかにする。そのため、本章では、筆者による韓国の長期療養機関6か所を対象にした長期療養機関の経営状態がわかる実態調査から論じる。そして、それを通じて、なぜ、文在寅政権で老人長期療養保険制度改革を推進するようになったのか、その背景を明らかにする。

第6章では、実質的に「民営」から「公営」への転換を図っていると言える文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目して、現在、具体的にどのような政策が進められているのか、その内容を検討する。

第7章では、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を通じて、実際の長期療養現場がどのように変化・改善されたのか、同改革の効果が長期療養サービスの脆弱な過疎地においても十分に行きわたっているのかを明らかにする。そのため、本章では、筆者が実施した長期療養サービスの脆弱な過疎地の一つである韓国の全羅南道長興（チャンフン）郡における最新の質的調査を用いて、文政権の老人長期療養保険制度改革の実態を明らかにする。

終章では、筆者が行った実態調査などが明らかにした長期療養現場の状況や長期療養保障制度のあり様を、健康権の理念や規定に照らして評価する。その上で、健康権の実現のために必要な老人長期療養保険制度の改善点を提示し、その実現を展望する。

第1章 韓国の高齢者の生活保障体系と新自由主義の登場とその対抗の動き

本章では、本論に入るに先立ち本稿の問題関心の土台となる韓国の状況について論じる。韓国においては、高齢者の貧困問題が長らく深刻な社会問題となってきた。高齢者の生活を支える韓国の諸制度の体系や、韓国における高齢者の貧困の現状についてここで論じる。

そして、そのような中、近年韓国で生じている東アジアでも特異な状況について紹介する。それはこの間全世界的に猛威を振るってきた新自由主義政策思想への、対抗の動きである。韓国における新自由主義の登場と新自由主義への対抗の動きの背景と内容について整理する。

第1節 韓国の高齢者の生活保障体系

韓国の高齢者の生活を支える社会保障制度としては、国民年金、基礎年金、国民健康保険制度、老人長期療養保険制度がある。以下、これらの制度の概要を紹介する。

1. 国民年金

まず、国民年金である。国民年金制度は、公的年金制度として老後の所得保障を担う重要な手段の一つである。現行の国民年金制度は、盧泰愚政権下である1988年度に施行されたが、同制度の施行に向けた取り組みは朴正熙政権下で始まった。朴正熙政権では、国民年金制度の前身である、国民福祉年金制度の導入を推進した。その理由については、1970年代、重化学工業化の推進に必要な内資を動員するため、国内の貯金財源が必要であったからが主な理由として多数の支持を受けている¹²。

主に経済官僚を中心に作成された国民福祉年金法は¹³、1973年12月に制定された。だが、同法の施行は第一次オイルショックなどを理由に無期限延期となった¹⁴。国民福祉年金法

¹² Bae Jun Ho (2015) 「国民年金制度の導入(1968-1986)」『社会保障学会定期学術大会』Vol.2015(1)、7ページ。

¹³ Chung Hong Won (1998) 「国民年金改正法案(1998.12)に対する分析、評価」『韓国社会政策』Vol.5(2)、191ページ。

¹⁴ 同上。

は、制定から13年が経過した1986年12月に全面改正され、1988年1月に施行され今に至っている。

(1) 目的

国民年金制度の目的は、「国民の老齢、障害又は死亡に対して年金給与を実施することで、国民の生活の安定と福祉の増進に資すること」である（国民年金法第1条）。

(2) 加入者

国民年金の加入者は、韓国国内に居住する満18歳以上から60歳未満の国民である。ただし、国民年金法第6条に基づき、「公務員年金法、軍人年金法、私立学校教職員年金法及び別定郵便局法の適用を受ける公務員、軍人、教職員及び別定郵便局の職員、その他大統領令で定める者は除外される」（国民年金法第6条）。

加入者の種類としては、事業場加入者、地域加入者、任意加入者及び任意継続加入者がある。事業場加入者とは、事業所に雇用されている労働者及び使用者を対象とするものである。地域加入者とは、事業場加入者ではない者で、個人で年金を納付する者、例えば、従業員を雇用せず一人で事業を行う個人事業主などを対象とするものである。任意加入者とは、国民年金の義務加入対象者ではないが、本人の希望により60歳以前に国民年金に任意加入する者を対象とするもので、任意継続加入者とは、60歳になって国民年金の加入者の資格を喪失したが、本人の希望で国民年金に加入する者を対象とする¹⁵。

国民年金が施行された1988年には、10人以上の事業場の正規労働者を加入対象にしたが、1992年には、5人以上の事業場の労働者、1995年7月には農漁民、1999年4月には都市地域の居住者、そして2003年7月には5人未満の事業場の労働者に拡大され、国民皆年金制度が実施された¹⁶。

¹⁵ 国民年金公団（2021a）「2021国民年金100問100答」38ページ、トゥルヌリ社会保険「社会保険」URL:<http://insurancesupport.or.kr/story/sub1-3-2.php>（2021年12月7日最終閲覧）。

¹⁶ 国民年金公団（2021b）「2020年第33号国民年金統計年報」国民年金沿革。

2020年現在、国民年金の加入者数は、約2200万人で、男性加入者数は、約1200万人、女性加入者数は、約1000万人で、男性加入者が女性加入者より約200万人多い¹⁷。

(3) 保険料

国民年金の保険料は、加入者の月額所得×保険料率である。国民年金制度施行時の1988年の保険料率は3%であったが、その後、5年おきに3%ずつ引き上げられ、1993年には6%、1998年には9%になり、以降、保険料率は、現在に至るまで9%に固定されている¹⁸。

保険料の納付は、事業場加入者の場合、使用者と労働者とが半分ずつ負担する。その他の加入者の場合、基本的には加入者本人が全額を負担するが、農漁業者や低所得労働者の場合、一定の基準を満たすと保険料の一部を国が負担してくれる。例えば、2021年現在、農漁業者の基準月額所得が100万ウォン（約9万6,000円）以上の場合は45,000ウォン（約4,300円）を国が定額負担し、100万ウォン未満の場合は保険料の半額を負担する。そして、10人未満の労働者を使用する小規模事業場で働いている月額所得220万ウォン（約21万円）未満の低所得労働者（新規加入者）の場合は、保険料80%を国が負担する¹⁹。

保険料の納付は、加入者資格を取得した日の属する月の翌月から、その資格を喪失した日の前日の属する月までの期間まで毎月納付する²⁰。

(4) 国民年金の給付種類

国民年金の給付は、大きく分けて年金と一時金の二つに分けることができる。まず、年金には、老齢年金、分割年金、障害年金、遺族年金がある。老齢年金は、高齢期の生活の所得保障の支柱となる給付として、加入期間、年齢、所得活動の有無によって、さらに、

¹⁷ 国民年金公団（2021b）前掲、24ページ。

¹⁸ 保健福祉部「年金」URL:https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06410101&PAGE=1&topTitle=%EA%B0%80%EC%9E%85%EB%8C%80%EC%83%81%20%EB%B0%8F%20%EC%97%B0%EA%B8%88%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%A3%8C（2021年12月8日最終閲覧）。

¹⁹ 同上。

²⁰ 同上。

老齢年金、早期老齢年金、特例老齢年金、分割老齢年金に分けられる²¹。障害年金²²は、加入者または加入者であった者が病気やけがで身体的または精神的に障害が残った場合、それによる所得減少を保障することで、本人と家族の生活安定を保障する給付である²³。そして、遺族年金は、国民年金の加入者または老齢年金や障害年金（障害等級2級以上）を受け取っていた人が死亡した時に、その人によって生計を維持されていた遺族が受け取れる給付である²⁴。

次に、一時金には、返還一時金、死亡一時金がある。「返還一時金は、60歳に到達、死亡、国籍喪失、国外移住の理由により国民年金に加入することができなくなって年金受給条件を満たすことができなかつた場合、これまで納付した保険料に利子を加えて返還する給与」である²⁵。死亡一時金は、加入者または加入者であった人が死亡したが、遺族年金または返還一時金の支給を受けとることができる遺族がいない場合、支給対象となる遺族の範囲を広げて、一時金が受け取れる遺族に支給する給付である²⁶。

（5）受給額の計算と受給開始年齢

受給額の計算と受給開始年齢は、国民年金の給付の種類によって少し異なる。ここでは、老後生活の所得保障の支柱である老齢年金を例に挙げて説明する。老齢年金の場合、10年以上保険料を納付すると、受給開始年齢に達したら年金を受け取ることができる。受給開

²¹ 国民年金公団「年金情報（老齢年金）」URL：
https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_02.jsp（2021年12月9日最終閲覧）、保健福祉部「年金」URL：https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06410102&PAGE=2&topTitle=%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EC%97%B0%EA%B8%88%20%EA%B8%89%EC%97%AC（2021年12月9日最終閲覧）。

²² 障害等級1-3等級までは障害年金として支給されるが、4等級には障害一時金として支給される。Choi Ok Geum・Kim Bong Sun（2013）「国民年金の障害一時保障金の改善方案」『韓国障害者福祉学』Vol.20、103ページ。

²³ 国民年金公団「年金情報」URL：https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_03.jsp（2021年12月9日最終閲覧）。

²⁴ 国民年金公団「年金情報」URL：https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_04.jsp（2021年12月9日最終閲覧）。

²⁵ 国民年金公団「年金情報」URL：https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_05.jsp（2021年12月9日最終閲覧）。

²⁶ 国民年金公団「年金情報」URL：https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_06.jsp（2021年12月9日最終閲覧）。

始年齢は、生年月日に応じて異なる。本来、老齢年金の受給開始年齢は、原則60歳であったが、国民年金の長期的な財政の健全性を確保することを目的に、1998年国民年金法が改正され、受給開始年齢は2013年から2033年まで5年おきに1歳ずつ引き上げられている²⁷。表1-1は生年に応じた老齢年金の受給開始年齢である。

表1-1 生年に応じた老齢年金の受給開始年齢

出生年度	1952年生	1953-56年生	1957-60年生	1961-64年生	1965-68年生	1969年生
受給開始年齢	60歳	61歳	62歳	63歳	64歳	65歳

出所：保健福祉部「年金」URL:https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06410102&PAGE=2&topTitle=%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EC%97%B0%EA%B8%88%20%EA%B8%89%EC%97%AC（2021年12月8日最終閲覧）。

老齢年金の受給額は、A. 所得代替率とB. 年金受給開始前3年間の全体国民年金加入者の平均月額所得、そして、C. 加入者加入期間中の平均月額所得と加入者の保険料の納付期間を基に計算する。計算方法は、Aの定数(B+C) $(1+0.05n/12)$ である²⁸。

加入者が受け取る受給額は、保険料の納付期間が長いほど受け取る受給額が増える仕組みになっている。そして、所得代替率は、制度施行時は70%であったが、国民年金の財政の安定化のため、段階的に引き下げられ、2028年には40%まで引き下げることとなっている（表1-2）。

表1-2 老齢年金の所得代替率の変化

区分	1988-1998年	1999-2007年	2008-2027年	2028年以降
所得代替率	70%	60%	50%	40%
定数	2.4	1.8	1.5	1.2

出所：国民年金公団「年金情報（年金給付03. 給付額算定）」URL:https://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_01.jsp（2021年12月8日最終閲覧）。

²⁷ 国民年金法「制定・改正理由」（1998年12月31日一部改正、1999年1月1日施行）。

²⁸ nは、20年超過月数である。例えば、40年間保険料をすべて納めた場合、20年超過月数は、240になる。保健福祉部「年金」

URL:https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06410102&PAGE=2&topTitle=%EA%B5%AD%EB%AF%BC%EC%97%B0%EA%B8%88%20%EA%B8%89%EC%97%AC（2021年12月8日最終閲覧）。

(6) 受給者数と受給額

2020年現在、国民年金の受給者数は561万人で、男性受給者数は314万人（56%）、女性受給者数は247万人（44%）である。国民年金の給付の種類別の受給者数の構成比をみると、「老齢年金」が79.56%と最も多く、次いで「遺族年金」（15.27%）、「返還一時金」（3.32%）、「障害年金」（1.44%）となっており、「死亡一時金」は0.41%となっている（表1-3）。

表1-3 2020年現在、国民年金の給付の種類別における受給者数

区分		計	老齢年金	障害年金	遺族年金	返還一時金	死亡一時金
合計	受給者（人）	5,616,205	4,468,126	80,983	857,698	186,422	22,976
	構成比（%）	100	79.56	1.44	15.27	3.32	0.41
男性	受給者（人）	3,141,323	2,898,446	64,135	81,049	86,453	11,240
	構成比（%）	55.93	51.61	1.14	1.44	1.54	0.2
女性	受給者（人）	2,474,882	1,569,680	16,848	776,649	99,969	11,736
	構成比（%）	44.07	27.95	0.3	13.83	1.78	0.21

出所：国民年金公団（2021b）前掲、38-39ページ。

注：障害年金には障害一時金が含まれている。

国民年金の中で比重が最も高い老齢年金の場合、現在、446万人の受給者が年金を受給しながら生活をしているが、老齢年金の受給者数を年齢別にみると、65歳以上の受給者数は327万人である。この数字は、韓国全体の65歳以上の人口の38.52%に過ぎない。性別にみると、男性受給者が65歳以上の男性人口に占める割合は58.55%である。これに対し、女性受給者が65歳以上の女性人口に占める割合はわずか23.21%しかない（表1-4）。

さらに、老齢年金の受給者が受け取っている平均受給額（月額）をみると（表1-5）、「20万ウォン（約1万9千円）～30万ウォン（約2万9千円）未満」を受け取っている受給者が最も多く（23.73%）、次いで「10万ウォン～20万ウォン未満」（18.76%）、「30万ウォン～40万ウォン（約3万8千円）未満」（16.58%）、「40万ウォン～50万ウォン（約4万8千円）未満」（11.16%）となっており、全体受給者に「50万ウォン未満」を受け取

っている受給者が占める割合は71%で、「100万ウォン（約9万6千円）以上」を受け取っている受給者は、わずか7.62%である。

表 1-4 2020年現在、韓国全体の65歳以上高齢者人口に占める受給者数の割合

区分	(A) 全体65歳以上人口 (人)	(B) 65歳以上老齢年金受給者数 (人)	(B) が (A) に占める割合 (%)
合計	8,496,077	3,272,587	38.52
男性	3,680,518	2,154,976	58.55
女性	4,815,559	1,117,611	23.21

出所：高齢者人口は、行政安全部「住民登録人口統計（年齢別人口現状）」URL:<https://jumin.mois.go.kr/>（2021年12月9日最終閲覧）、65歳以上受給者数は、国民年金公団（2021b）前掲、178、180ページにより作成。

表 1-5 2020年現在、老齢年金の受給者の平均受給額（月額）

平均受給額（月額）	受給者数（人）	割合（%）
	4,468,126	100
10万ウォン未満	25,437	0.57
10万ウォン～20万ウォン未満	838,127	18.76
20万ウォン～30万ウォン未満	1,060,131	23.73
30万ウォン～40万ウォン未満	741,000	16.58
40万ウォン～50万ウォン未満	498,753	11.16
50万ウォン～60万ウォン未満	333,307	7.46
60万ウォン～70万ウォン未満	223,391	5
70万ウォン～80万ウォン未満	166,886	3.74
80万ウォン～90万ウォン未満	133,161	2.98
90万ウォン～100万ウォン未満	107,564	2.41
100万ウォン以上	340,369	7.62

出所：国民年金公団（2021b）前掲、186-187ページにより作成。

2. 基礎年金

次に、基礎年金である。基礎年金制度は所得が一定基準以下の65歳以上の高齢者に支給される所得保障制度であり、かつ公的扶助制度である。同制度は、国民年金に加入できなかった高齢者、または、国民年金の受給額が不十分な高齢者の所得を保障するために導入

された²⁹。同制度の前身となる制度としては、1998年に導入された「敬老年金」があり、「敬老年金」は、2008年「基礎老齢年金」の導入により廃止され、その後、「基礎老齢年金」は2014年に「基礎年金」と名称が変更され、今に至っている。

基礎年金制度の目的は、高齢者の生活安定と福祉の増進である（基礎年金法第1条）。受給権者の基準は、65歳以上の高齢者の所得下位70%である（基礎年金法第3条）。ただし、公務員、私立学校教職員、軍人、別定郵便局職員など職域年金の受給権者とその配偶者は基礎年金の支給対象から除外される³⁰。2020年現在、所得下位70%の基準額は、高齢者一人世帯は、148万ウォン、高齢夫婦世帯は、236万8,000ウォンである³¹。2020年現在、受給権者数は566万人で、65歳以上の人口に占める割合は66.7%である³²。

受給額（一人世帯基準）は、所得下位40%の者には、最大月30万ウォンを、所得下位40%～70%の者には、最大月25万4,760ウォンが支給される³³。基礎年金制度には減額措置が設けられている。例えば、基礎年金制度と国民年金制度は連携しており、国民年金の受給額が一定基準より多いと基礎年金の受給額が減額される³⁴。さらに、所得の逆転防止のための措置が設けられており、受給権者の所得（月）と基礎年金の受給額を足した合計金額が、所得下位70%の基準額より多いと、支給される基礎年金が減額される³⁵。また、夫婦受給権者の場合は、基礎年金の受給額からそれぞれ20%を減額される³⁶。

²⁹ Yoon Seung Joo（2021）「基礎年金制度についての小考」『財政フォーラム』Vol.5（299）韓国増税財政研究院、29ページ。

³⁰ 保健福祉部（2020）「2020年基礎年金事業案内」4ページ。

³¹ 保健福祉部報道資料「1月23日に引き上げられた基礎年金が初めて支給される」2020年1月23日付、2ページ。

³² 保健福祉部報道資料「来年、高齢者単独世帯の所得認定額が月169万ウォン以下なら基礎年金がもらえる」2020年12月30日付、5ページ。

³³ 保健福祉部報道資料、前掲（2020年1月23日付）、1ページ。

³⁴ 保健福祉部（2020）前掲、11ページ。

³⁵ 保健福祉部（2020）前掲、6ページ。

³⁶ 同上。

3. 国民健康保険制度

国民健康保険制度は、日常生活におけるけが、病気、出産、死亡などによる医療費の負担を社会保険原理に基づいて軽減させる公的医療保障制度である³⁷。同制度は、朴正熙政権下で導入・施行された医療保険制度を前身としている。1961年クーデターによって登場した朴正熙政権は、正当性を確保するため、1963年に医療保険法を制定した³⁸。しかし、当時の医療保険制度は、任意加入であったため、実質的な公的医療保障制度として機能していたとは言い難いものであった³⁹。

医療保険制度は、1976年医療保険法の全面改正により強制加入となり、1977年から500人以上の労働者を雇用する事業所を対象に、組合方式で実施された⁴⁰。その後、1988年1月から農漁村地域、1989年7月から都市地域の自営業者への医療保険加入の適用拡大が行われ、全国民皆保険が実施された⁴¹。

(1) 目的

国民健康保険法は、その目的を「国民の疾病・負傷に対する予防・診断・治療・リハビリテーションと出産・死亡及び健康増進に対して保険給付を実施することにより、国民保健の向上と社会保障の増進に資する」と規定している（国民健康保険法第1条）。

(2) 保険者

まず、保険者は、国民健康保険公団である。韓国における医療保険制度は組合方式で実施されたが、1998年から組合の統合が進められ、2000年に国民健康保険公団の発足とも

³⁷ 保健福祉部「健康保険」URL:http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06320101&PAGE=1&topTitle=%EC%9D%98%EC%9D%98（2021年12月10日最終閲覧）。

³⁸ Kim Soon Yang（2015）「高度経済成長期における社会福祉の制度化過程に対する政治的な解釈— 1960-70年代の朴正熙政権の時期を中心に—」『韓国社会と行政研究』Vol.26（1）、63ページ。

³⁹ Chung Moo Kwon（1996）「韓国社会福祉制度の初期形成に関する研究」『韓国社会政策』Vol.3（1）、341ページ。

⁴⁰ 「朝鮮日報」 「 ” 職場組合 ” 医療保険」 1976年7月2日付、5面。

⁴¹ 「京郷新聞」 「全国民医保時代開幕」 1989年7月1日付、14面。

に完全統合された。2003年には、職場保険と地域保険の財政が統合され、現在は、国民健康保険公団が単一保険者として健康保険の管理を行っている。

（３）加入者（被保険者）

次に、加入者である。国民健康保険制度の加入者は、韓国国内に居住する国民である。ただし、医療給付受給権者と国家功労者などの医療保護対象者は除外する（国民健康保険法第5条）。

国民健康保険の加入者は、職場加入者と地域加入者に分かれる。国民健康保険法第6条に基づき、「すべての事業場の労働者及び使用者と公務員及び教職員は職場加入者となる」。職場加入者とその被扶養者以外の者は、地域加入者として加入する。

2020年現在、国民健康保険の加入者は51,345千人で、そのうち、職場加入者は37,150千人、地域加入者は14,195千人である。そして、医療給付受給権者は1,526千人で、合わせると52,871千人が公的医療保障制度に適用されている⁴²。

（４）財源構成

国民健康保険の財源は、公費＋保険料＋自己負担金で構成される。公費の内訳は、国庫負担14％と国民健康増進基金⁴³ 6％である。

保険料は、職場加入者の場合、報酬月額保険料と所得月額保険料の二種類がある。報酬月額保険料は、加入者の報酬月額に保険料率をかけて計算する。2020年現在、保険料率は6.67％である。保険料の負担は、一般労働者は、加入者と使用者とが半分ずつ負担し、公務員は、加入者と国とが半分ずつ負担する。そして、私立学校の教員は、加入者が50％、使用者が30％、国が20％をそれぞれ負担する⁴⁴。

⁴² 国民健康保険公団・健康保険審査評価院（2021）「2020健康保険統計年報」2ページ。

⁴³ 国民健康増進基金はたばこ税を主財源としている。

⁴⁴ 国民健康保険公団・健康保険審査評価院（2021）前掲、91ページ。

所得月額保険料は、報酬以外の所得が年間 3,400 万ウォン（約 327 万円）を超過する職場加入者が支払うものである⁴⁵。

地域加入者の保険料は、保険料賦課点数に賦課点数当たりの金額をかけて計算する。保険料賦課点数とは、加入者の所得、財産、自動車等を考慮して定めた賦課要素別の点数の合算である⁴⁶。2020年現在、賦課点数当たりの金額は 195.8 ウォン（約18円）である⁴⁷。

2020年現在、健康保険 1 人当たりの月平均保険料は 59,218 ウォン（約 5,700 円）であり、職場加入者の月平均保険料は 61,109 ウォン（約 5,900 円）、地域加入者の月平均保険料は 54,165 ウォン（約 5,200 円）である⁴⁸。

国民健康保険料納付状況をみると、2020年の納付率は 99.6%（職場は 99.7%、地域は 99.1%）で、ほぼ 100%に近い⁴⁹。しかし、国民健康保険公団の「地域健康保険料を 6 カ月以上滞納している世帯の現況」によると、2021年 6 月 10 日現在、105 万 6000 世帯が地域健康保険料を 6 カ月以上滞納しており、そのうち、73 万 3000 世帯（69.4%）が月 5 万ウォン以下の保険料を納付する低所得層の地域加入世帯であった⁵⁰。地域加入者の場合、保険料の全額を自分で負担しているため、低所得層の地域加入者にとって経済的な負担が大きいと考えられる。

次に、自己負担金である。まず、入院時の自己負担率は、一般患者の場合は療養給付費用総額の 20%、15 歳以下の場合は療養給付費用総額の 5%、新生児（28 日以内）は免除である⁵¹。外来時の自己負担率は、利用者が利用する病院の種類と所在地によって異なる。例えば、一般患者が上級総合病院を利用する際の自己負担率は、診察料の全額と残りの診

⁴⁵ 国民健康保険公団「健康保険保険料」URL:<https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada01900m01.do>（2021年12月10日最終閲覧）。

⁴⁶ 国民健康保険公団「健康保険保険料」URL:<https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada02000m01.do>（2021年12月10日最終閲覧）。

⁴⁷ 国民健康保険公団・健康保険審査評価院（2021）前掲、93ページ。

⁴⁸ 国民健康保険公団・健康保険審査評価院（2021）前掲、6ページ。

⁴⁹ 国民健康保険公団（2021）「2020健康保険主要統計」27ページ。

⁵⁰ 「ソウル新聞」『『単独』健康保険料の長期滞納 70% が生活のため・・・73万世帯の健康権が非常』2021年8月23日付、URL:<https://go.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20210824011015>（2021年12月10日最終閲覧）。

⁵¹ 健康保険審査評価院「健康保険自己負担基準案内」URL:<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030056020100>（2021年12月10日最終閲覧）。

療費の60%（全地域）であり、総合病院は療養給付費用総額の45%（邑・面⁵² 地域）～50%（洞⁵³ 地域）、病院は療養給付費用総額の35%（邑・面地域）～40%（洞地域）である⁵⁴。

（5）給付の種類

国民健康保険の給付としては、現物給付と現金給付がある。現物給付には、診察、検査、投薬、手術、入院、看護などの療養給付と健康検診が、現金給付には、医療費、障害者の補助機器、本人負担上制限⁵⁵、妊娠・出産診療費がある⁵⁶。

（6）医療費

2020年の国民医療費は、86兆7139億ウォンである。そのうち、65歳以上の高齢者の医療費は37兆6139億ウォンで、韓国社会が高齢化社会に突入した2000年に比べると、20年間で約35兆ウォン増加している。そして、国民医療費全体に占める高齢者の医療費の割合は、同期間、17%から43%にまで上昇している（表 1-6）。また、高齢者一人当たり年間医療費は、2020年現在、476万ウォンで、全体一人当たり年間医療費の169万ウォンより、約2.8倍多い（図 1-1）。

表 1-6 国民医療費と高齢者医療費の推移

単位：億ウォン

区分	2000	2005	2010	2015	2020
(A) 国民医療費	12兆9,122	24兆8,615	43兆6,283	58兆7,869	86兆7,139
(B) 高齢者医療費	2兆2,554	6兆730	14兆1,349	22兆2,361	37兆6,134
(B) が (A) に占める割合	17%	24%	32%	38%	43%

出所：国民健康保険公団・健康保険審査評価院（各年度）「2000・2005・2010・2015・2020年健康保険統計年報」により作成。

⁵² 邑は、日本の「町」に、面は、「村」にほぼ相当する。

⁵³ 洞は、特別市や広域市の「区」の下に置かれている。

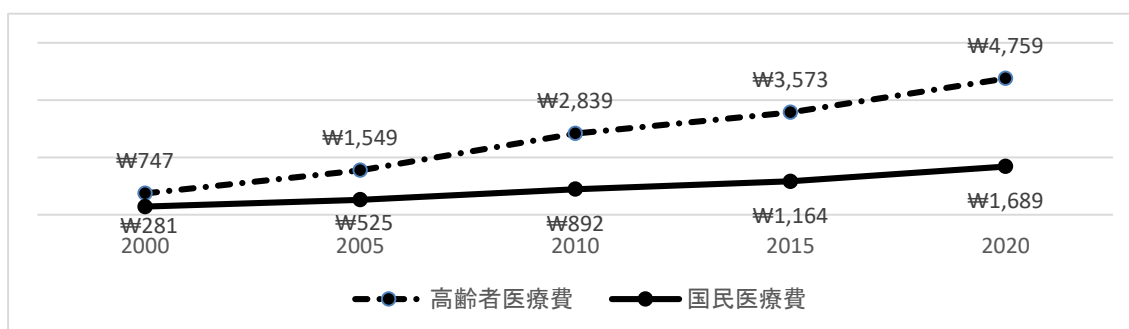
⁵⁴ 健康保険審査評価院「健康保険自己負担基準案内」URL:<https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030056020110>（2021年12月10日最終閲覧）。

⁵⁵ 日本の医療保険の自己負担限度額と類似の制度である。

⁵⁶ 保健福祉部「健康保険（保険給付）」URL:https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06320202&PAGE=2&topTitle=（2021年12月10日最終閲覧）。

図 1-1 国民一人当たり年間医療費と高齢者一人当たり年間医療費の推移

単位：千ウォン



出所：表 1-6 と同一。

注：国民医療費 / 年間適用人口 = 国民一人当たり年間医療費。

高齢者医療費 / 65 歳以上年間適用人口 = 高齢者一人当たり年間医療費。

4. 老人長期療養保険制度

老人長期療養保険制度は、長期間（6 か月以上）にわたり一人で日常生活を営むことが難しい要長期療養者に生活援助サービスを行い、彼らの生活を支える公的長期療養保障制度である。同制度は、長期療養の社会化を目指し、日本の介護保険制度を参考にして作られ、2008年7月から施行された。

(1) 目的

老人長期療養保険法第1条は、同法の目的を「高齢又は老人性疾病等の事由により日常生活を一人で遂行し難い老人等に提供する身体活動または家事支援等の長期療養給付に関する事項を規定し、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を軽減することで国民の生活の質を向上させること」と規定している。同規定に基づく、老人長期療養保険制度の目的は、一人で日常生活を営むことができない高齢者などに身体活動及び家事支援などを行い、それらを通じて①高齢者の健康増進及び生活の安定、②要長期療養者家族の長期療養負担の軽減、③国民の生活の質の向上を図ることであるといえる。

(2) 対象者

老人長期療養保険制度の対象者は、「65歳以上の老人又は65歳未満の者であって認知症・脳血管性疾患等大統領令で定める老人性疾病を有する者（老人長期療養保険法第2条）」である。同制度の主な対象者は、65歳以上の長期療養ニーズを有する者である。

(3) 等級判定

一般的に長期療養ニーズを持つ高齢者が老人長期療養保険制度から必要なサービスを利用するためには、等級認定を受ける必要がある。等級認定の申請は、本人または代理人が行うことができる。申請方法は、申請者が申請書と医師等の所見書を添えて、老人長期療養保険運営センターに提出する。そうすると、2人以上の認定調査員（国民健康保険公団の職員）が申請者の自宅などに訪問し、長期療養認定調査票に基づいて申請者の心身状態を調査する。調査項目は、身体機能12項目、認知機能7項目、行動変化14項目、看護処置9項目、リハビリ10項目の合計52項目となり、各項目の結果に基づいて長期療養認定点数を算定する⁵⁷。

認定調査員が申請者の心身機能調査を完了すると、調査結果と申請書、そして医師所見書を等級判定委員会に提出する。等級判定委員会はこれらの資料を基に、等級判定基準に沿って等級認定を決定する。等級判定委員会は、申請者が申請書を提出した日から30日以内に等級認定を完了しなければならない（老人長期療養保険法第15条・第16条）。

老人長期療養保険制度からサービスを受けられる等級は、1等級から5等級までと認知支援等級であり、等級外を受けた者は原則として同制度からサービスを利用することはできない。その代わりに、地域社会で提供されるドルボム⁵⁸ サービスを利用することができる。

⁵⁷ 老人長期療養保険法第14条、国民健康保険公団「老人長期療養保険制度（認定手続き）」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/201/selectDodEduCpetMdcAdminList>（2022年1月5日最終閲覧）。

⁵⁸ ドルボムとは、面倒を見る、世話をするという意味の名詞であるが、日本語に完全に当てはまる名詞がないので、本研究ではドルボムをそのまま用いる。

長期療養等級は、制度施行直後には、1等級～3等級であったが、受給者の拡大政策により、認定点数の引き下げとともに4・5等級と認知支援等級が新設された。2021年7月現在、韓国の長期療養等級は表1-7の通りである。

表 1-7 長期療養等級別における心身機能状態と認定基準点数

等級	心身機能状態	李明博政権		朴槿恵政権		文在寅政権
		施行直後	2012年7月～	2013年7月～	2014年7月～	2018年1月～
		認定点数				
1等級	心身の機能状態障害により日常生活において全面的に人の助けが必要な者	95点以上	同左	同左	同左	同左
2等級	心身の機能状態の障害により日常生活において相当部分に人の助けが必要な者	75点以上 95点未満	同左	同左	同左	同左
3等級	心身の機能状態の障害により日常生活において部分的に人の助けが必要な者	55点以上 75点未満	53点以上 75点未満	51点以上 75点未満	60点以上 75点未満	同左
4等級	心身の機能状態の障害により日常生活において一定部分に人の助けが必要な者	—	—	—	51点以上 60点未満	同左
5等級	認知症患者	—	—	—	45点以上 51点未満	同左
認知支援等級	認知症患者	—	—	—	—	45点未満

資料：老人長期療養保険法施行令（2007年9月27日制定、2012年6月21日・2013年5月31日・2014年6月25日・2017年12月26日改正）第7条により作成。

（4）サービスの種類

要長期療養認定の結果が決まれば、長期療養認定書と個人別長期療養利用計画書が送付される。長期療養認定書には、長期療養等級、有効期間、給付種類及び内容などが記載されており、個人別長期療養利用計画書には、サービスの利用計画及び費用、支給限度額などが記載されている（老人長期療養保険法第17条）。

長期療養認定を受けた者は、長期療養度に応じて、長期療養認定書を受けた日から老人長期療養保険制度のサービスを利用することができる（老人長期療養保険法第27条）。同制度から提供されるサービスは、大きく分けて在宅給付、施設給付、特別現金給付の三つ

がある。基本的に長期療養サービスは、国民健康保険公団が作成した個人別長期療養利用計画書に沿って提供される。

①在宅給付

まず、在宅給付である。表 1-8 は老人長期療養保険制度の在宅給付種類及び内容である。

表 1-8 老人長期療養保険制度の在宅給付種類及び内容

種類	内容	
在宅給付	訪問療養	長期療養要員が受給者の家庭などを訪問し、身体活動および家事活動などを支援する長期療養給付
	認知活動型訪問療養	1～5等級認知症受給者に認知刺激活動及び残存機能の維持・向上のための「日常生活を共にする訓練」を提供する給付
	訪問入浴	長期療養要員が入浴設備を備えた装備を利用して受給者の家庭等を訪問し、入浴を提供する長期療養給付
	訪問看護	長期療養要員である看護師などが医師、漢方医師または歯科医師の指示書に従って受給者の家庭等を訪問し、看護、診療の補助、療養に関する相談又は口腔衛生等を提供する長期療養給付
	昼・夜間保護	受給者を一日中一定の間、長期療養機関に保護し、身体活動支援及び心身機能の維持・向上のための教育・訓練等を提供する長期療養給付
	短期保護	受給者を保健福祉部令で定める範囲内で一定の間、長期療養機関に保護し、身体活動支援および心身機能の維持・向上のための教育・訓練などを提供する長期療養給付
	その他在宅給付	受給者の日常生活・身体活動支援及び認知機能の維持・向上に必要な用具を提供したり、家庭を訪問してリハビリに関する支援等を提供したりする長期療養給付であって大統領令で定めるもの

資料：老人長期療養保険法第23条1、国民健康保険公団「在宅給付」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/303/npeb303m01.web?menuId=npe0000000190&prevPath=/npbs/e/b/402/np402m01.web>（2021年7月1日最終閲覧）により作成。

老人長期療養保険法第23条1で定められている在宅給付の種類は、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護、その他在宅給付（福祉用具の貸出および購入）がある。そして、これらのほかに、認知症受給者に提供される「認知活動型訪問療養」サービス

スがある。同サービスは、認知症受給者の残存機能の維持及び向上のために新設されたものであり、訪問療養とは異なり、家事支援サービスは提供しない⁵⁹。

1 等級から 5 等級までの認定者は利用限度額内でサービスを利用することができる。認知支援等級は、昼・夜間保護、短期保護、福祉用具の貸出および購入だけのサービスが利用可能である⁶⁰。

②施設給付

次に、施設給付である。施設給付とは、「長期療養機関に長期間入所している受給者に対し、身体活動支援及び心身機能の維持・向上のための教育・訓練等を提供する長期療養給付」である（老人長期療養保険法第23条2）。種類は、長期療養施設と老人療養共同生活家庭がある。異なる点は、長期療養施設より老人療養共同生活家庭の方が小規模で家庭的な居住環境である。

施設給付は、1 等級または 2 等級の認定者が利用することができるが、3 等級から 5 等級までの認定者のうち、施設給付が必要であると等級判定委員会が認めた場合、施設給付サービスを利用することが可能である（長期療養給付提供現在及び給付費用算定方法等に関する告示第 2 条）。

③特別現金給付

次は、特別現金給付である。種類は、家族療養費、特例療養費、療養病院看病費があるが、現在実施されているのは、家族療養費のみである。

⁵⁹ 国民健康保険公団「在宅給付」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/303/npeb303m01.web?menuId=npe000000190&prevPath=/npbs/e/b/402/npeb402m01.web>（2021年7月1日最終閲覧）。

⁶⁰ 保健福祉部相談センター「よくある質問（老人障害者）」URL:
https://www.129.go.kr/faq/faq05_view.jsp?n=6133（2021年7月1日最終閲覧）。

特別現金給付（家族療養費）とは、「受給者が島・僻地に居住するか、天災地変、身体・精神または性格などの事由により長期療養給付を指定された施設から受けられず、その家族等から訪問療養に相当する長期療養給付を受ける際に支払う現金給付」である⁶¹。

家族療養費は、家族などから訪問療養に相当するサービスを提供された際に長期療養等級（認知支援等級は除外）を問わず、毎月15万ウォンが受給者に支払われる仕組みである。サービスの提供者は、療養保護士の資格を有する必要はなく、家族ではない、親戚や知り合いなども認められる⁶²。

④家族療養保護士によるサービス

最後に家族療養保護士によるサービスである。家族療養保護士によるサービスとは、簡単に説明すると、療養保護士の資格を持つ家族療養保護士に長期療養の対価として長期療養報酬が支払われるサービスである⁶³。同サービスは、老人長期療養保険制度の設計の際には存在しなかったが、政府の特別な方針によって認められたサービスで、老人長期療養保険法上には規定されていない⁶⁴。

保健福祉家族部は「長期療養給付費用等に関する告示（保健福祉家族部第2008-66号）」において、家族療養保護士による長期療養サービスを次のように定めた。「受給者と同居家族である療養保護士が提供した訪問療養給付は、所要時間によって算定するが、1日最大120分未満とし、夜間や休日にサービスを提供した場合も所定報酬のみ算定する。この場合、同居家族とは、受給者と同じ住宅で生活する家族（「民法」第779条による）をいう」。

⁶¹ 国民健康保険公団「特別現金給付（家族療養費）」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/305/npeb305m01.web?menuId=npe0000002578&prevPath=/npbs/e/b/503/npeb503m01.web>（2021年7月1日最終閲覧）。

⁶² 同上。

⁶³ ただ、同居家族に長期療養サービスを提供する場合にも、訪問療養事業所に療養保護士として登録しなければならない。

⁶⁴ Yang Nan Joo（2013）「家族療養保護士の発生に対する探索的な研究：韓国の老人長期療養保険制度で家族はなぜ療養保護士となったか」『韓国社会政策』Vol.20(2)、99ページ。

老人長期療養保険制度の施行直前の2008年6月30日に発表された上記の告示により、家族療養保護士によるサービスの提供が正式に認められたことから、療養保護士の養成機関は受講生を確保するため、そして訪問療養事業所は、利用者確保のため、家族療養保護士制度を宣伝手段として利用した⁶⁵。また、自宅で要長期療養者に長期療養を行っていた家族は、今まで通りに長期療養をしながらお金がもらえるといった理由と療養保護士の資格の試験が無試験であった理由で療養保護士の資格を取った⁶⁶。

問題は、この家族療養保護士による不正請求が非常に多かったことである。保健福祉部が2010年に全国の長期療養機関を対象に実施した取締り結果によると、全体970か所長期療養機関のうち、563か所の長期療養機関が不正請求を行った⁶⁷。不正請求額は約14億ウォンで、その金額のうち、50.7%が家族療養保護士に関する不正請求であった⁶⁸。

こうした背景もあり、家族療養保護士によるサービスの給付費用は次第に厳しくなり、2021年7月現在、家族療養保護士によるサービスの給付費用は、一日に一回（60分まで）、月20日まで算定可能であり、家族療養保護士が他の職業に従事している場合（勤務した時間の合計が月160時間以上の場合）は、長期療養を行っても給付費用の算定はできないようになった（長期療養給付提供現在及び給付費用算定方法等に関する告示（保健福祉部告示第2021-119号））。

（5）財源構成

老人長期療養保険制度の財源は公費、保険料、自己負担金で構成されている。以下、項目に分けて簡略に説明する。

⁶⁵ Lee Yun Kyung（2010a）「老人長期療養保険の家族療養給付体系改善方案」『保健福祉フォーラム』Vol.165、韓国保健社会研究院、99ページ。

⁶⁶ 同上。

⁶⁷ 保健福祉部報道資料「長期療養機関、保育施設実態取締り結果」2010年8月30日付、2ページ。

⁶⁸ 具体的には、家族の療養保護士が利用者と同居していないように見せかけ、現在より高い報酬を請求した。同上。

①公費

まず、公費について、老人長期療養保険法第58条は「国は、毎年度予算の範囲内で、当該年度の長期療養保険料の見込収入額の100分の20に相当する金額を公団に支援する」と規定している。しかし、国はこれまで恒例的に長期療養保険料の見込収入額を過少推計する方法で、実際の収入額の100分の20に満たない公費を負担してきた⁶⁹。これに対し、公費負担を遵守すべきとの指摘があったが、財政問題などの理由からあまり守られていないのが現状である⁷⁰。表1-9は老人長期療養保険料に占める公費負担率の年次推移である。

表1-9 老人長期療養保険料に占める公費負担率の年次推移

年度	保険料（千ウォン）	公費（千ウォン）	公費負担率
2008	477,011,336	120,747,289	25.30%
2009	1,199,551,493	204,351,491	17.00%
2010	1,831,554,777	332,318,000	18.10%
2011	2,142,331,738	388,311,000	18.10%
2012	2,369,669,274	415,243,000	17.50%
2013	2,542,097,685	459,058,000	18.10%
2014	2,704,720,549	503,301,000	18.60%
2015	2,883,322,196	516,596,000	17.90%
2016	3,091,599,172	552,470,000	17.90%
2017	3,277,181,325	582,216,000	17.80%
2018	3,924,506,029	710,701,000	18.10%
2019	4,952,552,500	891,167,000	18.00%
2020	6,356,827,418	1,241,430,000	19.50%

資料：KOSIS「国民健康保険公団『老人長期療養保険統計（年度別長期療養財政現状）』」
URL：https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N023&conn_path=I3
(2022年1月5日最終閲覧)により作成。

②保険料

次に、保険料である。老人長期療養保険制度の加入者は国民健康保険制度の加入者と同じである。老人長期療養保険料は、健康保険料に上乗せされて強制的に賦課徴収される。

⁶⁹ Ki Dong Min議員他12人（2020年6月19日発議）「老人長期療養保険法一部改正法律案（Ki Dong Min議員代表発議）」1ページ。

⁷⁰ 国会事務処（2019）「第371回国会（定期会）予算決算特別委員会会議録第2号」81-82ページ。

老人長期療養保険料率の算定は、長期療養委員会の審議を経て大統領令で定める（老人長期療養保険法第9条②）。保険料率は、制度が実施された2008年7月に4.05%からスタートされ、2009年には4.78%、2010年には6.55%に引き上げられたが、2017年までは凍結された。しかし、長期療養保険の当期純利益が2017年に赤字に転換されたことなどから⁷¹、保険料は2018年から毎年引き上げられ、2021年現在、老人長期療養保険料率は11.52%である。表1-10は韓国の健康保険料と老人長期療養保険料の引き上げ率の推移である。

表1-10 健康保険料と老人長期療養保険料の引き上げ率

適用機関	健康保険料率	老人長期療養保険料率
2008.1～2008.12	5.08%	4.05%
2009.1～2009.12	5.08%	4.78%
2010.1～2010.12	5.33%	6.55%
2011.1～2011.12	5.64%	6.55%
2012.1～2012.12	5.80%	6.55%
2013.1～2013.12	5.89%	6.55%
2014.1～2014.12	5.99%	6.55%
2015.1～2015.12	6.07%	6.55%
2016.1～2017.12	6.12%	6.55%
2018.1～2018.12	6.24%	7.38%
2019.1～2019.12	6.46%	8.51%
2020.1～2020.12	6.67%	10.25%
2021.1～	6.86%	11.52%

資料：国民健康保険公団「健康保険保険料」URL:https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhad_a01800m01.do（2021年7月1日最終閲覧）。

③自己負担金

最後に自己負担金である。要長期療養者が認定を受けて、老人長期療養保険制度からサービスを利用するためには、毎月支払う保険料以外にも、実際のサービスの利用の際に自己負担金を支払う必要がある。一般利用者が支払う自己負担率は施設サービスの場合20%、在宅サービスの場合15%である。国民基礎生活受給権者は、自己負担金の全額が免除され、

⁷¹ 「NEWDAILY 経済」 「『単独』長期療養保険3年間で累積赤字‘1.7兆ウォン’…2021年には黒字転換？」2020年6月22日付、URL:<https://biz.newdaily.co.kr/site/data/html/2020/06/22/2020062200025.html>（2022年1月5日最終閲覧）。

医療給付受給権者は自己負担金の半額が減免される。この内容をまとめると以下の表1-11通りになる。

表1-11 老人長期療養保険制度利用における利用者別の自己負担率

区分	自己負担率		
	一般利用者	国民基礎生活受給権者	医療給付受給権者
在宅サービス	15 %	0 %	7.5 %
施設サービス	20 %	0 %	10 %

資料：保健福祉部「老人（療養保険制度）」URL:

https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390301&PAGE=1&topTitle=%C1%A4%C3%A5%C0%C7%20%C0%CC%C7%D8（2021年7月1日最終閲覧）により作成。

老人長期療養保険制度では、長期療養等級に応じて、サービスごとに限度額が定められている。限度額範囲内で利用した場合の自己負担率は通常通りであるが、上限を超えて利用した場合は、超えた分の全額は利用者が負担する。そして、食事材料費、理美容費、上級寝室（一人・二人部屋）の利用による追加費用などは老人長期療養保険の適用外となっているため、これらの利用料は全額自己負担になる⁷²。表1-12は施設給付の費用（一日）であり、表1-13は在宅給付の種類別の限度額である。

表1-12 施設給付費用（2021年7月1日現在）（単位：ウォン / 一日につき）

区分		1等級	2等級	3～5等級
老人療養施設		71,900	66,710	61,520
老人療養共同生活家庭		63,050	58,510	53,930
老人療養施設内	A型	—	82,280	75,870
認知症専門室	B型	—	74,050	68,270
認知症専門型		—	72,520	66,870
老人療養共同生活家庭				

資料：国民健康保険公団「月限度額及び給付費用」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/502/npeb502m01.web?menuId=npe0000000380&prevPath=/npbs/e/b/501/npeb501m01.web>（2021年7月1日最終閲覧）より作成。

⁷² 国民健康保険公団「老人長期療養保険制度（長期療養給付提供基準）」URL:<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/501/npeb501m01.web?menuId=npe0000000370&prevPath=/npbs/e/b/502/npeb502m01.web>（2022年1月5日最終閲覧）。

表1-13 在宅給付種類別限度額（2021年7月1日現在）

在宅給付月限度額						
区分	1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級	認知支援等級
限度額	1,520,700	1,351,700	1,295,400	1,189,800	1,021,300	573,900

訪問介護（単位：ウォン / 一回につき）								
区分	30分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	180分以上	210分以上	240分以上
訪問介護	14,750	22,640	30,370	38,340	43,570	48,170	52,400	56,320

訪問入浴（単位：ウォン / 一回につき）			
区分	車両利用 （車両内入浴）	車両利用 （家庭内入浴）	車両未利用
訪問入浴	75,450	68,030	42,480

訪問看護（単位：ウォン / 一回につき）			
区分	30分未満	30分以上～60分未満	60分以上
訪問看護	36,530	45,810	55,120

昼・夜間保護（単位：ウォン / 一日につき）			
区分	時間	等級	金額
昼・夜間保護	3時間以上～6時間未満	1 等級	35,480
		2 等級	32,850
		3 等級	30,330
		4 等級	28,940
		5 等級	27,560
		認知支援等級	27,560
	6時間以上～8時間未満	1 等級	47,570
		2 等級	44,060
		3 等級	40,670
		4 等級	39,290
		5 等級	37,890
		認知支援等級	37,890
	8時間以上～10時間未満	1 等級	59,160
		2 等級	54,810
		3 等級	50,600
		4 等級	49,220
		5 等級	47,820
		認知支援等級	47,820
	10時間以上～12時間未満	1 等級	65,180
		2 等級	60,380
3 等級		55,780	
4 等級		54,370	
5 等級		52,990	
認知支援等級		47,820	
12時間以上	1 等級	69,890	
	2 等級	64,750	
	3 等級	59,810	
	4 等級	58,430	
	5 等級	57,040	
	認知支援等級	47,820	

短期保護（単位：ウォン / 一日につき）					
区分	1 等級	2 等級	3 等級	4 等級	5 等級
短期保護	58,070	53,780	49,680	48,360	47,050

資料：表1-12と同一。

注：認知支援等級は年6日まで短期保護を利用することができる。

5. 韓国における高齢者の貧困・健康問題

以上のように韓国では、高齢者の生活を支える所得保障、医療保障、長期療養保障制度が整っている。しかし、韓国では高齢者の貧困・健康問題が深刻である。

最新年度⁷³ のOECD加盟国の65歳以上の高齢者の自殺率（人口10万人当たり）の平均は17.2人であり、韓国は46.6人（2019年）で1位である⁷⁴。OECD平均より2.7倍高い⁷⁵。2019年現在、65歳以上の自殺者数は3,600人で、その内訳は、65歳以上が787人、70歳以上が1,620人、80歳以上が1,041人、90歳以上が152人である⁷⁶。特に、70歳代と80歳代の自殺者が多い。

2019年現在、61歳以上の自殺の原因・動機別の自殺の状況を見ると、「肉体的な問題（疾病）」（42.2%）が最も多く、次に「精神的な問題」（33.2%）、「経済・生活問題」（12.3%）の順となっており、健康問題と経済問題が主な自殺の原因となっている⁷⁷。

そして、保健福祉部の「2020年度老人実態調査」によると、調査対象者9,930人のうち、自殺を考えたことがあると答えた人は213人で、そのうち、23.7%は「健康問題」で、23%は「経済問題」で自殺を考えたことがあると答えた⁷⁸。

以上のように、韓国では毎年少なくない高齢者が健康と経済の問題で自ら命を絶っている。韓国の高齢者の経済と健康の状況みると、まず、経済の状況は、2018年現在、OECDの

⁷³ 韓国の場合、2019年を適用。保健福祉部・韓国生命尊重希望財団（2021）「2021自殺予防白書」139ページ。

⁷⁴ 保健福祉部・韓国生命尊重希望財団（2021）前掲（WHOの2021 Mortality data baseを用いて韓国生命尊重希望財団が算出）139ページ。

⁷⁵ 同上。

⁷⁶ KOSIS「統計庁『死亡原因統計（死亡原因（103項目）/性/年齢（5歳）別死亡者数、死亡率）』」URL：
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B34E01&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=F_27&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE（2022年1月13日最終閲覧）。

⁷⁷ 警察庁「2019年変死者統計」（保健福祉部・韓国生命尊重希望財団（2021）前掲、108ページより再引用）。

⁷⁸ KOSIS「保健福祉部『老人実態調査（老人の自殺を考えた経験及び理由）』」URL：https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117071_013&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=117_11771_003_04&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE（2022年1月13日最終閲覧）。

66歳以上の高齢者の相対的貧困率の平均は15.7%であり、韓国はOECDの平均より約3倍高い43.4%で、OECD加盟国の中で1位である⁷⁹。韓国の2018年の等価可処分所得の中央値は1,378万ウォン（約133万円）で、66歳以上の高齢者のうち4割強が月115万ウォン（約11万円）で生活する貧困状態に置かれたいた⁸⁰。

次に、高齢者の老後生活を支える重要な所得保障制度である老齢年金の受給現状をみると、2020年現在、韓国の65歳以上の高齢者全体のうち、老齢年金の受給者は約4割弱（327万人）しかおらず、さらに、老齢年金の受給者全体の約7割（316万人）の受給額が「50万ウォン未満」であった。2020年現在、韓国における老後に必要な生活費は、高齢者一人世帯の場合、月130万ウォン（約12万5千円）、高齢者夫婦世帯の場合、210万ウォン（約20万3千円）である⁸¹。これを考えると、現行の老齢年金は、老後生活の所得保障の役割を担う公的年金制度として不十分であると言える。

次に、高齢者の健康の状況である。2020年度の高齢者の健康評価をみると、65歳以上の高齢者は自分の健康状態について、24.3%は「良い」と38.4%は「悪い」と思っていた⁸²。一人暮らし高齢者の場合、17.1%は「良い」と49.5%は「悪い」と思っており、全体高齢者より自分の健康状態を悪いと思っている割合が多かった⁸³。そして、2020年度の高齢者の実態調査では、調査対象者10,097人のうち、84%の人が慢性疾患（医師による診断）を持っていると答えた。慢性疾患数は、1個29.2%、2個27.1%、3個以上27.8%で、平均は1.9個であった⁸⁴。

⁷⁹ OECD 「Poverty rate」 URL:<https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm>（2021年6月9日最終閲覧）。

⁸⁰ 「韓国日報」 「韓国の高齢者、3人に1人が働くが、43%が`貧困線`以下… “OECD 圧倒的1位”」 2020年9月29日付、URL:<https://www.hankookilbo.com/News/Read/A202009281430000024>（2022年1月12日最終閲覧）。

⁸¹ Sung Hye Young 他1人（2020） 「高齢者世帯の消費水準を考慮した必要な老後所得の研究」 国民年金公団 国民年金研究院、10ページ。

⁸² 統計庁（2020） 「2020年社会調査結果」 90ページ

⁸³ 統計庁 「2020社会調査」（統計庁（2021） 「2021高齢者統計」 9ページより再引用）。

⁸⁴ KOSIS 「保健福祉部『老人実態調査（老人の慢性疾病（医師診断基準）数）』」 URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_117071_016&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=117_11771_003_117_11771_003_06&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE（2022年1月13日最終閲覧）。

韓国では、高齢者の健康を支える制度として、国民健康保険制度と老人長期療養保険制度がある。しかし、医療サービスと長期療養サービスの保険料及び自己負担金といった経済的負担により、必要なサービスを利用できない高齢者が少なくない。

2020年度の医療サービスの経験調査によると、調査対象者12,133人のうち、60歳代以上（3,970人）は、医療費の負担により、医療機関の訪問（診療）、治療、検査、医薬品の処方、医薬品の購買を諦めた経験が他の年齢層より多かった⁸⁵。そして、健康診断の費用に対する負担も他の年齢層より高かった⁸⁶。医療費の自己負担金の減額についても、60歳代以上の対象者のうち、65%は必要であると答え、これも他の年齢層より高かった⁸⁷。

この調査から60歳以上の老年期の人たちは、他の年齢層に比べ、医療費の負担を感じており、それによって、医療サービスを諦めた経験がより多かったことが分かる。高齢者の医療サービスの利用に関する先行研究でも、医療ニーズがあるにも関わらず、医療サービスの利用を諦めたことがある高齢者は、その理由として経済的な理由を最も多く挙げている⁸⁸。

2018年現在、70歳以上の高齢者のうち、国民健康保険料を1年以上滞納している人は7万人で、80歳以上の地域加入世帯のうち、1年以上の長期滞納世帯は2.1万世帯であった。そして、2018年現在、国民健康保険の給付制限の対象者は、70歳以上の高齢者世帯の場合、10.2万世帯で、3年以上の長期滞納世帯は3万世帯であった。これについて、韓国の国家人権委員会は、国民健康保険の給付の制限の要件を緩和しないと高齢者の健康権において

⁸⁵ 60歳代以上（3,970人）のうち、医療費の負担により、医療機関の訪問（診療）を諦めたことがある人は3.6%、治療を諦めたことがある人は4.1%、検査を諦めたことがある人は7.4%、医薬品の処方を諦めたことがある人は2.2%、医薬品の購買を諦めたことがある人は1.7%であった。Shin Jung Woo他6人（2020）「2020医療サービスの経験調査」保健福祉部、韓国保健社会研究院、303-307ページ。

⁸⁶ Shin Jung Woo他6人（2020）前掲、313ページ。

⁸⁷ Shin Jung Woo他6人（2020）前掲、298ページ。

⁸⁸ Kim Jin Gu（2008）「老人の医療利用と影響要因の分析」『老人福祉研究』Vol. 39、292ページ、Choi Hee Young・Ryu So Yeon（2017）「我が国の老人たちの未充足の医療の類型別の関連要因」『保健医療産業学会』Vol. 11（2）、71ページ。

重大な制限になると、滞納負担を緩和させる給付の制限の例外を高齢者と障害者などの社会的に脆弱な階層まで拡大する必要があると保健福祉部の長官に勧告した⁸⁹。

そして、長期療養サービスの場合も、慢性疾患を持っており、要長期療養認定を受けたにもかかわらず、経済的な理由によりサービスを利用できない人が少なくない。2019年度の長期療養の実態調査によると、2019年現在、調査対象者（要長期療養認定者）5,606人のうち、サービスを利用しない認定者は1,263人（23%）であった⁹⁰。長期療養サービスの未利用者1,263人のうち、サービスを利用しない一番目の理由として自己負担金を挙げた人は7.3%、2番目の理由として自己負担金を挙げた人は11.7%であった⁹¹。また、長期療養サービスの利用している場合であっても、自己負担金を支払っている利用者及び家族の多くは、経済的な負担を感じていた⁹²。

このように韓国では、公的医療・長期療養保障制度があるにも関わらず、保険料及び自己負担金がサービスの利用にあたって大きな阻害・躊躇要因となっていることから、ニーズがあってもサービスの利用を諦め、心身の健康状態が悪化する状況に置かれている高齢者が少なくない。

第2節 韓国における新自由主義の登場とそれの対抗の動きの背景

次に、近年韓国で生じてきている特異な状況について紹介しておく。それは新自由主義政策思想への対抗の動きである。後の章で分析するように、本稿では文政権下における老人長期療養保険制度改革に着目しその最新実態を分析するが、そこに焦点を当てる理由は

⁸⁹ 国家人権委員会（2019）「社会脆弱階層の健康権保障などのための国民健康保険制度の改善勧告」8、11-12ページ。

⁹⁰ Kang Eun Na他4人（2019）「2019年度長期療養実態調査」保健福祉部、韓国保健社会研究院、109ページ。

⁹¹ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、312-313ページ。

⁹² 在宅サービスの自己負担金の全額を支払っていると答えた利用者241人のうち、62.2%が経済的負担であると答えた。そして、長期療養サービスの自己負担金を支払っていると答えた家族2,263人のうち、51%が経済的負担であると答えた。Kang Eun Na他4人（2019）前掲、191、194、357ページ。

東アジアでも特異なこの動きの背景や今後の展望を見極めるためである。よって、この近年の動きについてやや紙数を割いて紹介をしておく。

1. 韓国における新自由主義の登場

ハーヴェイは新自由主義とは「何よりも、強力な私的所有権、自由市場、自由貿易を特徴とする制度的枠組みの範囲内で個々人の企業活動の自由とその能力とが無制約に発揮されることによって人類の富と福利が最も増大する、と主張する政治経済的实践の理論」と定義した。この理論によると、国家の役割は、①「こうした実践にふさわしい制度的枠組みを創出・維持する」こと、②「私的所有権を保護し、市場の適正な働きを、必要とあれば実力を用いてでも保障するために、軍事的、防衛的、警察的、法的な枠組みや機能を作りあげる」こと、③「市場が存在しない場合には、医療、社会保障などの領域で市場そのものを創出する」ことなどであり、「市場への国家の介入は、いったん市場が創り出されれば、最低限に保たれなければならない」とする⁹³。

「国家の市場への最低限の介入」、「市場の原理」、「小さな政府」などを特徴としている新自由主義は、1970年代から1980年代以降国際的に登場してきた⁹⁴。韓国では、1990年代、アメリカから韓国国内の資本市場の自由化と貿易の開放を強く要求され⁹⁵、金泳三政権下で新自由主義が進められるようになった。その後、韓国経済は、金融危機を契機にIMF体制下に置かれるようになり、金大中政権から本格的に新自由主義的な路線がとられるようになった。

⁹³ D. ハーヴェイ (2005) (渡辺治監訳 (2007)) 『新自由主義—その歴史的展開と現在 (A Brief History of Neoliberalism)』作品社、10-11 ページ。

⁹⁴ 西成田 豊 (2000) 「『新自由主義=規制緩和の経済学』批判」『一橋論叢』Vol. 124 (6)、735 ページ。

⁹⁵ Shin Dong Myeon (2001) 「金泳三政府の社会福祉政策」『韓国社会福祉調査研究』Vol. 7、84 ページ

金大中政権は、IMF の勧告により、金融、企業（財閥）、公企業及び動労などの 4 大部門における構造改革とともに労働市場の柔軟化、貿易・投資・金融自由化、公企業の民営化、脱規制などを進めた⁹⁶。それと同時に、金大中政権は社会保障の拡大を進めた。

一般的に新自由主義下では、福祉縮小が行われる。ただ、韓国ではそれとは反対に、福祉拡大が進められた⁹⁷。それは、新自由主義政策による大量失業者、中間所得層の崩壊、所得不平等などの社会・経済諸問題に対応するには、旧来の韓国の社会保障の水準があまりにも低かったからである⁹⁸。このように福祉国家から新自由主義へと転換した国々と異なり、韓国は福祉国家になる前に新自由主義が進められた。

また、金大中政権は高齢化社会に対応するため、「長期療養保険制度」を導入することを明らかにした⁹⁹。しかし、同制度の導入は、高齢者の医療費を抑制する政策の一環でもあったため¹⁰⁰、同制度自体が新自由主義的な性格を有するものであったと言える。

詳細は後述するが、その後の盧武鉉政権下では、当初「公的長期療養保障制度」導入に向けた本格的な取り組みが進められ、長期療養サービスの供給主体の多様化を図りながらも、公共機関を中心にサービスを提供するいわゆる「公営」路線が目指された¹⁰¹。こうした「公営化」への動きが一時期はあったものの、公共機関の設置が様々な要因から円滑に進まなかったことから、結局、盧武鉉政権は、市場化・営利化政策を取り入れて、民間事業者の市場参入を促した。その結果、多くの民間事業者が市場に参入したことで、長期療

⁹⁶ Park Yong Soo (2010) 「参与政府の性格」『平和研究』Vol.18 (1)、99 ページ。

⁹⁷ Song Baek Seok (2006) 「金大中政府の政策性格分析の批判—福祉国家の性格論争を中心に—」『経済と社会』Vol.71、128 ページ。

⁹⁸ Chung Moo Kwon (2002) 「金大中政府の福祉改革性格の理解—類型論争を中心に—」『批判社会政策』Vol.11、121 ページ。一般的に新自由主義下では、福祉縮小が行われるが、韓国ではそれとは反対に、金大中政権下で福祉拡大が進められた。このような背景から韓国では、金大中政権の福祉性格が新自由主義か、それとも反新自由主義かをめぐって論争が行われた。これに関しては、Kim Yeon Myung (2002) 「`国家福祉の強化論` 批判に対する再批判と争点」『批判社会政策』Vol.11、51-84 ページ、Chung Moo Kwon (2002) 前掲、Sonn Ho Chul (2005) 「金大中政府の福祉改革の性格—新自由主義への前進?—」『韓国政治学会報』Vol.39 (1)、213-231 ページ。などを参照。

⁹⁹ 行政安全部大統領記館「第56周年光復節慶祝辞（改革と和合で未来を開いていきましょう）」2001年8月15日付、URL:<https://www.pa.go.kr/research/contents/speech/index.jsp>（2021年4月20日最終閲覧）。

¹⁰⁰ 保健福祉部報道資料、前掲（2001年5月31日付）、5 ページ。

¹⁰¹ 公的老人療養保障推進企画団（2004a）前掲、281-282 ページ。

養サービスの供給は民間機関に任せられるようになった。こうして、長期療養サービスの供給は、民間事業者が主導する「民営」が制度運営の基本方針としてとられ、「老人長期療養保険制度」は、新自由主義的な制度として始まった。そして、「民営」は、李明博政権・朴槿恵政権下でも継承・維持された。

一般的に民営化は公営化を前提にする¹⁰²。ところが、韓国の社会福祉サービスの場合、実際のサービスの供給は民間機関が担当し、国家は財政的な支援と監督だけを行う構造を持っている¹⁰³。Nam Chan Seob（2008）は、公営を経験したことがない社会福祉サービスを「バウチャー」方式で供給することについて「民営化」と表現するのは正しくなく、あえて表現するならば、それは「公営化段階が省略された民営化」であると述べている¹⁰⁴。この意味からすると高齢者の長期療養サービスは、常に「民営」であって、「公営化」をしたことが一度もない。韓国の公的長期療養保障制度は、「公営化段階が省略された民営化」が進められた代表的な例の一つであると言える。

2. 韓国における新自由主義への対抗の動きの背景

韓国では、新自由主義の政策が1997年の金融危機を契機に本格化し、約30年間続いていた。ところが、近年の韓国では、新自由主義に対抗する動きが起きてきている。2017年5月に発足した文在寅政権は、韓国経済における様々な問題が新自由主義政策に起因していると指摘しながら、新自由主義政策に終止符を打った¹⁰⁵。

先述したが、韓国における新自由主義政策は、革新・保守の政党を問わず、約30年間続いていた。これは、文政権の新自由主義からの転換が、単純に政権理念や陣営の違いから

¹⁰² Kwak Hyo Moon（2002）「社会福祉の供給の民営化に関する研究」教授の論文集（Gang Sang Gyeong（2008）「社会福祉実践の民営化、韓国的状況における代案なのか？」『韓国社会福祉学会2008年度春季学術大会』、152ページより再引用）。

¹⁰³ Nam Chan Seob（2008）「韓国の社会福祉サービスにおけるバウチャーの意味と評価—バウチャー事業の社会的脈絡を中心に—」『批判社会政策』Vol.26、16ページ。

¹⁰⁴ Nam Chan Seob（2008）前掲、17ページ、脚注5。

¹⁰⁵ 「OHMYNEWS」 「文大統領 “ 包容的成長は新自由主義と対比される概念 ” 」 2018年7月24日付、URL: http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002457381（2021年12月6日最終閲覧）。

起きているものではないことを意味する。文政権の新自由主義路線からの脱却の背景には、2016年「ロウソクの集会」があったと考えられる。

2016年「ロウソク集会」は、朴槿恵元大統領の退陣を求めて、2016年10月29日から2017年4月29日まで、毎週土曜日、ソウルの光化門広場を中心に行われた。6か月にわたって行われた「ロウソク集会」には、累計約16,848,000人が参加した¹⁰⁶。集会には、セウォル号4.16連帯、民主主義国民行動、民衆総決起闘争本部、白南基（ベク・ナムキ）¹⁰⁷ 闘争本部、市民社会団体連帯会議などの多くの市民社会団体が参加したが¹⁰⁸、その参加者数は約20万人で、全体参加者数の約90%は一般市民であった¹⁰⁹。

「ロウソク集会」は、朴槿恵元大統領の権力の私物化が直接的な発火点となって、朴槿恵元大統領の退陣を要求する集会として始まったが、集会の根本的な背景には、新自由主義による社会・経済的な不平等と両極化問題があった¹¹⁰。韓国の若者たちの間で流行っている「ヘル朝鮮」と「金のスプーン・泥のスプーン」という言葉は、新自由主義政策がもたらした社会・経済的な不平等と両極化問題が韓国でどれほど深刻なものであるのかをよく表している端的な例である。

「ヘル朝鮮」とは、英語のHellと朝鮮を組み合わせた新造語で、直訳すると「地獄のような朝鮮（韓国）」を意味する。韓国の若者たちは、韓国社会を未来が見えない、希望の

¹⁰⁶ 朴槿恵政権退陣非常国民行動（2017）「朴槿恵政権退陣非常国民行動評価書」5ページ。

¹⁰⁷ 2015年11月14日、ソウルで開かれた農民総決起集会で、農民の白南基（ベク・ナムキ、69歳）さんが警察の放水で倒れた後、ソウル病院に運ばれたが同年の9月に亡くなった。ソウル大学病院は、白南基さんの死因について、「病死」としたが、2017年6月15日に「外因死」に変更した。「JACOM」「韓国で新自由主義に反旗 大統領退陣へ大規模デモ」2016年12月21日付、URL:<https://www.jacom.or.jp/nousei/closeup/2016/161221-31675.php>（2021年11月29日最終閲覧）、「KBSWORLD」「ベク・ナムギさんの死因変更「病死」→「外因死」」2017年6月16日付、URL:http://world.kbs.co.kr/service/news_view.htm?lang=j&Seq_Code=63982（2021年11月29日最終閲覧）。

¹⁰⁸ 2016年11月9日、韓国の1500市民団体が連帯して「朴槿恵政権退陣非常国民行動」を発足させた。その後、「朴槿恵政権退陣非常国民行動」に参加した市民団体数は2300に増えた（2016年11月21日現在）。朴槿恵政権退陣非常国民行動（2017）前掲、2ページ。

¹⁰⁹ Sonn Ho Chul（2017）「11月市民革命、広場と大議題を考える」『マルクス主義研究』Vol.14（1）、24ページ。

¹¹⁰ Kang Miong Sei（2017）「“ろうそく革命”の希望は何であり、それはどのように実現できるか」『議政研究』Vol.51、13、28ページ。

ない社会、つまり、地獄のような社会として認識している。その背景には、貧富の格差、富の不平等、雇用不安定化、超競争社会などがある¹¹¹。

次に、「金のスプーン・泥のスプーン」は、いわゆる「スプーン階級論」で用いられる言葉で、「スプーン階級論」は、親の財産・所得水準に応じて子の階級が、金のスプーン、銀のスプーン、銅のスプーン、泥のスプーンの4つに分けられるとする¹¹²。最も階級が高いのは金のスプーンであり、その反対は泥のスプーンである。「スプーン階級論」は、親の富によって子の人生が決まり、個人の能力や努力だけでは、階層移動が難しいと感じている韓国若者の気持ちを代弁する。

韓国で「泥スプーン」として生まれ、「ヘル朝鮮」を生きる多くの若者たちは、国民から委ねられた権力を私物化し、財閥と癒着して巨額の賄賂を受け取った朴槿恵元大統領と、大統領に付与された権限をまるで自分のもののように使い、国政介入と娘を名門大学の不正入学させた朴槿恵元大統領の友人の崔順実（チェ・スンシル）に憤怒した。

「ロウソク集会」は、朴槿恵元大統領の権力の私物化が直接的な原因であったが、多くの市民が自らロウソクを持って広場に集まった背景には、こうした新自由主義政策による社会・経済的な不平等と両極化に対する不満と「セウォル号沈没事件」と「白南基農民死亡事件」によりあらわになった国家の役割放棄と無能性に対する怒りと切望感がすでに蓄積されていたからである¹¹³。

「ロウソク集会」に集まった人たちは、朴槿恵元大統領の退陣を超えて、より根本的な韓国社会的・経済的・政治的な改革を要求した。例えば、韓国の2300市民社会団体が連携して立ち上げた「朴槿恵政権退陣非常国民行動」は、セウォル号惨事の真相究明とセウォル号引揚げ、白南基農民事件の特検捜査導入、歴史教科書の国定化の阻止、言論掌握と放

¹¹¹ 「中央日報」 「大学生も会社員も 90% が “ヘル朝鮮” である・・・’ 金スプーン - 泥スプーン’ 社会が理由 1 位」 2016 年 7 月 1 日付、URL: <https://www.joongang.co.kr/article/20249142#home> (2021 年 11 月 30 日最終閲覧)。

¹¹² 「プレシアン」 「’ スプーン階級論’、統計庁の統計で確認された」 2015 年 11 月 26 日付、URL: <https://www.pressian.com/pages/articles/131411> (2021 年 11 月 30 日最終閲覧)。

¹¹³ Lee Jeong Hoon (2017) 「ろうそくその後、韓国メディアはどのように変わったのか」 『Kwanhun ジャーナル』 Vol. 59 (4)、45 ページ。

送法改正、成果退出制の阻止、サードミサイル配置の中断を年内に解決しなければならぬ6大緊急懸案として定め、朴槿恵政権の退陣運動を続けた¹¹⁴。

強まる国民の要求と期待を受けて、2016年12月9日に韓国国会が朴槿恵元大統領を弾劾訴追した。そして2017年3月10日、ついに韓国憲法裁判所は裁判官全員一致で朴槿恵元大統領の罷免を宣告した。朴槿恵元大統領の罷免によって、2017年12月20日に予定されていた第19代大統領選挙は、2017年5月9日に行われるようになった。こうした早期大選は、「ロウソク集会」の成果の一つであった。それゆえ、第19代大統領選挙は、「ロウソク集会」の影響を受けざるを得なく、社会・経済構造の根本的な改革を要求した国民の期待が各政党の公約に反映されざるをえなかった。

例えば、野党第1党「共に民主党」の文在寅候補者は、「国を国らしく」をスローガンとして掲げた。これは、「ロウソク集会」で、「これが国か」と、国民の自由と権利を保障しなければならない国家の役割に対して国民が投げかけた質問に対する答えであった。

そして、「共に民主党」は、大統領選挙の政策公約で、①ロウソク革命の完成による、国民が主人の大韓民国、②成長を共にする大韓民国、③平和な韓半島、安全な大韓民国、④持続可能な社会、活気に満ちた大韓民国という4大政策ビジョンを提示した¹¹⁵。その具体的な内容には、民間人集団犠牲事件及び人権侵害事件などの完全な真実究明、市民公益委員会の設立、歴史教科書の国定化の禁止、改憲、権力機関の改革、雇用創出、非正規雇用の削減などの「ロウソク集会」で挙げられた諸課題が盛り込まれていた¹¹⁶。

2か月しかない短い選挙運動期間は、「共に民主党」の文在寅候補者に有利に働いた。彼は、第18代大統領選挙に出馬して知名度、認知度が高く、選挙の準備能力も他の候補者

¹¹⁴ 「ハンギョレ：オン」 「朴槿恵政権退陣非常国民行動、'6大緊急懸案'提示」2016年12月22日付、URL:<http://www.hanion.co.kr/news/articleView.html?idxno=4406> (2021年11月30日最終閲覧)。

¹¹⁵ 共に民主党 (2017) 「国を国らしく—第19代大統領選挙共に民主党政策公約集—」 6-7ページ。

¹¹⁶ 共に民主党 (2017) 前掲、16、26、58、63ページ。

より優位に立っていた¹¹⁷。そして、「ロウソク集会」に積極的に参加することで、徐々に支持率も上がっていった¹¹⁸。

政権交代を強く望んでいた国民の多くは、第19代大韓民国大統領選挙で、与党「セヌリ党」に代わる政党として野党第1党「共に民主党」を支持した。そして、第19代大韓民国の大統領として、文在寅候補者が当選された。

文在寅政権は、自ら「ロウソク政府」と称し、「ロウソク革命¹¹⁹」で誕生した政府であることを自認した。そして、文在寅大統領は就任の演説で、「国を国らしく作る大統領になります。古い時代の誤った慣行と果敢に決別します」とし、「権力機関は政治から完全に独立させます」としながら、「財閥の改革」と「非正規雇用の問題の解決の道を模索する」と語った。また、「文在寅と共に民主党の政府では、機会は平等であり、過程は公正であり、結果は正義に見合う」社会になると約束した¹²⁰。

文在寅政権発足後、国政企画諮問委員会が「文在寅政府国政運営5箇年計画」策定した。文在寅政権は、国家ビジョンとして「国民の国、正義たる大韓民国」を掲げた。そして5大政目標としては、①国民が主人である政府、②共に豊かに暮らす経済、③私の人生に責任を持つ国家、④平等に発展する地域、⑤平和と繁栄の朝鮮半島を設定した¹²¹。これらの5大政目標に向けた政策内容は、国民の基本権を守るため、国家の役割と責任を強化し、また、国家が市場に介入する大きい政府を志向するもので、新自由主義路線からの転換を示すものであったと言える。以下、その具体的な政策内容を「文在寅政府国政運営5箇年計画」を基に、各分野に分けて整理する。

¹¹⁷ Kang Miong Sei (2017) 前掲、11ページ。

¹¹⁸ 「ロウソク集会」が始まる前の2016年10月2週目の「次期政治指導者の支持率」は、文在寅(18%)、潘基文(パン・ギムン)(27%)であったが、「ロウソク集会」の期間中の2017年1月2週目の支持率は、文在寅(31%)、潘基文(20%)であった。「連合ニュース」「ろうそく」が作ったバラの大統領選、文候補の勝利に影響を与えたか」2017年5月9日付、URL:<https://www.yna.co.kr/view/AKR20170509016200004> (2021年12月1日最終閲覧)。

¹¹⁹ 「ロウソク集会」を革命でみなすことができるか否かについては韓国では意見が分かれるが、文政権では、革命とみなしている。

¹²⁰ 「中央日報」【全文】文在寅大統領就任演説」2017年5月10日付、URL:<https://www.joongang.co.kr/article/21558717#home> (2021年12月1日最終閲覧)。

¹²¹ 国政企画諮問委員会(2017)「文在寅政府国政運営5箇年計画」15ページ。

3. 文在寅政権の新自由主義政策からの転換

(1) 経済政策

文在寅政権初期の経済政策は、所得主導成長¹²²、公正経済¹²³、革新成長¹²⁴が三つの柱として掲げられた。1年後、文大統領は2018年7月23日大統領首席秘書官・補佐官会議で、「長く続いてきた新自由主義の経済政策が経済の不平等を拡大して、成長動力を落としたため、雇用なき成長が続いており、依然として韓国経済には難しい部分が多い」とし、新自由主義政策の反省として「包容的成長」を経済政策として前面に打ち出した¹²⁵。

「包容的成長」は、包括的な概念であり、所得主導成長、公正経済、革新成長は、「包容的成長」を実現するための具体的な方法として、「包容的成長」の下位概念に位置付けられる¹²⁶。

文大統領は、「包容的成長」を新自由主義と対比される概念として用いて、「新自由主義は排他的成長（exclusive growth）だ。成長の恩恵層が少数にとどまり多数が排除され

¹²² 所得主導成長は、家計の負担を減らし所得を高め、増えた家計所得が消費を刺激して経済成長を導き、経済成長の成果が良い雇用につながる好循環経済構造を作る経済政策である。「雇用なき成長」の経済現実と成長率の低下、両極化の深化問題を過去とは異なる方式で解決するための経済アプローチが所得主導成長である。家計の所得から出発する新しい成長経路を作り、既存の経済構造がもたらした副作用を乗り越えながら、輸出と内需がバランスを取る経済構造と体質を作るための経済政策である。大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ 所得主導成長」URL:<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148861934>（2021年12月1日最終閲覧）。

¹²³ 公正経済は、全ての経済主体が①働いた分だけ正当な補償を受けられ、②対等な位置で競争できる経済構造を作る政策である。公正経済政策は、かつての大企業中心の経済成長戦略の限界を克服し、持続可能な経済成長の基盤を構築するために欠かせない政策である。公正経済政策は、単に中小企業または経済的弱者を保護する政策を超えている。歪曲した市場経済の規則を正し、韓国経済の成長基盤を強固にする政策である。大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ公正経済」URL:<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148865735&pWise=main&WiseMain=K5>（2021年12月1日最終閲覧）。

¹²⁴ 革新成長は、韓国の経済・社会のあり方と体質を根本的に変え、「人中心の経済」を実現するための経済成長戦略である。民間主導で技術・資本・人材を結び、経済全般の生産性を高め、効率的に資源を配分する経済政策である。労働市場の改善、規制の再設計、社会的資本の拡充など、経済や社会の全般にわたる制度革新も一緒に行われる。革新成長は、従来の経済成長戦略とは異なり、概念にとどまるのではなく「目に見える成果」の創出を目標とした成長戦略である。大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ 革新成長」URL:<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148865240>（2021年12月1日最終閲覧）。

¹²⁵ 「OHMYNEWS」前掲（2018年7月24日付）、（2021年12月6日最終閲覧）。

¹²⁶ 「連合ニュース」「文大統領 “包容的成長のため、所得主導成長・革新成長がある”」2018年7月24日付、URL:<https://www.yna.co.kr/view/AKR20180724119900001>（2021年12月1日最終閲覧）。

る構造」とし、「こうした排他的成長では経済が持続できず、成長に障害になる」と述べた。続いて「逆に包容的成長（inclusive growth）は、多くの人にまんべんなく成長の結果が配分され、あまねく恩恵を享受することができる成長」と述べ、新自由主義的な経済政策からの転換を明らかにした¹²⁷。

（２）雇用・労働政策

文在寅大統領は、大統領選挙公約として、「労働尊重社会の実現」を掲げた。文在寅政権の発足後、「労働尊重社会の実現」は、文在寅政権国政運営 100 大課題のうち、「63. 労働尊重社会の実現」に位置づけられた。文政権では、「労働尊重社会の実現」のため、労働人権の強化と労働の社会的対話を推進するとともに、特に、非正規職の問題の解決のため、差別のない良い職場づくりを核心課題として推進することを明らかにした¹²⁸。

まず、労働人権の強化政策としては、朴槿恵政権下で導入された低成果者の解雇を可能にする「一般解雇指針」と労働組合の同意なしで就職規則の変更を可能にする「就業規則の不利益変更の要件緩和指針」¹²⁹、そして、公共機関の「成果年俸制」を廃止するとした¹³⁰。これは、労働界の雇用安定性に対する要求を大幅に受け入れるものであった¹³¹。

次に、非正規職の問題解決のための政策は、公共機関の非正規職を正規職へ転換することを提示した。雇用安定のため、常時・持続的な業務¹³²は、正規職で直接雇用する原則を確立するとともに、子会社の設立など多様な正規職化の方案を設けるとした。そして、使

¹²⁷ 同上。

¹²⁸ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、97-98 ページ。

¹²⁹ 「FOCUSDAILY」 「 ”人中心の経済” … 文大統領の新自由主義決別宣言」2017年11月1日付、URL:<http://www.ifocus.kr/news/articleView.html?idxno=90364>（2021年12月2日最終閲覧）。

¹³⁰ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、98ページ。

¹³¹ Kwon Soon

Mee（2020）「文在寅政府の労働改革の理想と現実：包容的安定化から軟性二重化へ」『韓国社会政策』Vol.27（1）、136 ページ。

¹³² 一年中、継続する業務で、今後2年以上継続されると見込まれる業務のこと。大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ 公共部門の非正規職を正規職に転換」URL:<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866481>（2021年12月3日最終閲覧）。

用者の非正規雇用の負担を強化することで、非正規雇用の濫用を防止する「生命・安全業務分野などに対する使用事由制限」制度の導入も進めることにした¹³³。

次に、雇用政策では、2022年まで公共部門で81万人の雇用を創出するとした。文政権では、「雇用こそ経済成長を促進する最高の福祉」としながら、大統領直属の「雇用委員会」を設置し、雇用中心の国政運営インフラを構築することを明らかにした。さらに、保育・長期療養・公共医療などの社会サービスで34万人の雇用創出とともに高齢者の雇用も2017年43.7万人から2022年80万人に拡大すると発表した¹³⁴。

最後に、労働市場のセーフティネットの機能強化のための政策としては、最低賃金の引き上げと雇用保険の適用拡大（芸術家・特殊雇用労働者など）、失業保険の受給期間の拡大及び金額の引き上げなどが提示された。特に、最低賃金の引き上げは、文大統領の公約の一つとして、賃金の格差の改善のために採用され、2017年現在、最低賃金（時給）6,470ウォン（約621円）から段階的に引き上げ、2020年までに1万ウォン（約960円）に引き上げることを目標にしている¹³⁵。

（3）保育・教育政策

文在寅政権の保育・教育政策の核心内容は、国家の責任を強化することで、教育の公正性を高め、教育における階層間移動はしごを修復することである¹³⁶。文大統領は、大統領選挙で、「国家が育児に責任を持つということは、子どもから親、高齢者世代まで、全世代の幸せに責任を持つこと」とし、「すべての子供を自分の孫のように…安心して子供を育てられる大韓民国を作る」と約束した¹³⁷。具体的に掲げた政策は、児童手当の導入、国公

¹³³ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、145、147ページ。

¹³⁴ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、12、42-44、75、144、176ページ。

¹³⁵ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、46、99、144、146ページ。

¹³⁶ 共に民主党（2017）前掲、205、218ページ。

¹³⁷ 「NEWSPIM」 「【全文】文在寅、0-5歳まで月10万ウォンの児童手当など育児対策発表」 2017年4月14日付、URL:<https://www.newspim.com/news/view/20170414000141>（2021年12月3日最終閲覧）。

立幼稚園の拡充、ヌリ過程¹³⁸ 予算に対する国家責任の拡大、児童人権法の制定、トルボム教室¹³⁹の拡大、障害者などの特殊教育対象者の教育権の保障のための学校の新・増設などであった¹⁴⁰。これらの公約は、文政権の国政運営 100 大課題に比較的充実に反映されたとと言える。

文在寅政権は、「文在寅政府の国政運営 5 箇年計画」の 100 大課題で、「国公立幼稚園の拡大、ヌリ過程の国庫支援、高校無償養育、大学生の住居負担の軽減など幼児期のスタートラインから大学まで、保育と教育に対する国家の責務を強化し、生涯別マチュム¹⁴¹型の支援を実現」すると、国家の責任で保育・教育政策を実施していく意思を改めて示した¹⁴²。

その主要内容は、2018年度から保育園のヌリ過程費用の全額を国が負担すること、2020年度から高等学校の無償教育を段階的に実施、そして、2018年度から大学生の学費及び学生ローン金利の負担軽減と入学金の段階的な廃止などの推進である。こうした教育に対する公財政支援の拡大は、教育のスタートラインから均等な教育機会を保障するためである¹⁴³。

その他にも、保育政策では、2018年から児童手当を支給（0-5歳の児童に月10万ウォン（約9600円））するとともに、毎年国公立保育園と幼稚園を拡充し、2022年まで国公立保育園と幼稚園の就園率を40%まで¹⁴⁴拡大することにした¹⁴⁵。

¹³⁸ ヌリ過程とは、幼稚園と保育園に通う3-5歳の幼児の共通教育課程のことである。大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ ヌリ過程」URL:<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148865430>（2021年12月3日最終閲覧）。

¹³⁹ ドルボムとは、面倒を見る、世話をするという意味で、トルボム教室とは、低所得層家庭、共働き家庭、ひとり親家庭などの小学生児童が放課後も安心して生活できるよう、学校が小学生児童をケアするサービスである。日本の学童保育制度に相当する。大韓民国福祉制度「初等学校ドルボム教室支援対象、内容及び申請方法」URL:<https://welfaresystem.kr/%EC%B4%88%EB%93%B1-%EB%8F%8C%EB%B4%84%EA%B5%90%EC%8B%A4-%EC%A7%80%EC%9B%90%EB%8C%80%EC%83%81-%EB%82%B4%EC%9A%A9-%EC%8B%A0%EC%B2%AD%EB%B0%A9%EB%B2%95/>（2021年12月6日最終閲覧）。

¹⁴⁰ 共に民主党（2017）前掲、160、206-208、219ページ。

¹⁴¹ マチュムとは、ニーズに合わせたという意味である。

¹⁴² 国政企画諮問委員会（2017）前掲、80ページ。

¹⁴³ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、82ページ。

¹⁴⁴ 2017年現在、国公立幼稚園の就園率は25%である。同上。

¹⁴⁵ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、81-82ページ。

さらに、教育政策では、ドルボム教室の対象者の拡大（小学校全学年まで）、幼児・小学生の適正な学習時間及び休憩時間の保障の法制化、教員一人当たり学生数の改善（OECD平均水準並み）なども推進することにした¹⁴⁶。

（４）医療・長期療養政策

文在寅政権の医療・長期療養政策の核心内容は、保育・教育政策と同様の国家の責任及び公共性の強化であると言える。文政権は、市場経済により拡大される不平等な現実を改善するためには、包容的かつ積極的な福祉国家の実現が必要であると述べ、そのための重要戦略として「福祉国家体制の強化」を推進することを明らかにした¹⁴⁷。

まず、医療政策では、「普遍的な医療保障及び医療の公共性の強化を通じて、所得・地域を問わず、良質の医療サービスを誰でも利用できるようにし、健康な暮らしの維持を支援」するとした¹⁴⁸。具体的には、健康保険の保障範囲の拡大、低所得層の医療費負担緩和のための所得水準に応じた本人負担上限制の設定、15歳以下の児童の入院診療費の自己負担率の引き下げ（５％に）、医療格差の解消のための医療の脆弱な地域における300病床以上の拠点病院（総合病院）の拡充などである¹⁴⁹。

しかし、文在寅大統領の医療政策の核心公約と言える医療の営利化の反対に関する内容は抜けていた。文大統領は、大統領選挙で「財閥に特惠を、国民には負担を与える医療の営利化政策を阻止」すると、病院の営利法人の設立の禁止、大資本による営利法人の薬局の反対、遠隔医療は医療人の間で診療の効率化のための手段に限定、「サービス産業発展基本法」に保健・医療分野の除外などを約束した¹⁵⁰。これらは、医療の営利化を反対してきた市民団体の要求でもあった¹⁵¹。ところが、医療の営利化の公約に関する具体的な政策の推進内容は、「文在寅政府の国政運営5箇年計画」には盛り込まれていなかった。

¹⁴⁶ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、82-83、87ページ。

¹⁴⁷ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、73ページ。

¹⁴⁸ 同上。

¹⁴⁹ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、76-77ページ。

¹⁵⁰ 共に民主党（2017）前掲、177ページ。

¹⁵¹ 全国民主労働組合総連盟（民主労総）と保健医療団体連合、健康セサン（世の中）ネットワークなど90余りの労働・市民団体は朴槿恵政権が進めている医療の営利化を阻止する

次に、長期療養政策では、「認知症国家責任制」と「社会サービス公団」の設立が代表的な政策として挙げられた。「認知症国家責任制」は、文在寅大統領の第一号の公約で、具体的には、認知症支援センターの設置の拡大、認知症安心病院の設立、認知症医療費の（90%）健康保険の適用、老人長期療養保険の本人負担上限の導入、認知症患者のための短期・昼夜間保護施設の拡充、認知症患者のケアのための人材（社会福祉士・看護師・療養保護士）の拡充などを約束した¹⁵²。

次に、「社会サービス公団」の設立は、長期療養サービスを国家が直接提供する基盤づくりの手段として位置づけ、広域自治体ごとに社会サービス公団を設立し、自治体が公団を通じて、社会サービスを提供する施設を直営する体系を構築すると約束した¹⁵³。

「認知症国家責任制」は、文在寅政権国政運営 100 大課題のうち、「43. 高齢社会に備え、健康で品位ある老後生活の保障」に位置付けられ、認知症に対する国家の責任強化という目標の下で、認知症支援センター及び認知症安心病院の拡充、2018年から重症認知症の患者の自己負担率の引き下げ、そして認知症受給者の長期療養保険制度の自己負担の軽減の拡大などを推進することにした¹⁵⁴。

一方、「社会サービス公団」の設立は、文在寅政権国政運営 100 大課題のうち、「17. 社会サービスの公共インフラの構築と雇用拡充」に位置付けられ、社会サービスの雇用創出と社会サービスの提供者の処遇改善の手段として進めることになった¹⁵⁵。

以上のように、韓国では文在寅政権発足以降、新自由主義に対抗する様々な政策が推進されている。本研究はその中でも長期療養政策を取り上げる。先述したが、韓国では、高

ため、2014年1月28日、「医療民営化阻止と医療公共性強化のための汎国民運動本部準備委員会」を立ち上げた。そして、大韓医師協会、大韓歯科医師協会、大韓韓医師協会、大韓薬剤師協会、大韓看護協会、全国保健医療産業労働組合など6つの保健医療団体は2014年1月27日に記者会見を開き、朴槿恵政権が推進している遠隔医療許容、営利子会社設立許容、法人薬局許容などに対する反対の意見を表明した。「京郷新聞」「“医療営利化阻止”約90の市民団体が集まった」2014年1月28日付、URL:
<https://www.khan.co.kr/national/health-welfare/article/201401282119125>（2021年12月6日最終閲覧）。

¹⁵² 共に民主党（2017）前掲、163 ページ。

¹⁵³ 共に民主党（2017）前掲、178 ページ。

¹⁵⁴ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、75 ページ。

¹⁵⁵ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、44 ページ。

高齢者の長期療養サービスの供給が一度も公営であったことがない。高齢者の長期療養は、長い間、家族と民間によって支えられ、国家は最小限の役割だけを担ってきた。文在寅政権は、高齢者の長期療養に対する国家の役割及び責任を強化するとともに民間が主導している長期療養市場に介入し、これからは長期療養サービスの提供を国家が主導すると、事実上「公営化」を目指して老人長期療養保険制度改革を推進している。

韓国の老人長期療養保険制度の「民営」から「公営」への方針転換の動きは、日本の社会保障・介護研究者からも注目を浴びつつあり、また韓国で歴史的に徐々に蓄積されてきた健康権実現の社会的気運の点から見ても、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革により、健康権としての長期療養保障が実現するか、それともそれを頓挫するかの重要な分かれ道にあると思われる。以上の問題関心から本研究では文在寅政権の改革の中でも長期療養保障分野における政策動向に焦点を当てる。

第2章 先行研究の整理と健康権の概念の整理

この章では、まず、日・韓における健康権に関する先行研究の整理を行う。東アジアにおいて、国連の国際人権規約（社会権規約）の健康権規定を踏まえて先駆けて議論が開始された日本の研究動向や介護研究へのその反映の動向を概観し、その上で、韓国における健康権議論の系譜を詳細に整理する。また、関連して、韓国の長期療養現場の実態を明らかにした先行研究を考察する。

次に、韓国憲法・国内法・国際条約体系上導き出される健康権の規定を整理する。韓国国内法と韓国政府が批准した国際人権規約、そしてその有権解釈である一般的意見14で明記されている健康権の権利内容及び締約国の義務・違反内容などを検討する。そして、韓国における健康権保障に関する近年の市民団体の活動内容を紹介する。最後に、健康権の実現に核心的な手段の一つである長期療養サービスの概念を整理する。

第1節 日・韓における健康権に関する先行研究の整理

1. 日本における健康権に関する先行研究

（1）日本における健康権の議論の始まり —憲法25条に依拠して—

日本における健康権の研究は1970年代前半からあった。その背景は、当時、日本では、労働災害や公害、そして交通災害により、健康の問題が深刻な社会問題となっていた¹⁵⁶。こうした状況下で、一部の学者の間で健康権の概念を用いて健康を議論しようという動きが出てきた¹⁵⁷。そこで、1973年に発刊された『公衆衛生』37巻1号は、健康権を特集テーマとして取り上げた。

『公衆衛生』に掲載された内容の一部を紹介すると、例えば、唄（1973）は、健康権という概念が①今日の日本で意識・主張されている意味と、②健康権の概念の定義づけ及び客観的な見通しを次のように述べている。まず①については、第一に、憲法25条をプログ

¹⁵⁶ 井上 英夫（2009）「健康権の意義と課題」『生存学研究センター報告9 健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』69ページ。

¹⁵⁷ 同上。

ラム規定と称しながらも、少なくとも同条に基づき、国会その他の立法者に対する法的義務の存在確認の判決などを裁判所に求めることができるという考え方が珍しくないこと、第二に、資本主義下の企業活動や国家及び自治体の経済成長と地域開発の推進などにより、自然破壊が激化し、公害が普遍化したことで、健康破壊が全般的かつ深刻に推進したことから、被害者側は健康を意識するようになり、また、自然破壊、健康破壊の対抗価値として健康の主張を必要とするようになったこと、第三に、医療の技術的な矛盾の顕在化が新しい現象を誘発するに至っており、その中でも、薬禍・薬害が重大な健康侵害を生ずるにいたったこと、最後の第四に、医学の発達の社会的条件の整備が、見方によっては自然淘汰現象にある種の抑制と変質をもたらし、そこに、自然的・生物的の不均衡現象が起き、あらたな社会的矛盾を生じさせたこと、それで、健康ではない状態で生命だけ維持しているケースが一般的かつ広汎になり、ここに健康が生命や生存から分立し、独立した価値として自覚・主張されるようになったと分析している¹⁵⁸。

次に②については、第一に、健康権は個人的な権利であり、個人の肉体的存在を前提としている、第二に、健康の保持・回復を本人の意思を基礎として保たしめようとするものである、第三に、生命権の下位観念であるべきで、健康権は基本的に生命権の一つのファーズにすぎない、第四に、健康権は実定法以前の自然権たる人格権として観念されうるため、憲法25条によってのみ創設され基礎づけられるものではなく、むしろ憲法13条が健康権の自然的性格と実定法とをはしわたしするものとして、より基礎的である、第五に、健康権の対抗関係は国家＝公権力であり、健康権に基づき、医療制度の改善、社会福祉・社会保障及び公衆衛生の向上・増進を求めて、立法及び行政の面で、国家権力に対決してそれを要求することになるのだが、健康権の主張の大きい支柱となっているのは司法である、最後の第六は、健康権といったからといって、現実の法的処理のすべてが直ちに解決するわけではないと述べている¹⁵⁹。

¹⁵⁸ 唄 孝一（1973）「「健康権」についての一試論」『公衆衛生』Vol.37（1）、10-12 ページ。

¹⁵⁹ 唄 孝一（1973）前掲、12-14 ページ。

次に小川（1973）は、社会保障憲章¹⁶⁰を用いて、描くあるべき社会保障の姿を①権利性、②被保険者の包括性、③適用事故の包括性、④給付の必要・十分性、⑤権利の平等保障、⑥要保障者の無負担性、⑦民主的管理と要約し、これらに照らして、日本現行の社会保障制度が健康権を保障しているのかについて分析した¹⁶¹。

まず、権利性については、原子爆弾被爆者による医療等に関する法律の特別被爆者に対する一般疾病医療費、母子保健法による未熟児の養育医療、結核予防法による定期外の健康診断、予防接種、命令入所医療、一般結核患者に対する医療費半額保障、精神衛生法による一般患者に対する通院医療費半額負担、児童福祉法による育成医療、養育の給付、身体障害者福祉法による厚生医療の給付などはいずれも「できる規定」となっており、その背景には経済的理由があった。同氏は、国民の健康の権利を守る上で重要な社会保障給付が「できる規定」となっていることについて、給付を要求しても必ず給付されるとは限らず、その限りでは権利性は制限されており、曖昧で弱いと述べている¹⁶²。

次に、給付の必要・十分性について同氏は、精神衛生法による一般患者に対する医療が通院医療のみに公費負担であること、結核・精神障害ともに慢性疾患であるにもかかわらず、一般医療の公費負担期間が6か月と限定されていることを例に挙げて、公費医療制度が一般財源によって賄われていることから、「予算上の理由」が権利性の圧縮だけではなく、給付内容制約についても大義名分とされていることは、かけがえのない命と健康を守る医療保障の観点からすると問題であると指摘している¹⁶³。

また、権利の平等保障については、在日外国人特に在日朝鮮人は、現行の社会保障制度上において健康権を十分に保障されていなかった。在日朝鮮人は、生活保護法及び健康保険の適用において事実上、排除されていた。そして、在日外国人が、生活保護法、精神衛生法、らい予防法、身体障害者福祉法の適用を受けると、出入国管理令により、日本から退去を強制されるおそれがあり、在日外国人は国籍を理由に差別されていた。これについ

¹⁶⁰ 1961年モスクワ第5回世界労組大会で採択されたもの。小川 政亮（1973）「「健康権」と社会保障」『公衆衛生』Vol.37（1）、23ページ。

¹⁶¹ 同上。

¹⁶² 小川 政亮（1973）前掲、23-24 ページ。

¹⁶³ 小川 政亮（1973）前掲、26-27 ページ。

て同氏は、在日外国人、特に社会保障の必要度が強い在日朝鮮人の健康の権利は、こういう形でも脅かされていると述べている¹⁶⁴。

そして、要保障者の無負担性である。同氏は、健康診断または予防接種の受診費用を受診者に負担させようとするのは、法の趣旨に反する恐れがあり、また予防接種をためらわせる恐れがあると述べている。そして、無償を原則としているにも関わらず、例外規定により費用徴収をできるとしているのは、国民の権利として公衆衛生を捉えるのではなく、財政的・行政サイド的発想によるものという感があると述べている¹⁶⁵。

最後に民主的管理について、同氏は、健康権保障の場面においても自己貫徹的権利としての参加権が保障されるべきであり、健康権の主体たる人々が健康権保障にかかわる制度や機構の管理、運営に主体的かつ民主的にかかわる行政民主化、民主的管理の重要性について述べている¹⁶⁶。

そして、1973年7月に「「健康権」(?)をめぐって」という主題で健康権のシンポジウムが開かれ、改めて健康権が基本的人権の一つであることが唱えられた¹⁶⁷。このように日本における健康権の概念は公衆衛生学界と医学界、そして社会保障学界において用いられ始めた。

(2) 国際人権規約の健康権規定を踏まえた健康権の議論

憲法25条だけではなく、日本が1979年に批准した国際人権規約も法的根拠として健康権を提唱した学者を紹介すると、小川(1989)は、1946年創設されたWHO憲章における健康及び健康権の概念の定義づけを紹介した上で、WHO憲章に由来するものが、国際人権A規約(日本政府は1979年に批准)の12条の健康権規定であると述べている。そして、そこから健康権の態様を次の三つにまとめている。①健康の維持・増進に対する権利(保健・公衆衛生などに対する権利)、②健康の回復を求める権利あるいは予防・治療・リハビリテ

¹⁶⁴ 小川 政亮(1973)前掲、26ページ。

¹⁶⁵ 小川 政亮(1973)前掲、27ページ。

¹⁶⁶ 小川 政亮(1973)前掲、30ページ。

¹⁶⁷ 詳細は「【特集】「健康権」(?)をめぐって医療の中心にあるものは何か(第4回医事法学会シンポジウム)」『ジュリスト』Vol.538を参照。

ーションを求める権利、③健康妨害・健康侵害の排除を求める権利である。さらに、WHO憲章・A規約12条1項に依拠して、健康権要求に答えるべき責任主体は国であることをも明確にしている¹⁶⁸。

次に紹介する学者は井上（1991）である。同氏は、健康権保障の発展と健康権の中核たる医療保障を考察し、健康権確立にむけた提言を行った。まず、同氏は、健康権の発展をたどり、世界人権宣言、WHO憲章、国際人権規約、アルマ・アタ宣言で唱っている健康権の定義を紹介しながら、健康権が人間の基本的権利であることを明確にしている。特に、日本政府が1979年に批准した人権規約の場合、憲法13条、25条と一体となって健康権の法的根拠となるものであり、人権規約の内容は立法と行政の違憲性判断、法解釈、適用の基準となり、さらに、人権規約により憲法25条はさらに豊かな内容を付与されたと述べている。そして、第二次世界大戦を通じて、戦後社会は人権保障の究極的な目的を平和の達成においており、そういった意味からすると平和が人権保障の大前提になるので、日本国憲法前文及び第9条も健康権の基礎となるべきであると述べている¹⁶⁹。

そして同氏は、健康権を保障する、一義的かつ最終的な主体は国家であり、それゆえ、国家は特定の時点において「到達可能な最高の水準の健康」を保障しなければならないが、ここの健康の概念の抽象的性格は否定できず、かつ一義的に確定することも困難であるため、立法、行政における一定の裁量の幅を認めざるを得ないと述べている。さらに、権利主体である国民も健康権確立のために、争訟権の行使、創造的運動などを通じた不断の努力が必要であるとも述べている¹⁷⁰。

次に、医療保障については、医療政策に、自助・互助・公助が説かれ、「保障」の考え方が欠落していることを指摘しながら、保障から公助＝支援への転換は、一層恩恵的かつ慈恵的性格を強め、責任主体としての国家を曖昧にしていくことになるかと批判している。さらに同氏は、国家が健康権の実現を目的とする医療保障の保障すべき医療水準は、その

¹⁶⁸ 小川 政亮（1989）「生存権と医療生協—生協規制、特に員外利用禁止の不当性について」『日本福祉大学研究紀要第79号』10-12 ページ。

¹⁶⁹ 井上 英夫（1991）「健康権と医療保障」『現代日本の医療保障 講座日本の保健・医療第2巻』労働旬報社、78-84、88、93ページ。

¹⁷⁰ 井上 英夫（1991）前掲、87、92-93、116、121 ページ。

国のあらゆる資源を動員して、健康増進、予防、治療、リハビリに至る包括的医療でなければならないと述べた上で、医療保障における個人の自己決定の原則、患者、住民、そして医療労働者の参加が決定的に重要であると強調している。最後に、健康権確立のためには、医療・社会保障政策における公共性を強めることがなによりも重要であり、そのなかで真の意味での「公私」の役割分担を考えるべきであると述べている¹⁷¹。

（3）一般的意見14を用いた健康権の研究の進行

そして、2000年に国際人権規約上の健康権規定をより具体化した一般的意見14が発表されるにつれ、日本でもその内容を翻訳し、また、解説などを行った研究が進められるようになった。例えば、棟居（2009）は、国際レベルの健康権の指標と指針を用いて日本における健康権保障の現状を明らかにした。以下、その内容を簡潔にまとめる。

まず、モニタリング調査で最初に問われる項目である「健康権の法的コミットメント」からみると、日本は1979年にA規約に批准し、健康に関連する国際文書や国際基準にも支持を表明しているが、日本では、A規約の直接適用を認めないとする考え方が根強い。さらに、日本国憲法25条を健康権の直接法的根拠とする学説があるが、日本の裁判例では、それを認めたものはなく、日本の国内法においても健康権の明文規定はない。裁判所が健康権を言及した事例は1件あるが、そこにおいても裁判所は、原告の訴えを退けている。同氏は「健康権の法的コミットメント」が日本では最も実現できていない点であると評価している¹⁷²。

次に、健康権の4つの指針（利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質）を用いて分析した結果である。「利用可能性」については、医師不足・看護師不足の問題、地方の病院や診療所の閉鎖、介護保険施設の不足などが挙げられる。そして、これらと関連して、「アクセス可能性」については、医療難民や介護難民、アクセスに関する地域格差、診療

¹⁷¹ 井上 英夫（1991）前掲、101-102、110-111、114、121、123、127 ページ。

¹⁷² 棟居 徳子（2009）「日本における健康権保障の現状：健康権の指標からみた日本」『生存学研究センター報告9 健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』40-43 ページ。

科目による格差などの問題が挙げられる。また、「経済的アクセス可能性」については、実質的な無保険状態が日本各地で存在しており、このように、日本では、所得、性別、年齢、居住地、国籍等によるアクセスの不平等が明確に存在している¹⁷³。

次に、国内総支出における医療費と軍事費を比較する財政に関する項目の評価をみると、日本の公的医療費の対 GDP 比は 6.3 %（2004年）で増加傾向にあるが、これに対し、軍事費の対 GDP 比は 0.9 %（1990年）から 1.0 %（2005年）に増加したが、軍事費は 1 %程度で推移している。同氏は、この15年間に軍事費の対 GDP 比が増加した国は先進国で日本だけで、その他の先進国は減少していると述べながら、このような日本の現状については、日本国憲法第 8 条との関係でも判断が難しく、ただちに評価を下すことは困難であると結論付けている¹⁷⁴。

最後に同氏は、貧困問題や医療難民・介護難民の問題、そして地域格差が社会問題化されている今、改めて基本に立ち返り、健康権保障の観点から政策を評価し、改善していく必要があると述べた上で、そのためには、法律・医療・看護・福祉などのあらゆる分野のあらゆる場で活動している人たちが結びつき、情報を共有し、議論をするためのネットワークが必要であると提言している¹⁷⁵。

（４）健康権規定の介護研究への反映 ー実態調査を踏まえてー

日本における健康権の概念は、憲法25条に依拠して、医学界と公衆衛生学界、そして法学界で提唱され始めたが、健康権の研究が進められるにつれて、憲法25条と社会権規約及び一般的意見14などをも合わせて主張されるようになった。そして、健康権の研究は、医学界、公衆衛生学界、法学界、社会学界など多様な分野で行われるようになった。近年では、健康権に基づいて質的調査を行った実証研究も蓄積されている。以下、井口（2017）の研究を紹介する。

¹⁷³ 棟居 徳子（2009）前掲、44-45 ページ。

¹⁷⁴ 棟居 徳子（2009）前掲、46-48 ページ。

¹⁷⁵ 棟居 徳子（2009）前掲、48-49 ページ。

井口（2017）は「自助」「互助」を重視した介護保険制度の利用抑制と家族介護への回帰政策により、介護サービスから排除された要介護者の介護の受け皿となっている家族介護者に着目し、家族介護における在宅介護者の状況を明らかにした。そのため、三重県津市白山地域で実施した「白山地域の地域医療・保健・福祉に関する調査」を用いて分析を行った。調査対象者は、津市白山地域の20歳以上の住民から無作為抽出した3,106人であり、そのうち、在宅介護者377人を中心に分析した¹⁷⁶。

分析の結果、在宅介護者は全体的に健康状態が悪い傾向にあり、様々な要因で疲弊していた。在宅介護者の健康状態は、健康状態が特に悪い人々が介護を担わなければならない状況、もとは健康であっても、家族介護をになう中で何らかの要因で疲弊していく状況などが絡み合っている¹⁷⁷。

そして、多くの男女が仕事と介護を両立しており、介護過労と呼ぶべき在宅介護者がかなり存在していた。また、在宅介護者は仕事や介護で多くの時間を拘束される傾向から、医療にかかる機会を失う危険性が大きかった¹⁷⁸。

最後に、地域における介護サービス供給の絶対的不足などの要因から、所得階層を問わず、一定の人が十分な介護サービスなどを受けられない状況に置かれていた。また、所得階層別の在宅介護者の介護時間をみると、中・高所得層にも長時間の介護をしている人が存在したが、低所得層の場合、経済的困窮から終日介護をしなければならない人々が多く存在しており、より疲弊が生じやすい状況となっていた¹⁷⁹。

以上の結果から井口（2017）は、介護保障制度は、「要介護者のケア保障と在宅介護者の疲弊や健康悪化を防ぐものでなければならない」と述べている。さらに、「在宅介護者、要介護者の状況の多様性、それぞれの固有のニーズに対応できるよう、介護保障制度は設

¹⁷⁶ 井口 克郎（2017）「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』Vol.33（1）、6、13ページ。

¹⁷⁷ 井口 克郎（2017）前掲、14-15、18、23ページ。

¹⁷⁸ 井口 克郎（2017）前掲、18、21-22ページ。

¹⁷⁹ 井口 克郎（2017）前掲、19-21、23ページ。

計される必要がある」、要介護者だけでなく、在宅介護者の健康権としての介護保障制度として構築していくことが目指されなければならないと述べている¹⁸⁰。

以上のように、日本における健康権の研究は、1970年代前半から医学界と公衆衛生学界、そして社会保障学界を中心に進められるようになった。この時期の健康権の概念は、主に日本憲法第25条に依拠して提唱されていた。次第に、健康権の研究が進むにつれて、健康権の概念は、憲法25条だけではなく、国際人権規約および一般的意見14などの国際法上の健康権の規定に依拠して提唱されるようになった。さらに、それらの健康権規定に基づいて、日本政府の健康権の履行実態や日本国内における健康権保障の実態研究も行われるようになった。そして、近年では、より具体的かつ豊かに健康権の権利内容を規定している国際人権規約および一般的意見14などを用いた健康権の研究が進められている。

2. 韓国における健康権に関する先行研究

(1) 医学界と法学界から始まった韓国における健康権議論

韓国で、健康権が注目され始めた時期は1970年代からである。この時期の韓国では、工業化政策の推進と産業社会の出現により、労働災害の問題、公害、水質汚濁の問題などが社会問題となっており、労働者の生存権及び身体安全権と地域住民の生活、健康権などが脅かされていた¹⁸¹。このような状況下で、韓国では新しい人権問題が提起されていた¹⁸²。

健康権に注目したのは、医学界と法学界であった。両学界は、1974年に「医療制度と健康権」という主題で共同ゼミナールを開き、医学と法学のそれぞれの観点から「医療制度と健康権」に関する発表を行った。

例えば、保健学者の Moon Ok Ryun (1976) は、健康権の概念の説明と法的根拠、そして医療制度と健康権の関係について次のように述べている。まず、健康権の概念について、人口集団の全体及び社会構成員の個々人の現在の健康状態を増進させるための、地域社会

¹⁸⁰ 井口 克郎 (2017) 前掲、25-26 ページ。

¹⁸¹ 「朝鮮日報」「世界人権の日」1974年12月10日付、2面。

¹⁸² 同上。

の組織化された、予防医学と治療医学を含めた努力であると述べている。そして、健康権という単語は、健康の単語と権利の単語が結びついて一つとなった単語であり、「国民の健康に生きる権利」または「国民の基本的人権としての健康」と解することができ、そういった権利の法的根拠として、韓国憲法第30条「①すべて国民は人間らしい生活をする権利を有する。②国家は社会保障の増進に努力しなければならない。③生活能力がない国民は法律が定めるところにより国家の保護を受ける」、第31条「すべて国民は婚姻の純潔と保健に関して国家の保護を受ける」を挙げている¹⁸³。

しかし、同氏は、憲法31条の場合、医療の基本権概念に照らすと、微温的かつ曖昧であり、国民の健康増進に対する政府の姿勢がそれほど微弱であることを表していると指摘したうえで、国民の健康権ないし健康に生きる権利は、譲渡不可能であると同時に国民各自の生活発展の原動力となるので、同条は「すべて国民の能力によって均等に保健医療奉仕を受ける権利を有する」と修正されるべきであると述べている¹⁸⁴。

次に、医療制度については、医療制度の究極的な目的は、すべて国民が良質な医療を必要な時に必要な量を享受することにあると述べたうえで、医療制度の健康権の関係は次のようなことを意味すると説明している。まず、第一は、年齢、性別を問わず、病気になったら誰でも治療が受けられる医療機関が必要である。治療を受ける権利が健康権の先行要因となる。第二は、予防可能な疾病はすべての人から徹底的に根絶されなければならない。第三は、身体的・精神的な障害を持つ人には、人道的次元で適切な医療恵沢を施さなければならない。第四は、物理的または社会的に健康な環境を造成しなければならない。第五は、保健医療関係の専門職に就いている者たちは、合目的な教育を受け、地理的に分散させなければならない。最後の第六として、医学と保健医療に関する研究は永続的に支援されるべきであり、これらのために政府は、支援策と研究結果の活用方を講じなければならない。保健医療の研究に対する投資が健康権概念の拡大を保障する道であるとしている¹⁸⁵。

¹⁸³ Moon Ok Ryun (1976) 「医療制度と健康権」 『大韓弁護士協会誌』 Vol. 22、69ページ。

¹⁸⁴ Moon Ok Ryun (1976) 前掲、69、73ページ。

¹⁸⁵ Moon Ok Ryun (1976) 前掲、69-71 ページ。

さらに、同氏は、韓国の現行の医療制度は、与えられた要件下で、国民の健康権を最大に保障する制度となっていない、つまり韓国の医療制度は非合理的であると評価した上で、疾病中心ではなく健康維持中心にすべてが再整備されるべきであり、また、患者の病症に対応するシステムから健康維持システムに転換されるべきであると提言している¹⁸⁶。

そして、法学者の Kim Dong Hwan（1976）は、憲法上における健康権の規定とその性格などについて考察を行った。同氏は、個人の健康破壊の原因と治療の責任は個人に帰属されるものではないと述べながら、今日における健康破壊の主要因（職業病、公害病、貧困など）は、社会にあるので、個人は国家に対し、健康破壊の諸要因を除去し、また、その被害から保護を受ける積極的な要求ができるようにしなければならないと述べている¹⁸⁷。

そして、憲法上の健康権規定は、国民の保健に対する国家の保護義務、国民の国家に対する保健の保護を受ける権利とそのための積極的な保健行政の実施を要請できる権利を規定していると言えるが、国民の保健に関する条文は、国家に対する国民保健に関する義務を負わせている政治宣言的な意味にすぎず、個人に具体的な保健及び保健行政実施の請求権を規定したのではないと解している。しかし、国民の保健に関する規定が政治的な宣言、いわゆるプログラムの規定に過ぎないといっても、国民の保健に対する責任と義務が国家にあることを規定しただけで大きな意味があると述べている¹⁸⁸。

そして、現行の医療制度については、プログラム規定である憲法上の健康権を保障するにも難しい状況にあると評価した上で、健康権がプログラム規定にとどまらず、法的な権利として実現され、また、国家が健康権に対する義務を完遂するためには、医療人及び医療施設の拡充と適正な配置、医療費の適正な策定と社会的な分担制度（医療保険制度）の採用、医療従事者などの資質の向上、医療産業の発展、医療行為の概念を包括的な医療概念へと転換することなどが、その前提として解決されなければならないと述べている¹⁸⁹。

¹⁸⁶ Moon Ok Ryun（1976）前掲、71-72 ページ。

¹⁸⁷ Kim Dong Hwan（1976）「健康権と医療制度」『大韓弁護士協会誌』Vol. 22、62ページ。

¹⁸⁸ Kim Dong Hwan（1976）前掲、63ページ。

¹⁸⁹ Kim Dong Hwan（1976）前掲、65ページ。

以上の研究が、韓国における健康権に関する学問的研究の始まりだと言える。その後、健康権は、主に保健・看護学界の研究でもちいられたが、健康権の法的根拠やその概念について論じている研究は少数である。

（２）健康権の概念の考察を行った先行研究

健康権に関する研究は、1989年の全国民医療保険制度の実施などの影響を受けて、1990年代から一層多様な分野で進められるようになった。そして、健康権の概念の定義及び性格、そして法的根拠などを考察した研究も次第に蓄積されるようになった。

Moon Chang Jin（1997）は、基本権としての健康権の性格を次の三つの側面から説明している。「健康に対する権利」、「ヘルスケアに対する権利」、「ヘルスケアにおける権利」である。まず、「健康に対する権利」とは、広範な意味で、健康に影響を及ぼす環境的要因に平等に対応できる消極的な意味の権利と健康な状態を追求するために国家または社会から総括的かつ包括的な保護を均等に受けられる積極的な意味としての生存権的基本権である。「ヘルスケアに対する権利」とは、個人の身分や財産を問わず、保健医療資源に均等にアクセスできる絶対的な概念である。「ヘルスケアにおける権利」とは、保健医療伝達体系内における医療資源を個人が均等に享受できる基本的な権利であり、この権利は、基本的に必須的なサービスを必要な量で受けられる権利を意味すると同時に、受診水準の差異を排除する権利を意味する¹⁹⁰。

同氏は、この三つの健康権は、自由競争市場では保障されないと主張している。その論拠は、市場では、不必要な介入を排除する自由放任であり、個人の健康に対する社会的責任を認めず、個人の能力による適切な補償を重視するからである。それゆえ、健康権を保障するためには、国家の介入が必要であるが、韓国の場合、保健医療の供給が民間中心であり、また、保健医療に対する国家の財源負担が低く、消極的な態度を維持してきたので、医療市場の統制が難しくなっていると述べている¹⁹¹。

¹⁹⁰ Moon Chang Jin（1997）『保健医療社会学』SHINKWANG出版社、275-277 ページ。

¹⁹¹ Moon Chang Jin（1997）前掲、277-283 ページ。

そして、自由競争市場における統制機能の喪失に対応するためには、社会環境的なリスク要因の除去は、組織化された集合行動（collective action）によるものであること、予防中心の健康管理を奨励すること、社会的（公共財）負担は均等配分で行うこと、社会環境的なリスク要因を統制・除去することが必要であり、この四つが保健医療のイデオロギーを再定立する構成要素であると述べている¹⁹²。

最後に同氏は、保健医療に対する国家の役割について次のように提言している。地域間・階層間における医療人及び医療施設の均等な配分とそれを強制する立法措置、公共医療領域の拡大、消費者としての消費階層の権益の代弁、監視機能の活性化、診療費の不正請求に対する強力な措置などである¹⁹³。

次に、健康権の概念や性格、内容などを明らかにした Kim Joo Kyung (2011) の研究を紹介する。同氏は、国民の健康権に対する憲法裁判所の判例の中で健康権の具体的な意味や内容が検討されていないことに着目し、憲法裁判所の健康権に関する判例などを用いて憲法上における国民の健康権の根拠規定と内容を検討した¹⁹⁴。

同氏は、憲法から導き出される健康権の根拠規定を間接的な規定と直接的な規定に分けて説明している。まず、健康権の間接的な根拠規定としては、人間の尊厳と価値及び生命権を規定している憲法第10条と健康な環境で生活する権利を規定している憲法第35条第1項を、直接的な根拠規定としては、人間らしい生活をする権利を規定している憲法第34条第1項と国家の保健義務を規定している憲法第36条第3項を挙げている¹⁹⁵。

さらに同氏は、憲法上における健康権の内容について、自由権的側面より社会権的側面の方に重点を置いて検討し、社会的基本権としての健康権の内容を、健康な状態とそうではない状態を前提とした場合の二つに分けて説明している。まず、健康な状態を前提とする場合の健康権の内容は、「健康を維持するために必要な施設及び環境の造成などであ

¹⁹² Moon Chang Jin (1997) 前掲、288 ページ。

¹⁹³ Moon Chang Jin (1997) 前掲、290-291 ページ。

¹⁹⁴ Kim Joo Kyung (2011) 「憲法上の健康権の概念及びその内容」『憲法判例研究』Vol. 12、137-138 ページ。

¹⁹⁵ Kim Joo Kyung (2011) 前掲、138-143 ページ。

り」、健康が侵害された状態を前提とする場合の健康権の内容は、「侵害された健康を回復するために適切な医療サービスを受けることである」と説明している¹⁹⁶。

Kim Joo Kyung(2011) は、社会的基本権としての健康権は主観的権利性を有しており、「社会的基本権として健康権を規定するためには、社会的基本権の一般的な性格に加えて医療の公共性と生活における健康の重要性も同時に考慮すべきである」と述べている¹⁹⁷。

(3) 国際人権規約の健康権規定を踏まえた実証研究

近年の健康権に関する研究は、憲法条項（特に第36条3項）、世界人権宣言、国際人権規約とそれの有権解釈である一般的意見14を合わせて、健康権の概念を考察し、またそれらに依拠して、一般国民、労働者、軍人、外国人などの健康権の権利主体の健康権の保障実態を明らかにした実証研究が進められている。

まず、韓国の高齢者の福祉サービスを健康権の観点から分析をしている Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）の研究を紹介する。Yi Jee Jeon 他 4 人は、高齢者の健康権の阻害要因になりうる保健・福祉制度の問題点を分析した研究があまり進んでいないことから、高齢者の健康権が保健・福祉サービスの現場でどの程度で保障されているのかを把握するために、当時、モデル実施中であった老人長期療養保険制度における高齢者の健康権の保障実態を明らかにした。そのため、老人療養サービスの利用者の人権現状に関する調査と老人療養サービスの提供者の人権感受性¹⁹⁸に関する調査、そして老人長期療養保険制度の健康権保障水準に関する調査を行った¹⁹⁹。

まず、老人療養サービスの利用者の人権現状に関する調査は一つの大学の大学生45人の実習報告書を基に、身体的自由権、私生活に関する自由権、精神的・経済的な活動の自由

¹⁹⁶ Kim Joo Kyung (2011) 前掲、171 ページ。

¹⁹⁷ Kim Joo Kyung (2011) 前掲、171、179 ページ。

¹⁹⁸ 人権感受性とは、人権問題が提起されている状況で、その状況を人権と関連した状況として知覚・解釈し、また、その状況で取った行動が他の関連した人たちに及ぼす影響を知り、その状況を解決するための責任が自身にあるということを認識する過程である。Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）「老人福祉サービスにおける老人健康権の保障実態調査」国家人権委員会、5 ページ。

¹⁹⁹ Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）前掲、21-22、42 ページ。

権、人間らしい生活をする権利、情緒的な支援、放任、自己放任の7つの項目で分析を行った。分析の結果、閉められた建物の中で利用者が生活している点、所得水準による差別的な食事水準、身体拘束、生活保護受給者へ支給される政府補助金の共同管理などが明らかとなった。Yi Jee Jeon 他4人は、身体拘束や生活保護受給者の政府補助金の共同管理は人権侵害の事由となり得ると述べている²⁰⁰。

次に、老人療養サービスの提供者に対する人権感受性に関するアンケート調査である。調査対象者は、療養サービスの提供者と国民健康保険公団の職員、そして保健・福祉分野の専門家の349人であった。調査分析は、調査データを基に重回帰分析を行った。分析結果、教育水準が高いほど人権感受性の点数が高く、また、人権教育を受けたことがある場合、そうではない場合に比べて人権感受性が高かった。人権感受性の点数は、保健・福祉分野の専門家が最も高く、次に国民健康保険公団の職員、療養サービスの提供者の順であった。こうした結果から Yi Jee Jeon 他4人は、人権感受性を高めるためには人権教育が必要であり、人権教育を実施する際には対象者の特徴に一致する事例を用いた方が人権感受性を高めるのに効果があると述べている²⁰¹。

最後に老人長期療養保険制度の健康権の保障水準に関するアンケート調査の結果である。調査対象者は療養サービス機関で管理業務をしている者18人、国民健康保険公団の職員53人、専門家18人の89人であった。アンケート調査はWHOの健康権の評価基準である利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質を用いており、質問数は総7項目であった。回答は「1.非常にそう思う」（5点）「2.そう思う」（4点）「3.どちらでもない」（3点）「4.そう思わない」（2点）「5.非常にそう思わない」（1点）という5段階の選択肢で、得点を換算して評価した²⁰²。

調査の結果、調査対象者はモデル事業の実施中である老人長期療養保険制度の療養サービスの健康権の考慮水準は、「3.どちらでもない」と「4.そう思わない」の間水準であると評価した。また、受容可能性は「3.どちらでもない」の水準であり、質とアクセス可

²⁰⁰ Yi Jee Jeon 他4人（2007）前掲、45、56-65、130-134 ページ。

²⁰¹ Yi Jee Jeon 他4人（2007）前掲、47-50、66-83、130-134 ページ。

²⁰² Yi Jee Jeon 他4人（2007）前掲、51-55 ページ。

能性は「3. どちらでもない」より低い水準、そして利用可能性は「4. そう思わない」の水準であると評価した。つまり、調査対象者はモデル事業の療養サービスは健康権をあまり考慮せず、提供されていると評価した。そして、同じ調査対象者を対象に、老人長期療養保険制度が保健医療における人権を基に作られたかどうかを評価した調査においても、調査対象者は老人長期療養保険制度における健康権の考慮水準を「3. どちらでもない」より低い水準であると評価した²⁰³。

次に、Sohn Jeong In 他 3 人（2012）の研究を紹介する。Sohn Jeong In 他 3 人は国家人権委員会の2012年団体協力事業である「チョッパン²⁰⁴住民のための健康なまちづくり」の一環としてチョッパン住民の健康権の実態調査を行った。実態調査はチョッパン住民 225 人を対象にアンケート調査とチョッパン住民 5 人を対象に聞き取り調査を実施した。アンケート調査結果、「チョッパン住民の口腔状態、栄養状態、精神保健はすべて悪かった」。こうした「チョッパン住民の健康に影響を及ぼす要因は医療、福祉、労働、経済、政治のような、実際に食べていく上での諸問題と密接に関連していた」²⁰⁵。

Sohn Jeong In 他 3 人（2012）は以上の結果から、チョッパン住民の健康のために国家と社会は、チョッパン住民が健康でいられる生活の機会を保障しなければならないと述べている。そして、それこそが健康権の内容であるべきだと述べている。さらに、健康権の内容を「保健医療に対する権利に加えて健康そのもの、福祉制度、社会資本、エンパワーメントまでも含むものとして拡張しなければならない」と述べている。そしてこうした拡張された健康権の内容を基にチョッパン住民の健康権の実態を明らかにした結果、チョッパン住民はすべての側面において健康権があまり保障されていなかった²⁰⁶。

以上の結果を踏まえて、Sohn Jeong In 他 3 人（2012）はチョッパン住民の健康権を保障するために国家と社会は、無料医療サービスの保障、公共医療の拡大、生活水準に見合

²⁰³ Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）前掲、84-134 ページ。

²⁰⁴ 狭苦しい小部屋を意味する。

²⁰⁵ Sohn Jeong In 他 3 人（2012）「ソウル市東子洞チョッパン住民の健康権実態調査を終えて、チョッパン住民の健康権のために何をすべきか」『福祉動向』 Vol.170、47-50 ページ。

²⁰⁶ Sohn Jeong In 他 3 人（2012）前掲、50-53 ページ。

った生活保護受給額の保障、居住権の保障などを保障しなければならないと提言している²⁰⁷。

以上、紹介した韓国における健康権の先行研究はいずれも非常に有益な示唆を富む内容である。特に、Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）の研究は、長期療養サービスを健康権の観点から評価している貴重な研究である。ところが、Yi Jee Jeon 他 4 人（2007）の研究は老人長期療養保険制度が実施される以前の研究であり、それゆえ、制度の実施後の実態については明らかにされていないと言える。

（４）健康権の観点に基づき、文在寅政権の医療保障制度の分析を行った研究

実証研究ではないが、近年の文在寅政権の医療保障制度に着目して、健康権の観点から考察を行った Kim Myoung Hee（2019）の研究を紹介する。同氏は文在寅政権の福祉理念である「包容的福祉国家」の戦略として推進されている健康政策が、福祉理念に込められているのかどうかを健康権の観点から考察した。同氏は、健康保険の保障範囲の強化政策は、経済的アクセス可能性の改善だけに焦点を当てており、物理的アクセス可能性、情報のアクセス可能性、そして利用可能性及び無差別の側面からの考慮は不十分であると評価している²⁰⁸。

そして、所得主導成長のための医療保健産業化は、文在寅政権の福祉理念と根本的に相反しており、浪費的な医療費の支出、公共保健医療体系の毀損、健康不平等の深化、情報人権の侵害などの大きな副作用を生む可能性がある」と指摘している²⁰⁹。

さらに、同氏は、社会的不平等が健康不平等につながることから、「包容的福祉国家の戦略が医療保障の拡大に限られているのはとても残念であり、包容的福祉国家の戦略は、医療保障（healthcare of medical security）ではなく健康保障（health security）として、その幅と深さを拡張しなければならない」と述べている²¹⁰。

²⁰⁷ Sohn Jeong In 他 3 人（2012）前掲、53-54 ページ。

²⁰⁸ Kim Myoung Hee（2019）「包容福祉と健康政策の方向」『保健福祉フォーラム』Vol. 278、31、39-40 ページ。

²⁰⁹ Kim Myoung Hee（2019）前掲、41-42 ページ。

²¹⁰ Kim Myoung Hee（2019）前掲、39 ページ。

Kim Myoung Hee (2019) の研究は、健康権の実現手段としての文在寅政権下における医療保障政策を健康権の観点から評価している貴重な研究である。ところが、本研究のテーマである、長期療養保障の制度・政策については評価していない。

以上のように、韓国では、井口 (2017) の研究のように健康権に基づいて長期療養保障を評価した研究はあまり蓄積されていない。特に、最新の実態調査を用いて、文在寅政権下で進められている老人長期療養保険制度改革までを視野にいれて健康権の観点から評価している研究は極めて少ないといえる。

3. 韓国における長期療養現場の実態を明らかにした先行研究

(1) 農山漁村地域における長期療養現場の実態に関する研究

近年の文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の実態を評価するためには、健康権の観点からすれば、とりわけ長期療養サービスの最も脆弱な過疎地域である農山漁村地域においても、その改革の効果が十分に行き渡っているかどうかを考察しなければならない。よって、ここでは、長期療養現場の実態を明らかにしている数多い韓国の先行研究の中で、韓国の農山漁村地域に焦点を当てて高齢者の長期療養現場の実態を明らかにしたいいくつかの先行研究を紹介する。

まず、Park Dae Shik 他 (2009) の研究である。Park Dae Shik 他 (2009) は、農漁村地域における老人長期療養保険制度の問題点を明らかにするため、韓国の四つの農漁村地域の事例研究を行った。実施した調査は三つである。まず、第一に、四つの地域の長期療養施設・事業所の運営者、老人福祉担当の公務員、利用者と家族を対象に懇談会及び集団面接調査を実施した。一部の長期療養機関は、直接訪問して深層面接調査を実施した。第二に、四つの地域の長期療養サービス利用者20人とその家族を対象に深層面接及び観察調査を行った。第三に、四つの地域の長期療養施設・事業所を対象にアンケート調査を行った。アンケート調査に参加した長期療養機関数は49か所であった²¹¹。

²¹¹ Park Dae Shik 他 (2009) 「農漁村の老人長期療養保険制度の推進実態と改善方案」 韓国農村経済研究院、1-2、9-10 ページ。

調査の結果を見ると、まず、四つの地域における老人長期療養保険制度の利用率（全体長期療養認定者数対）は、二つの地域では8割以上が、残り二つの地域では、7割以上の者がサービスを利用していた。次に、四つの地域における老人長期療養機関の現状については、昼夜間及び短期保護を除いた在宅事業所は供給過剰であったが、昼夜間サービス、短期保護サービス、そして訪問看護サービスは運営収支を理由に提供する事業所の数が不十分であった。長期療養機関の運営上における問題点としては、「ややこしくて明確ではない等級判定」と「人件費問題」、そして「過熱競争」、「利用者募集の難しさ」などが挙げられた²¹²。

そして、四つの地域における長期療養保険制度の問題点としては、「長期療養認定及び等級判定体系の問題」、「長期療養サービスの供給の不均衡及び競争過熱」、「療養保護士の劣悪な勤務環境」、「重い自己負担金」、「長期療養保険制度と療養保護士に対する認知度の低さ」などが挙げられており、その他に予算不足と人手不足などによる長期療養認定を受けられなかった人に対する「地域社会の連携サービスの不十分」も挙げられた²¹³。

以上の結果を踏まえて Park Dae Shik 他（2009）は次のことを提案している。まず、短期的な改善課題としては、等級外の判定者に対する支援強化、農村関連番組を活用した長期療養保険制度に関する教育及び宣伝の強化、長距離の交通費算定基準の改善などであり、中長期的な改善課題としては、等級判定体系の改善、農山漁村地域の低所得層の自己負担金の軽減方案の改善、長期療養機関の不均衡問題の改善、療養保護士の待遇改善などである²¹⁴。

次に紹介する研究は Byun Young Woo（2010）の研究である。同氏は、在宅サービスの供給量が相対的に劣悪な農村地域における在宅サービスの利用実態を明らかにするため、全国22の郡（農村地域）に居住する長期療養 1-3 等級認定者と家族を対象に電話を用いた質問紙調査を行った。調査分析に用いられた質問紙は 228 人分である²¹⁵。

²¹² Park Dae Shik 他（2009）前掲、38-52 ページ。

²¹³ Park Dae Shik 他（2009）前掲、55-66 ページ。

²¹⁴ Park Dae Shik 他（2009）前掲、100-102 ページ。

²¹⁵ Byun Young Woo（2010）「農村地域の在宅サービスの利用実態による問題点と改善方案」『韓国社会保障学会』Vol. 26(3)、292-293 ページ。

分析の結果を具体的にみると、対象者は現在、平均1.76個の在宅サービスを利用して
いた。そしてほとんどの対象者は訪問療養サービスを利用しており、サービスの利用が偏っ
ていた。必要であるが利用できないサービスとしては、「福祉用具貸与」が最大の割合を
占めており、次に「訪問看護」順であった²¹⁶。

必要なサービスを利用できない理由としては、「サービスを提供する機関の不在」と
「サービスに対する情報不足の問題」が最も多く、次に「自己負担などの経済的な負担」
であった。不要であるがサービスを利用する理由としては、「代替するサービスがない」
が最も多く、次に「療養保護士または社会福祉館の職員によってサービスを決められた」
からが多かった²¹⁷。

最後に、保険制度の月利用限度額に関する調査では、対象者の5割強が「限度額まで利
用していない」と答えた。その理由については、「希望するサービスを提供する機関がな
いから」の回答が最も多く、次に「経済的な負担」、「必要と思わないから」の順であっ
た²¹⁸。

農村地域で長期療養サービスの供給が劣悪な理由と多様なサービスが不在する理由につ
いて Byun Young Woo（2010）は、サービスの供給が市場メカニズムに任されているからだ
と批判している。さらに、農村地域で多様なサービスを充実するためには、既存の保健・
医療機関及び療養施設を活用すると共に、究極的には昼・夜間保護サービスや短期保護サ
ービスなどの公立在宅事業所が拡充されなければならないと述べている²¹⁹。

以上の先行研究はいずれも非常に有益な示唆を富む内容である。ところが、これらの先
行研究は文在寅政権発足以前に行われた研究であるため、農山漁村地域の長期療養現場に
おける文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の実態までは明らかにされていない。

²¹⁶ Byun Young Woo（2010）前掲、294-298 ページ。

²¹⁷ Byun Young Woo（2010）前掲、299 ページ。

²¹⁸ 同上。

²¹⁹ Byun Young Woo（2010）前掲、305 ページ。

(2) 文在寅政権下における老人長期療養保険制度の利用・提供の実態に関する研究

文在寅政権下における老人長期療養保険制度の利用・提供の実態を明らかにした研究としては、「2019年度長期療養実態調査」がある。同研究は、老人長期療養保険法第6条2「保健福祉部長官は長期療養事業の実態を把握するために3年ごとに調査を定期的を実施し、その結果を公表しなければならない」に基づき、2019年に初めて実施された。同研究の主管機関は「韓国保健社会研究院」で、責任研究者は Kang Eun Na、参加研究者は Lee Yun Kyung 他3人である²²⁰。

実態調査は、アンケート調査を2019年9月17日から30日まで行い、長期療養受給者と家族（6,000人のうち、5,606人（本人または代理人が回答））、長期療養機関（2,000か所のうち、1,954か所）、長期療養要員²²¹（3,981人のうち、3,734人）から回答を得た。それらを用いて分析した結果は以下の通りである²²²。

まず、受給者の利用状況からみると、2019年9月調査時に長期療養給付を利用していると答えた人は、全体受給者5,606人のうち、4,343人（77.5%）で、1,263人（22.5%）は利用していないと答えた。利用しない理由としては、「病院入院」が最も多く

（30.1%）、「家族以外の助けは嫌だ」が23.4%、「家族のケアで十分」が12.2%、「療養病院希望」が10.0%、「経済的な負担」が7.3%であった²²³。

現在、長期療養給付を利用していると答えた4,343人のうち、3,055人（70.3%）は在宅給付を、1,288人（29.7%）は施設給付を利用していた。そして、全体受給者のうち、99%は慢性疾患を持っていると答え、平均3.4個の慢性疾患を有していた²²⁴。

在宅給付の利用状況をみると、全体在宅給付利用者（短期保護給付利用者を除いた3,046人）のうち、訪問療養だけを利用して人は、1,697人（55.7%）で最も多く、次に訪問療養と訪問入浴の二つのサービスを利用している人は、502人（16.5%）、昼夜間保

²²⁰ 保健福祉部報道資料「2019長期療養実態調査結果発表」2020年3月31日付、1ページ。

²²¹ 長期療養要員とは、長期療養機関に所属され、老人などの身体活動または家事活動支援などの業務を遂行する者をいう（老人長期療養保険法第2条）。

²²² Kang Eun Na他4人（2019）「2019年度長期療養実態調査」保健福祉部、韓国保健社会研究院、48-49ページ。

²²³ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、107、109、312ページ。

²²⁴ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、121、197、255ページ。

護を利用している人は、472人（15.5%）であった。次に、在宅給付の満足度をみると、ほとんどのサービスの全体的な満足度は高かったが、サービスの利用時間及び日数については、「満足しない」と答えた人も少なからずあった。例えば、訪問療養（ここ1か月間サービスを利用した1,088人対象）の場合、全体的な満足度については、「満足する」が79.2%で、「満足しない」が1.4%であったが、利用時間については、「満足する」が65.1%で、「満足しない」が16.3%、利用日数については、「満足する」が72.8%で、「満足しない」が7.5%であった²²⁵。

そして、在宅給付利用者（在宅給付利用者のうち、本人または家族が回答した2,866人）のうち、73.2%は、サービスを受けない時間に、人の手助けがないと日常生活が「不可能」と答えたが、そのうち、12%は普段助けてくれる人は「いない」と答えた²²⁶。

そして、在宅給付の自己負担金については、在宅給付の自己負担金を自分で支払っていると答えた受給者（241人）のうち、62.2%は、「経済的な負担になる」と答えた。そして、利用者の長期療養給付の自己負担金を支払っていると答えた家族（2,263人）の17.3%は「とても負担」、33.6%は「負担」と答えた。そして、経済的、身体的及び精神的な負担緩和については、長期療養給付利用者の家族（3,794人）のうち、9割強は、身体的及び精神的な負担が、8割強は経済的な負担が緩和されたと答えた²²⁷。

次に、長期療養機関の運営状況についてである。調査結果によると、全体長期療養機関（1,954か所）のうち、半分以上を占める割合が、運営上、「財政」と「職員の採用及び管理」、「財務会計の管理業務」、「長期療養保険政策の変化への対応」、「長期療養機関の評価」、「受給者募集」が難しいと感じており、特に、「財政」と「受給者募集」は全体長期療養機関のうち、7割強が難しいと感じていた。そして、職員の教育の必要性については、8割強が「必要である」と答えた²²⁸。

²²⁵ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、213-214、231-253 ページ。

²²⁶ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、175-176 ページ。

²²⁷ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、194、357、366-368 ページ。

²²⁸ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、471、498-517 ページ。

そして、認知症専門室または認知症専門型老人療養共同生活家庭の運営状況については、昼夜間保護及び施設給付を提供している機関 764 か所のうち、97.4%が「運営していない」と答えた。その理由としては、「施設要件を満たすことの難しさ（34.4%）」、「代替要員確保の難しさ（23.5%）」、「追加的な行政負担（17.4%）」などが挙げられた²²⁹。

最後に、長期療養要員の勤務実態である。まず、一般的な現状からみると、全体長期療養要員 3,734 人のうち、男性は 5.3%、女性は94.7%であった。そして年齢については、60代が40.4%、50代が39.4%で、中高年層が多かった²³⁰。

次に、勤務状況を見ると、全体長期療養要員のうち、61.9%が契約職員で、38.1%が正規職員であった。そして、仕事の満足度については、「賃金の水準」、「勤務の時間」、「仕事の内容」、「仕事の強度」、「業務調整の柔軟性」、「経歴開発及び昇進機会」、「雇用の安全性」、「職場の人間関係及び職場文化」、「仕事のやりがい」、「長期療養機関及び長期療養要員に対する社会的認識」の10項目のうち、「勤務の時間」、「仕事の内容」、「業務調整の柔軟性」、「雇用の安全性」、「職場の人間関係及び職場文化」、「仕事のやりがい」の項目は、「(とても)満足」と答えた割合が全体の半分以上を占めていた。これに反して、「賃金の水準」と「経歴開発及び昇進機会」は、3割強が「(とても)不満足」と答え、「勤務の時間」と「長期療養機関及び長期療養要員に対する社会的認識」は、2割強が「(とても)不満足」と答えた²³¹。

そして、長期療養要員の処遇改善のために最も必要な事項としては、「賃金水準の改善」を挙げている人が最も多く、次に「法廷手当、休憩、勤務時間の保障」、「利用者と家族を対象に定期的な教育」の順であった²³²。

以上の結果を踏まえて、Kang Eun Na 他 4 人は次のような提言をしている。食事及び栄養支援、住居環境の改善などの在宅給付の多様化、地域社会の医療連携及び訪問看護の活性化を通じた長期療養受給者の健康増進の支援、家族長期療養者への支援、地域社会サー

²²⁹ Kang Eun Na 他 4 人（2019）前掲、476-477、481 ページ。

²³⁰ Kang Eun Na 他 4 人（2019）前掲、555 ページ。

²³¹ Kang Eun Na 他 4 人（2019）前掲、576-577、649-664 ページ。

²³² Kang Eun Na 他 4 人（2019）前掲、677-678 ページ。

ビスの強化、長期療養要員の専門性の強化と療養サービスの質の改善のための教育の強化、長期療養要員の保護と人権のための体系的な支援などである²³³。

「2019年度長期療養実態調査」は、文在寅政権下における老人長期療養保険制度の利用・提供の実態を全体的かつ平均的に分析した豊富な示唆を富む貴重な研究である。ところが、「公営」を図っている文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目した研究ではないため、必ずしも同改革の実態を綿密に分析したとは言い難い。

（3）文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目した研究

実態調査は行っていないが、近年の文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目して考察を行った研究がある。Kim Bo Yung（2019）は、発足2年目に入った文在寅政権下で進められている社会サービス院、コミュニティケア、住民自治型公共サービスを中心に、これらの政策の方向性が文在寅政権が掲げている公共性に適合しているかどうかを分析した²³⁴。

まず、社会サービス院については、「社会サービスに対する公的供給の拡大を核心内容としている」が、供給問題だけにアプローチしており、社会サービスの質を高めるための具体的な戦略があまりないと指摘している。また、社会サービス院の財政運営が独立採算制となっており、公的財源なしの独立採算制だけで運営されると、社会サービスの供給問題は自治体の問題ではなく、社会サービス院の問題に転嫁される可能性が大きいと指摘している²³⁵。

コミュニティケアについては、韓国の「区切られた社会サービス」の問題からすると、コミュニティケアはとても重要で適切な政策方向であるが、「政府が同政策を進めるにあたって、「区切られた社会サービス」の諸問題をきちんと認識し、かつ解決するための適切な戦略と手段を提示しているのか」については低く評価している²³⁶。

²³³ Kang Eun Na他4人（2019）前掲、731-735 ページ。

²³⁴ Kim Bo Young（2019）「スローガンだけの公共性？文在寅政府の社会サービス政策の評価と代案模索」『批判社会政策』Vol.64、11ページ。

²³⁵ Kim Bo Young（2019）前掲、19-22 ページ。

²³⁶ Kim Bo Young（2019）前掲、24-26 ページ。

また、住民自治型公共サービスについては、「国家の責任と役割が明確に確立された上で、住民自治を強調するのであれば、新しい意味で受け入れられるが、そうではない今日の現実からすると、むしろ民間を動員する意味に帰結される危険性がある」と述べている²³⁷。

以上を踏まえて Kim Bo Yung（2019）は、文在寅政権の社会サービスの諸政策が、表面上には国家の責任を拡大し、公共性を強化する方向に向かっているように見えるが、具体的な責任拡大の内容及び方向性が明らかにされておらず、公共性の方向が実際に具現されるには実質的な内容が欠如されており、むしろ歪曲される危険性を持っていると述べている²³⁸。

Kim Bo Yung（2019）の研究は、本研究のテーマである文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を検討している貴重な研究である。ところが、Kim Bo Yung（2019）の研究は実証研究ではないため、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革により、実際の長期療養サービス市場が具体的にどのように置かれているのかまでは明らかにされていない。文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を綿密に検討するためには、実態調査、特に長期療養保障の最も脆弱な過疎地域である農山漁村地域における実態調査などを用いた実証研究が必要であろう。

そこで本研究では後半部分で、筆者による朴政権下での長期療養サービス現場の実態調査や、韓国であまり蓄積されていない、近年の文在寅政権の老人長期療養保険制度改革下における長期療養サービスの脆弱な過疎地における最新の实態調査を用いて、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を検討する。

²³⁷ Kim Bo Young（2019）前掲、28ページ。

²³⁸ 同上。

第2節 韓国憲法・国内法・国際条約体系上導き出される健康権の規定の整理

1. 韓国国内法上における健康権の整理

(1) 韓国憲法上の健康権の規定

文政権による老人長期療養保険制度改革を評価・検討するにあたって、本稿が着目する基準は健康権である。その先行研究については先に整理したが、ここで韓国における健康権の法体系について詳細に整理しておきたい。

まず、国の最高法規である憲法に健康権がどのように保障されているのかからみていく。韓国では健康に対する権利を指す言葉として主に保健権、健康権などが使われている²³⁹。憲法学界では保健権と健康権を区別する学者もいるが²⁴⁰、保健権と健康権の一般的な解釈が同一であることから、保健権と健康権を区別せずに使う学者もおり²⁴¹、保健権と健康権が混用されている²⁴²。

本研究では、韓国で健康に対する権利を指す言葉として最も多く使われている用語が健康権である点²⁴³、そして国際人権規約の「The right to health」が韓国では「健康権」と訳されている点などから健康に対する権利を指す言葉として「健康権」を用いることにする²⁴⁴。

²³⁹ Kim Nam Soon 他21人（共同研究）（2017）「高齢社会侵入による老人健康現状と保健医療・福祉サービスの提供モデル」韓国保健社会研究院、347 ページ。

²⁴⁰ Jang Young Soo（2019）は、健康権を身体を害されない権利の一部として解釈し、社会的基本権である保健権と区別されるとする。Jang Young Soo（2019）『憲法学第11版』弘文社、874 ページ。

²⁴¹ Hur Chang Hwan（2020）「綺麗な空気を享受する権利の保障に関する憲法的考察—PM2.5の有害性に関する議論を中心に—」成均館大学校法学専門大学院、164 ページ、Jung Jong Sup（2006）『憲法学原論』博英社、620 ページ。

²⁴² Hur Chang Hwan（2020）前掲、159-162 ページ、Kim Nam Soon 他21人（共同研究）（2017）前掲、347-348 ページ。

²⁴³ Sohn Jeong In 他1人（2016）の研究によると、健康権に関する386本の論文のうち、健康に対する権利を指す言葉として最も多く使われたのが健康権であり（96.1%）、次が保健権であった（16.3%）。Sohn Jeong In、Kim Chang Yup（2016）「概念としての健康権—命名、使用、頻度、そして趨勢」『批判社会政策』Vol.52、29ページ。

²⁴⁴ Hur Chang Hwan（2020）は、韓国の憲法学界で「保健権」と「健康権」が明確に区別されないまま使われている点、保健権の内容が健康権の内容と同一である点、そして健康権という用語が保健・医療学界で幅広く使われている点などから健康に対する権利を指す言葉として健康権を使っている。Hur Chang Hwan（2020）前掲、164 ページ。そして、Kim Nam Soon 他21人（共同研究）（2017）も、健康権と保健権が指す対象は同じもので、用語を区分して使うとしても大部分同じ基本権に関する内容を論議していると述べている。

Kim Nam Soon 他21人（共同研究）（2017）前掲、348 ページ。

健康権は憲法に明示的に規定されていない。だが、韓国の憲法裁判所をはじめ、国家人権委員会、法学界などで、健康権は憲法が保障する基本的な権利として認められていると言える。健康権は健康に関連するいくつかの憲法規定の解釈などから導き出されている。その根拠として挙げられている憲法規定は学者によって少し異なるが、主に憲法第10条の人間の尊厳と価値、幸福追求権、憲法第34条の人間らしい生活をする権利、そして憲法第36条第3項の保健に関する権利が多く挙げられている²⁴⁵。

まず、憲法第10条である。憲法第10条は「すべての国民は人間としての尊厳および価値を有し、幸福を追求する権利を有する。国家は個人が有する不可侵の基本的人権を確認し、これを保障する義務を負う」と規定している。人間の尊厳及び価値、そして幸福追求権の保障を国家の義務として定めている同条は、憲法理念の核心であると同時に憲法が志向する最高の価値であり、すべての基本権保障の終局的な目的である²⁴⁶。

さらに、憲法第10条は、すべての基本権の間接的な根拠条項として機能する²⁴⁷。一部の学者は憲法第10条からすべての基本権の前提条件となる生命権が導き出されるように、生命権の基本前提となる健康権も同条から導き出されることができると論じている²⁴⁸。健康ではない状態では生命の維持が困難になりやすく、そうなると憲法が定めているすべての基本権の享受が難しくなる。社会権規約委員会が一般的意見14で述べているように、「健康はすべての人権の行使に不可欠な要素である」からである²⁴⁹。

²⁴⁵ Sohn Jeong In (2017) の調査によると、健康権の法的根拠として憲法を言及した論文は113本であった。そのうち、憲法第36条第3項を言及した論文が一番多く、次が憲法第10条、憲法第34条第1項の順であった。Sohn Jeong In (2017) 「韓国社会における健康権の概念分析」ソウル大学校大学院、134ページ。

²⁴⁶ 憲裁 2003. 6. 26. 2002Hunma14、判例集 15-1、650、憲裁 2004. 10. 28. 2002Hunma328、判例集 16-2ha、209、憲裁 2018. 5. 31. 2016Hunma191、判例集 30-1ha、267。

²⁴⁷ Jang Byeong Yeon (2015) 「基本権保障のための憲法改正の方向—健康権を中心に—」『大韓政治学会報』Vol. 23 (4)、5ページ、Kim Joo Kyung (2013) 「健康権の憲法学的な内容とその実現」『法学研究』Vol. 23 (4)、90ページ。

²⁴⁸ Lee Jun Sang (1992) 「国民の基本権としての健康権」『健康ソシク』Vol. 16 (8)、42ページ、Jang Byeong Yeon (2015) 前掲、5ページ、Kim Joo Kyung (2013) 前掲、90ページ。

²⁴⁹ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会 (2000) 前掲、パラグラフ.1。

これに関する裁判所の判例をみると、釜山（プサン）地方裁判所は、「無免許医療行為に対する処罰の範囲と程度」の判決文において、憲法が志向する根本理念として、憲法10条が規定している人間の尊厳と幸福追求権に加えて、生命権、健康権と一緒に並べている²⁵⁰。健康権が憲法に明示的に規定されてはいないが、憲法が志向する根本的な理念の一つとして機能していると言える。

次に、健康権の根拠規定として挙げられているのが憲法第34条第1項である。憲法第34条第1項は「すべての国民は人間らしい生活をする権利を有する」と規定し、第2項は「国家は社会保障・社会福祉の増進に努力する義務を負う」と規定している。憲法裁判所は、人間らしい生活をする権利とは「社会権的基本権の一種として人間の尊厳に相応しい最低限の物質的な生活の維持に必要な給付を国家に積極的に要求することができる権利を意味する」と定義づけている²⁵¹。

法学界では、人間らしい生活の保障をめぐって、国家は最低限の物質的な生活だけを保障すればいいのか、それとも文化的な生活も保障しなければならないのかという二つの意見が存在する²⁵²。

まず、憲法裁判所の立場をみると「すべての国民が物質的な最低限度の生活を超えて、人間の尊厳に相応しい健康で文化的な生活を享受することができるようにしなければならない」ということは、立法部や行政部における行為の指針、つまり行為規範として作用するが、憲法裁判においては立法部や行政部が国民が人間らしい生活を営むことができるよう

²⁵⁰ プサン地方裁判所 1992. 11. 27. ja 92 令状 10114 決定 : 確定。

²⁵¹ 憲裁 2014. 3. 27. 2011Hunba396、判例集 26-1sang、431、憲裁 2004. 10. 28. 2002Hunma328、判例集 16-2ha、204-205。

²⁵² Cheon Kwang Seok (2014) 『韓国社会保障法論第10版』チプヒョンジェ、152 ページ、Kim Joo Kyung (2011) 前掲、141 ページ。

に客観的に必要な最低限の措置を取る義務を果たしたのかを基準に²⁵³、国家機関の行為の合憲性を審査する統制規範として作用する」と判示した²⁵⁴。

さらに「人間らしい生活をする権利の法的性質に照らしてみると憲法の規範力が及ぼす範囲とは『最低限の物質的な生存』の保障に必要な給付への要求権に限られるだけで、それによりそれ以上の給付を内容とする具体的な権利が直接に導き出されるわけではない」と判示し²⁵⁵、人間らしい生活をする権利を最低限の物質的な生活の保障に限定している。

これに対して、Kim Joo Kyung (2011) と Jang Byeong Yeon (2015) は、健康ではない状態、つまり疾病を抱える状態が長期間にわたって続くと、人間の労働能力が低下し、経済活動ができなくなり、その結果、最低限の物質的な生活の維持ができなくなるので、憲法裁判所が人間らしい生活の保障を物質的な保障だけにとどめておいても、健康権は憲法第34条第1項が定めている人間らしい生活をする権利を直接的な根拠規定として認められる基本権であるとの見解を示している²⁵⁶。

また、ソウル高等裁判所も人間らしい生活を「人間の尊厳に相応しい健康で文化的な生活」と定義しており²⁵⁷。その定義からすると、人間らしい生活を営む権利とは、健康な生活を営む権利として、健康権を保障していると言えなくもない。

²⁵³ 憲法第34条の規定に基づく憲法上の社会保障権は、その受給要件、受給者の範囲、受給額などの具体的な事項が法律に規定されることによって初めて具体的な法的権利として形成されるもので、社会保障権に関する立法の際には、国家の財政負担能力、全体的な社会保障水準と国民感情などの社会政策的な考慮、制度の長期的な持続などの様々な要素を勘案しなければならないので、立法者に広範囲な立法裁量を付与しなければならないと、立法部の広範囲な裁量権を認めている。憲裁 2003. 7. 24. 2002Hunma522、判例集 15-2sang、177、憲裁 2003. 5. 15. 2002Hunma90、判例集 15-1、596。

²⁵⁴ 憲裁 2003. 7. 24. 2002Hunma522、判例集 15-2sang、179。

²⁵⁵ 憲裁 2003. 7. 24. 2002Hunba51、判例集 15-2sang、117。しかし、状況によっては、人間の尊厳に相応しい生活に必要な‘最低限の物質的な生活’の維持に必要な給付を要求する具体的な権利が直接に導き出されることができると判示したこともある。憲裁 2003. 5. 15. 2002Hunma90、判例集 15-1、600。

²⁵⁶ Kim Joo Kyung (2011) 前掲、141 ページ、Jang Byeong Yeon (2015) 前掲、6 ページ。

²⁵⁷ 同時にソウル高等法院は、人間らしい生活について「これは、非常に抽象的・相対的な概念として、その具体的な内容がその当時の文化の発達程度、経済的・社会的条件、一般的な国民の生活状況などとの相関関係で判断され、決定されなければならない、同時に、その規定を現実的な立法で具体化する上では、国家の財政事情を無視することができず、また、多岐にわたる複雑で多様で高度で専門的かつ技術的な考察とそれに基づく政策的判断を必要とする」と判示した。ソウル高等法院 2016. 8. 19. 宣告 2015Nu70883 判決。

そして、人間らしい生活をする権利を社会保障の権利として理解し、そこから健康権を導き出す見解もある。例えば、Kwon O tak (2016) は、人間らしい生活をする権利を社会保障権として理解すると、健康問題が解決されないと社会的・経済的・文化的な領域における人間らしい生活が不可能となるので、憲法第34条第1項から個人の健康問題を積極的に解決することを要求する権利が導き出されると述べている²⁵⁸。

そしてPark Ji Yong (2019) は、人間らしい生活をする権利から所得保障、健康保障、そして福祉サービスを受ける権利などが導き出されるが、人間らしい生活をする権利を「社会保障権」として理解する場合、健康権の憲法的な意味は「健康に関する社会保障権」ないし「健康保障権」を意味すると述べている²⁵⁹。

次に、健康権の法的根拠として最も多く用いられるのが憲法第36条第3項である。同条項は「すべての国民は保健に関して国家の保護を受ける」と規定している。同条項は国民の保健に関する権利を規定しているため、一般的には保健権と呼ばれている。しかし、同条項が健康に関する権利を定めていることから健康権と呼ばれることもあり、健康権の直接根拠としてもよく用いられている。

例えば、Jung Jong Sup (2006) は、憲法第36条第3項が「保健に関する権利を有する」と定めず「国家の保護を受ける」と定めていることから、国民の基本権として保健に関する権利が認められるかどうかの問題になるが、これは国民の健康に対する国家の保護義務を定めていると同時に一定の範囲で健康権を保障しているものであると述べており、同条項を健康権の根拠条項として挙げている²⁶⁰。

Park Ji Yong (2019) は、憲法第36条第3項は、「単純に国家の国民に対する保健に関する保護義務を規定しているものだ」と消極的に解釈するのは妥当ではなく、憲法第34条第1項の人間らしい生活をする権利の具体的な内容として、また同権利との有機的な関係の中で憲法は健康権を主観的な権利として保障していると解釈しなければならない」と、憲

²⁵⁸ Kwon O tak (2016) 「国民健康権実現のための国民健康保険法の課題と改善方案—憲法的争点を中心に—」延世大学校大学院、39ページ。

²⁵⁹ Park Ji Yong (2019) 「人間らしい生活をする権利と健康権」『医療法学』Vol.20 (1)、9ページ。

²⁶⁰ Jung Jong Sup (2006) 前掲、620ページ。

法第36条第3項を憲法第34条第1項の人間らしい生活をする権利の具体的な内容として健康権を保障していると述べている²⁶¹。

憲法裁判所は、憲法第36条第3項の国民の保健に関する権利について「国民が自身の健康を維持するのに必要な国家的給付と配慮が要求できる権利」とし、さらに同条項における国家の保護義務については「国家は国民の健康を消極的に侵害してはならない義務を負うことからさらに一歩進み、積極的に国民の保健のために政策を樹立し、施行しなければならない義務を負うことを意味する」と判示した²⁶²

憲法裁判所の判例を見ると、憲法第36条第3項は主に保健権の根拠規定として用いられている²⁶³。だが、保健権と健康権を一緒に並べて使ったり²⁶⁴、健康権の根拠条項として憲法第36条第3項を挙げたりした判示もある²⁶⁵。これについて Hur Chang Hwan (2020) は、憲法裁判所や最高裁判所が保健権と区別される健康権の独自性を認めているかどうかは定かではないが、一連の判例からすると憲法裁判所は保健権と健康権の用語を区分せず、保健権と健康権を混用していると述べている²⁶⁶。

以上の憲法規定の他に、憲法上で唯一健康の言葉が使われている憲法第35条（環境権）をも根拠条項とする見解²⁶⁷、そして健康に関するすべての憲法条項を健康権の根拠条項とする見解などもある²⁶⁸。

²⁶¹ Park Ji Yong (2019) 前掲、15ページ。

²⁶² 憲裁 1995. 4. 20. 91Hunba11、判例集 7-1、491。

²⁶³ 憲裁 1995. 4. 20. 91Hunba11、判例集 7-1、491、憲裁 1998. 7. 16. 96Hunma246、判例集 10-2、310、憲裁 2004. 8. 26. 2003Hunma457、判例集 16-2sang、361-362、憲裁 憲裁 2007. 8. 30. 2006Hunma417、判例集 19-2、348、350、2013. 9. 26. 2010Hunma204、判例集 25-2ha、19。

²⁶⁴ 憲裁 1996. 10. 31. 94 Hunga7、判例集 8-2、418、憲裁 2005. 9. 29. 2005Hunba29、公報第108号、1045、憲裁 2015. 12. 23. 2015 Hunba75、判例集 27-2ha、644。

²⁶⁵ 憲裁 2010. 7. 29. 2008Hunga19、判例集 22-2sang、66。

²⁶⁶ Hur Chang Hwan (2020) 前掲、163ページ。

²⁶⁷ Moon Do Won (2017) 「軍の将兵の健康権の実態と権利救済に関する小考」『韓国軍社会福祉学』Vol.10 (1)、51ページ、Kim Joo Kyung (2011) 前掲、140ページ、Kim Gu Yeol 他2人 (2014) 「業務上の疾病可否に対する証明責任と勤労者の健康権保障—電子産業勤労者たちの職業性癌発病を中心に—」『共益と人権』Vol.14、94ページ。

²⁶⁸ Kim Sung Ryul (2016) 「憲法上の健康権の内容と食品安全の保障」『憲法学研究』Vol.22 (3)、155-156ページ。

以上のように、健康権の根拠規定として用いられている憲法条項や解釈は学者によって少し異なるが、憲法裁判所や法学界では健康権を憲法が保障する基本権として認めている点については大体意見が一致していると言える。

（２）韓国国内法律における健康権の規定

次に、韓国国内法律に規定されている健康権である。憲法が保障する健康権を明示的に規定しているのが「保健医療基本法」（2000年1月12日制定、2000年7月13日施行）である。同法は「憲法上に規定された国民の健康権を充実に保障し、福祉分野だけでなく保健医療分野でも国民の基礎的生活を保障することで汎政府的に推進している生産的福祉を志向するため」制定された²⁶⁹。

保健医療基本法第10条（健康権など）第1項は「すべての国民はこの法または他の法律が定めるものに基づいて、自身と家族の健康に関して国家の保護を受ける権利を有する」と規定し、すべての国民の健康権を保障している。さらに、同条第2項は「すべての国民は性別、年齢、宗教、社会的身分または経済的事実などを理由に自身と家族の健康に対する権利を侵害されない」と、いかなる権利の侵害をもされないことを定めている。

そして、障害者の健康権及び医療アクセスなどを保障するために制定された「障害者の健康権及び医療アクセスの保障に関する法律²⁷⁰」（2015年12月29日制定、2017年12月30日施行）は、健康権を次のように定義づけている。「健康権とは、疾病予防、治療およびリハビリ、栄養改善、リハビリ運動、保健教育及び健康生活の実践などに関する諸条件の整

²⁶⁹ 保健福祉部報道資料「保健医療基本法（案）立法予告」1999年7月6日付。

²⁷⁰ 同法律は、2014年障害者の実態調査及び2015年国民健康統計などにより、障害者の悪い健康状態と医療サービスへのアクセスの制限などの問題が明らかになったものの、障害者の健康権について具体的に規定している法律や障害者の健康権を保障するための制度的システムなどが整っていなかったことから、障害者の健康権及び医療アクセス性保障に関する法律を制定し、障害者の健康保健管理のための事業及び支援等に関する事項を総合的かつ体系的に規定することにより、障害者の健康増進に寄与する目的で制定された。Lim Jong Han（2017）「障害者健康権保護のための政策方向と課題：障害者健康主治医を中心に」『保健福祉フォーラム』Vol.246、41-44ページ、Lee Kyu Boem（2019）「障害者健康権及び医療アクセス性の保障について」『政策動向』Vol.13（5）、健康保険審査評価院、14-15ページ、保健福祉部委員長（2015）「（議案番号18132）障害者の健康権及び医療接近性保障に関する法律案（代案）」2ページ。

いを通じて最善の健康状態を維持する権利をいい、保健と医療サービスを受ける権利を含む」（同法律第3条2）。そして、同法律第2条は、障害者の①最適の健康管理と保護を受ける権利、②障害を理由に健康管理及び保健医療において差別的取扱いを受けない権利、③健康管理及び保健医療サービスのアクセスにおいて非障害者と同等なアクセス性を持つ権利を保障している。

障害者の健康権及び医療アクセスの保障に関する法律上の健康権の定義を用いて、韓国のいくつかの自治体では、市民の健康権保障のための様々な条例を施行している。例えば、京畿道健康基本条例（2017年11月13日施行）、軍浦市市民健康管理基本条例（2018年10月8日施行）、済州特別自治道道民健康管理基本条例（2019年5月8日施行）、仁川広域市市民健康権保障基本条例（2019年12月30日施行）などがある。そして近年では外国人、脆弱な労働者、青年などの権利主体の健康権保障に関する条例もいくつかの自治体で施行されている²⁷¹。

（3）韓国国内法上の健康権の性格と内容

①健康権の法的性格

次に、健康権の法的性格である。健康権の具体的な法的性格とその内容は、上記の保健医療基本法と憲法裁判所の判示、そして先行研究などから整理することができる。健康権の法的性格を巡って多様な見解が存在するが、大きく分けると二つの見解があると考えられる。第一に、自由権と社会権の両方の性格を有するとみなす見解、第二に、自由権と社会権の両方の性格を有するが、社会権の性格がもっと強いとみなす見解がある²⁷²。

²⁷¹ 例えば、井邑市青年基本条例（2020年4月10日施行）、光州広域市外国人住民の健康増進に関する条例（2020年7月6日施行）、大田広域市青年基本条例（2020年10月14日施行）、慶尚南道脆弱な労働者健康増進条例（2020年11月5日施行）などがある。

²⁷² Sohn Jeong In（2017）の研究によると、健康権が社会権と自由権のうち、どちらに属するかを言及した国内学術論文は65本であって、自由権と社会権の両方の性格を有するという立場の論文は18本、自由権と社会権の両方の性格を有するが、社会権の性格がもっと強いという立場の論文は6本、そして社会権の基本権という立場の論文は41本であった。Sohn Jeong In（2017）前掲、155ページ。

自由権が、個人が自由かつ平等に生きるために、国家に対して不当な干渉から個人の自由を保障することを求める権利とするなら、社会権は、人間が尊厳をもって人間らしく生きるために国家に対して必要な措置を取ることを求める権利であるといえる。

こうした自由権的性格と社会権的性格の両方を同時に持つという見解を示す学者は、健康権は国家に対して国民の健康を侵害しないように要求できる自由的権利であると同時に国民の健康増進のために国家に対して積極的な配慮と給付が要求できる社会的権利であると説明する²⁷³。

他方、健康権の自由権的性格を認めるけれども、社会権的性格の方が強いという見解を示す学者は、究極的に国民の健康権が達成されるためには、国家の積極的な給付が必要であるため、そういう側面を考慮すると健康権は自由権的性格と社会権的性格を有するが、社会権性格の方が主であると説明する²⁷⁴。結局、この見解も健康権の自由権的性格を認めているので、大きくみると健康権の法的性格は自由権的性格と社会的性格を同時に有するということで意見が一致していると言える。

②健康権の権利内容

健康権の具体的な権利内容についてみていく。まず、自由権としての健康権は、自己の健康を国家から侵害されない権利をその内容とする。その具体的な内容が規定されている保健医療基本法第10条第2項は「すべての国民は性別、年齢、宗教、社会的身分または経済的な事情などを理由に自身と家族の健康に対する権利を侵害されない」と規定している。国家の健康侵害の具体的な例としては、強制的な医学実験・予防接種・不妊治療などが挙

²⁷³ Kim Joo Kyung (2011) 前掲、158 ページ、Moon Do Won (2017) 前掲、49 ページ、Kim Gyo Sook (2010) 「勤労者の健康権」『労働法論叢』Vol.19、178-180 ページ。

²⁷⁴ Hong Sung Bang (2002) 『憲法学』玄岩社、589 ページ、Kwon Young Sung (1999) 『憲法学原論』法文社、613 ページ。

げられる²⁷⁵。しかし、このような例は「今日の時代状況に照らしてみると少し不適切な例である」という指摘もある²⁷⁶。

また、保健医療に関する知る権利・自己決定権・秘密保障なども自由権的性格を持つ健康権であるとする見解もあり²⁷⁷、これらの権利は保健医療基本法第11条（保健医療に関する知る権利）、第12条（保健医療サービスに関する自己決定権）、第13条（秘密保障）にそれぞれ規定されている。

社会権としての健康権は、自己の健康のために国家に対し、積極的かつ適切な措置をとるよう要求できる権利をその内容とする。代表的には自己の健康保護及び増進のための適切な保健・医療サービスの提供を受ける権利がある（保健医療基本法第6条）。このために国家及び自治体は、法的・制度的な措置を取り、これに必要な財源を確保しなければならない。また、すべての国民の基本的な保健・医療需要の平等な充足を図らなければならない。さらに、食品、医薬品、医療機器及び化粧品などの健康に関連する物品や健康に関連する活動から生じられる危害を防止し、国民の健康を害する諸要因から国民の健康を保護するための施策を講じなければならない（保健医療基本法第4条）。

そして、憲法裁判所の判例をみると、健康権の内容について次のように判示している。

「国民は保健・医療サービスに個人の身分や財産と関係なく等しくアクセスができ、保健・医療提供体制の中で保健医療資源（人員・施設・装備など）を等しく享受し、基本的に必要な量の必須サービスを受け、診療水準の差を排除する権利が脅かされると、これは憲法が保障する健康権と国家が国民に適正な医療給付を保障しなければならない社会国家的義務に違背される」²⁷⁸。この判示からすると、健康権の内容は、保健・医療サービスに

²⁷⁵ Jung Jong Sup (2006) 前掲、621 ページ。

²⁷⁶ Kim Joo Kyung (2011) は、今日においては国家などが国民の健康権を直接に侵害する目的で法律を制定したり、また、そういった目的で公権力を行使する例はあまりないと説明する。Kim Joo Kyung (2011) 前掲、160 ページ。

²⁷⁷ Shin Young Jeon (2011) 「社会権としての健康権：指標開発及び適用可能性を中心に」『批判社会政策』(32) 194-195 ページ。

²⁷⁸ 憲裁 2005. 3. 31. 2001Hunba87、判例集 17-1、331。

平等にアクセスできること、保健医療資源を平等に享受すること、基本的に必要な量の必須サービスを受け、そのサービスの水準に差がないことであると言える。

2. 韓国における国内法と国際法の関係

国際法上における健康権の概念を整理する前に、韓国における国内法と国際法の関係について整理しておく必要がある。

憲法第6条第1項は「憲法により締結、公布された条約はもちろん、一般的に承認された国際法規は国内法と同じ効力を持つ」と規定し、国際法の尊重原則を宣言している²⁷⁹。韓国では、憲法第6条第1項に基づいた条約、国際法規の場合、国内法体系に受容され、そのまま適用可能とする一元論を採択している²⁸⁰。

社会権規約は、憲法第6条第1項に基づいて批准された国際法であるため、韓国国内法と同じ効力を持つ。国際法と国内法の優先順位については、国内法秩序へ編入された国際法は国内法律と同位にあるが、憲法よりは下位にあるとする見解が一般的である²⁸¹。憲法裁判所も国際法と国内法律の同位説を採用している²⁸²。その論拠として、憲法は国家の最高規範で、条約は憲法の授権によって締結されるもので、憲法附則第5条は「この憲法施行当時の法令と条約はこの憲法に違背されない限りその効力を持続する」と規定しており、国際法は憲法の下位規範であると主張する²⁸³。

²⁷⁹ 憲裁 2011. 8. 30. 2007Hunga12 など、判例集 23-2sang、134。

²⁸⁰ Jung Jong Sup (2006) 前掲、201 ページ、Sung Nak In (2012) 『憲法学第12版』法文社、304 ページ、Lee Hye Young(2020) 「法院の国際人権条約の適用現状と課題 (要約本)」司法政策研究院、6 ページ。

²⁸¹ Hong Sung Bang (2002) 前掲、181 ページ、Lee Han Ki (1998) 『国際法講義新訂版』博英社、144 ページ。

²⁸² 憲裁 2001. 3. 21.99Hunma139、判例集13-1、677、憲裁 2019. 12. 27. 2018Hunba161、判例集 31-2ha、168。

²⁸³ Sung Nak In (2012) 前掲、304-306 ページ、Lee Joon Il (2005) 『憲法学講義』弘文社、189 ページ、Jang Young Soo (2019) 前掲、244-245 ページ。

一方、他の国際法と異なり国際人権規約は憲法的な効力ないし憲法的な地位にあるとする意見²⁸⁴がある²⁸⁵。その論拠としては、国際人権規約は憲法が規定している個人の根本的な自由と権利をその内容としており²⁸⁶、事案によってはより具体的な権利と内容を規定しているため、国際人権規約が規定している内容自体が憲法の問題であるとする²⁸⁷。

国際法と国内法律の同位説を採用すると、国際法と国内法律が抵触した場合、どちらを優先するかという問題が発生しうる。韓国では新法優先原則や特別法優先原則を適用して解決する²⁸⁸。

また、国際法が国内法体系に受容される場合、国際法がそのまま直接適用（直接的な裁判規範）となるのかという問題が提起される。つまり、個人が国際法を援用して裁判所で権利主張が可能かどうかという問題である。韓国では国際人権規約の場合、社会権規約、自由権規約ともに直接適用が可能であるとする見解²⁸⁹と社会権規約の直接適用を否定する見解²⁹⁰、そして直接適用が可能かどうかは条約ではなく条約の中の個別の条項によって異なるとする見解²⁹¹などがある。

²⁸⁴ Kim Chul Soo (2009) 『憲法学新論第19全訂新版』博英社、268 ページ、Kim Dae Soon (2013) 『国際法論第17版』三英社、257-258 ページ、Lee Myong Ung (2003) 「国際人権法の国際法的効力—憲法との関係及び憲法裁判所における法源性—（国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集）」国家人権委員会、54 ページ、Park Chan Un (2003) 「司法判断における国際人権法の適用可能性（国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集）」国家人権委員会、112 ページ。

²⁸⁵ Lee Hye Young (2020) 同上。

²⁸⁶ Lee Myong Ung (2003) 前掲、55 ページ。

²⁸⁷ Ryu Sung Jin (2013) 「憲法裁判における国際人権条約の援用可能性：米国、南アフリカ共和国、我が国の事例を中心に」『亜洲法学』Vol.7 (1)、18 ページ、Park Chan Un (2003) 前掲、119 ページ。

²⁸⁸ Lee Hye Young (2020) 前掲、6 ページ。

²⁸⁹ Lee Myong Ung (2003) 前掲、66、69、70 ページ、Lee Hye Young (2020) 前掲、2 ページ、Park Seon Uk (2013) 「国際人権条約の国内的適用—主要国の適用事例に関する比較法的考察—」『法学研究』(49) 424 ページ。

²⁹⁰ Choi Seung Hwan (1998) 「人権条約の効用性：国際人権規約を中心に」『国際人権法』(2)、29-30 ページ。

²⁹¹ Park Chan Un (2003) 前掲、110 ページ、Jeon Hak Seon (2008) 「国際人権法と憲法裁判」『米国憲法研究』Vol.19 (1)、203 ページ。

結局のところ、国際人権規約の直接適用の問題は裁判所の判断に委ねられるが²⁹²、韓国の裁判所（憲法・一般裁判所）が、国際人権規約の直接適用を認めているかどうかについては学者によって意見が分かれる。

一部の学者たちは、国際人権規約の直接適用に対する裁判所のこれまでの態度に対して、「憲法の解釈の参考資料として検討したり、または憲法違反を判断する際に国際人権法の違反も同時に判断するなどの付随的に活用する」だけで、直接適用はもちろん、間接適用²⁹³においても消極的な態度をとっていると批判している²⁹⁴。

こうした中で、良心的兵役拒否権を認めた判決で3人の裁判官が補充意見の中で初めて自由権規約が直接的な裁判規範となると判示して注目を浴びている。以下、良心的兵役拒否権を認めた判決の第2の多数補充意見を紹介する。

「…ヨーロッパの人権法院の判例などは我が国と直接な関連があると考え難いため、立法または政策的に制度を導入したり、法律を解釈したりする際に参考資料として考慮できるだけで、我が国に直接的な効力を持つことはできない。しかし、我が国が加入した自由権規約の場合、憲法第6条第1項により国内法と同一な効力を持ち、直接的な裁判規範となり得る点から次元を異にする。大法院や憲法裁判所も自由権規約の法律的な効力を認めている。…現行の憲法における国際平和主義と国際法の尊重主義は国家秩序の形成の基本方向を決定する重要な原理として認められており、立法部と行政部はもちろん、司法部などすべての国家機関は国際的協力の精神を尊重し、できる限り国際法規の趣旨を生かすように努力することが要請される。…自由権規約は国会の同意を得て締結された条約であり、

²⁹² Kim Tae Chun（2003）「裁判過程を通じた国際人権協約の国内的履行（国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集）」国家人権委員会、8ページ。

²⁹³ 間接適用とは、憲法その他の法規範、法原則を解釈、適用する際の指針として、あるいはその解釈・判断を補強するものとして国際人権基準を援用することをいう。阿部 浩己 他1人（1997）『テキストボックス国際人権法』日本評論社、34ページ。

²⁹⁴ Jeong In Seob（2000）「国際人権規約加入10年の回顧」『国際人権法』Vol.3、22ページ、Jung Kyung Soo（2000）「国際人権法の国内適用に関する批判的分析」『民主法学』Vol.17、158-161ページ、Jung Kyung Soo（2003）「国際人権規約の国内履行実態と増進方案（国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集）」国家人権委員会、95ページ、Lee Hye Young(2020) 前掲、6、15ページ、Ryu Sung Jin（2013）前掲、27ページ、Park Seon Uk（2013）前掲、423-424、429ページ、Kim Boo Chan（2014）前掲、407ページ。

憲法第6条第1項の規定により国内法的効力を持ち、その効力は少なくとも法律に準ずる。我が国の政府も1993年の国連自由権規約委員会に提出した最初の報告書はもちろん、1998年10月22日に開かれた1791回、1792回の会議のために国連自由権規約委員会に提出した第2次政府報告書で『自由権規約は憲法第6条第1項により国会の同意を得て政府により批准・公布されたもので、追加的な立法なしに国内法律の効力を有する。従って、行政部や司法部はその権限を行使する際に上記の規約を遵守する義務がある』とした。特に『憲法第37条第1項に基づき、規約により保障されたすべての権利は保障されなければならない。従って、憲法に直接に明示されていないものも規約は尊重されるべきであり、上記の規約以前の法律が規約の規定と衝突される場合、規約が優先され、大韓民国で制定されたどのような法律によっても、規約で規定された権利を侵害することはなく、そのような法律は憲法違反になる』ことを明らかにした。…良心の自由を保障した自由権規約第18条は特別な立法措置なしにわが国民に対して直接適用される法律に該当するとするのが大法院と憲法裁判所の見解である。…憲法第37条第1項に『国民の自由と権利は憲法に列挙されていないという理由で軽視されない』と規定されたように、自由権規約に明文の規定がなくても現代民主主義諸国家の時代精神に合うように自由権規約を解釈して基本的人権を導き出されるとするのはこの上なく妥当である。自由権規約のような国際人権規約の場合、法院は憲法上の基本権を解釈する際にはもちろん法律を解釈する際にも規約に一致するように努力しなければならない。国際人権規約に調和されるように法律を解釈するのは普遍的人権の観点から司法部の守るべき責務である。特に、自由権規約の場合、人権が単純に国内問題だけではなく全世界的・普遍的な問題という当為性から作られた国際人権規約として、大部分、個人に直接に権利を付与する条項で規定されている点からなおさらそうである」

295。

²⁹⁵ 大法院 2018. 11. 1. 宣告 2016do10912。

上記の第2の補充意見は法的拘束力はないが、初めて自由権規約が直接的な裁判規範になり得ることを明示的に認めた判示で²⁹⁶、自由権規約に明文の規定がなくても自由権規約の解釈を通じて基本的人権が導き出される点、そして国内法を解釈する際に国際人権条約に適合的な解釈をしなければならない点などを明示的に示した判示としてその意義が大きい。

しかし、同じ国際人権規約でありながら、自由権規約と異なり社会権規約は直接的な裁判規範となることを認めた判示はまだない²⁹⁷。憲法に含まれていない社会権規約の諸権利については、上記の第2の補充意見の論理展開を借りると、憲法第37条第1項により、尊重かつ保障されなければならない、これらの権利も憲法第6条第1項により国内法と同一な効力を有し、直接的な裁判規範となると考えられる。

そして、社会権規約も自由権規約と同様に人間の自由と権利を保障しており、またその内容の多くが憲法に含まれていることから、憲法と一緒にまたは単独で国内裁判所において直接的な裁判規範となると考えられる²⁹⁸。それだけでなく、憲法の健康権を解釈する際には、社会権規約及び一般的意見14などを指針として間接適用することも可能であると考えられる。社会権規約および一般的意見14は、韓国国内法上より健康権の権利内容などについて一層具体的かつ豊かに述べているため、実質的に健康権を主張する際には、それらも合わせて用いることがとても大事である。

²⁹⁶ 「ハンギョレ新聞」 「大法、国際人権規約も国内法と同一効力初明示」 2018年11月13日付、URL:https://m.hani.co.kr/arti/society/society_general/868646.html (2021年6月30日最終閲覧)。

²⁹⁷ それだけではなく、韓国は個人の権利救済ができる自由権規約の選択議定書には批准したが、社会権規約の選択議定書はいまだに批准していない。

²⁹⁸ Lee Myong Ung (2003) 前掲、65-66、73ページ。

3. 国際法上²⁹⁹における健康権の規定

(1) 社会権規約と社会権規約委員会の一般的意見14における健康権の規定

社会権規約は韓国国内法と同じ効力を持つ。それゆえ、健康権の概念を用いる際には、韓国国内法だけではなく、国際人権規約（社会権規約）、そして社会権規約の有権的解釈である一般的意見14なども合わせて検討することが大事である。特に、一般的意見14は、健康権の概念の定義、権利内容、そして健康権の完全な実現に向けた締約国の義務と違反内容などを韓国国内法上より、豊富かつ詳細に規定しており、それゆえ、健康権の概念を理解し、また、健康権を一層レベル高い権利として実現する上で非常に有益である。以下、その内容を簡単に整理する。

まず、国際法上における健康権の定義である。健康権は、世界保健機関（WHO）憲章（1946年採択、1948年発効）で初めて基本的権利として規定され、1948年の世界人権宣言、1966年の社会権規約において宣明された。その後、2000年に国連の経済的、社会的及び文化的権利委員会（以下、委員会という）が一般的意見14を採択することで、健康権の概念と健康権の完全な実現に向けた国家の義務と違反事項などが具体化された。

社会権規約第12条1は健康権を「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利」と規定している。健康権の概念をより具体的に記述している一般的意見14は健康権を「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要な様々な施設、物資、サービス及び条件の享受に対する権利」とし³⁰⁰、さらに「医療に対する権利だけではなく、安全な飲み水、十分な衛生、安全な食料、栄養及び住居の十分な供給、健康的な職業及び環境条件、並びに健康に関連する教育及び情報へのアクセスのような健康の基礎となる決定要素に対しても及ぶ包括的な権利として解釈される」と明記している³⁰¹。

²⁹⁹ 本研究で用いている国際法上における健康権関連規定は、松井芳郎編著（2009）『ベーシック条約集2009』を、社会的及び文化的権利委員会一般的意見の内容は、申 惠丰が翻訳した「『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見（1-4）」を参考に記したものである。

³⁰⁰ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）「一般的意見 14 到達可能な最高水準の健康に対する権利（規約12条）」パラグラフ.9。

³⁰¹ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.11。

さらに健康権は、「他の人権の行使にとって不可欠な基本的人権」であり、ゆえに、社会権規約に批准したすべての締約国は、健康権の「完全な実現を漸進的に達成するために自国における利用可能な手段を最大限に用いなければならない」³⁰²。

健康権の必修要素には、利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質が含まれる。簡潔に説明すると、利用可能性は、「機能する公的な保健及び医療施設、物資及びサービス並びにプログラムは締約国の管轄内で十分な量で利用可能でなければならない」。アクセス可能性は、物理的及び経済的にすべての人が差別なくアクセス可能でなければならない。その領域は無差別、物理的なアクセス可能性、経済的なアクセス可能性（負担可能性）、情報のアクセス可能性である。受容可能性は、医療倫理を尊重し、かつ文化的に適切でなければならない。質は、科学的及び医学的にも適切で、良質でなければならない³⁰³。

（２）社会権規約と一般的意見14が規定している健康権の完全な実現に向けた国家の義務内容

社会権規約に批准したすべての締約国には健康権の完全な実現のための様々な義務が課されている。韓国は1990年に自由権規約・社会権規約ともに批准しており、国際人権規約の締約国として、同規約が規定している諸権利を実現する義務を負っている。

一般的意見3及び14に定められている国家の義務は、即時に措置を取る義務、漸進的に達成する義務、中核的義務、尊重する義務、保護する義務、充足する義務などである。

まず、即時に措置を取る義務は、「規約が発効した後、合理的な短期間のうちに措置を取らなければならない」義務である。そのような措置は、「健康権の完全な実現に向けて、意図的、具体的かつ目標をもったものでなければならない」³⁰⁴。

³⁰² 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.1、国連（1966年採択）「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約」第2条1。

³⁰³ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.12。

³⁰⁴ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（1991）「一般的意見3 締約国の義務の性格（規約第2条1項）」パラグラフ.1、2、国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.30。

漸進的に達成する義務は、健康権の完全な実現を漸進的に達成する義務である。同義務は、世界の現実及びどの国も有する困難のゆえに、社会権の完全な実現は一般的に短期間に達成できないであろうということを認めたものである。しかし、健康権の完全な実現まで時間はかかるけれども、すべての締約国は、健康権の「完全な実現に向けて可能な限り迅速かつ効果的に移行する、具体的で継続的な義務を負っている」³⁰⁵。

中核的義務は、健康権における最低限かつ不可欠なレベルの充足を確保する義務である。具体的には、保健施設、物資及びサービス、基礎的な居所、住居及び衛生、安全な飲み水の十分な供給などへの無差別的なアクセスを確保しなければならない。同義務は、利用可能な資源が明らかに不十分な場合や様々な要因によって深刻な資源の制約が生じる場合でも、締約国に課せられている。したがって、締約国は資源が不十分な場合には比較的到低コストの目標プログラムの採択によって、社会の脆弱な立場にある者たちの権利の実現のために努力しなければならない。また、同義務は、いかなる状況においても、遵守しないことが正当化されることはできなく、締約国が資源の不十分を理由に同義務を履行できないとするためには、「利用可能なすべての資源を優先的に用いるためのあらゆる努力が行われたことを証明しなければならない」³⁰⁶。

尊重する義務は、健康権の享受に国家が直接的または間接的に介入することを控えるよう義務付けるものである。具体的には次のようなことを控えるよう義務付けている。「すべての人に対して、予防的・治療的・緩和的医療サービスへの平等なアクセスを拒否又は制限する」、「伝統的な予防的治療を禁止もしくは妨げる」、「安全でない薬品の販売及び強制的な医療実験を実行する」、「健康関連情報を検閲したり、意図的に不正確に述べる」、「健康関連事項に対する人々の参加を妨げる」などが含まれる³⁰⁷。

保護する義務は、締約国に対し、第三者が健康権の享受を妨げることを防ぐ措置をとるよう義務付けるものである。具体的には、「第三者によって供給される医療及び保健関連

³⁰⁵ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（1991）前掲、パラグラフ.9、国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.31。

³⁰⁶ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（1991）前掲、パラグラフ.10、11、12、国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.43、47。

³⁰⁷ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ.33、34。

のサービスに対する平等のアクセスを保障する立法及びその他の措置をとる」、「保健分野の民営化が保健施設、物資及びサービスの利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質を低下させる要因にならないことを確保する」、「医療行為者及びその他の保健専門職員が適切な教育技術及び倫理的行為準則に則ることを確保する」、「社会のすべての脆弱な又は疎外された集団、特に女性、子供、青少年及び高齢者を保護するための措置をとる」、「第三者が健康関連情報及びサービスに対する人々のアクセスを制限しないことを確保する」などが含まれる³⁰⁸。

最後に、充足する義務は、「国家に対し、健康権の完全な実現に向けて、適切な立法、行政、予算、司法、促進的及びその他の措置を積極的にとる」よう義務付けるものであり、同義務には環境整備、供給、促進の義務も含まれる。充足する義務には、「国内の政治的及び法的制度の中で健康権を十分に承認する（できれば立法によって実施する）」、「詳細の計画を伴う全国的な保健政策を採択する」、「栄養的に安全な食料と飲み水、基本的な衛生及び十分な住居と居住環境のような健康の基礎となる決定要素に対するすべての者の平等なアクセスを確保する」、「医者及びその他の医療要員の適切な訓練、並びに十分な数の病院、診療所及びその他の保健関連施設の設置を国全体での衡平な配分を考慮して確保する」、「すべての者にとって支払可能な公的、民間又はその混合の健康保険制度を提供する」などが含まれる³⁰⁹。

（3）社会権規約と一般的意見14が規定している締約国の義務違反

締約国の健康権の義務違反は国家がある行為をしたりあるいはしなかったりすることによって生じうる。行為をすることによる違反は、「中核的義務に合致しないいかなる後退的措置を取ること」、「健康権の継続的な享受に必要な立法の正式な廃止及び停止、または健康権に関連する既存の国内的・国際的な法的義務に明白に合致しない立法、もしくは政策の採用が含まれる」。行為をしないことによる違反は、「到達可能な最高水準の身体

³⁰⁸ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .33、35。

³⁰⁹ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .33、36、37。

と精神の健康の享受に対するすべての者の権利の完全な実現に向けて適切な措置を取るのを怠ること」、「職業上の安全と健康、また職業上の健康サービスに関する国内政策を持たないこと」、「関連法を執行しないことが含まれる」³¹⁰。

次に、尊重する義務、保護する義務、充足する義務の違反である。尊重する義務の違反は、健康権の基準に違反する国家の措置、政策、または法である。例えば、「法律上・事実上の差別の結果、特定の個人もしくは集団に対して保健施設、物資及びサービスへのアクセスを拒否する」、「健康の保護または治療によって重要な情報を意図的に差し支え又は不正確に述べる」、「健康権のいずれかの構成要素の享受を妨げる、立法の停止または法もしくは政策の採択」などである³¹¹。

保護する義務の違反は、「国家がその管轄内にある人を、第三者により健康権の侵害から保護するために必要なすべての措置を取らないこと」である。例えば、「個人、集団または企業の行為が他者の健康権を侵害しないように規制しない」、「暴力から女性を保護し、又は実行者を訴追しないこと」などである³¹²。

充足する義務の違反は、「健康権の実現を保障するために必要なすべての措置をとらないこと」である。例えば、「すべての者に健康権を保障することを目的とした国内保健政策を採択又は実施しない」、「個人または集団、特に脆弱な人々にとっての健康権の不享受を結果としてもたらす」、「公的資源の不十分な支出又は配分の誤り」、「保健施設、物資及びサービスの不均衡な配分を軽減するための措置をとらないこと」などである³¹³。

³¹⁰ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .47、48、49。

³¹¹ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .50。

³¹² 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .51。

³¹³ 国連 経済的、社会的及び文化的権利委員会（2000）前掲、パラグラフ .52。

第3節 韓国における健康権保障活動に関する近年の動向

近年、韓国では、市民団体などが連携・協力しながら健康権保障に関する多様な活動を行っている。ここでは、韓国のいくつかの市民団体などに焦点を当てて、具体的にどのような活動を行っているのかを紹介する。

1. 国家人権委員会³¹⁴

(1) 国家人権委員会の設立過程

韓国における健康権保障のための市民団体の具体的な活動の紹介に先立ち、国家人権委員会（以下、人権委員会と呼ぶ）の健康権保障に関する活動について紹介する。その前に、人権委員会の設置過程からみていく。

人権委員会の設置には市民団体の力が非常に大きかったと言える。「民主社会のための弁護士会」をはじめとする韓国の9人権団体は、1993年6月ウィーンで開かれる「世界人権会議」に参加するため、「民間団体共同対策委員会³¹⁵」を立ち上げた³¹⁶。「民間団体共同対策委員会」は、「世界人権会議」で提示された「国家人権機関の設立と運営に関する原則」に基づき、韓国国内における国家人権機関の設置に関する必要性を提起した³¹⁷。

その後、1994年7月にソウルで開かれた国連主催のアジア・太平洋地域の地域内の人権ワークショップ、国内民間団体が共同主催した1995年11月国際シンポジウムなどにおいて

³¹⁴ 国家人権委員会の紹介内容は、主に国家人権委員会のホームページを参考にして作成しており、より詳しい内容については、同委員会のホームページを参照されたい。国家人権委員会 URL:<https://www.humanrights.go.kr/site/main/index001>。

³¹⁵ 同委員会には、民主社会のための弁護士会、民主主義法学研究会、民主化実践家族運動協議会、仏教人権委員会、国際労働機関（ILO）全国労働者公対委、韓国キリスト教教会協議会人権委員会、カトリック人権委員会などが参加しており、民主社会のための弁護士会のHong Sung Woo人権弁護士が同委員会の常任代表として勤めていた。「ハンギョレ新聞」「（コラム）チョ・ヒョジュの人権オデッセイ ウィーン人権体制25年」2018年6月25日付、URL:<https://www.hani.co.kr/arti/opinion/column/847813.html>（2021年9月15日最終閲覧）。

³¹⁶ 「朝鮮日報」「世界人権大会参加 国際連帯模索」1993年3月17日付、23面、「ハンギョレ新聞」「世界人権大会参加20か国 保安法撤廃促し 共同決議」1993年6月19日付、15面。

³¹⁷ 人権法制定及び国家人権機関設置の民間団体共同推進委員会（1998）「（結成式資料集）人権法制定及び国家人権機関の設置 民間団体共同推進委員会」4ページ。

も国家人権機関の設置が要求された。こうした継続的な要求に答えて、当時、大統領候補者であった金大中氏は、国家人権機関の設置を公約として掲げた。そして、金大中政権の発足後、「人権法制定と国家人権委員会の設立」は金大中政権の100 大政課題として位置づけられた³¹⁸。

その後、金大中政権は、政権発足1年目である1998年9月に、世界人権宣言50周年を迎える1998年12月10日に人権法制定及び国家人権委員会の設置する方針を明らかにした³¹⁹。

しかし、法務部³²⁰が進めていた人権法案の主要内容は法務部傘下に国家人権機関を設置することになっており³²¹、その上、人権法制定過程において市民団体との協議を排除していたため、「民間団体共同対策委員会」の結成に参加した団体を含む29労働・女性・宗教・人権・市民団体は、国民の広範囲な意見をまとめて、透明かつ公開的な過程を通じて、正しい国家人権機関が設置されるよう、1998年9月17日に「人権法制定及び国家人権機関設置の民間団体共同推進委員会」を立ち上げた³²²。

同委員会は、法務部主導の人権法案に対応して、人権委員会法案を発表し、「人権委員会の法の正しい制定方向」に関する公聴会を開くなどの活動を行った³²³。そして、翌年には、保健医療・宗教・言論・教育・学術・環境・貧民・青年団体などが加わって、総71団体が参加した「正しい国家人権機関の実現のための民間団体共同対策委員会」に再編され、独立された国家人権機関の設置のための活動を続けた³²⁴。

³¹⁸ 国家人権委員会（2010）「人が人らしく生きる世の中（国家人権委員会ガイドブック）」7 ページ。

³¹⁹ 「ハンギョレ新聞」 「人権法12月10日公布」 1998年9月12日付、19面。

³²⁰ 日本の法務省に相当する韓国の行政機関。

³²¹ 国家人権委員会（2003） 「国家人権委員会年間報告書 2002_ 年間報告書 2（第1篇）」14 ページ。

³²² 人権法制定及び国家人権機関設置の民間団体共同推進委員会（1998）前掲、4 ページ。

³²³ 国会事務処 法制予算室（1999） 「人権法案の争点と立法的な課題」 4 ページ。

³²⁴ 正しい国家人権機関の実現のための民間団体共同対策委員会 「共対委紹介」 URL: <http://freedom.jinbo.net/hurights/>（2021年9月15日最終閲覧）。

国家人権機関の設置は、同機関の権限と地位などをめぐる法務部と市民団体などの3年余にわたる論議の末³²⁵、韓国の立法・司法・行政のいずれにも属しない独立した機関として、金大中政権4年目の2001年11月に発足された。

なお、国家人権委員会は国連が国際的な人権基準を各国で実現するため、各国に設置を求めている国内人権機関であるが、日本にはいまだ設置されていない。

(2) 国家人権委員会の目的と健康権に関する活動

人権委員会の目的は「すべての個人が有する不可侵の基本的人権を保護し、その水準を向上させることによって、人間としての尊厳と価値を実現し、民主的基本秩序の確立に貢献する（国家人権委員会法第1条）」ことにある。

人権委員会の主な業務は、人権保護向上に関するあらゆる事項を取り扱い、人権侵害と差別行為に対する調査と救済措置、人権に関する相談、国際人権条約の加入及び条約の履行に関する勧告・意見表明、そして人権保護に関する法令・制度・政策の研究及び改善勧告・意見表明などである³²⁶。

人権委員会が健康権の法的根拠として依拠している規定は、国連の経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約第12条第1項、憲法第10条、憲法第34条、憲法第36条第3項である³²⁷。そして、これらの規定に基づき、健康権に関する実態調査を実施し、国家に対して健康権の義務履行を助言・是正勧告などを行っている。

健康権に関する勧告事例をいくつか紹介すると、2005年、2011年2度にわたってホームレスの人権状況に関する実態調査を行い、貧困によって住居を失い、ホームレス状態に至

³²⁵ 国家人権委員会「委員会設立過程」 URL: <https://www.humanrights.go.kr/site/homepage/menu/viewMenu?menuid=001005001001002>（2021年9月15日最終閲覧）。

³²⁶ 国家人権委員会「委員会の性格」 URL: <https://www.humanrights.go.kr/site/homepage/menu/viewMenu?menuid=001005001001003>、「委員会の機能政策」 URL: <https://www.humanrights.go.kr/site/homepage/menu/viewMenu?menuid=001005001003001>（2021年6月7日最終閲覧）。

³²⁷ 国家人権委員会報道資料「人権委、流通業従事者の健康権と休む権利を保障すべき」2019年8月8日付、2ページ。

った者の人権状況の深刻さを明らかにし、それを踏まえて政府に対し、ホームレスの住居権・医療権・健康権を保障する政策を作るよう勧告した³²⁸。

そして2018年に「老人人権モニタリング」を実施し、療養病院で高齢者の健康権、自己決定権、宗教の自由、人格権、患者と保護者の知る権利が侵害されていること、そして療養病院の従事者に対する人権教育が行われていないことなどを明らかにし、それらの結果を基に、療養病院に入院した高齢患者の人権を保護するため、「医療法」、「医療法施行令」、「医療法施行規則」に人権教育に関する根拠規定を新設するよう保健福祉部に勧告した³²⁹。

また、「障害者活動支援法」に基づき、一日最大24時間まで活動支援サービスを受けていた障害者が、65歳になると、自動的に老人長期療養保険制度の給付対象者になり、サービスの時間が一日最大4時間に縮小されることに対し、12人の重度障害者が人権委員会に緊急救済を申請した。これを受けて人権委員会は、重度障害者が65歳に到達したことだけで、サービスの時間を減らすことは重度障害者の生命権・健康権に深刻な被害をもたらす可能性があり、65歳以上の重度障害者のニーズに合わせた社会サービスが提供されなかったり、または、不十分なサービスによって発生する生命権危険状況を放置することは国家の不作为による人権侵害であると判断し、緊急救済を決定した。そして、自治体長、保健福祉部などの関連機関に、65歳障害者の活動支援サービスの中断に対する対策を早めにとるよう勧告した³³⁰。

これらの他にも人権委員会は、流通業の従事者、拘禁施設の収容者、重度障害者、北朝鮮離脱住民などの健康権の実態調査なども実施し、彼らの健康権が保障されるよう政府に意見表明、勧告などを行っている。

以上のような健康権保障のための人権委員会の活発な活動について、Kim Chang Yup (2013) は、韓国社会における人権に関する論議の発展に決定的に寄与したのは、人権委

³²⁸ 国家人権委員会報道資料「ホームレス住居・医療・健康権保障政策づくりを」2013年2月5日付。

³²⁹ 国家人権委員会報道資料「人権委、療養病院人権教育勧告」2020年11月10日付。

³³⁰ 国家人権委員会報道資料「人権委、65歳障害者活動支援サービスの中断緊急救済及び緊急政策勧告決定」2020年2月11日付。

員会の設置であると評価しながら、これまであまり注目されなかった健康と保健医療分野の人権も人権委員会の健康権に関する多様な活動によって注目されるようになったと述べている³³¹。

2. 健康セサン（世の中）ネットワーク³³²

健康セサンネットワーク（以下、健康セサンと言う）は、1999年7月に国民の健康権の保障のために立ち上げた「国民健康権確保のための汎国民連帯」を継承して、2003年4月に新しく発足した市民運動団体である³³³。

健康セサンは、すべての人の健康権が保障される社会を志向する市民と患者の団体である。主な活動は、健康権を脅かす利潤追求中心の諸制度・政策を改善するための諸活動や健康権享受における経済的・社会的弱者への差別をなくすさまざまな活動を行っている。そして、障害者、高齢者、貧困者、外国人労働者などのマイノリティグループの健康権保障のために活動している団体との連帯活動も行っている³³⁴。

具体的には、声明、記者会見、論評などを通じて健康権を侵害しうる諸制度・政策の実施を阻止したり、健康権保障のための諸制度・政策の実施を促したりする活動や医療民営化反対キャンペーン、無償医療政策フォーラム開催、営利病院の導入反対のための労働市民社会団体の共同決議大会なども行っている。さらに、他の市民団体とともに健康権の保障実態に関する研究を行ったり³³⁵、保健、医療、長期療養などの討論会、ワークショップ、公聴会などにも積極的に参加したりしている。

³³¹ Kim Chang Yup（2013）「健康と人権韓国的状況と展望」『保健学論集』Vol.50（2）、85ページ。

³³² 健康セサンネットワークの紹介内容は、主に健康セサンネットワークのホームページを参考にして作成しており、より詳しい内容については、健康セサンネットワークのホームページを参照されたい。健康セサンネットワーク URL:<http://www.konkang21.or.kr/>

³³³ 「DAYILMEDI」 「健康連帯『健康セサンネットワーク』として再出発」2003年4月23日付、<https://dailymedi.com/detail.php?number=633967&thread=22r01>（2021年9月15日最終閲覧）。

³³⁴ 健康セサンネットワーク「紹介」 URL:<http://www.konkang21.or.kr/index.php?subPage=110>（2021年9月15日最終閲覧）。

³³⁵ 健康セサンネットワーク貧困層健康権チーム・東子洞サランバン・サランバン町共済協同組合（共同研究）「東子洞チョッパン住民の健康権実態調査『東子洞チョッパン金氏は健康なのか』」健康セサンネットワーク・市民健康増進研究所・アルムダウン（美しい）

そして、長期療養分野においては、老人長期療養保険制度の導入準備期から現在に至るまで様々な活動を行っている。例えば、盧武鉉政権下で、公的老人長期療養保険制度に対する立場を発表した（2004年2月19日）。健康セサンは、老人療養保障制度の導入は歓迎するが、給付サービスの再設計、財源における国家負担の拡大、障害者を含む普遍的な制度、公共中心の施設拡充などを提案しながら、老人療養保障制度は徹底した準備を通じて導入されるべきであると主張した³³⁶。

2005年10月19日に保健福祉部が「老人スバル保障法³³⁷」を立法予告した際には、健康セサンをはじめとする38団体が2005年11月に「国民療養保障制度を勝ち取るための連帯会議の準備委員会」を立ち上げて、「老人スバル保障法案」の国会上程を阻止する立場を明確にした。そして、2006年4月に同準備委員会を「長期療養保障制度を勝ち取るための連帯会議」に再編し、長期療養保障法がすべての国民を包括する普遍的な制度として、また、政治的な道具ではなく、国民の大事な暮らしのセーフティネットとして働くことを目指して、「長期療養保障法制定のための公開討論会」を開催するなど、様々な活動を行った³³⁸。

そして、2006年11月に国会で開かれた「長期療養保険法制定に関する公聴会」では、健康セサンのCho Kyung Ae代表が参加し、長期療養保障制度の在り方について意見を述べた。具体的には、長期療養ニーズを有する人なら機能喪失の原因を問わず、誰でも利用できる普遍的な制度であるべきで、ニーズがあるにも関わらず、自己負担という経済的な壁によ

財団（共同研究）（2017）「生計型健康保険滞納者の実態調査及び制度改善研究」などがある。

³³⁶ Cho Kyung Ae（2007）「老人長期療養保険法制定過程における市民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、40ページ。

³³⁷ 政府側は2005年9月15日公聴会で、公的長期療養保障制度の名称をいきなり「老人療養保険法」から「老人スバル保障法」に変更した。政府側は、スバルという言葉が、付き添って面倒を見るという意味の純粋な韓国語であり、非医療的サービスを目的とする同制度に符合すると述べた。これに対し、公聴会に参加していた大部分の団体は反対の意見を示した。例えば、女性団体連合、大韓老人会は、スバルという言葉が家父長的な意味を含んでおり、非専門的な意味に解されるため反対の意見を示し、医師協会と看護師協会は、スバルという名称は、老人長期療養保護の概念を縮小し、保健、医療、福祉の連携という概念を損なうという点から反対した。結局、制度の名称は「老人長期療養保険制度」に変更された。Cho Kyung Ae（2007）前掲、47-48ページ。

³³⁸ 長期療養保障制度を勝ち取るための連帯会議（2006）「長期療養保障制度を勝ち取るための連帯会議発足式資料集」1、9ページ。

りサービスを利用できない人が発生しないように自己負担率を10%以内にすべきであるとの内容などを主張した³³⁹。

3. 市民健康研究所³⁴⁰

市民健康研究所は、健康セサンネットワークから独立して2006年に創立された社団法人の研究所以である³⁴¹。ソウル大学保健大学院の Kim Chang Yup 教授が所長（理事長兼任）に務めている。同研究所は、健康権に基づき、社会から人の暮らしまでを、幅広く見つめて多様な代案を模索する革新的な研究共同体を目指しており³⁴²、韓国政府や企業からの支援及び研究依頼は受けず、会員の参加と支援金だけで運営する非営利民間独立研究所である³⁴³。2020年3月現在、会員数は372人である³⁴⁴。

市民健康研究所には、①健康公平性研究センター、②健康政策研究センター、③世界化と健康研究センター、④ジェンダーと健康研究センター、⑤地域健康研究センターの5研究センターがあり、保健・医療、長期療養などの健康関連の諸政策を評価して、論評や声明などをしたり、また、一般市民を対象に健康関連の多様なテーマのセミナーなどを開いたりする活動を行っている³⁴⁵。

長期療養保障に関するいくつかの論評を紹介すると、まず、「認知症国家責任制」については、「認知症」だけを国家責任とすることに疑問を抱きながら、ケア対象は疾病の種類やカテゴリー別に分けるのではなく、ケアの必要度を国家が判断し、結果的にはすべて

³³⁹ 国会事務処（2006a）「第262回国会（定期会）保健福祉部委員会会議録第7号」10-12ページ。

³⁴⁰ 市民健康研究所の紹介内容は、主に市民健康研究所のホームページを参考にして作成しており、より詳しい内容については、同研究所のホームページを参照されたい。市民健康研究所 URL:<http://health.re.kr/>。

³⁴¹ 健康セサンネットワークから独立したのは2010年3月で、それ以前までは健康セサンネットワークの付設機関であった。

³⁴² 市民健康研究所「研究所紹介」URL:http://health.re.kr/?page_id=37（2021年9月15日最終閲覧）。

³⁴³ 市民健康研究所（2021）「市民健康研究所10周年百書『創立15年、跳躍10年』」4、21、43ページ。

³⁴⁴ 市民健康研究所（2021）前掲、28ページ。

³⁴⁵ 市民健康研究所「研究所紹介」URL:http://health.re.kr/?page_id=37、「組織構成」URL:http://health.re.kr/?page_id=39（2021年9月15日最終閲覧）。

のケアを社会化する「高負担ケアの国家責任制」へと拡大されるべきであると述べている³⁴⁶。

次に「コミュニティケア」については、コミュニティケアの必要性だけは全的に同意するが、保健福祉部の資料には、この事業の基本概念図から政策と供給者中心に偏っており、保健－医療－ケア－福祉の全体範囲において当事者と話し合い、当事者が最も適切なサービスを受けられるように支援・調整し、連携する役割が明確にされていないと論評している³⁴⁷。

そして、国家人権委員会が依頼した健康権保障に関する研究にも参加するなど³⁴⁸、多様な主体の健康及び健康権の保障実態を明らかにする研究調査を行い³⁴⁹、これらの研究結果を基に、国会討論会にも参加するなど多様な活動を行っている³⁵⁰。また、2015年からは毎年「市民健康実録³⁵¹」を発刊している。

4. 健康権実現のための保健医療団体連合³⁵²

健康権実現のための保健医療団体連合は、1987年6月民主抗争の際に、非民主的かつ反民主的な社会体制と政治現実を克服し、医療問題を解決するために結成された保健医療団

³⁴⁶ 市民健康研究所「『認知症国家責任制』を歓迎する。しかし…」2017年6月5日付、URL:<http://health.re.kr/?p=3730>（2021年9月15日最終閲覧）。

³⁴⁷ 市民健康研究所「『コミュニティケア』が成功するためには」2019年1月14日付、URL:<http://health.re.kr/?p=5187>（2021年9月15日最終閲覧）。

³⁴⁸ 例えば、国家人権委員会（2007）「老人福祉サービスにおける老人健康権保障の実態調査」、国家人権委員会（2020）「移住者健康権実態と医療保障制度改善方案研究」がある。

³⁴⁹ 健康セサン（世の中）ネットワーク・市民健康増進研究所・アルムダウン（美しい）財団（共同研究）（2017）「生計型健康保険滞納者の実態調査及び制度改善研究」、市民健康研究所（2018）「子供健康権事業報告書2013-2016」などがある。

³⁵⁰ Kwon Mi Hyuk 国会議員（共に民主党）などが主催した「健康保険滞納問題の解決のための制度改善討論会」（2017年1月17日）に参加した。

³⁵¹ 「市民健康実録」は、国内及び国外において1年間起きた事件の中で、健康と人権の観点から特に意味があると思われるイシュー選定して記し、それに対して論評する発刊物である。市民健康研究所「2020市民健康実録」URL:<http://health.re.kr/?p=7746>（2021年6月22日最終閲覧）。

³⁵² 健康権実現のための保健医療団体連合の紹介内容は、主に同連合のホームページを参考にして作成しており、より詳しい内容については、同連合のホームページを参照されたい。健康権実現のための保健医療団体連合 URL:<http://kfhr.org/>。

体のうち、民衆と国民の健康権確保のための活動を行い、またその活動を共有してきた6保健医療団体³⁵³が集まって、2001年6月に結成した連合組織である³⁵⁴。

同連合は、保健・医療、療養、ジェンダー、人権、労働、環境、反戦、平和などの分野における健康権関連の諸政策やイシューなどを取り上げて分析・評価し、事案によっては他の市民団体とともに共同記者会見を行ったり、大統領への公開状を出したりする活動を展開している³⁵⁵。また、保健・医療フォーラムや海外招聘講演を開催するなど、現在も健康権実現のための活発な活動をしている。例えば、2010年には、「全日本民主医療機関連合会」の副会長他2人を招聘し、「韓・日医療民営化の現状と改革医療運動の課題」という主題でディスカッションを行った³⁵⁶。

そして、長期療養保障制度については、制度導入過程から積極的な意見表明をしている。具体的には、声明や記者会見などを通じて、盧武鉉政権が進めている老人長期療養保険制度³⁵⁷を次のように批判した。長期療養分野を市場化・営利化すると公共性が破壊され、すべての高齢者に制度の効果が行きわたらず、労働者の劣悪な処遇を生み出す。また、利用者の自己負担率を20%にすることは、利用者本人と家族の負担を増加することになるので、老人長期療養保険制度は、サービスを受ける者と提供する者の両者の権利を侵害する性格を有している。老人長期療養保険制度は、誰もが利用できる普遍的な制度として、国家と

³⁵³ 6保健医療団体は、「健康権実現のために行動する看護師会」、「健康社会のための薬師会」、「健康社会のための歯医者会」、「労働健康連帯」、「人道主義実践医師協議会」、「真医療実現青年漢医師会」である。そして、これらの団体のほとんどは、1999年7月に国民の健康権の保障のために立ち上げた「国民健康権確保のための凡国民連帯」にも参加していた。そして、「健康社会のための薬師会」の全身である「民主薬師同友会」が「農民薬局」の開設を積極的に進めた。

³⁵⁴ 健康権実現のための保健医療団体連合「紹介」 URL:http://kfhr.org/?page_id=37400 (2021年6月22日最終閲覧)。

³⁵⁵ 例えば、健康権実現のための保健医療団体連合を含む韓国の72つの労働市民団体と209人の市民は、韓国及び米国大統領に、高所得国家と低所得国家の間におけるコロナワクチン接種に対する不平等問題を批判しながら、その解決を促す公開状を出した(健康権実現のための保健医療団体連合「韓・米首脳会談でコロナ19ワクチン不平等解決を促す公開書簡」2021年5月18日付、URL:<http://kfhr.org/?p=130447> (2021年6月21日最終閲覧))。

³⁵⁶ 健康権実現のための保健医療団体連合「全日本民医連招請討論会：韓・日医療民営化の状況と改革的な医療運動の共同対」2010年10月21日付、URL:<http://kfhr.org/?p=31394> (2021年6月21日最終閲覧)。

³⁵⁷ 当時の名は老人スバル保険制度であった。

自治体の責任を明確にして療養サービスの公共性を強化し、また、労働者の労働権を確保する制度として作らなければならない³⁵⁸。

そして、制度の施行後にも、「長期療養機関の評価方法などに関する告示」に対する声明を出し、長期療養機関の評価方法を次のように指摘した。長期療養機関の評価方法は、療養サービスの質をきちんと評価するにはふさわしくなく、はたして受給者の医療サービスの質を改善し、かつサービスの公共性を強化することができるか不安である。長期療養機関の評価の目的がサービスの質の向上にあるだけに、療養サービスの質の評価がきちんとできるよう、評価項目及び方式などの評価基準に対する全面的な再検討を要求する³⁵⁹。

5. 農民薬局

農民薬局は、「健康な社会、健康な農民」を掲げて、農民の健康権を確保するために開設された薬局である³⁶⁰。農民薬局が初めて開設されたのは、1990年4月全羅南道羅州（ナジュ）である。当時、羅州では、1987年6月民主抗争をきっかけに結成された「民主薬師同友会³⁶¹」の薬師などが毎週日曜日に無料診療活動を行っていた³⁶²。しかし、週1回の診療だけでは不十分であったため、農民の健康のために、薬師、医師、農民会、農民たちがお金を出して農民薬局を開設した³⁶³。

³⁵⁸ 健康権実現のための保健医療団体連合「老人スバル保険法のいい加減な処理を糾弾する！」2006年11月9日付、URL:<http://kfhr.org/?p=36649>（2021年9月15日最終閲覧）、「国民負担増加、看病人の労働権を悪化させる老人スバル保険法強行糾弾記者会見」2006年12月3日付、URL:<http://kfhr.org/?p=36663>（2021年9月15日最終閲覧）。

³⁵⁹ 健康権実現のための保健医療団体連合「長期療養機関評価方法などに関する告示に対する労働市民社会団体の立場」2009年2月27日付、URL:<http://kfhr.org/?p=33856>（2021年9月15日最終閲覧）。

³⁶⁰ 「韓国農政新聞」「農民薬局、農民たちと共にします」2012年4月2日付、URL:<http://www.ikpnews.net/news/articleView.html?idxno=16514>（2021年6月21日最終閲覧）。

³⁶¹ 「民主薬師同友会」は、1990年に「健康社会のための薬師会」に変更・発展された。

³⁶² 「市民のメッセージ（週間新聞）」「全国初の消費者主体の農民保健運動17年目」2007年4月5日付、URL:<http://www.siminsori.com/news/articleView.html?idxno=56947>（2021年6月21日最終閲覧）。

³⁶³ 当初は、「農民健康センター」を設置する予定であったが、設置費用問題のため、比較的設置費用が安い「農民薬局」を設置することとなった。「韓国農政新聞」「農民健康・農村民主化の責任を負う」2010年5月31日付、URL:<http://www.ikpnews.net/news/articleView.html?idxno=11257>（2021年6月21日最終閲覧）、「ハンギョレ新聞」「（この人）田んぼで畑で農民の健康を守る20年」2010年11月19日付、URL:<https://www.hani.co.kr/arti>

農民薬局は、農民の力で、農民のために作られた薬局であるだけに、収益は農民のために使われている³⁶⁴。農民薬局の主な業務は、一般薬局と同様に薬師が処方箋を基に薬を調剤することであるが、一般薬局と異なる点は、主に地域の農民を対象として運営されているため、農民の健康相談や無料巡回診療（毎月2回）、そして各地域の農民会と一緒に農民の職病に関する研究調査などの活動を行っている点などである³⁶⁵。農民薬局は2021年現在、全国9つの農村地域で開設・運営されている。

第4節 小括 一健康権の実現手段としての長期療養サービス一

以上、健康権に関する議論の蓄積や韓国高齢者の生活問題を考慮すると、とりわけ高齢期の健康権保障において重要な地位を占めてくるのが長期療養保障であり、その中核的な制度として現代の老人長期療養保険制度は位置づけられる。

韓国の老人長期療養保険制度の長期療養サービスは、日本の介護保険制度の介護サービスにおおよそ相当する。

老人長期療養保険制度を推進した公的老人療養保障推進企画団は長期療養を「依存状態の老人または生活上の障害を有する老人に長期間（6か月以上）にわたって日常生活遂行能力を助けるために提供される保健・医療・療養・福祉などのすべての形態の保護サービス」と定義している。この定義における長期療養の概念はOECDの long-term care の概念を準用している³⁶⁶。

i/area/area_general/449733.html#csidx261fe9b0f41fc09a41924534f97b883（2021年6月21日最終閲覧）。

³⁶⁴ 「南道日報」 「企画（現場の人たち）羅州農民薬局の薬師たち」 1999年8月28日付、URL: <http://www.namdonews.com/news/articleView.html?idxno=1645>（2021年6月21日最終閲覧）。

³⁶⁵ 「中央日報」 「忠北、初の農民薬局に志願しました」 2008年9月10日付、URL: <https://news.joins.com/article/3293050>（2021年6月21日最終閲覧）、 「南道日報」 前掲（1999年8月28日付）。

³⁶⁶ 公的老人療養保障推進企画団（2004b） 「公的老人療養保障体系最終報告」 2ページ。

OECDは long-term care を「長期にわたり日常生活の基本的活動を介助に頼る人向けの様々なサービスで、日常生活の基本的活動には入浴、着脱衣、食事、寝起き、起立・着席、歩行、トイレ使用などが含まれる」と定義している³⁶⁷。

そして、老人長期療養保険法第2条2は長期療養給付を「6か月以上の間、一人で日常生活が遂行しがたいと認められた者に、身体活動、家事活動などの支援又は看病などのサービスやその代わりに支給する現金などをいう」と定義している。

これらの定義から長期療養サービスとは、長期にわたり、一人で日常生活を営むことが困難な者に、生活の自立を支えるために提供される医療・保健・療養・福祉などの包括的な生活援助サービスであると言える。

長期療養サービスは、要長期療養者が日常生活動作に支障が出ることで、日常生活が崩れ、健康状態の悪化及び生命維持の危険にさらされないように要長期療養者の生活を支えるサービスである。同サービスを享受する権利は健康権であり、その享受の権利の確実な保障は、健康権の完全な実現のために不可欠である。

以上のように、長期療養サービスは健康権を実現する核心たる手段の一つである。韓国で、健康権が提唱され始めた時期には、保健・医療制度が健康権の中核たる手段として挙げられ、保健・医療制度を中心に健康権保障の研究及び活動が行われていた。しかし、現在は、長期療養保障制度も視野に入れて、健康権保障活動を行っている市民団体が多く、それが今は主流となっているといっても過言ではない。民間レベルでは、長期療養保障制度を医療制度と並んで、健康権を実現する中核的な措置の一つとして認識していると言える。

ただ、韓国における健康権に対する認識は、国家人権委員会や一部の学者及び民間団体を除くと、一般市民社会まではそれほど広がっておらず、韓国における健康権は、主に国に対して医療保障制度の充実を要求する法的根拠として長く用いられてきたため、長期療養サービスが健康権を実現する手段の一つであるという認識はいまだ乏しい感がある。健康権の保障を掲げて活動している諸団体が高齢者の長期療養問題を健康権の観点から議論

³⁶⁷ OECD (2005) 「Long-term Care for Older People (Summary in Japanese)」 1 ページ。

するようになったのは2000年以降、長期療養の社会化が進めるようになったからであり、それ以前の韓国では、高齢者の長期療養は、親を扶養する子の義務の一つとして、家庭内で解決すべきこととされており、そのため、現在のように健康権を根拠にして、国家に対して長期療養保障を充実するよう要求することはあまりなかった。今日、紆余曲折がありながらも老人長期療養保険制度と健康権の議論が関連付けられて行われるようになってきているが、いまだ市民社会における力量は乏しく、人権向上への葛藤が続いている。

他方、日本においては1990年代後半からの社会福祉基礎構造改革の流れの中で、介護保険制度は医療費抑制や保育・障害者福祉など多分野における社会保障に対する権利の解体のための実験装置（市場化、営利化、契約方式、応益負担の推進等）として導入され、現在も社会保障費抑制政策が強力に進められている経緯がある。

そのことを念頭に置くと、韓国の現在の文政権下における老人長期老人保健制度をめぐる改革は、健康権としての長期療養保障を実現するか、それを頓挫するかの重要な分かれ道にあると思われる。以上の問題関心から本稿では以下、韓国における老人長期療養保険制度形成までの歩みと、現状について分析する。

第3章 長期療養サービスの形成・発展 —健康権の観点から—

本章では、老人長期療養保険制度登場までの前史として、健康権の観点から韓国で長期療養保障がどのように形成・発展してきたのか、そして韓国政府は要長期療養高齢者の長期療養ニーズにどのように対応してきたのかを、韓国の社会的・経済的・政治的な状況を踏まえて各政権（李承晩政権から金泳三政権まで）に区分し、政策資料及び当時の新聞記事、そして先行研究などを用いて分析を行う。

第1節 李承晩（イ・スンマン）政権（1948年7月～1960年4月）

1945年8月15日、朝鮮半島は日本の植民地支配から解放された。しかし、解放後、アメリカとソ連のイデオロギー（資本主義対社会主義）の対立により、朝鮮半島は北緯38度線を基準に分断され、北はソ連軍が、南はアメリカ軍が分割統治するようになった。

国連は1947年11月14日、韓国総選挙に関する決議案を採択し、韓国国民の自由と独立のため、1948年3月31日以内に秘密選挙を実施し、中央政府を樹立することを勧告した³⁶⁸。しかし、ソ連と北朝鮮が総選挙の実施を拒否したため、1948年5月10日南だけ国会議員選挙が行われた。その後、同年7月20日に初代大統領として李承晩氏が選出され、8月15日に大韓民国が樹立された。

李承晩政権は、米ソ冷戦体制下で誕生したため、発足初期から政権の統治理念として反共主義を掲げた。反共主義は、李承晩政権に反対する者を左派とみなして弾圧する正当性を与えた。李承晩政権下では、労働者及び労働組織など徹底的に排除され、労働運動や革新政党の活動が難しく、社会福祉政策に対する階級や利益集団の要求が発生しにくい状況に置かれていた³⁶⁹。

³⁶⁸ 国連（1947）「The Problem of the Independence of Korea」。

³⁶⁹ Chung Moo Kwon（1996）前掲、329-330 ページ。

韓国憲法（1948年7月17日制定・施行）は、教育権、勤労権、生活保護を受ける権利など国民の自由と権利を定めているが、李承晩政権下では、これらの権利を実現するための具体的な立法と政策措置などほとんど行われなかった。

例えば、韓国憲法第19条は「老齢、疾病その他労働能力の喪失により生活維持の能力を有しない者は、法律の定めるところにより、国家の保護を受ける」と、生活を維持する能力がない高齢者などは国家の保護を受けると規定し、第20条は「婚姻の純潔と家族の健康は、国家の特別の保護を受ける」と、家族の健康に対して国家の保護を受けると規定している。

しかし、生活の維持能力を持たない高齢者と家族の健康を保護するための国家の施策というのは極めて消極的であり、専ら家族と民間に依存していた³⁷⁰。

この時期における高齢者の長期療養は、伝統的な家族制度下で支えられていた。李承晩政権下の1950年代の韓国社会は農業社会で高齢者を敬う「敬老孝親³⁷¹」という儒教思想が根強く残っており、高齢者の療養は親を扶養する子の役割の一つとして、一般的には家庭内で家族が担っていた。

扶養義務者がいない、身寄りのない高齢者の場合、民間機関が運営する養老院に収容されたが、その数はごく一部に過ぎなかった。高齢者の唯一の収容施設であった養老院は、1950年6月25日に勃発した朝鮮戦争を契機にその数は2倍以上増えた。1949年に全国で15か所（663人収容）であった養老院数は、1955年に38か所（1,900人収容）に増加した³⁷²。これらの養老院はすべて民間によって運営されており、公立は1か所もなかった。

³⁷⁰ 社会部は、1950年度の予算に公共救護費を計上し、予算が許容する範囲内で全国の養老院及び孤児院などで収容・保護されている要救護者に対する救護対策を推進すると救護計画を明らかにした。しかし、同計画は、同年6月25日に勃発した朝鮮戦争により韓国経済が財政破綻に陥り、回復不能になったため、おそらく実施されなかったと思われる。「東亜日報」「廿億豫算計上」1950年6月21日付、2面。

³⁷¹ 敬老孝親とは高齢者を敬い、親に孝行するという意味である。国立国語原「ウリマルセム」 URL:<https://opendic.korean.go.kr/search/searchResult?query=%EA%B2%BD%EB%A1%9C%ED%9A%A8%EC%B9%9C>（2021年3月2日最終閲覧）。

³⁷² 「東亜日報」前掲（1950年6月21日付）、「東亜日報」「捨てられた養老事業」1955年12月7日付、3面。

当時の民間養老院は、外国の援助に依存して運営されていたが³⁷³、民間養老院に対する国の支援というのは、入所者一人当たりの少しの食料支援と政府補助金があっただけで、養老院不足により、入所できなかった在宅要保護高齢者に対する支援や対策などはなかった³⁷⁴。

アメリカからの援助が次第に縮小されるにつれ、民間施設の運営も厳しくなっていくが、李承晩政権は、民間施設に対する積極的な支援や公立施設の設置及び運営など、国家の積極的な介入による政策の実施はしなかった。そして、こうした李承晩政権の社会保障政策に対する極めて消極的な態度は、韓国の社会福祉サービスの提供における民間依存度を高める結果をもたらした³⁷⁵。

それでも、この時期にはまだ、伝統的な家族制度下で高齢者の長期療養が維持されており、それに加えて高齢者の期待寿命も現在ほど長くなかったため、高齢化率が低く、高齢者の長期療養は社会問題とならなかった。

第2節 朴正熙（パク・チョンヒ）政権（1963年12月～1979年10月）

次に、朴正熙政権である。1961年5月16日にクーデターを起こして政権を握った朴正熙軍事政権は、政権の正統性を確保する目的で政権初期に多様な社会保障法を制定した³⁷⁶。1961年に軍事援護保障法と生活保護法を制定、1962年に災害救護法を制定、1963年に社会保障に関する法律を制定、そして、同年に産業災害補償保険法と医療保険法をそれぞれ制定した。

しかし、これらの法は形式的なものに過ぎなかった。例えば、社会保障に関する法律（1963年11月5日制定・施行）の場合、同法第3条に「②政府は、社会保障事業を行うにあたって国民の自立精神を阻害しないようにしなければならない。③社会保障事業は国家

³⁷³ Cha Heung Bong（2010）「韓国の老人福祉政策と家族の役割」『韓国家庭管理学会学術発表大会資料集』6ページ。

³⁷⁴ 「東亜日報」前掲（1955年12月7月付）。

³⁷⁵ Chung Moo Kwon（1996）前掲、331-332ページ。

³⁷⁶ Chung Moo Kwon（1996）前掲、334ページ。

の経済的実情を参酌して順次に法律の定めるところによって行う。」と規定し、国民の自立を強調する一方、社会保障に関する国家の役割を最小限に規定することで、社会保障に対する国家の責任回避を正当化した³⁷⁷。

そして、医療保険法の制定（1963年12月16日制定、1964年3月17日施行）に基づき、1964年に公的医療保険制度が施行されたが、任意加入であったため、当時の医療保険受給権というは名目的なものに過ぎなかった³⁷⁸。

社会保障の法形成の前提となるのは、原則的に一定規模の労働階級の成長である。一般的に社会保障法の制定・改正は、資本側の労働力の保全と労働者側の労働運動などを通じた要求によって行われる³⁷⁹。

韓国では、経済発展のため進められた1960年代の労働集約型・輸出志向型の工業化と1970年代の重化学工業化の過程で大量の労働者が生まれ、労働階級の連帯の基盤が形成された³⁸⁰。しかし、朴正熙政権では、労働組合法の改正を行い、複数の労働組合と政治活動を禁止し、労働組合の設立を許可制にするなど、労働階級の抑圧政策を実施していた。そのため、社会保障法及び政策形成における労働階級の影響力はほぼないに等しかった³⁸¹。

朴正熙政権下における社会保障法の制定や社会保障制度の導入などは、朴正熙政権を維持するための政治的な手段や経済発展のための経済的な手段として進められ、また、その過程においては、社会保障が必要な集団や労働階級などは排除され、官僚を中心に閉鎖的に進められた³⁸²。その体表的な例が国民年金制度と医療保険制度である。

³⁷⁷ Woo Myung Sook（2005）「韓国初期の社会福祉政策を再解釈—制度主義的な視点の分析的有用性を提案しながら—」『経済と社会』Vol.67、237 ページ、Chung Moo Kwon（1996）前掲、341 ページ。

³⁷⁸ Lee Heung Jae（1990）「社会保険受給権の範囲に関する小考—“保障の不平等”に対する批判的な検討—」『ソウル大法学』Vol.31（3/4）、224 ページ。

³⁷⁹ Lee Heung Jae（1990）前掲、226 ページ。

³⁸⁰ Shin Chi Ho（2008）「朴正熙政権下の国家と労働関係」『労働研究』Vol.16、109 ページ。

³⁸¹ Yu Hea Kyung（2019）「1960年代、朴正熙政権時代の労働運動と労働法」『慶熙法学』Vol.54（2）258 ページ、Chung Moo Kwon（1996）前掲、336、341 ページ、Chung Moo Kwon（1993）「国家自律性、国家能力、社会保障政策—維新体制の年金制度と医療保険政策を中心に—」『韓国行政学報』Vol.27（2）、504 ページ。

³⁸² Chung Moo Kwon（1993）前掲、505、509 ページ。

国民年金制度の場合、1970年代の重化学工業化の推進に必要な内資を動員する手段として、経済企画院³⁸³、韓国開発研究院（KDI）³⁸⁴、保健社会部といった行政部を中心に進められた³⁸⁵。そして、医療保険法の場合、1976年に任意加入を強制加入と改正し、1977年から500人以上の労働者を雇用する事業所を対象に、実質的な公的医療保険制度が実施された。その背景には、北朝鮮との体制対立における体制優位性の確保という政治的な理由があった³⁸⁶。医療保険法の改正は保健社会部の主導で進められた。その過程で、韓国労働組合総連盟は、労働者の負担を減らし、保障範囲を拡大するよう求めたが反映されなかった³⁸⁷。

朴正熙政権下では、労働運動及び民主化運動の弾圧により、社会保障法及び政策形成に影響を与える勢力がなかったため、朴正熙政権は、経済発展に必要な最小限の社会保障政策だけを実施した³⁸⁸。また、そういった政策は、国家の財政負担を最小限に抑えたものでなければならなかったため、韓国の社会保障制度は社会保険制度として発展していった³⁸⁹。

そして、朴正熙政権の社会保障政策における国家の最小限の介入主義は³⁹⁰、高齢者の長期療養政策においても同様であった。朴正熙政権下では、経済発展政策の推進により、国民生活の向上とともに国民の期待寿命が延び始めた。

図 3-1 は、1955年から1975年までの韓国国民の期待寿命の推移である。これをみると、朝鮮戦争後の1955年の韓国国民の期待寿命は41.9歳であったが、10年後の1965年には56.3歳、20年後の1975年には63.1歳となり、20年間おおよそ20歳以上延びた。また、この時期

³⁸³ 朴正熙政権が国家主導の産業化を効果的に進めるために作った経済政策機関である。

Chung Moo Kwon（1996）前掲、336 ページ。

³⁸⁴ 経済政策系のシンクタンクである。

³⁸⁵ Jeon Nam Jin（1982）「韓国福祉年金制度の政策樹立過程に関する研究」『韓国社会福祉学』Vol.3、8-17 ページ。

³⁸⁶ Park Kwan Yong・Lee Chung Gil 他（2001）『公職にはピリオドがない』ミョンソル出版社（Kim Soon Yang（2014）「高度経済成長期の社会政策形成体系及び形成過程分析—1970年代の年金保険と医療保険の制度化過程を比較—」『韓国政策学会報』Vol.23(3)、223 ページにより再引用）。

³⁸⁷ Chung Moo Kwon（1993）前掲、511 ページ

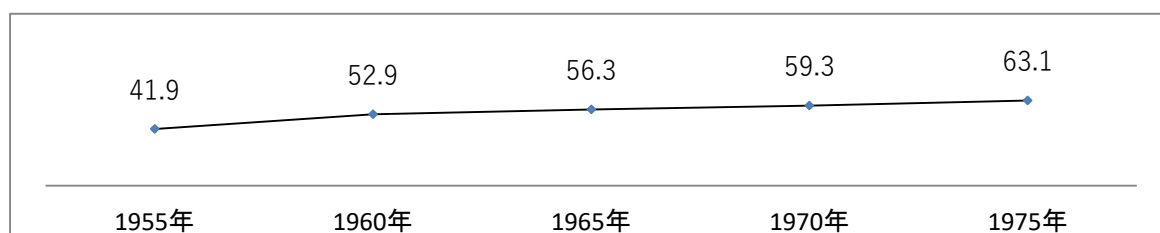
³⁸⁸ Chung Moo Kwon（1993）前掲、504 ページ、Chung Moo Kwon（1996）前掲、346 ページ。

³⁸⁹ Kim Soon Yang（2014）前掲、205 ページ。

³⁹⁰ Chung Moo Kwon（1996）前掲、346 ページ。

は1955年から1963年にかけて続いたベビーブームによる高い合計出産率³⁹¹と3%代にとどまっていた低い高齢化率が維持されていたため、少子高齢化社会は到来せず、高齢者の長期療養が社会問題として浮上しなかった（表3-1）。

図3-1 1955年から1975年までの韓国国民の期待寿命の推移（単位：歳）



資料：UN「World Population Prospects 2019」File MORT/7-1: Life expectancy at birth (both sexes combined) by region、subregion and country、1950-2100 (years)、URL: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>（2021年3月3日最終閲覧）。

表3-1 1960年から1975年までの韓国の合計出産率と高齢化率

年度	1960	1966	1970	1975
合計出産率	6.0人	4.8人	4.5人	3.4人
高齢化率	2.90%	3.10%	3.10%	3.50%

資料：合計出産率の1960年と1966年は、統計庁（1991）「将来人口推計（1990～2021年）」15ページ、1970年と1975年は、KOSIS「統計庁『将来人口推計（将来合計出生率全国）』」URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA101&conn_path=I3（2021年3月3日最終閲覧）。高齢化率は、KOSIS「統計庁『将来人口推計（主要年齢階層別推計人口（生産年齢人口、高齢人口等）全国）』」URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3（2021年3月3日最終閲覧）。

朴正熙政権下における高齢者の長期療養に関する政策は、家族依存型であった。李承晩政権と同様、扶養家族がいる高齢者は、基本的にその家族が長期療養を担っていた。そして、身寄りのない、生計困難な高齢者は「生活保護法」（1961年制定、1962年施行）に基づき、「要保護老人」とされ、養老院に収容された。しかし、朴正熙政権下でも、養老院の量は、すべての「要保護老人」をカバーするほど十分ではなかった。当時の新聞記事に

³⁹¹ 合計出産率とは、一人の女性が可妊期に出産できる平均子供数を意味する。統計庁（1991）「将来人口推計（1990～2021年）」15ページ。

よると、1972年12月現在、「要保護老人」数は全国で約42万人いると推計されたが、そのうち0.6%占める約2,500人だけが全国44養老院³⁹²で収容されていた³⁹³。

朴正熙政権下では、社会保障政策における国家の介入及び役割が最小限に抑えられていたため、社会福祉サービスは自然に民間中心に発展するようになった³⁹⁴。問題は、民間施設に対する国家の支援が不十分な状態で民間中心の社会福祉サービスが発展したため、民間施設は運営面で非常に厳しい状況に置かれていた³⁹⁵。表3-2は、朴正熙政権下における養老院に対する国からの支援内容である。

表3-2 入所者と養老院に対する国の支援内容

入所者一人当たりの支援内容					施設への支援 (毎年20か所に限定)	
主食費 (1日)	副食費 (1日)	衣服費 (1年間)	葬儀費	医療費 (1年間)	自立助成費	
					中央政府負担	地方負担
白米・麦3合	30～50ウォン	2千ウォン	3千ウォン	4百20ウォン	30万ウォン	30万ウォン

資料：「京郷新聞」「貧弱な老人福祉現実」1972年5月8日付、4面、「京郷新聞」「老人(4)養老院(下)」1972年12月20日付、6面により作成。

1970年代前後からは、核家族世帯の増加、韓国人の寿命の延長、養老院不足などから高齢者福祉への関心が高まり、高齢者の福祉制度問題を指摘しながら福祉制度の整備を促す報道が増え始めた³⁹⁶。

このような状況下で、高齢者の権利保障と福祉増進などを図ることを目的に1969年に高齢者の市民団体「大韓老人会」が創設された。「大韓老人会」は、一部の社会事業団体と

³⁹² 全国44養老院のうち、公立は3か所だけであり、残りの施設はすべて民間によって設置・運営されていた。「京郷新聞」「貧弱な老人福祉現実」1972年5月8日付、4面。

³⁹³ 「京郷新聞」「老人(4)養老院(下)」1972年12月20日付、6面。

³⁹⁴ Chung Moo Kwon (1996) 前掲、346ページ。

³⁹⁵ 同上、「京郷新聞」前掲(1972年5月8日付)。

³⁹⁶ 「京郷新聞」「老人福祉問題」1969年10月9日付、2面、「東亜日報」「予算に映る社会福祉<3>老人」1971年1月22日付、6面、「京郷新聞」「寂しい老人福祉とその責任」1972年2月23日付、2面、「東亜日報」「老人福祉を考える」1974年4月10日付、2面など。

ともに「老人の日」制定の運動を展開しながら、「老人福利法」と「老人福祉法」制定を求める請願をするなど高齢者の福祉増進のための活発な活動を行った³⁹⁷。

そして、保健社会部³⁹⁸も1970年11月に「老人福祉法案」を作成し、国会に提出した³⁹⁹。ところが、予算上の理由で成立・可決は見送られた⁴⁰⁰。そして、再び、1972年12月に「老人福祉法案」を作成し、1973年に法制処に提出したが、これをも制定までは至らなかった⁴⁰¹。

朴正熙政権下で、高齢化社会はまだ到来していなかったが、次第に高齢者の福祉制度への関心が高まり、その整備を促す声が高まっていった。ところが、朴正熙政権の社会保障政策に対する基本的なスタンスは、国家の介入と役割を最小限にすることであったため、高齢者の長期療養に関する政策も国家の役割を最小限にとどめておきながら、家族に依存する家族依存型を維持していた。

1960年代から70年代にかけて進められた朴正熙政権の経済発展政策により、韓国の経済は急成長した。しかし、急速な経済発展の裏には影もあった。その一つが公害であった。公害の問題は、1970年代から提起され始めた。工場排水による水質汚染、自動車の排出ガスなどによる大気汚染、工場の騒音などの公害の問題は国民の生存権及び健康権を脅かすほど深刻であった⁴⁰²。朴正熙政権では、公害問題に対応するため、「環境保全法」、「海洋汚染防止法」を制定し、それに基づき、諸対策を推進したが、公害問題は深刻化し、全国的に広がった。

そこで、人権団体である「国際人権擁護韓国連盟」は、1979年7月6日「公害対策に万全を期し、国民の健康権を守ろう」という内容の声明を出し、「環境汚染が川と海と土壌を汚し、水産物、農作物、畜産物を汚染させることで、究極的には国民の健康権を大きく

³⁹⁷ 「東亜日報」 「老人の日と老人福祉法」 1972年12月16日付、3面、「東亜日報」 「養老施設、みすばらしい」 1978年5月13日付、7面、「東亜日報」 「老人福祉推進協議會発足」 1978年8月31日付、7面。

³⁹⁸ 現在の保健福祉部に相当する行政機関。

³⁹⁹ 「東亜日報」 「老齡の困境立法保護」 1970年11月10日付、7面。

⁴⁰⁰ 「京郷新聞」 「老人(26)老人対策の問題点」 1973年2月14日付、6面。

⁴⁰¹ 「京郷新聞」 「老人福祉法案設け」 1972年12月29日付、1面、「京郷新聞」 「老人福祉法制化急ぐべき」 1978年9月4日付、2面。

⁴⁰² 「京郷新聞」 「公害と健康権」 1979年7月9日、2面。

脅かしている」と指摘、「政府当局は手遅れになる前に正確な実態を把握し、対策を立てるべきだ」と促した⁴⁰³。同声明は、健康権が国民の基本的人権であること、そして、国民の健康権を保障するため、国家に環境の改善対策を要求した初めての声明として意義が大きいと言える。しかし、当初は、公害問題については健康権が言及されていたが、高齢者の長期療養の問題までは触れていなかった。また、朴正熙政権では、国民の基本的人権を抑圧していたため⁴⁰⁴、同声明の政治的な影響力というのは、それほど大きくなかったと考えられる。

第3節 全斗煥（チョン・ドゥファン）政権（1980年8月～1988年2月）

朴正熙大統領の死後、当時国務総理であった崔圭夏（チェ・ギョハ）は、大統領権限代行として、1979年11月10日に特別談話を発表した。その内容は、「可能な限り早い時期に各界各層の意見を踏まえて憲法を改正し、その憲法に基づいて大統領の選挙を実施する」というものであった⁴⁰⁵。1979年12月6日に大統領に就任した後は、就任の演説で、改めて憲法の改正とそれに基づく大統領の選挙の実施を明らかにし、維新憲法の批判や改憲論議を禁じた緊急措置9号を解除した⁴⁰⁶。

1979年12月3日に国会に憲法改正のための「憲法改正審議特別委員会」が発足し、憲法改正に向けた本格的な論議がスタートした⁴⁰⁷。改憲の論議には、韓国の諸団体が憲法改憲試案を作成するなど、憲法改正に関する多様な意見を表明した。例えば、大統領の直選制と労働3権（団結権、団体交渉権、団体行動権）の保障、言論の自由の保障、抵抗権、幸福追求権、環境権、健康権などの国民の基本権の強化などを求めた。特に、健康権については、大韓弁護士協会、女性有権者連盟、女性団体協議会、大韓看護協会などが要求し⁴⁰⁸、

⁴⁰³ 同上。

⁴⁰⁴ Lee Heung Jae（1990）前掲、226 ページ。

⁴⁰⁵ 「毎日経済」「崔圭夏大統領権限特別談話」1979年11月10日付、1面。

⁴⁰⁶ 「毎日経済」「崔圭夏10代大統領大就任辞」1979年12月21日付、2面。

⁴⁰⁷ 「毎日経済」「憲法特委の本格活動」1979年12月3日付、1面。

⁴⁰⁸ 「朝鮮日報」「女性界も『改憲論議』」最中……試案設け」1980年1月24日付、5面、「東亜日報」「女性団体も改憲試案設け」1980年2月4日付、5面、「京郷新聞」「文化団体の異色改憲案をみると…女性平等権を明文化せよ…」1980年3月19日付、5面、

共和党も改憲試案に「すべて国民は健康を享受する権利を有し、国家はこれを増進させる義務を負う」と健康権を明記した⁴⁰⁹。改憲の論議過程において、憲法に健康権を明文化するよう要求した声が挙がっていた背景には、1970年代から深刻化した公害と不十分な公的医療保障制度などによる国民の健康侵害の問題があったと考えられる。

韓国国民は、独裁者朴正熙大統領の死後、改憲による民主化を夢見ていた。ところが、その夢は、全斗煥氏が率いる軍事クーデターにより壊れてしまった。崔圭夏大統領の就任直後、1979年12月12日に全斗煥氏がクーデターを起こし、実権を掌握した。その後、新軍部は1980年5月17日に「戒厳布告第10号」を発令し、すべての政治活動及び屋内外における政治目的の集会とデモ、そして政治的な発言を禁じ、また、言論、出版、報道及び放送の事前検閲とすべての大学の休校などを命じた。

新軍部は、政権の基盤づくりのため、反政府勢力に対する弾圧を強めた⁴¹⁰。具体的には、反体制派の主要人物26人を逮捕し、新軍部に対抗した民主化運動（5.18光州民主化運動）を残酷に弾圧した⁴¹¹。労働運動についても、労働弾圧政策を実施した⁴¹²。そして、主要放送局と新聞社を懐柔・統制した⁴¹³。

1980年8月16日に崔圭夏大統領が辞任し、同年9月1日に実質的な権力を握っていた全斗煥氏が大統領に就任した。憲法改正は、全斗煥政権の主導で進められ、1980年10月27日に制定・施行された⁴¹⁴。憲法は、大統領の任期を7年とし（第45条）、大統領の選出は、直選制ではなく、大統領選挙人団によって選出される間選制に改正した（憲法第39条）。

「京郷新聞」 「大統領中心制・直選大韓弁協、改憲試案…議員内閣制付け加える」 1980年2月15日付、1面。

⁴⁰⁹ 「京郷新聞」 「共和、改憲試案確定権力按『混合型政府』形態」 1980年1月28日付、1面。

⁴¹⁰ Yun Seong Yi (1999) 「社会運動論の観点から見た韓国権威主義体制の変動—政治機会構造の概念を中心に—」 『韓国政治学会報』 Vol. 32 (4)、116 ページ。

⁴¹¹ Yun Seong Yi (1999) 前掲、116-117 ページ。

⁴¹² Yun Seong Yi (1999) 前掲、118 ページ。

⁴¹³ Kim Dong Cheol (2017) 「光州民衆抗争—韓国労働階級運動の変曲点」 『マルクス21』 Vol. 22、138 ページ。

⁴¹⁴ Jang Young Soo (2018) 『大韓民国憲法の歴史』 高麗大学校出版文化院、249 ページ。

そして、国民の基本権については、人権の不可侵性を宣言し、幸福追求権（憲法第9条）と保健権（憲法第34条②）を新設した⁴¹⁵。

全斗煥政権は、「民主福祉国家建設」⁴¹⁶を国政志向として掲げたが、朴正熙政権の権威主義的な政治を継承し、抑圧政策を維持・深化した⁴¹⁷。そして、労働法を改正して労働3権を制限し、政治的に排除しようとした⁴¹⁸。

全斗煥政権初期には、朴正熙政権と同様に社会保障の諸法が制定・改正された。具体的には、老人福祉法と心身障害者福祉法が同じ日の1981年6月5日制定・施行された。そして、児童福祉法（1981年4月13日全面改正・施行）、社会福祉事業法（1983年5月2日一部改正・施行）、生活保護法（1982年12月31日全面改正、1983年7月1日施行）がそれぞれ改正された。

全斗煥政権初期に社会保障の諸法が制定・改正された理由は、1980年代の社会保障に対する国民のニーズに対応するとともに政権に対する国民の信頼を確保するためであった⁴¹⁹。老人福祉法と心身障害者福祉法に基づき、社会福祉館の設置が本格的に進められるなど、全斗煥政権が制定・改正した社会保障の諸法により、韓国における社会保障サービスの土台がある程度作られたと言える⁴²⁰。ところが、全斗煥政権の社会保障政策は、朴正熙政権（維新体制）の政策基調を継承したため⁴²¹、社会保障に対する国家の介入を最小限にとどめていた。また、政治的な手段として社会保障の諸法を制定・改正したため、社会保険制

⁴¹⁵ Jang Young Soo（2018）前掲、251ページ。

⁴¹⁶ 全斗煥氏が大統領就任式で明らかにした民主福祉国家建設とは、①我が政治風土に合う民主主義の土着化、②真の福祉社会の成し遂げ、③正義社会の具現、④教育革新と文化暢達による国民精神の改造である。「毎日経済」「正義社会・富強な福祉国家建設」1980年9月1日付、1面。

⁴¹⁷ Kim Won Sub・Kim Soo Han（2013）「韓国の国家公共性の形成と構造—発展国家の福祉制度の発展を中心に」『アセア研究』Vol.56（2）、53ページ。

⁴¹⁸ Shin Dong Myeon（2006）「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』Vol.40（1）、126 - 127ページ。

⁴¹⁹ Lee Heung Jae（2011）「社会保障法形成の風土的特徴—‘専門集団献身’‘主導の中の’‘国民抵抗と政権層対応’の‘政治的産物’—」『ソウル大学校法学』Vol.52（3）、395ページ。

⁴²⁰ Nam Chan Seob（2006）「1980年代の社会福祉-1」『月刊福祉動向』Vol.94、53ページ。

⁴²¹ Yang Jae Jin（2004）「韓国の産業化時期における熟練形成と福祉制度の起源—生産レジームの視角から見た1962~1986年の再解釈」『韓国政治学会報』Vol.38（5）、98ページ。

度の導入が労働政策かつ階級政策であるという認識や国民のための社会保険制度の必要性についての根本的な認識はなかった⁴²²。

高齢者の社会保障施策は「先家庭保護後社会保障」を基本方向として進められ、高齢者の社会保障のニーズは、高齢者が家庭内で扶養を受けることで社会化しないように抑制されていた⁴²³。高齢者の長期療養は、扶養の一部として家庭内で解決することが基本施策であった。

扶養義務者から扶養を受けることができない高齢者の場合、老人福祉法制定により、3種類に機能分化された高齢者の入所施設⁴²⁴に入所することができたが、質も量も不十分であった。1987年6月現在、高齢者の入所施設数は、養老院が66か所、老人療養院が9か所、合計75か所であった。利用者数は5,548人であった（表3-3）⁴²⁵。この人数は、同年の65歳以上の人口の約0.3%を占める人数で、ごくわずかな高齢者しか入所サービスを受けることができなかった⁴²⁶。

表3-3 全斗煥政権下における高齢者の入所施設の現状（1987年6月現在）

合計		施設区分	
利用者数	施設数	養老院	療養院
5,548	75	66	9

資料：保健社会部国立社会福祉研修院（1987）「老人福祉指導者班」39ページ。

⁴²² Lee Hye Kyung（1993）「韓国の所得保障制度—圧縮成長の限界と脱道具化の課題—」『延世社会福祉研究』Vol.1、76ページ。

⁴²³ 保健社会部国立社会福祉研修院（1987）前掲、41ページ。

⁴²⁴ 老人福祉法制定により、養老院のみであった高齢者の入所施設が養老施設、老人療養施設、有料養老施設の3種類に機能分化され、高齢者福祉施設として位置づけられるようになった。同法の定義によると養老施設とは、低所得層の高齢者を対象に、無料または低価格で日常生活上の必要なサービスを提供する施設であった。老人療養施設とは、対象者は養老施設同一であるが、日常生活上の必要なサービスの他に治療サービスも提供される施設であった。そして有料養老施設とは、経済能力はあるが、身寄りのない高齢者を対象に、日常生活上の必要なサービスを提供し、それにかかる費用を利用者から支払いを受けることができる施設であった（第13条）。

⁴²⁵ 保健社会部国立社会福祉研修院（1987）前掲、39ページ。

⁴²⁶ 1987年度の65歳以上高齢者数は、約187万人であった。KOSIS「統計庁『将来人口推計（主要年齢階層別推計人口（生産年齢人口、高齢人口等）全国）』」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3（2021年7月8日最終閲覧）。

全斗煥政権下の1980年代は「檀君以来最大の好況」と言われるほど韓国経済が急成長した時期で、特に1986年から1988年にかけての3年間は「3低」（ウォン安、金利安、原油安）を背景に韓国経済は大好況となった。韓国国民一人当たり国民所得（GNI）は1953年の67ドルから80年には1,699ドル、87年には3,512ドルまで大幅に跳ね上がった⁴²⁷。しかし、このような経済発展が必ずしも社会保障制度の拡充につながったとは言い難い。1987年現在、老人福祉予算は36億ウォンで、これは全体予算（15兆5,596億ウォン）の0.023%を占める極めて少ない金額であった⁴²⁸。

全斗煥政権下では、韓国経済が急成長したものの、社会保障制度の恩恵は、一部の特定階層に集中されており⁴²⁹、高齢者の長期療養を含む高齢者の社会保障ニーズに対する国家の対応は、国家の役割を最小限にとどめて、依然として家族と民間に依存するものであった。また、1980年代後半からは高齢者の福祉施策として在宅サービスの必要性が提起され始めたが⁴³⁰、在宅サービスも国ではなく、民間によって提供・発展されていった⁴³¹。

第4節 盧泰愚（ノ・テウ）政権（1988年2月～1993年2月）

全斗煥政権は、抑圧政治により損なわれた政権の正統性を回復するため、1984年代の前半から、政治活動を禁じた政治家に対する解禁措置を行うなど自由化措置を実施した。一時的な自由化措置による弾圧の緩和は、反政府勢力が組織化する機会を与えた。学生、労働者、農民、貧民、在野などあらゆる各層で反勢力組織が結成された。諸組織は連合して、

⁴²⁷ KOSIS 「韓国銀行『国民計決（年間指標）』」 URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=301&tblId=DT_111Y002&conn_path=I3（2021年3月8日最終閲覧）。

⁴²⁸ 経済企画院（1987）「1987年予算概要」47、252ページの「1987年の一般会計予算」と「老人福祉費」より計算。

⁴²⁹ Kim Won Sub・Kim Soo Han（2013）前掲、71ページ。

⁴³⁰ 保健社会部国立社会福祉研修院（1987）前掲、10-12ページ、政務第2長官室（1988）「老人政策討論会結果報告書 - 高齢者社会に備えた老人問題の解決案 -」53-54、60ページ。

⁴³¹ 在宅サービスは民間機関である老人福祉会で初めて実施された。老人福祉会はソウル市の身寄りのない低所得層の高齢者を対象に、ボランティアが週1回2～3時間、定期的に利用者宅を訪問して利用者の身の周りの世話をする「家庭奉仕員制度」を実施した。同サービスは、後に在宅老人福祉事業として位置づけられるようになった。「京郷新聞」「老人福祉会奉仕者募集」1990年6月28日付、9面、「朝鮮日報」「老人家庭奉仕員制活性化至急」1992年5月29日付、12面。

野党まで加わった「国民運動本部」を立ち上げた。「国民運動本部」は、1987年6月10日、18日、24日に大規模の集会を開き、民主化運動を先導した。一方、学生運動勢力は、6月10日から29日まで、街頭デモの第一線に立って民主化運動を導いた⁴³²。

全国的な民主化運動（6月民主抗争）により、全斗煥大統領は、当時、与党「民主正義党」大統領候補者であった盧泰愚氏の口を借りて、1987年6月29日に民主化宣言を発表し、大統領直選制への改憲、88年の平和的政権委譲、政治犯の釈放、言論の自由の保障、地方自治の実施などを約束した⁴³³。こうして韓国は民主主義体制に移行されたが、野党側の分裂によって盧泰愚氏が大統領として選出され、政権交代は実現できなかった⁴³⁴。

1988年2月に盧泰愚政権が発足したが、その後、同年4月26日に行われた総選挙で野3党が過半数の議席を獲得し⁴³⁵、与党「民主正義党」は過半数の議席を確保するのに失敗した。1987年6月の民主化運動と7-8月の労働運動、そしていわゆるねじれ国会の政治体制は、権威主義体制下で大統領と行政庁（特に経済庁）に集中されていた決定権を分散させるとともに選挙における当選競争を本格化することで国民の要求を政治的に反映させる機会を拡大した⁴³⁶。

盧泰愚政権では、1988年国民年金制度と最低賃金制度の実施、1989年医療保険制度の国民皆保険の達成、1989年母子福祉法の制定、1989年障害福祉法と老人福祉法の全面改正、1990年障害者雇用法の制定、1991年社内勤労福祉基金法の制定、1991年労災保険法の適用拡大（保険・金融業を除くすべての事業所）、1993年雇用保険法の制定など、多量の社会保障の諸法及び制度が実施された。

⁴³² Yun Seong Yi（1999）前掲、118-120、122、124 ページ。

⁴³³ 「京郷新聞」 「国民大和合特別宣言全文（全文）偉大な祖国建設に悲壮な覚悟」 1987年6月29日付、3面。

⁴³⁴ 「東亜日報」 「87激動の一年<2>6月抗争民主化のたいまつをともした」 1987年12月26日付、7面。

⁴³⁵ 平和民主党71議席、統一民主党60議席、新民主共和党35議席、無所属6議席。「ハンギョレ新聞」 「与小野大国会誕生」 1988年12月31日付、5面。

⁴³⁶ Hwang Deok

Soon（2011） 「韓国の福祉国家の発展と労働」 『経済論集』 Vol.50（3）、299 ページ。

医療保険制度の場合、1988年1月から農漁村地域、89年7月から都市地域の自営業者まで拡大され、国民皆保険が実施されたが⁴³⁷、様々な問題を抱えていた。韓国では、1987年6月の民主化運動と7-8月の労働運動を契機に、多様な市民団体が組織され、福祉運動を展開していくが⁴³⁸、この時期に医療団体なども組織されはじめ、保健・医療運動を展開していった⁴³⁹。

代表的なものとしては、教会貧民医療協議会（1986年9月）、保健と社会研究会（1987年5月）、キリスト青年医療人会（1987年10月）、延世民主歯科医師会（1987年10月）、人道主義実践医師協議会（1987年11月）、労働と健康研究会（1988年3月）、健康社会実現薬剤師協議会（1988年4月）、青年歯科医師会（1988年6月）などがある⁴⁴⁰。これらの団体は、貧しい人、労働者、農漁民などを対象に健康相談、無料診療を行い、また、健康権の確保のための討論会やシンポジウム⁴⁴¹などを開催するなど医療制度改善に関する研究を行った。代表的な活動としては、医療保険の統合運動が挙げられる。

1988年から農漁村地域でも医療保険制度が実施されたが、都市と農漁村の医療格差は大きかった。医療機関及び医療人材の多くが都市に集中しており⁴⁴²、農漁村の医療サービス

⁴³⁷ 「京郷新聞」 「全国民醫保時代開幕」 1989年7月1日付、14面。

⁴³⁸ Min Ki Chae (2019) 「韓国の福祉国家運動の継承と革新」 『批判と代案のための社会福祉学会学術大会発表論文』、21ページ。

⁴³⁹ Cho Hong Jun (1999) 「医療保険の改革運動の成果と課題」 『月間福祉動向』 Vol. 15、15ページ。

⁴⁴⁰ 「カトリック新聞」 「教会貧民医療協など医療団体、医療制度の矛盾打破の動きが活発」 1988年10月30日付、URL:https://m.catholictimes.org/mobile/article_view.php?aid=319918 (2021年12月24日最終閲覧)、「朝鮮日報」 「青年歯科医師会創立」 1988年6月5日付、8面、「ハンギョレ新聞」 「転換期における韓国文化(11) 科学 ‘民衆に寄与する科学 ‘へと変身」 1988年7月16日付、5面、「東亜日報」 「多様化社会 (6) 声が高まる『市民運動』」 1989年2月18日付、5面。

⁴⁴¹ 例えば、人道主義実践医師協議会は、「健康な暮らしのための医療制度」、「健康権と医師の役割」、「国民健康と医療紛争」などのシンポジウムを開催した。「ハンギョレ新聞」 「医療制度・保険討論会」 1988年9月2日、8面、「ハンギョレ新聞」 「短いニュース」 1989年9月5日付、8面、「ハンギョレ新聞」 「増えつつある医療紛争解決の糸口」 1990年9月9日付、12面。

⁴⁴² 1986年末現在、医療施設の59%が都市に集中しており、14%だけが農漁村地域に設置されていた。医療人材も都市に偏在していたため（全体の65%）、農漁村では医療人材が不足していた。Kim Jong Dae (1987) 「全国民医療保険の政策方向」 『大韓病院協会誌』 Vol. 6 (12)、24ページ。

へのアクセスは悪く、その上相対的に高い保険料が賦課されていた⁴⁴³。当時、農民たちは過度な保険料賦課に抵抗して保険証を燃やすなど医療保険制度を拒否していたが、こうした自然自発的な抵抗運動は農民団体と連携し、さらには医療団体も加わり、全国各地に広がった⁴⁴⁴。

1988年4月16日、全国農民協会をはじめとする農民団体と教会貧民医療協議会、キリスト青年医療人会、健康社会実現薬剤師協議会などの医療団体が共同で「農漁民の健康権の確保のための大討論会」を開催して、保険料の過重な負担、保険料算定基準の問題、組合方式の問題などを指摘しながら、医療保険統合の一本化を要求した⁴⁴⁵。さらに、同年、4月29日に声明を発表し、「現在、独立採算制の組合主義方式で運営されている医療保険は、所得の再分配ができないだけでなく、むしろ富裕層に恩恵を与えているため、農漁民が保険料の納付を拒否している」とし、「現行の医療保険組合を解体してすべての医療保険を一本化する」よう求めた⁴⁴⁶。

そして、1988年6月に全国40余りの郡単位の農民団体とカトリック農民会、キリスト教農民会、全国農民協会、教会貧民医療協議会、人道主義実践医師協議会、健康社会実践薬剤師協議会など48農民・医療団体が連合して「全国医療保険対策委員会」を発足した⁴⁴⁷。

「全国医療保険対策委員会」は、「統合主義の医療保険制度の実施」を目標に、法律特別委員会を設置し、所得に応じた累進保険料と医療保険の統合を骨子とした「国民医療保障法（案）」を国会に提出した。この法案の内容を反映した国民医療保険法が1989年3月に国会で満場一致で可決された。しかし、同法は盧泰愚大統領の拒否権行使により施行されなかった⁴⁴⁸。

⁴⁴³ Sin Yeong Jeon (2010) 「健康保険の統合の獲得史」『月刊福祉動向』 Vol.141、5ページ。

⁴⁴⁴ Kim Tae Hun他3人(2012) 「保健医療の理論と歴史」『社会運動』 Vol.106、147ページ。

⁴⁴⁵ カトリック農民会議(1988) 「農漁民の健康権の確保のための大討論会の資料集」(Won Seok Jo(1988) 「農漁村地域医療保険の批判的考察」『韓国社会福祉学』 Vol.12、117ページより再引用)。

⁴⁴⁶ 「東亜日報」 「医保統合単一化を促す」 1988年4月28日、13面。

⁴⁴⁷ 「ハンギョレ新聞」 「医療保険貧困層の方が不利」 1988年6月30日付、6面。

⁴⁴⁸ Sin Yeong Jeon (2010) 前掲、5ページ、Cho Hong Jun (1999) 前掲、15ページ。

盧泰愚大統領の拒否権行使により一本化した医療保険制度の実施はできなかったが、この時期の医療保険の統合運動は、大規模な医療運動の始まりであると同時に健康権の確保運動の始まりでもあったと言える。

一方、高齢者の長期療養政策については、基本的に前政権の「先家庭保護後社会保障」を踏襲していたが、特記すべき点は、1989年の老人福祉法の全面改正⁴⁴⁹により、高齢者の入所施設が一層機能分化された点と施設保護中心だった高齢者福祉サービスが在宅サービスまで拡大され、高齢者の福祉事業として実施された点である。

その背景には、朴正熙政権から約30年間続いてきた経済発展計画により、韓国でも産業化・都市化、そして核家族化が進み、伝統的な家族制度が次第に崩壊し始めた。さらに、女性の社会活動参加の増加などにより、家庭内で女性の仕事と暗黙に認識されてきた高齢者の療養が厳しくなり、高齢者の扶養問題を含む高齢者にまつわる様々な問題が社会問題として顕在化した。

そこで、来るべき高齢化社会に対応するため、韓国人口保健研究院⁴⁵⁰をはじめ、老人福祉の研究者たちによる高齢者に関する研究が進められるようになった。具体的には高齢者の生活、健康、福祉などに関する実態調査や外国の高齢者の福祉施策などを紹介する研究が進められた⁴⁵¹。

これらの研究などを通して、研究者らは前政権の高齢者の福祉施策の基本方向であった「先家庭保護後社会保障」を批判しながら、高齢化社会に向けた新しい福祉施策の必要性とその内容を提言した⁴⁵²。また、高齢者の施設中心のサービスを指摘しながら、地域社会

⁴⁴⁹ 1989年の老人福祉法の改正理由は、高齢者問題が深刻な社会問題として台頭したことに伴い、高齢者の福祉増進を図るにあたって必要な制度を補完・改善するためであった。

⁴⁵⁰ 政府出資研究機関であり、韓国国民の医療保障・社会保障・社会福祉に関する政策を行う現在の韓国保健社会研究院の前身研究院である。

⁴⁵¹ Rhee Ka Oak他5人（1989）「老人単独世実態に関する研究」韓国人口保健研究院、Park Yeon Soo（1989）「老人福祉政策の方向設定のための研究」韓国人口保健研究院、Rhee Ka Oak他3人（1990）「老人扶養に関する研究」韓国保健社会研究院、Kim Su Chun他1人（1992）「老人医療保障の発展方向に関する研究」韓国保健社会研究院など。

⁴⁵² Park Yeon Soo（1989）前掲、123、156ページ、Kim Keun Jo（1990）「韓国老人福祉政策の発展方向」中央公務員教育院、14ページ。

中心の在宅サービスの実施とそれと並行して入所施設の多様化と拡充などを訴えた⁴⁵³。さらに高齢者の福祉予算の増加、そして老人福祉法の改正なども要求した⁴⁵⁴。

1989年に老人福祉法が全面改正され、老人福祉施設の種類に実費養老施設、実費老人療養施設、有料老人療養施設が新たに加えられた。さらに、入所対象者の健康状態と経済水準に応じて、無料養老・療養施設と実費養老・実費療養施設、そして有料養老・療養施設と区分された。そして高齢者を入所させ、低価格で日常生活上の便宜を提供する老人福祉住宅も老人福祉施設として加えられた。

このように盧泰愚政権下では、高齢者の入所施設がさらに多様化と機能別分化され、低所得層の高齢者から一般所得層の高齢者まで利用できる養老院及び療養施設が設置され始めた。特に低所得層の高齢者を対象とする実費施設の場合、国からの設置費用の補助が始まり、1989年から設置され始めた⁴⁵⁵。

韓国で実費老人療養院が初めて開院されたのは1989年5月で⁴⁵⁶、当時の利用限度額は、一人部屋は月 184,000 ウォン、二人部屋は月 165,000 ウォン、共同部屋は 147,000 ウォンであった⁴⁵⁷。しかし、低所得層の高齢者の経済水準と合わない高い利用料と入所施設に対する否定的な認識により入所率は低かった⁴⁵⁸。

そして1988年7月1日には有料養老院が韓国で初めて開院され、1991年3月には有料療養院が次々と開院された⁴⁵⁹。しかし、こういった有料施設の場合、設置費と運営費に対す

⁴⁵³ Choi Sung Jae (1988) 「(第2課題発表) 老人福祉の主要課題とその解決策 (「老人政策討論会結果報告書—高齢者社会に備えた老人問題の解決策—)」」 政務第2長官室、53-54 ページ、韓国人口保健研究院 (1989) 前掲、104-110、149-150 ページ

⁴⁵⁴ Park Yeon Soo (1989) 前掲、152-153 ページ、Rhee Ka Oak他3人 (1990) 前掲、69ページ。

⁴⁵⁵ Rhee Ka Oak他3人 (1991) 「実費老人療養施設運営活性化方案」 韓国保健社会研究院、9 ページ。

⁴⁵⁶ 同上。

⁴⁵⁷ 保健社会部告示第 88-50 号 1988年8月2日。

⁴⁵⁸ Rhee Ka Oak他3人 (1991) が実費療養施設6か所を対象に行った調査によると、1991年2月末現在、6か所実費療養施設の定員数は300人であったが、現員数は114人であった。Rhee Ka Oak他3人 (1991) 前掲、3 ページ。

⁴⁵⁹ 「東亜日報」 「初有料養老院開院」 1988年7月2日付、14面。

る国からの補助が全くない点、運営費の20%を社会福祉法人が充当しなければならない点、そして利用者の入所料金が統制されていた点などから運営難に陥っていた⁴⁶⁰。

盧泰愚政権下では、高齢者の入所施設（無料と実費に限定）の設置費と運営費を補助し⁴⁶¹、また、認知症高齢者の療養専門施設の設置を進めるなど⁴⁶²、高齢者の入所施設の整備に取り組んだ。ところが、結果的に施設の量的拡大には結びつかなかった。それゆえ、1992年末現在、全体65歳以上高齢者 2,346 千人のうち、入所サービスを受けていた高齢者は、わずか 7,239 人（0.3%）だけであった⁴⁶³。1992年末現在、高齢者の入所施設の現状は表 3-4 の通りである。

表3-4 盧泰愚政権下における高齢者の入所施設の現状（1992年末現在）

区分	合計	養老院			療養院		
		無料	実費	有料	無料	実費	有料
施設数	123	76	1	3	28	14	1
利用者数	7,239	4,848	15	236	1,802	318	20

資料：保健社会部国立社会福祉研修院（1993）「老人福祉指導者班」11ページ。

そして1989年老人福祉法の全面改正により、在宅サービスである家庭奉仕員事業が老人福祉制度下の事業として位置づけられるようになった⁴⁶⁴。在宅サービスは、1987年から民

⁴⁶⁰ 「ハンギョレ新聞」 「有料養老院政策問題多い開院 3 年目『有党町』からみた実態」 1991年 6月26日付、8面、「朝鮮日報」 「冷遇される『老人福祉』」 1991年 8月16日付、12面。

⁴⁶¹ 無料施設には施設の設置費と運営費が、実費施設には設置費だけが国庫負担であったが、盧泰愚政権下では、実費施設の運営費の一部が国庫負担で支援されるようになった。そして、無料施設の入所者の主食費が現物支給から現金支給に支援されるようになった。保健社会部国立社会福祉研修院（1992）「老人福祉施設総務班」10ページ。

⁴⁶² 「ハンギョレ新聞」 「老人性智謀患者療養施設市・道ごとに 1 か所ずつ年次設置」 1992年 5月7日付、14面、「東亜日報」 「老人性智謀療養所設立」 1992年 5月9日付、14面。

⁴⁶³ 1992年度の65歳以上高齢者数は、KOSIS 「統計庁『将来人口推計（主要年齢階層別推計人口（生産年齢人口、高齢人口等）全国）』」 URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3（2021年 7月 8日最終閲覧）。

⁴⁶⁴ 老人福祉法第11条第1項は「福祉実施機関は身体的・精神的な障害があり、老人福祉施設で入所保護を受けていない老人のために、彼らに家事奉仕及び相談を行う家庭奉仕員を置き、家庭奉仕事業及び彼らの福祉増進のために必要な血縁事業を実施するよう努めなければならない」と定めた。また、老人福祉法第11条第2項は「福祉実施機関は家庭奉仕事

間団体の老人福祉会が「家庭奉仕員制度」という名でサービスを実施したのが現在の訪問療養サービスの始まりだと言える。同制度をソウル市が導入し、類似の「家庭福祉奉仕員制度」を1989年9月から実施した⁴⁶⁵。

さらに、在宅サービスは「第7次経済社会発展5箇年計画（1992-1996）」にも盛り込まれた。同計画は、家庭保護を要する障害者や高齢者、そして疾病などで体の不自由な者にボランティアなどを活用し、日常生活上必要なサービスを提供するよう、総合社会福祉館などに「在宅福祉奉仕センター」を設置・運営することを策定した⁴⁶⁶。

「第7次経済社会発展5箇年計画（1992-1996）」に基づき、1992年からは国の予算に「在宅福祉奉仕センター設置」が盛り込まれ、全国136社会福祉館に「在宅福祉奉仕センター」が設置されるようになった⁴⁶⁷。同センターによるサービスは、高齢者のみならず、障害者、未成年者世帯などを対象にしており、ボランティアが対象者の家を訪問し、生活援助サービスを提供する福祉サービスであった⁴⁶⁸。しかし、同サービスの提供が専らボランティアに依存していたことなどから、人手不足で、実質的に運営されているところは少なかった⁴⁶⁹。

1992年からは昼間保護事業、短期保護事業もモデル実施されるようになった。まず、昼間保護事業は、国庫補助事業に位置付けられ、ソウル市にある昼間保護機関2か所で実施された。対象者は65歳以上の低所得層の高齢者で昼間、保護が必要とされる者を月曜日か

業、血縁事業その他在宅老人の福祉増進を目的とする事業を行う者に対して適切な支援をすることができる」と明記し、家庭奉仕事業の実施及び支援を義務付けた。ところが、この義務は努力義務に過ぎず、またその主体は福祉実施機関と明記したため、必ずしも在宅サービスの実施及び支援に対する国と自治体の責任を明確にしたとは言い難かった。

⁴⁶⁵ 「家庭福祉奉仕員制度」は、ソウル市内に居住している身体的・精神的障害高齢者で身寄りのない高齢者220人を対象にボランティアが週1回程度で高齢者宅に訪問し、生活援助サービスを提供する制度であった。

「朝鮮日報」「無委託老人訪問奉仕家庭奉仕員今日発隊」1989年9月7日付、17面、「毎日経済」「不遇老人を世話(손발을 대신)」1989年9月8日付、8面。

⁴⁶⁶ 大韓民国政府(1992)「第7次経済社会発展5箇年計画1992-1996」129ページ。

⁴⁶⁷ 「ハンギョレ新聞」「家庭訪問奉仕志願者がいない」1992年3月15日付、13面。

⁴⁶⁸ 同上。

⁴⁶⁹ 「京郷新聞」「在宅福祉センター『働き手SOS』」1992年5月12日付、14面、「東亜日報」「家庭中心の老人福祉、急ぐ時」1992年5月29日付、13面、「京郷新聞」「身寄りのない老人ソウルだけ8千余名ボランティアだけに頼り」1992年6月21日付、10面。

ら金曜日まで午前10時から午後4時まで預かるサービスであった。利用料金は機関運営者と利用者との契約に基づいて決定されたが、当時の利用料金は一日5,000ウォンで、生活保護高齢者は無料であった⁴⁷⁰。

短期保護事業は全国6か所の高齢者の実費入所施設で実施された。対象者は65歳以上の高齢者⁴⁷¹で一時的に保護が必要とされる者で、原則的に15日以内まで入所サービスと同じサービスが提供された。利用料金は施設運営者と利用者との契約に基づいて決定されたが、当時の利用料金は一日15,000ウォンであった⁴⁷²。

民主化後の初の政権である盧泰愚政権では、民主化運動がもたらした下からの福祉拡大の圧力により、社会保障の諸法と制度が実施された⁴⁷³。高齢者の長期療養政策も、1989年の老人福祉法の全面改正により、高齢者の入所施設がさらに機能別分化され、在宅サービスが高齢者の福祉事業として実施されるようになるなど、実質的な進展があった。しかし、盧泰愚政権は、高齢者の福祉施策の基本方向を前政権の「先家庭保護後社会保障」を踏襲していたため、高齢者の長期療養は、依然として家族と民間の役割、そして要保護者の自助を強調する一方で、国家の役割及び介入は最小限にとどめていた⁴⁷⁴。

第5節 金泳三（キム・ヨンサム）政権（1993年2月～1998年2月）

金泳三政権は軍人出身ではない一般国民が約30年ぶりに大統領となったことで「文民政府」と呼ばれた。新政権の与党「民主自由党」は、1990年いわゆる（与党と野党第2党と

⁴⁷⁰ 保健社会部（1992）「1992年老人福祉事業指針」66、67、71、91、118ページ、「ハンギョレ新聞」「宅老事業国内初披露」1992年10月2日付、8面。

⁴⁷¹ 60歳～64歳の者でも特別に一時的に保護が必要と認められた場合、利用することができた。保健社会部（1992）前掲、67ページ。

⁴⁷² 保健社会部（1992）前掲、66-67、71ページ。

⁴⁷³ Nam Chan Seob（2018）「民主化30年韓国社会福祉の制度的な変化と課題」『市民と世界』Vol.（31）、54ページ。

⁴⁷⁴ Kim Dong Ho（2011）「老人福祉対象に応じた選択的老人福祉サービス供給に関する研究」祥明大学大学院、100ページ。

野党第3党が合併)によって誕生した政党であったため、金泳三政権は保守大連合を支持基盤とした⁴⁷⁵。

金泳三政権が発足した時期は、アメリカから韓国国内の資本市場の自由化と貿易の開放を強く要求されていた⁴⁷⁶。金泳三政権は発足後、「新韓国創造」⁴⁷⁷を国家目標として掲げて、その一環として新経済5箇年計画⁴⁷⁸を発表した。この計画は、国際市場基盤の拡充を経済施策における主要課題として、韓国経済の開放・国際化を進めるとともに経済運用と制度及び慣行を国際化することを明記し、また、経済活動に対する規制を緩和し、経済正義を具現するための財政、税制、金融、経済行政規制などの経済制度改革に取り組む新自由主義路線を示すものであった。また、社会福祉制度については、低所得層及び社会的弱者の権益保障に重点を置く選別的な性格の社会福祉を示すものであった⁴⁷⁹。

その後、金泳三政権は、市場中心の経済体系の構築のための脱規制の措置と金融自由化、そして貿易開放を次々と進めた⁴⁸⁰。そして、1995年には、「新韓国創造」を代替する「世界化」の構想を発表した⁴⁸¹。以降、世界化は金泳三政権の経済政策の領域だけではなく、金泳三政権の国政指標として位置づけられ、金泳三政権下では、すべての領域における政策が世界化と競争力の強化という談論下で決定された⁴⁸²。社会保障政策もそうであった。

金泳三大統領は1995年3月23日「世界化推進報告会議」において福祉構想を発表した。金泳三大統領は「国民福祉が持続的な経済成長の前提となり、また持続的な経済成長は国

⁴⁷⁵ Lee Hye Kyung (1995) 「韓国社会福祉政策の現状と発展方向」 『韓国社会福祉調査研究』 Vol.2、131 ページ。

⁴⁷⁶ Shin Dong Myeon (2001) 前掲、84ページ

⁴⁷⁷ 新韓国とは、①より自由で成熟した民主社会、②正義が川の水のように流れる社会、③共に豊かに暮らす共同体、④人間の品位が尊重される社会、⑤分断された民族が一つになって平和に暮らす統一祖国、⑥世界の平和と人類の進歩に寄与する国、⑦誰もが楽しく働ける社会、⑧子孫がこの土地に生まれたことを自慢に思うことができる社会である。大統領記録関「金泳三大統領の就任演説」 URL: <https://www.pa.go.kr/research/contents/speech/index.jsp> (2021年4月12日最終閲覧)。

⁴⁷⁸ 新経済とは政府と民間が共に作っていく経済であり、すべての国民の創意と参与を発展の原動力として韓国経済を経済先進国の水準まで引き上げることを目標とした。大韓民国政府(1993)「新経済5箇年計画(93-97)ー参与と創意で新しい跳躍をー」15ページ。

⁴⁷⁹ 大韓民国政府(1993)、前掲、17、19ページ。

⁴⁸⁰ Shin Dong Myeon (2006) 前掲、127-128 ページ

⁴⁸¹ Shin Dong Myeon (2001) 前掲、84ページ。

⁴⁸² Shin Dong Myeon (2001) 前掲、88ページ。

民福祉の基礎となると、成長と福祉は相互補完的な関係として把握しなければならない」と述べた上で、福祉構想の原則と方向を示した⁴⁸³。

その原則は①最低限の人間らしい生活の保障、②未来のための投資としての生産的福祉、③民と官が協調する共同的な福祉、④福祉制度と運営方式の情報化・効率化、⑤生活の質の基本としての安全重視であった⁴⁸⁴。続いて①脆弱階層のための公的扶助の拡大、②高齢化社会に備えた老人福祉の拡充、③女性の社会参与の支援、④社会保障制度の改善、⑤社会安全体系の確立、⑥21世紀型環境改善の総合対策の設けなどの主要政策課題などをも示した⁴⁸⁵。

そして、金泳三大統領の福祉構想を具体化するための世界化推進委員会の傘下に「国民福祉企画団」が設置された。同企画団は、1996年2月に「『生活の質』世界化のための国民福祉の基本構想（最終報告書）」を策定した。同報告書には「韓国型福祉モデル」が示されていた。それは、市場理念と非市場理念の調和を福祉の根幹に置き、社会福祉は、経済発展及び安定を阻害しない範囲で拡大し、全国民の最低水準以上の生活を保障することで社会統合を図ること、社会福祉の供給は、家族・企業・民間団体など主体を多様化すること、伝統的な家族構造、地域社会の扶助精神、家族的な企業文化などを開発・発展させ、韓国社会に適合する福祉モデルを構築することなどであった⁴⁸⁶。つまり、金泳三政権が提示した「韓国型社会福祉モデル」とは、社会福祉に対する国家の役割と責任を回避し、社会福祉の供給を家族、地域社会、市場、民間団体などに任せ、経済成長を最優先するというものであった⁴⁸⁷。

⁴⁸³ 大統領秘書室（1995）「『生活の質の世界化のための言葉資料』」3ページ。

⁴⁸⁴ 大統領秘書室（1995）前掲、3-5ページ。

⁴⁸⁵ 大統領秘書室（1995）前掲、5-8ページ。

⁴⁸⁶ 国民福祉企画団（1996）「『生活の質』世界化のための国民福祉の基本構想（最終報告書）」5-7ページ。

⁴⁸⁷ Rhee Kwang Chan（1995）「金大統領の福祉構想に対する批判的な考察」『韓国社会福祉学』Vol.27、220ページ。

金泳三政権は、社会福祉を国民の社会的権利として認識していたが、社会福祉に対する国家の役割及び責任は、低所得層、社会的弱者に限定しており⁴⁸⁸、金泳三政権5年間の公的福祉支出の対GDP比は3%前後にとどまっていた⁴⁸⁹。金泳三政権が社会保障制度に消極的であった理由は、世界化という要因と以前の軍事政権とは異なり社会保障制度拡大による政権の正当性を確保する必要がなかったからである⁴⁹⁰。

また、政権の正当性を確保するため、政権発足初期から多様な社会保障の諸法と制度を実施した以前の軍事政権とは異なり、金泳三政権では、多くの社会保障の諸法及び制度の制定と実施が政権中盤頃から行われた。例えば、1995年7月から国民年金の皆保険実施の一環として「農漁民年金制」が実施、95年6月に「社会脆弱階層の福祉増進対策」が策定、95年9月に国民の健康権の確保と健康増進の基盤造成のための「国民健康増進法」が制定、95年12月には社会保障に関する国民の権利と国家の責任を規定した「社会保障基本法」が制定された⁴⁹¹。

そして、高齢者の長期療養政策については、1980年代後半から1990年代にかけて高齢者の保健・医療に関する研究が進められはじめ⁴⁹²、高齢化社会の対策として、高齢者の療養専門施設の拡充と地域社会中心の在宅療養サービス及び看護サービスの実施と拡大、高齢

⁴⁸⁸ Park Jeong Yeon (2017) 「1987年の民主化以降、歴代政府の社会福祉政策と社会権—国政目標と方向性に関する研究—」『民主社会と政策研究』Vol.32 (32)、60ページ。

⁴⁸⁹ KOSIS 「保健福祉部『韓国の社会福祉支出（社会福祉支出比率（GDP対比））』」URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11777_N120&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=G_26&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE (2021年12月29日最終閲覧)。

⁴⁹⁰ Lee Young Hwan・Kim Young Soon (2001) 「韓国社会福祉の発達に関する階級・政治的考察」『状況と福祉』Vol.9、284ページ。

⁴⁹¹ 大統領秘書室(1998a) 「(金泳三文民政府国政5年)変化と改革、その挑戦と試練」64-65ページ。

⁴⁹² Kwon Jung Don (1994) 「智謀老人の扶養実態と対応戦略」韓国保健社会研究院、Park In Hwa (1995) 「望ましい老人健康管理のための立法方向(懸案分析第108号)」国会図書館立法調査分析室、Seo Mi Kyong (1995) 「老人保健・医療の現況と改善方案」韓国保健社会研究院、Moon Ok Ryun (1995) 「老人保健制度と老人看病療養院制度開発の課題と展望」『韓国老年学』Vol.15 (1)、181-212ページ。など。

者の医療費の自己負担金の軽減、老人専門病院の設置、高齢者の保健・医療サービスの提供人員の養成などが挙げられた⁴⁹³。

金泳三政権では、経済行政規制緩和施策の一環として老人福祉法を改正し（1993年12月27日改正、1994年6月28日施行）、非営利法人以外の民間企業、個人事業主も高齢者の有料施設の設置・運営を可能にするるとともに⁴⁹⁴、家庭奉仕員派遣事業・昼間保護事業・短期保護事業を在宅老人福祉事業に位置付けた（老人福祉法第20条の2）。それにより、ボランティアによって無料で家庭奉仕員派遣事業を実施していた33在宅老人福祉事業機関に1996年から1～3人有給奉仕員が配置できる予算が下り、有給奉仕員派遣事業が実施されるようになった。また、民間機関で実施されていた有給ホームヘルパーサービスをソウル市が導入し、1996年4月から有給ホームヘルパーサービスが実施されるようになった⁴⁹⁵。民間のホームヘルパーサービスが主に中間所得層高齢者を対象にしたのに対し、ソウル市のホームヘルパーサービスは生活保護高齢者と低所得層の高齢者を対象にしていた⁴⁹⁶。表3-5は、金泳三政権下における高齢者の在宅サービス事業所の現状である。

表3-5 金泳三政権下の高齢者の在宅サービス事業所の現状（1996年6月30日現在）

合計	在宅老人福祉事業		
	家庭奉仕員派遣事業	昼間保護事業	短期保護事業
89	49	25	15

資料：保健福祉部（1997）「1997年老人福祉事業指針」8ページ。

⁴⁹³ Rhee Ka Oak他3人（1993）「老人福祉政策開発のための研究」韓国人口保健研究院、324ページ、Min Jae Seong他3人（1994）「韓国の高齢化推移と老人福祉政策」韓国開発研究院、56-58ページ、Moon Ok Ryun（1995）前掲、196-204ページ、Seo Mi Kyong（1995）前掲、19-28ページ。

⁴⁹⁴ 法制処国家法令情報センター「老人福祉法制定・改正理由」URL:<https://www.law.go.kr/LSW/lisInfoP.do?lsiSeq=7669&ancYd=19931227&ancNo=04633&efYd=19940628&nwJoYnInfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202&ancYnChk=0#0000>（2021年4月5日最終閲覧）。

⁴⁹⁵ 「ハンギョレ新聞」「老人の面倒をみる有料家庭トウミ拡散」1996年2月25付、10面。

⁴⁹⁶ 同上。

そして1993年7月からソウル市の2つの病院と1つの保健所で地域社会中心の家庭看護師制度がモデル実施された⁴⁹⁷。同制度は慢性疾患患者の健康管理と退院した患者の回復を助けるために、家庭看護師が高齢者のご自宅を訪問し、主治医の指示の下で、医療的サービスを提供するサービスであった。同サービスは看護師二人一組で週1～2回行い、1回の訪問での診療費は2万5千ウォンの高めの料金が設定されていた⁴⁹⁸。

1994年9月から1996年6月まで3次診療機関4か所で病院中心の家庭看護師制度が第1次モデル実施された。病院中心の家庭看護師制度とは、入院患者を適期に退院させた後、看護師が患者宅を訪問し、必要な措置を行うサービスであった⁴⁹⁹。第1次モデル実施後、同制度はさらに拡大され、1997年5月からは37か所の病院で第2次モデル実施された⁵⁰⁰。

さらに、高齢者の健康管理対策として全国の保健所の老人診療機能が強化され、保健所が老人性慢性疾患に対応する一次診療機関として位置づけられた。また、長期療養と診療機能を備えた老人専門病院の設置への支援が始まり、1996年からは高齢者の医療保険の給付日数の制限が廃止され、一年中医療サービスが受けられるようになった⁵⁰¹。

そして、高齢化社会における認知症高齢者の対策の必要性が提起され、認知症及び中風の高齢者のための認知症高齢者専門療養施設と認知症専門療養病院の拡充が進められた⁵⁰²。ところが、高齢者の入所施設は依然として不十分なままであった。盧泰愚政権時に比べると、高齢者の入所施設は約4年間123か所から155か所に、利用者は、7,239人から8,836人に少し増加したが（表3-6）、1996年現在、65歳以上の人口（約279万人）に入所サービスの利用者8,836人が占める割合は0.3%で、この数字は盧泰愚政権時と同じで

⁴⁹⁷ 大韓看護協会のソウル市支部はソウル市の2つの病院と1つの保健に専門家庭看護師12人を配置し、家庭看護師制度をモデル実施した。「京郷新聞」「家庭看護師呼んでください」1993年11月16日付、9面。

⁴⁹⁸ 当時は家庭看護師サービスの医療報酬が策定されておらず、大韓看護協会の会費によってモデル実施された。それで、患者が支払う診療費は交通費・食事などが含まれた2万5千ウォンとなっていた。同上。

⁴⁹⁹ 大統領秘書室（1998b）「変化と改革金泳三政府国政5年資料集3」260ページ。

⁵⁰⁰ 保健福祉部（2010）「医療機関家庭看護事業業務便覧」4ページ。

⁵⁰¹ 大統領秘書室（1998b）前掲、248ページ。

⁵⁰² 大統領秘書室（1998b）前掲、247ページ。

あった⁵⁰³。つまり、金泳三政権では、高齢者の入所サービスの拡充を進めたものの、実際の量的な拡大はほとんどなかったと言える。

表3-6 金泳三政権下の高齢者の入所施設の現状（1996年6月30日現在）

区分	合計	養老院			療養院			認知症専門療養施設
		無料	実費	有料	無料	実費	有料	無料
施設数	155	85	3	11	42	12	1	1
利用者数	8,836	4,724	74	401	2,897	492	32	216

資料：表 3-5 と同一。

保守大連合を支持基盤としてスタートした金泳三政権は、韓国国内の資本市場の自由化と貿易の開放に対するアメリカなどの強い要求から、金融・経済などの規制緩和と貿易開放を次々に行い、新自由主義政策を進めた。社会保障制度においても、社会保障に対する国家の役割と責任を強化するより、家族・地域社会・民間・市場などの役割を強調するいわゆる小さな政府を進めた。それゆえ、金泳三政権下における公的社会保障のレベルは低水準なままであったと言える。

それでも、金泳三政権の社会保障政策に関連して高く評価したい点の一つがあるが、それは、金泳三政権は、社会保障制度を国民の権利として認識した初めての政権であると同時に、民間レベルで広がっていた健康権を国家レベルで認識し、医療政策に健康権を反映した初めての政権でもあるという点である。

先述したが、健康権は1970年代の公害問題を背景に民間レベルで初めて提起され、その後、1980年代の民主化運動を契機に組織された保健・医療団体などによって健康権の確保に関する多様な活動及び運動が行われていた。そして、1980年代後半から1990年代にかけて、労災問題を背景に労働者の健康権の確保運動とWHOの喫煙運動の影響を受けて韓国でもタバコから健康を守ろうという健康権の確保運動が起き始めた。

⁵⁰³ 1996年度の65歳以上高齢者数は、KOSIS「統計庁『将来人口推計（主要年齢階層別推計人口（生産年齢人口、高齢人口等）全国）』」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I3（2021年12月28日最終閲覧）。

こうした背景などから金泳三政権では、初めて健康権を認識し、それを諸政策に反映した。1996年2月2日、金泳三大統領は、首席秘書官会議で社会福祉首席から産業災害の現況について報告を受け、「労働部を中心に産業安全先進化企画団を構成し、3年以内に産業災害を先進国水準に減らすための具体的かつ画期的な案を作成し、今年の上半期から施行するように」と指示した⁵⁰⁴。この指示を受けて、1996年2月22日に「産業安全先進化企画団」が発足した。同企画団は、政府関係者、学界、言論界、災害予防団体、市民団体⁵⁰⁵などの23人の委員から構成された⁵⁰⁶。

「産業安全先進化企画団」は、2回の公聴会と5回のセミナーを開催し、1996年8月に「産業安全先進化3箇年計画」を策定した。同計画では、推進目標として①2000年まで災害率0.5%と労働者死亡率1.0%（労働者人口1万対）の達成、②安全で快適な作業環境の造成、③労働者の安全権と健康権が保障されるやりがいのある仕事場づくり、④人命尊重理念に基づく安全第一の価値観の確立が定められた。そして、2000年まで産業安全先進化のための具体的な8大課題が設定され、同年8月から進められた⁵⁰⁷。

そして、1995年9月に国民の健康権の確保のための「国民健康増進法」が制定された。また、1996年11月に国務総理傘下に国民の健康権の確保のための医療改革委員会が設置され、医療制度の改革が進められた⁵⁰⁸。

「国民健康増進法」の制定の場合、タバコから健康を守るため、禁煙運動を行った市民団体の影響が大きかったと言える。1980年代の韓国では、「韓国消費者連盟」などの女性

⁵⁰⁴ 「KBSNEWS」 「金泳三大統領、産業安全先進化を指示」1996年2月2日、URL:<https://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=3758991>（2022年1月9日最終閲覧）。

⁵⁰⁵ 経済正義実践市民連合、韓国女性団体協議会、韓国消費者連盟などがあつた。労働部産業安全局安全企画課（1996）「産業安全先進化企画団の発足及び第1回会議開催」3ページ。

⁵⁰⁶ 労働部産業安全局安全企画課（1996）前掲、1-2ページ。

⁵⁰⁷ 産業安全先進化企画団（1996）「産業安全先進化3箇年計画」8-9ページ。

⁵⁰⁸ 具体的には、包括的な医療サービスの供給体系の構築及び改善、医療供給の効率的な運営のための制度の開発及び整備、保健医療産業の規制緩和及び制度改善などの10短期課題と保険報酬・給付・管理体系の改編、保健医療産業の技術開発と支援の拡充、保健医療サービス産業の基盤構築などの14中長期課題が医療制度の改革の課題として挙げられた。保健福祉部（1996）「医療改革委員会の設置計画」、韓国保健社会研究院（1997）「保健福祉動向『医療改革委員会』医療改革課題選定」『保健福祉フォーラム』Vol. 1（4）、61-62ページ。

市民団体を中心に禁煙運動が行われていた⁵⁰⁹。1986年に日本で開かれた「第6回世界禁煙大会」に韓国代表として Kim Il Soon 延世大学の教授と「韓国消費者連盟」の会長が参加した。これをきっかけに二人はより本格的な禁煙運動を行う必要があると思い、「韓国禁煙運動協議会」設立を論議し、1988年に「韓国禁煙運動協議会」を立ち上げた⁵¹⁰。同協議会は、禁煙教室の開設・運営、喫煙に関するセミナーなどを開催するなど、多様な喫煙運動を行った。また、1989年には公共の場所における喫煙区域の設置を義務化した「禁煙法」試案を作成、保健福祉部に提出した⁵¹¹。

1991年10月には、「韓国禁煙運動協議会」をはじめ、「キリスト教倫理実践運動本部」、「経済正義実践市民連合」、「大韓キリスト教青年会（YMCA）連盟」など8市民団体が連合して「タバコ広告禁止法立法推進共同対策委員会」を立ち上げ、「タバコ広告禁止法（仮称）」の法制化を推進した⁵¹²。そして、1993年には「韓国禁煙運動協議会」を中心に「国民健康増進法制定推進委員会」が結成され、「国民健康増進法」の制定を進めた⁵¹³。その成果として、1995年に禁煙の運動（第8条）と禁煙のための措置（第9条）などを規定している「国民健康増進法」が制定された。

第6節 小括

民主化以前の韓国は、北朝鮮との政治体制の対立による反共主義と権威主義体制の下で、左派政党の政治や労働運動及び市民運動などが抑圧され、社会保障に対する下からの要求が発生しにくい状況に置かれていた。社会保障の諸法の制定及び制度の実施は、政権の正

⁵⁰⁹ 「東亜日報」 「禁煙運動協会長の金駟舜教授『成人男性喫煙率先進国の3倍』」 1988年3月8日付、14面。

⁵¹⁰ 韓国禁煙運動協議会 「設立背景」 URL:http://www.kash.or.kr/user_new/introduction_06.asp (2022年1月9日最終閲覧)。

⁵¹¹ 「毎日経済」 「学校・庁舎などの公共建物の禁煙区域の義務化」 1989年1月17日付、15面。

⁵¹² 「ハンギョレ新聞」 「タバコ広告禁止推進委員会構成」 1991年10月3日、8面。

⁵¹³ 韓国禁煙運動協議会 「協議会沿革」 URL:http://www.kash.or.kr/user_new/introduction_02.asp?VIEWYEAR=0 (2022年1月9日最終閲覧)。

当性を確保する手段として、また、経済発展の手段として行われていたため、この時期の社会保障法及び制度は名目的かつ宣言的なものに過ぎなかった。

さらに、この時期は経済発展を最優先していたため、社会保障制度の実施が国家の財政に負担を与えてはいけなく、そのため、韓国における社会保障制度は、国家の財政の負担を最小化する社会保険制度として発展していった。

1980年代の民主化運動と労働運動などにより、これまで抑圧されていた社会保障の要求が下から噴出され、民主化以降、多量の社会保障の諸法制定と制度が実施された。ところが、社会保障に対する国家の態度は、依然として最小限の介入と役割を行う消極的なものであった。

「文民政府」と呼ばれた金泳三政権下では、新自由主義が進められ、社会保障においても国家の役割より、家族・地域社会・市場・民間団体の役割を強調し、低所得層や社会的弱者に限定して恩恵的かつ救貧的な施策を実施した。

こうした状況に儒教思想が加わって、高齢者の長期療養は専ら家族と民間によって支えられていた。1980年代になって、老人福祉法が制定され、老人福祉法の下で長期療養サービスが提供されはじめ、その種類も次第に多様化されたが、この時期に高齢者の長期療養サービスの発展を導いたのは民間（非営利）であった。国家は、低所得層の高齢者、その中でもごく一部の人々に救貧的かつ選別的な施策を実施するだけで、高齢者の長期療養は、家族と民間に頼るばかりであった。

一方、健康権については、人権団体である「国際人権擁護韓国連盟」が1970年代から提起され始めた公害問題によって国民の健康権が脅かされていると指摘、国家に対して正確な実態調査とともに改善策を立てるよう求めた。これが、韓国における国家に対して国民の健康権を確保するよう求めた初の動きであったと言える。その後、民主化運動を契機に組織された医療・保健団体と農民団体などが連合して、農漁民の健康権の確保のための医療保険の統合運動を行った。医療保険は盧泰愚大統領の拒否権行使により統合まで至らなかったが、医療保険の統合運動は、大規模な保健・医療運動として、また、健康権の確保運動として意義が大きい。

そして、健康権の確保運動は、1980年代後半から1990年代にかけて、労災問題を背景に、労働者の健康権の確保運動まで拡大された。このように健康権の確保運動は、医療・保健・労働・農民などの市民団体を中心に展開され、民間レベルで次第に広がっていった。金泳三政権では、初めて健康権を国家レベルで認識し、それを医療政策に反映した。

以上のように健康権は、主に民間団体によって主張され、国家に対して医療制度の充実を求める手段としてよく用いられた。ところが、この時期にはまだ高齢者の長期療養問題まで視野に入れて、それを健康権の観点から捉え、健康権を実現する手段の一つとして長期療養政策の充実を求める動きはほとんどなかったと言える。

第4章 老人長期療養保険制度の導入準備から制度発足と制度運営の基本方針の転換

第4章では、老人長期療養保険制度の導入準備から施行後、制度運営の基本方針を「民営」のままに維持していた時期（金大中政権から朴槿恵政権まで）に区分して、公的長期療養保障制度の導入背景と導入過程を整理する。また、同制度の導入過程で運営の基本方針がなぜ、公立中心の「公営」から、民間中心の「民営」へと変更されるようになったのかその背景について整理する。

第1節 金大中（キム・デジュン）政権（1998年～2003年）

1. 金大中政権の福祉理念と韓国の経済状況

金泳三政権の無分別な金融自由化と急速な市場化戦略は、1997年の通貨危機をもたらした⁵¹⁴。結局、韓国政府は1997年11月21日にIMF（国際通貨機関）に資金支援を要請した。IMFは、韓国に約550億ドルの支援をする条件として、財政緊縮及び一時的な市場金利の上昇の容認、金融構造調整、貿易・資本市場の開放、企業支配及び財政構造の改革、労働市場の柔軟性の確保などを求めた⁵¹⁵。韓国政府がそれを受け入れることで、韓国経済は、事実上、IMFの管理下におかれるようになった。こうして、韓国では新自由主義が本格的に進めるようになった。

1997年韓国大統領選挙で、野党の金大中候補者が大統領に選出され、韓国に革新政権が誕生するとともに韓国政府樹立以来、初めて政権交代が実現した。しかし、一方では、「国民の政府」と呼ばれた金大中政権が発足した1998年は、韓国のGDP成長率が初めてマイナスに転じた年でもあり、金大中政権は経済危機の克服という大きな課題に直面することになった⁵¹⁶。

⁵¹⁴ Lee Sang Yi (2008) 「保険福祉分野における国家の役割の拡大」『批判と代案のための社会福祉学会学術大会発表論文集』42ページ。

⁵¹⁵ 財政経済院（1997）「国際通貨基金（IMF）待機性借款協約のための意向書案（第887号）」6-7ページ。

⁵¹⁶ 1998年の韓国のGDP成長率はマイナス5.1%で、一人当たり国民総所得は8,189ドル、失業率は前年比に2倍強増加した7.0%を記録した。KOSIS「韓国銀行『国民計決（年間指標）』」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=301&tblId=DT_111Y002&conn_path=I3（2021年7月9日最終閲覧）、KOSIS「失業率」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2KAA335&

経済危機、そしてそれを克服するための IMF の経済体制は、韓国で大量失業、中間所得層の崩壊、所得不平等、自殺率の増加、ホームレスの増加などの様々な社会問題をもたらした。しかし、当時、韓国社会は、これらの社会諸問題に対応するための社会保障制度が十分に整備されていなかった⁵¹⁷。

こうした背景に、IMF の提案⁵¹⁸、労働・市民団体の要求⁵¹⁹、総選挙で勝つための政治的な理由⁵²⁰などの多様な要因が絡み合っ、金大中政権下で社会保障制度が飛躍的に発展した。

金大中政権は、IMF と World Bank が要求する新自由主義的経済改革と並行で「生産的福祉」を推進した⁵²¹。「生産的福祉」とは、「生涯にわたって経験しうる社会的リスクからすべての国民を保護し、人間らしい生活を保障する福祉制度」である⁵²²。

そして、金大中政権は、経済危機の克服と社会諸問題に対応するため「民主主義」と「市場経済の並行発展」とともに「生産的福祉」を国政指標として掲げた。これは、韓国の社会保障の歴史において大きな意味を持つ。1960年代から推進された経済発展計画により、経済発展を最優先し、社会福祉を後回しにしてきた韓国で、社会福祉が初めて経済政策と並んで同じ位置で国政指標として掲げられたのである⁵²³。

vw_cd=MT_RTITLE&list_id=101_001_C&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_RTITLE (2021年7月9日最終閲覧)。

⁵¹⁷ Sonn Ho Chul (2005) は、金大中政権が福祉拡大を進めた理由の一つとして、福祉政策の場合、そもそもその水準が低いことから、新自由主義に反対されないほど付随的なものであったからではないかと分析している。Sonn Ho Chul (2005) 「金大中政府の福祉改革の性格—新自由主義への前進?—」『韓国政治学会報』Vol. 39 (1)、225 ページ。

⁵¹⁸ 韓国の社会保障制度がとても不十分であったため、IMF は新自由主義的経済改革を円滑に進めるため、借款の条件の一つとして、韓国政府にセーフティネットの拡大(失業保険の適用拡大)を要求した。Chung Moo Kwon (2002) 前掲、121、129 ページ。

⁵¹⁹ 例えば、全国民主労働組合総連盟、健康連帯(2003年に解散して、その後、健康セサン(世の中)ネットワークに発足)、参与連帯、経済正義実践市民連合などの労働・市民団体が「国民健康保険法」、「国民基礎生活保障法」の立法化を積極的に進めた。詳細は、Seong Kyoung Ryung (2001) 「民主主義の鞏固化と福祉国家の発展—文民政府と国民の政府の比較」『韓国社会福祉学』Vol. 46、166-168 ページを参照。

⁵²⁰ Seong Kyoung Ryung (2001) 前掲、168-169 ページ。

⁵²¹ Lee Hye Kyung (2002) 「韓国の福祉国家の性格論争の含意と研究方向」『批判社会政策』Vol. 11、16 ページ。

⁵²² 大統領秘書室(1999) 前掲、41 ページ。

⁵²³ Nam Chan Seob (2011) 「民主政府10年福祉改革の回顧と展望—最近の福祉国家論争に照らして—」『批判社会政策』Vol. 32、149 ページ。

そして金大中政権では、人間が尊厳を持って人間らしく生きる権利、健康で文化的な生活を送る権利などの生存権と生活権、そして健康権などを保障することは国家の当然の義務であり責任であることを明確にするとともに、それを福祉政策の哲学的かつ理念的な基礎とした⁵²⁴。

特に、健康権の場合、金大中政権では、憲法第36条に依拠して健康権は国民の基本権の一つであり、また、国民の健康権の保障することは国家の責任であることを宣明した。そして、これまで国民の健康保護に対する役割を担ってきたのは民間で、国家の役割は制限的かつ消極的であったことを述べながら、長期療養、リハビリテーション、福祉型医療サービス、ホスピスなどの新しい保健・医療の需要に対応する戦略として、治療中心の短編的な健康管理體系から予防と健康増進、そして持続的な健康管理を核心とする『一生健康管理體系』へと転換すると明らかにした⁵²⁵。金大中政権は、高齢化の進展による増加する高齢者の長期療養問題を、健康権の観点から捉えた政権でもあった。

生産的福祉の下、金大中政権は、社会保険の適用拡大による4大社会保険制度体系を確立するとともに社会権に基づき「国民基礎生活保障法」を導入し、普遍主義的社会保障制度を整備した⁵²⁶。

まず、「雇用保険制度」は1998年10月に、「労災保険制度」は2000年7月に1人以上労働者を雇用するすべての事業所に適用されるようになった。そして「国民年金」は1999年4月に、都市地域の零細自営業者900万人が加入対象となり、全国民を対象とした皆年金が始まった。「医療保険制度」も改革が行われ、医療保険制度の保険者（組合）が統合され、2000年に現在の「国民健康保険制度」が実施された。そして、国民健康保険制度の自己負担金の軽減対象者が従来の75歳以上から65歳以上に、自己負担金も5割から3割に変

⁵²⁴ 大統領秘書室（1999）「新千年に向けた生産的福祉の道『国民の政府』社会政策青写真」、17-22ページ、統領秘書室生活の質向上企画団（2003）「生産的福祉福祉パラダイムの大転換」19-20、34ページ。

⁵²⁵ 大統領秘書室（1999）前掲、98-100ページ、統領秘書室生活の質向上企画団（2003）前掲、34ページ。

⁵²⁶ Lee Sang Yi（2008）前掲、43ページ。

更された。さらに、2000年10月からは「国民基礎生活保障法」が施行された⁵²⁷。そして、2000年には国民の健康権を明記した「保健医療基本法」が制定された。

特に、1961年に制定された「生活保護法」を廃止して、1999年に制定された「国民基礎生活保障法」の場合、社会保障の受給権を慈善や恩恵ではなく、国民の権利として認めた公共扶助として大きな意義を持つ⁵²⁸。こうした国民基礎生活法の制定と医療保険の統合を可能にしたのは、韓国の労働市民団体の組織的な努力が大きかった⁵²⁹。

そして、医療保険の統合の場合、1980年代に農漁民の健康権を確保するため、医療保険の統合運動を行った諸市民団体の影響が大きかったといえる。医療保険の統合運動は、金泳三政権下でも継続されていた。1994年金泳三政権は医療保障改革委員会を設置し、医療分野の改革を始めた⁵³⁰。これをきっかけに医療保険の統合運動が再開し、1994年4月に、1980年代医療保険の統合運動を行った諸団体を中心に、労働、農民、医療、保険団体など66団体が連帯して医療保険制度の一本化を促す「医療保険統合一元化及び保険適用拡大のための連帯会議（以下、医保連帯会議という）」を結成した⁵³¹。

医保連帯会議は、医療保険の一本化と保険適用の拡大、そして平等な保険料負担の達成を目標として掲げて医療保険の統合運動を主導した⁵³²。そして、1995年に民主労働総連盟準備委員会が社会改革の2大課題として労働法の改正と医療保険の統合を設定し、医療保険の統合運動に加わった⁵³³。

⁵²⁷ 統領秘書室生活の質向上企画団（2003）前掲、38-39 ページ。

⁵²⁸ Park Jeong Yeon（2017）前掲、61ページ。

⁵²⁹ Seong Kyoung Ryung（2001）前掲、166 ページ。

⁵³⁰ Shin Young Jeon（2010）前掲、5 ページ。

⁵³¹ 同上、「ハンギョレ新聞」「医療保険統合の一本化を促す」1994年5月22日付、14面、「ハンギョレ新聞」「医療保険の統合を急ぐべきだ」1994年10月31日付、16面。

⁵³² Shin Young Jeon（2010）前掲、5 ページ。

⁵³³ Kim Ho Youn・Joo Jae Hyun（2015）「国民健康保険統合政策の変動に関する研究—政策流れの修正モデルの適用—」『韓国政策科学学会報』Vol.19（4）、66ページ。

医療保険の統合は、1996年国会議員総選挙で与党「新韓国党⁵³⁴」を除くすべての政党が公約として掲げた⁵³⁵。そして、1998年金大中政権発足後、医療保険の統合は、100大の国政課題として位置づけられた⁵³⁶。医保連帯会議、民主労働総連盟、参与連帯などの市民団体は、医療保険の統合を反対する大企業の経営主、韓国労働総連盟、などの強い抵抗を押し切って、「国民健康保険法」の法制化を主導するなど医療保険を統合する「国民健康保険法」の制定に大きな影響を与えた⁵³⁷。

2. 金大中政権下における高齢化社会への対応

そして、高齢者の長期療養政策については、2000年に韓国社会が高齢化社会に突入するに備えて、高齢化社会に向けた取り組みが進められた。保健福祉部は1999年「世界老人の日」を迎えて、21世紀高齢化社会に備えるための「老人保健福祉中・長期発展計画」を策定し、1999年1月27日に金大中大統領などに報告した⁵³⁸。

保健福祉部は老人福祉施策の方向として①産業社会における老人問題に対応し、家族、社会、国家の三位一体支援体制を構築、②脆弱な老人は施設保護及び生計支援などを通じて基礎生活を保障し、勤労能力がある老人には仕事提供・ボランティアなどを通じて生産的福祉型の事業を展開、③保健及び福祉サービスの連携を通じて老人の特性に合わせたサービスを提供の三つを挙げて、「老人保健福祉中・長期発展計画」に沿って、高齢者の保健・福祉施策を推進することにした⁵³⁹。

⁵³⁴ 与党「民主自由党」は1995年に「新韓国党」に名称を変更した。

⁵³⁵ Shin Young Ran (2010) 「医療保険の統合論争における主要論点と論点の変化過程—政策決定過程の民主化を中心に—」『比較民主主義研究』Vol.6(2)、177ページ。

⁵³⁶ Shin Young Jeon (2010) 前掲、5ページ。

⁵³⁷ Eum Hyeong Sik (1999) 「金大中政権2年目の社会福祉改革の進行過程についての検討」翰林大学校大学院社会学科期末報告書 (Seong Kyung Ryung (2001) 前掲、166ページより再引用)。

⁵³⁸ 保健福祉部報道資料「老人保健福祉中長期発展計画樹立」1999年2月2日付。

⁵³⁹ 保健福祉部報道資料「老人保健福祉中・長期発展計画推進状況」1999年10月26日付。

具体的には、認知症高齢者の対策として、保健所に「認知症相談申告センター」を 216 か所（1999年）から 243か所（2000年）まで設置・運営し、認知症高齢者の失踪予防のための「認知症老人身分確認ブレスレット」を1999年まで1万余個を普及、そして重症・中等症の認知症高齢者のための専門療養施設を18か所（1999年）から 50 か所（2003年）まで、認知症療養病院を 3 か所（1999年）から17か所（2003年）まで拡充するとともに高齢者が自宅で各種サービスを受けられるように家庭奉仕員派遣、昼間保護、短期保護機関を 130 か所（1999年）から 250 か所（2003年）まで拡充することなどが挙げられた⁵⁴⁰。

そして、1999年10月に「老人保健福祉中・長期発展計画」の推進状況を大統領に報告する際に、Choi Sung Jae ソウル大学教授が老人長期療養保護制度の必要性と政府内に政策企画団を設置することを提議し、同年12月に保健福祉部傘下に「老人長期療養保護政策企画団」が設置された⁵⁴¹。同企画団は、高齢社会に備えて高齢者の長期療養に関するより根本的な研究・検討を行い、家族及び社会的な扶養負担を軽減するための高齢者の保健医療と看病療養を含む「長期療養保護制度」が必要であると提案し、「老人長期療養保護政策案」を発表した⁵⁴²。しかし、この時はまだ公的老人長期療養保険制度の本格導入に向けた議論は始まっていなかった。

韓国で、老人長期療養保険制度の導入が初めて明らかとなったのは金大中政権 4 年目の 2001年であった。2001年 5 月、保健福祉部は健康保険財政危機から脱却するための「健康保険財政安定総合対策」を発表した。その対策の一つが「老人療養保険制度」の導入であった。当時韓国は、健康保険の統合および医薬分業実施などによる医療大乱から国民健康保険の財政が危機に陥っていた⁵⁴³。健康保険財政が危機を迎えた主要因は老人医療費ではなかったものの⁵⁴⁴、保健福祉部は老人医療費を抑制することによって、健康保険財政の危

⁵⁴⁰ 同上。

⁵⁴¹ 「百歳時代新聞」 「（金曜コラム）老人長期療養保険制度収益事業手段ではない」 2008年 4 月 28 日付、URL:<https://www.100ssd.co.kr/news/articleView.html?idxno=5636>（2021年 7 月 16 日最終閲覧）。

⁵⁴² 保健福祉部報道資料「老人長期療養保護政策企画団発足」2000年 2 月 17 日付、保健福祉部報道資料「老人長期療養保護政策案」2000年 10 月 24 日付。

⁵⁴³ 保健福祉部報道資料、前掲（2001年 5 月 31 日付）、1 ページ。

⁵⁴⁴ 2001年の老人医療費は 3,163 億円で、国民医療費の約 17.7%を占めており、健康保険財政を大きく圧迫するほどではなかった。

機の脱却及び財政の安定化を図ろうとした⁵⁴⁵。その方法が老人療養保険制度の導入であった。保健福祉部の総合対策の発表から約3か月後の8.15慶祝辞で金大中大統領は「老人療養保険制度の実施などで老人診療制度を積極的に発展していく」と公式発表した⁵⁴⁶。こうして高齢者を対象とした公的長期療養制度の導入の取り組みが始まった。

2001年8月に国務総理の傘下に「老人保健福祉対策委員会」が設置された。同委員会は翌年の2002年7月に「高齢社会に備えた老人保健福祉総合対策」を策定した。同対策は「健康で活力ある人間らしい老後生活の保障」をビジョンとし、①所得支援及び雇用促進、②健康保障の拡充、③教育・文化の活性化、④シルバー産業活性化の4つを政策目標として掲げた⁵⁴⁷。

高齢者の長期療養に関する政策は上記の④健康保障の拡充に位置付けられ、その政策課題として、①長期療養サービスの拡大、②在宅福祉サービスの拡大、③老人療養サービスの専門人材の拡充、④健康検診サービスの管理恵体系の構築、⑤長期療養費用の負担の軽減が設定された⁵⁴⁸。

そして、2002年同年10月に、「老人保健福祉対策委員会」が策定した老人保健福祉総合対策を実行する具体的な計画の「老人保健福祉総合対策実行計画」が発表された。

同計画に盛り込まれた主な施策は、65歳以上の高齢者人口の2%（7万余人）が利用できる認知症療養病院、療養施設などの老人医療福祉施設を10年以内に設置すること、地域社会の高齢者のための在宅サービス機関及び人材を持続的に拡充すること、中間所得層・庶民高齢者のための実費療養保護サービスを拡大すること、施設の運営基準を緩和し、民間の投資を活性化すること、高齢者の健康保障のための老人医学専門医・老人専門看護師を導入することであった。そして、中長期的な計画として、要長期療養高齢者の扶養費用の

⁵⁴⁵ 保健福祉部報道資料、前掲（2001年5月31日付）、5ページ。

⁵⁴⁶ 行政安全部大統領記館「第56周年光復節慶祝辞（改革と和合で未来を開いていきましょう）」2001年8月15日付、URL:<https://www.pa.go.kr/research/contents/speech/index.jsp>（2021年4月20日最終閲覧）。

⁵⁴⁷ 国務調整室老人保健福祉対策委員会（2002）「高齢社会に備えた老人保健福祉総合対策」45ページ。

⁵⁴⁸ 同上。

負担を減らすための療養費の所得控除方案を設けるとともに公的老人療養保護体系を構築・実施することなどが盛り込まれた⁵⁴⁹。

金大中政権の社会福祉改革は主に社会保険と公共扶助などの所得保障制度の充実に重点を置いて進められた⁵⁵⁰。しかし、実際は制度の狭間に置かれた人が少なくなく、労災・雇用保険の場合、低賃金労働者や零細・小規模企業の労働者は適用されなかった。公共扶助もその基準がとてつ厳しいという問題を抱えていた⁵⁵¹。そして、金大中政権下で、少子高齢化社会に対応するため、老人長期療養保険制度の導入などを進めたものの、より具体的な社会保障制度の拡充までは推進できなかった⁵⁵²。

第2節 盧武鉉（ノ・ムヒョン）政権（2003年2月～2008年2月）

1. 盧武鉉政権の福祉理念と高齢者の長期療養に関する取り組みの計画

盧武鉉政権は「参与政府」と呼ばれた。「参与政府」とは、「国民が国政の主人であり、国民の参与を基に国政を運営するという基本精神を表す」⁵⁵³。また、「国民の幅広い参与を基に改革と統合、先進国への跳躍と持続可能な発展を推進する」という意味も含んでいる⁵⁵⁴。盧武鉉政権は「参与民主主義」を基本理念とし、「国民と共にする民主主義」、「共に暮らす均衡発展社会」、「平和と繁栄の東北アジア時代」の3つを国政目標として掲げた⁵⁵⁵。

盧武鉉政権が社会保障の基本理念として掲げたのは「参与福祉」であった。「参与福祉」とは、「国家の積極的な福祉役割の増大と国民の能動的な福祉政策の参与を結合して、急

⁵⁴⁹ 保健福祉部報道資料「高齢社会に備え、老人総合対策樹立・推進」2002年10月2日付、2-3ページ。

⁵⁵⁰ Nam Chan Seob（2011）前掲、154ページ。

⁵⁵¹ Nam Chan Seob（2018）前掲、61ページ。

⁵⁵² Nam Chan Seob（2011）前掲、154ページ。

⁵⁵³ 国政広報処（2008a）「参与政府国政運営白書1 総論 / 大統領発言録」19ページ。

⁵⁵⁴ 同上。

⁵⁵⁵ 国政広報処（2008a）前掲、20、23ページ。

変する社会経済的な環境の中で持続可能で高水準の福祉制度を構築し、すべての国民の人間らしい生活が保障される参与福祉共同体を具現すること」である⁵⁵⁶。

盧武鉉政権の経済・社会保障政策の基調は、基本的に金大中政権の政策基調を継承しており、経済政策は新自由主義政策を維持した⁵⁵⁷。その代表的な例が韓米のFTAの締結であった⁵⁵⁸。しかし、社会保障政策は金大中政権の生産的福祉を継承し、既存の福祉政策の充実と普遍化を図ることを目標にした⁵⁵⁹。

盧武鉉政権は、まず、2004年・2005年2回にわたって、段階的に「国民基礎生活保障」の受給要件（扶養義務者の基準）を緩和し、4大社会保険の適用を拡大した。そして、2005年に低所得層の所得保障のための「緊急福祉支援法」を制定、2006年に低所得労働者の所得保障のための「勤労奨励税制」を導入、2007年に国民年金に加入できなかった低所得高齢者の所得保障のための「基礎老齢年金」を導入した。さらに、2007年に社会福祉サービスの「バウチャー制度」を導入し、同年に「障害者差別禁止法」と「老人長期療養保険法」を制定した⁵⁶⁰。

また、盧武鉉政権は金大中政権より少子高齢化社会に積極的に対応した⁵⁶¹。その対応策の一つが公的老人長期療養保険制度の導入であった。先に記したように、公的老人長期療養保険制度の導入を初めて明らかにし、その取り組みをスタートしたのは金大中政権であったが、制度導入に向けて本格的かつ長期的に取り組んだのは盧武鉉政権であった。公的老人長期療養保険制度の導入は、盧武鉉大統領、そして与党「新千年民主党」の公約の一つであった。

2002年韓国大統領選で与党の民主党大統領候補政策諮問団は、2002年10月に「国家ビジョンと戦略—2002、未来に向けた希望と挑戦—」という政策公約の資料集を発表した。同

⁵⁵⁶ 参与福祉企画団（2004）「参与福祉5箇年計画—2004-2008年—」4-5ページ。

⁵⁵⁷ Lee Sang Yi（2008）前掲、44ページ。

⁵⁵⁸ 同上。

⁵⁵⁹ 参与福祉企画団（2004）前掲、4-5ページ。

⁵⁶⁰ Seong Kyoung Ryung（2014）「韓国における福祉国家の発展の政治的機制に関する研究—盧武鉉政府と李明博政府の比較—」『韓国社会学』Vol. 48(1)、95-96ページ、Nam Chan Seob（2018）前掲、63ページ。

⁵⁶¹ Nam Chan Seob（2011）前掲、160ページ。

公約資料集では、長期療養政策と関連してまず、「すべての国民は健康である権利がある」とし、「健康に対する国家の責任は近年まで消極的な水準にとどまっている。健康保険制度の施行にもかかわらず、重病に対する国民の医療費の負担は莫大で、医療サービスの大部分は市場機能に依存した医療機関によって供給されている」と現行の医療制度の問題を指摘した上で、「高血圧、がん、伝染病など国民の健康を害する主要疾病は政府が徹底に管理し、子供、老人、精神および身体障害者たちの健康を責任をもって世話する」と約束した。また、「慢性疾患と高齢者人口の急増に備えて、長期療養サービスを拡充し、認知症、中風などの老人性疾患に対する社会的責任を強化しなければならない」と、健康権に基づき、高齢者の健康を国家が責任をもって管理し、高齢者の長期療養ニーズに対応して長期療養サービスを拡充すると約束した⁵⁶²。

2002年12月、上記の公約内容を具体的かつ簡潔に示した「(新しい大韓民国) 国民候補盧武鉉(16代大統領選挙政策公約資料集)」が発表された。公約は4大ビジョン、20大基本政策、150大核心課題で構成された。高齢者の長期療養政策は、4大ビジョンのうち、「暖かい大韓民国」に位置付けられた。その内容は、認知症、中風と老人性慢性疾患の治療及びリハビリに必要な療養病院を全国に万遍なく設置、訪問サービスのなどの高齢者に必要な療養サービスの提供、「長期療養保護に関する特別法」の制定、老人病専門医の新設及び総合病院に老人病の専門科目の新設、国公立病院の老人病床の確保、家庭看護センターの活性化、大統領直属の「高齢社会対策特別委員会」の設置・運営、「老人療養保険制度」のモデル実施後、結果如何によって導入決定などであった⁵⁶³。

公的老人長期療養保険制度の導入は、以上のように与党「新千年民主党」の大統領選挙の政策公約として挙げられ、盧武鉉氏の大統領当選後は、保健福祉部の参与福祉の実現方案の一つとして位置づけられた⁵⁶⁴。そして、盧武鉉政権の発足後、2003年3月17日に保健

⁵⁶² 民主党大統領候補政策諮問団(2002)「国家ビジョンと戦略—2002、未来に向けた希望と挑戦—」82-83 ページ。

⁵⁶³ 新千年民主党政策選挙特別本部(2002)「(新しい大韓民国) 国民候補盧武鉉(16代大統領選挙政策公約資料集)」175、188、190-191 ページ。

⁵⁶⁴ 保健福祉部報道資料「引受委、参与福祉と生活の質の向上の主題国政討論会開催」2003年1月22日付、5 ページ。

福祉部長官直属の「公的老人療養保障推進企画団」が設置された。盧武鉉政権初期は、同企画団の主導の下で公的老人長期療養保険制度導入に向けた本格的な取り組みが進められた⁵⁶⁵。

2. 老人長期療養保険制度導入への取り組み

金大中政権下である2001年2月に「老人長期療養保護企画団」の1年間の研究成果を取りまとめた「老人長期療養保護総合対策方案第1次報告書」が発表された。同報告書には、長期療養保護政策の基本方向と要長期療養高齢者数、必要人員、長期療養機関（施設・事業所）、そして必要財政などの推計とその具体的な実施方案などが示されていた。

しかし、同報告書は、老人長期療養保護の総合対策を策定するにあたり、短い研究期間と不十分な基礎資料などの限界があった⁵⁶⁶。そういった限界を補強するため、国策研究所である韓国保健社会研究院が基礎資料作成に取り組み、その成果として2001年12月に「老人長期療養保護欲求実態調査及び政策方案」と2003年4月に「公的老人療養保護体系発展方案研究」をそれぞれ策定した⁵⁶⁷。

盧武鉉政権下では、これらの政策資料を基に、公的老人療養保障制度導入に向けた本格的な取り組みを開始した。盧武鉉政権で同制度の導入を主導したのは「公的老人療養保障推進企画団（以下、推進企画団という）」と「公的老人療養保障制度実行委員会（以下、実行委員会という）」であった。

まず、推進企画団は、公的老人療養保障制度を導入・推進するために保健福祉部長官直属に新設された。同企画団は各界の専門家、市民団体、老人代表などで構成され、企画団傘下には「制度・総括」「評価・判定」「報酬・給付」「施設・人員」の4つの専門委員会が設置された⁵⁶⁸。

⁵⁶⁵ 保健福祉部報道資料「公的老人療養保障制度導入推進」2003年3月17日付。

⁵⁶⁶ 大統領諮問政策企画委員会（2008）「参与政府政策報告書」、53ページ、老人長期療養保護政策企画団（2001）「老人長期療養保護総合対策方案第1次報告書」巻頭言。

⁵⁶⁷ 大統領諮問政策企画委員会（2008）前掲、53-54ページ。

⁵⁶⁸ 保健福祉部報道資料「公的老人療養保障制度導入推進」2003年3月17日付。

当時、制度導入に向けて同企画団が示した推進計画は、2003年 -2004年に公的老人療養保障体系の実行モデルの開発、2005年 -2006年に公的老人療養保障体系のモデル実施及び評価、2006年に法制定、長期療養報酬制定などの施行準備、2007年から段階的に実施などであった⁵⁶⁹。

推進企画団は、約1年間、企画団全体会議10回、財源調達方式及びインフラ拡充方案に関する公聴会2回、財源調達方式などに関する専門家調査1回、日本介護保険制度の視察及び外国専門家の招請討論会2回などを行い、2004年2月に最終報告書を発表した⁵⁷⁰。

推進企画団が作成した療養保障制度の試案の主要内容を見ると、まず、65歳以上の要長期療養者数は、2003年現在、59万人（全体高齢者のうち、約14.8%）、2010年には79万人、2020年には114万人に増加すると予想されていた。推進企画団は要長期療養者を最重度、重度、軽度、軽度認知症以上及び45歳以上老人性疾患の4つに分けて、65歳以上最重度から段階的に適用していく制度導入案を提案した⁵⁷¹。

そして制度の財源調達については、財源調達方式に関する2回の公聴会と専門家の意見調査を経て、最終的に社会保険料と税を財源とする混合方式が提案された。財源調達方式を混合方式に採用することについては、各界（経済界、労働界、医療界、市民団体、学界など）から同意が得られたが、財政負担割合をめぐっては意見が分かれた。労働界と市民団体は政府の税負担を50%に引き上げ、低所得層の自己負担を10%に引き下げる必要があると主張したが、企画予算処は政府の税負担を削除し、自己負担を30%に引き上げ、保険料と自己負担だけで財源を確保する案を主張した⁵⁷²。

結局のところ、推進企画団は、財政負担割合を保険料50%、税30%、自己負担20%と明記した上で、政府の税負担割合は同案を維持することを原則とし、具体的な負担方案は保健福祉部と関係部処が協議することにするとした⁵⁷³。そして、保険料負担は健康保険加入

⁵⁶⁹ 保健福祉部報道資料「公的老人療養保障制度導入推進（添付資料『公的老人療養保障制度推進基本方向及び企画団設置・運営計画』）」2003年3月17日付、1、5-6ページ。

⁵⁷⁰ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、1ページ。

⁵⁷¹ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、2、12ページ。

⁵⁷² 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、11ページ。

⁵⁷³ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、11-12ページ。

者で、管理運営主体は暫定的ではあるが国民健康保険公団（以下、公団という）と決定された⁵⁷⁴。

そして、要長期療養者に提供する具体的なサービス案も出された。基本的な長期療養サービスは、在宅サービスと施設サービスの二つ柱となっており、在宅サービスの種類としては、訪問看病、療養、日常生活支援サービス、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリ、昼間保護、短期保護、在宅療養管理指導及び支援、福祉用具貸与及び購入支援、住宅改修支援、グループホームなどが、施設サービスの種類としては、老人療養施設、療養病床及び療養病院で提供されるケアサービスが挙げられていた。ただ、療養病院の給付については確定ではなかった⁵⁷⁵。

長期療養サービスの提供は在宅サービスを優先することが原則となっており、在宅サービスは80%、施設サービスは20%の水準を維持することとされた。そして、サービスの提供に必要な核心人員としては、老人専門看護師、ケアマネージャー、看病専門人員（ホームヘルパー）が挙げられ、日本の介護保険制度を参考に必要な人員（ケアマネージャーと看病専門人員）が推計された。さらに、在宅事業所及び入所施設の拡充については、金大中政権下で策定された「老人療養保護インフラ10箇年拡充計画（2002）」に基づき、2011年の長期療養需要の完全充足を目標に年次的に拡充し、供給主体は公共、民間、非営利団体などの多様化を図りつつも、公共施設を中心に構築する（公共70%）とされた⁵⁷⁶。

さらに、評価・判定体系の開発については、要長期療養者のニーズに適切なサービスを公正に提供するためには全国共通の客観的な基準（評価項目）と判定手続きが必須であることから、要長期療養者の機能評価調査のためのサービスコードの開発が必要であること、そして、対象者の最終認定決定は保健・医療・福祉専門家で構成された「判定委員会」で決定することが盛り込まれていた⁵⁷⁷。

⁵⁷⁴ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、12ページ。

⁵⁷⁵ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、21ページ。

⁵⁷⁶ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、23-27ページ。

⁵⁷⁷ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、15-18ページ。

最後に企画団は最終報告書で、公的長期療養保障制度が実施されると、要長期療養者の家族負担の緩和、健康保険財政の安定、雇用創出と地域経済の活性化、そして短期間で療養インフラの構築などの期待を示した⁵⁷⁸。

保健福祉部は、推進企画団の試案を基に、より具体的な実行モデルなどを設けるために2004年3月30日に「公的老人療養保障制度実行委員会」を設置した。同委員会は、元保健福祉部長官 Cha Heung Bong 氏をはじめ、保健・医療・社会福祉専門家と経済界、労働界、言論界及び市民団体、研究機関、政府部処などの21人の委員から構成されており、委員会内には「制度・法令」「モデル事業」「運営プログラム」の三つのチームからなる実務企画団が設置された⁵⁷⁹。

当初、実行委員会は、2004年10月まで研究を行い、最終報告書を発表する計画であったが、より具体的な研究を行うため、研究期間を2か月延長し、2005年2月に最終報告書「公的老人療養保障制度実施模型開発研究」を発表した⁵⁸⁰。

実行委員会が作成した試案の主要内容をみると、まず制度名は「老人療養保険制度」と決定された。その理由は、「制度の主対象者が老人であることを明確にしており、さらに長期療養保護（long-term care）の意味を最も反映しているから」であった⁵⁸¹。

制度の運営は、老人療養保険制度を創設し、制度法は別途法律で制定することとした。そして、管理運営は国民健康保険公団に委ねることにした。だが、自治体（市・郡・区）には、療養保護高齢者の発掘と依頼、評価判定委員会の参加、療養施設の拡充及び指導・監督などの行政的支援の役割を付与した⁵⁸²。

老人療養保険制度の対象者は65歳以上の高齢者と45歳-64歳の老化及び老人性疾患者と決められ、64歳以下の療養サービスを必要とする障害者は制度安定後、改めて検討することとなった。そして対象者の判定は評価判定基準に基づき、「評価判定委員会」が療養等

⁵⁷⁸ 公的老人療養保障推進企画団（2004b）前掲、32ページ

⁵⁷⁹ 保健福祉部報道資料「公的老人療養保障制度実行委員会稼働」2004年3月31日付。

⁵⁸⁰ 実行委員会は2か月、実務企画団は3か月延長された。公的老人療養保障制度実行委員会（2005）「公的老人療養保障制度実施模型開発研究」18、20ページ。

⁵⁸¹ 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、39ページ。

⁵⁸² 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、40ページ。

級などを判定し、療養等級は心身機能状態、サービスの必要量などを考慮して 3-5 等級に区分することにした⁵⁸³。

提供されるサービスは、施設サービス 3 種類と在宅サービス 10 種類で、現物給付の提供を原則とするが、サービスの提供が難しい場合に限って現金給付を認めることが検討された。そして、財源構成は利用者の自己負担 20%、保険料と税を合わせて 80% とし、低所得者などには軽減制度を設けることにした⁵⁸⁴。

実行委員会は、以上の制度試案を基に 2005 年 7 月から 2007 年 6 月までの 2 年間のモデル事業を実施した後、2007 年から健康保険制度下で重度高齢者から段階的に実施した後、2010 年に創設された老人療養保険制度に転換する A 案と 2007 年 7 月から老人療養保険制度を段階的に施行する B 案を提案した⁵⁸⁵。

こうした実行委員会の制度試案を基に政府と与党側は協議を行い、制度の基本案を作成し、制度のモデル事業を 2005 年 7 月から 3 次にわたって実施した。それと同時に、保健福祉部は、同制度の法案を作るための公聴会を行い、その後、2006 年 2 月 16 日に「老人スバル保険法案」を政府案として国会に提出した。この時期に提出された制度関連法案は政府案を含む 6 法案であった⁵⁸⁶。これらの法案は 2006 年 9 月 18 日に一括上程され、約半年間にわたって審議を行ったが、どの法案も可決には至らなかった。

⁵⁸³ 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、41-42 ページ。

⁵⁸⁴ 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、42-44 ページ。

⁵⁸⁵ 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、45-46 ページ。

⁵⁸⁶ 6 法案は、①政府案「老人スバル保険法」、② Jeong Hyung Geun 議員（ハンナラ党）代表発議「国民長期療養保障法案」、③ An Myeong Ok 議員（ハンナラ党）代表発議「国民療養保障法案」、④ Kim Choon Jin 議員（ヨルリンウリ党）代表発議「国民長期療養保障法案」、⑤ Hyun Ae ja 議員（民主労働党）代表発議「長期療養保障法案」、⑥ Jang Hyang Sook 議員（ヨルリウリ党）代表発議「長期療養保障法案」であり、これらの他に Ko Kyung Hwa 議員（ハンナラ党）が社会福祉協会の「老人スバル保険法制定に関する請願」を提出した。

3. 公的長期療養保障法案の審議過程における争点

(1) 制度給付の適用範囲

公的長期療養保障法案の審議過程において最も大きな争点となったのは、保険制度給付の適用範囲、管理・運営主体、財政負担などであった。まず、保険制度給付の適用範囲に関する争点第一は給付の適用範囲に障害者を含めるか否かであった。上程された6法案のうち、障害者を給付範囲に入れてない法案は政府案のみであって、その他の法案は、障害者を含む65歳の高齢者又は64歳以下の老人性疾患患者、そして、全国民を給付の対象者とした。

公聴会では、高齢者だけではなく障害者を給付範囲に入れるべきであるという意見が多く、社会保険制度の普遍的な性格から、高齢者・障害者のみならず全国民を対象者とし、機能喪失の原因と関係なく療養サービスが必要な人なら誰でもサービスを受けられるようにすべきであるという意見があった⁵⁸⁷。

しかし、何回も行われた法案審議において政府側（保健福祉部）は、高齢者と障害者のサービスの内容と目的、そして判定基準の相違点と財政問題を理由に反対の立場を堅持した⁵⁸⁸。

結局、給付範囲に障害者を含めるか否かをめぐる争点は妥協案として、制定される老人長期療養保険法に障害者を対象にした療養サービスの対策を今後樹立していくとの条文を規定することになり、政府案通りに障害者は給付範囲に含まれず、65歳高齢者または64歳以下の老人性疾患患者だけが保険制度の対象として定められた⁵⁸⁹。

⁵⁸⁷ 国会事務処（2006a）前掲、8-11、13-14 ページ。しかし、公聴会に参加した大韓老人会中央会の代表者は、障害者が給付範囲に含まれると保険制度の全体的な財政負担が増加するので、制度の恩恵を受けられる高齢者は重度の高齢者に限られる可能性があることから、高齢者だけを受給者とすることを主張した。国会事務処（2006a）前掲、13ページ。

⁵⁸⁸ 国会事務処（2006b）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第6号」15ページ、国会事務処（2006c）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第11号」26ページ、国会事務処（2006d）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第13号」4-5 ページ。

⁵⁸⁹ 国会事務処（2006e）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第10号」6 ページ。

(2) 受給者数

次に、受給者数である。保険制度給付の適用範囲に関する第二の争点は、実質的にサービスを受けられる受給者の数であった。政府案は2008年7月から施行される保険制度の対象者数を、重度の1・2等級の8万5000人と推計し、2010年に対象者数を16万6000人に拡大するとした⁵⁹⁰。

しかし、政府案の受給者数の推計について法案審査小委員会の委員及び研究者たちは、極めて少ない対象者のために全国民が保険料を支払うことは妥当ではなく、受給者数をさらに拡大するようにと要求した⁵⁹¹。こうした要求を受けて保健福祉部は、財政の許す限り、在宅給付サービスの対象者となる3等級まで、サービスの受給者を拡大することを検討することにした⁵⁹²。

(3) 管理・運営主体

次は、管理・運営主体である。管理・運営主体を巡っては、公団にするかそれとも自治体にするかで意見が対立した。公聴会では、財政管理、等級判定管理などの業務については、財政管理をするところでニーズ調査及び等級判定をすると、財政状態の影響を受けて等級判定の客観性が担保できないので、財政管理主体と等級判定主体を分離する必要があるという意見が挙げられ、業務は一つのところに委ねず、公団と自治体に分担させるという意見が多かった⁵⁹³。

まず、保険料の賦課・徴収する保険者としての主体については、長期療養制度が社会保険方式であるため、公団にする意見が多く、大体一致していた⁵⁹⁴。しかし、ニーズ調査及び等級判定を行う主体については意見が分かれた。

⁵⁹⁰ 国会事務処（2006d）前掲、12-13 ページ。

⁵⁹¹ 国会事務処（2006a）前掲、9、29-30 ページ、国会事務処（2006d）前掲、13 ページ。

⁵⁹² 国会事務処（2006d）前掲、13-14 ページ、

⁵⁹³ 国会事務処（2006a）前掲、7、9、11、28 ページ、国会事務処（2006f）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第9号」7 ページ。

⁵⁹⁴ 国会事務処（2006a）前掲、7、9、11、18-19 ページ。

まず、ニーズ調査及び等級判定を行う主体として自治体を主張した側は、保険制度のサービスは地域密着型であるので、地域住民と資源について最も良く知っている自治体がニーズ調査を行うべきであると主張した⁵⁹⁵。他方、公団を主張した側は、等級判定にあたり、政治的な影響を受けず、全国で客観的かつ同一な基準に基づいて運営できるのは公団であり、公団は、サービスの質を同じ基準に基づいて管理できると主張した⁵⁹⁶。

結局のところ、管理・運営主体については、市・郡・区長の意見⁵⁹⁷を考慮して、保険者とニーズ調査は公団が、等級判定は、市・郡・区に設置される判定委員会が行うことにした。

(4) 財源負担

最後に財源負担である。まず、政府案を見ると、利用者の自己負担率は20%と明記したのに対し、国家の財源負担率は予算範囲内で大統領令に基づいて委任すると規定しただけで、正確な公費負担率を明記しなかった。

政府案の公費負担率について、保健福祉委員会では、財政負担の責任回避という批判が提起されていることから、公費負担率を具体的に明示するよう保健福祉部側に提案した⁵⁹⁸。そして公聴会でも、政府案の国家の財源負担率を明示的に規定していないことについて、責任回避であると指摘した上で、公費負担率を50%とするとともに低所得層などの利用者が制度の狭間に落ちないように利用者の自己負担率を10%とすべきであるとの意見が多数であった⁵⁹⁹。

これについて保健福祉部側は、公費負担率の具体的な明記は受け入れたが、自己負担率の引き下げについては、自己負担率が現在の高齢者にとって高いと思うけれども、財政負

⁵⁹⁵ 国会事務処（2006a）前掲、9、17ページ。

⁵⁹⁶ 国会事務処（2006a）前掲、11、18-19ページ。

⁵⁹⁷ 全国市長郡長区庁長協議会は、老人療養保障法制定に関する検討意見で、「老人スバルサービスは、公平かつ効率的に提供されなければならない、そのために、公団が総括的な運営を行うべきである」とした。国会事務処（2006a）前掲、18ページ。

⁵⁹⁸ 国会事務処（2006g）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第2号」33ページ。

⁵⁹⁹ 国会事務処（2006a）前掲、10、12、19、50ページ。

担から10%に下げることができないとし、その代わりに在宅サービスの自己負担率を20%から15%に下げるとともに利用者の所得水準に応じて負担率を調整するとした⁶⁰⁰。

公費負担率の具体的な明記について保健福祉部側は、当該年度の保険料の見込み収入の20%を公費負担率とすると明記した。これについて、保健福祉委員会の委員たちは、全体財源の20%ではなく、保険料の見込み収入の20%を公費負担率とすることは、実質的な国家の財源負担は下がる一方で、国民の保険料負担は増加すると批判し、公費負担率を25%に引き上げるよう要求した⁶⁰¹。

しかし、保健福祉部側は、国民健康保険と同様に公費負担率は保険料の見込み収入の20%とした方が妥当であると返答した。さらに、企画予算処側も、（公費負担率を）25%に引き上げると、国民健康保険の公費負担率も同じく25%に引き上げなければならなくなり、そうなると、国家財政に致命的な問題となると、公費負担率20%を主張した⁶⁰²。こうした論議の末、公費負担率は、政府側の主張通りの当該年度の保険料の見込み収入の20%と定められた。

以上のように、公的長期療養保障法案の争点を巡って論議がされたものの2006年9月18日に一括上程された6法案は可決に至らず廃棄された。代案として保健福祉委員会（法案審査小委員会）が作成した老人長期療養保険法案が2007年4月2日に可決され、公布された。

⁶⁰⁰ 国会事務処（2006b）前掲、25ページ、国会事務処（2006c）前掲、23ページ、

⁶⁰¹ 国会事務処（2006d）前掲、25-26、28、30ページ、国会事務処（2006e）前掲、7ページ。

⁶⁰² 国会事務処（2006d）前掲、26、29ページ。

4. 老人長期療養保険制度の導入に向けた療養保護士と長期療養機関の整備

老人長期療養保険法の施行に先立ち、同制度の施行に向けた必要な人員と長期療養機関などのインフラ整備が進められた。

(1) 療養保護士資格の創設

まず、必要人員としては、法案の審議過程において療養保護士、療養管理者、療養福祉士が挙げられた。療養保護士は、利用者に直接サービスを提供する業務を行い、療養管理者は、ニーズ調査及びケアプランを作成する業務、そして療養福祉士は、要長期療養者家族の心理的ケア及び相談、そして療養保護士の指導・管理を行う⁶⁰³。

保健福祉部は、療養管理者の業務は公団の職員を採用して行うため、新しい職種を作る必要はなく、また療養福祉士の業務も社会福祉士の業務と重複するため、新しい国家資格制度として導入するのは、療養保護士のみであると説明した⁶⁰⁴。

療養保護士の業務は、従来の高齢者の入所・在宅サービス機関で利用者に直接サービスを提供していた生活指導員と家庭奉仕員の業務と類似しており、新しい制度施行に伴い、名称独占資格として創設された。

老人福祉法施行規則が2008年1月28日に改正（2008年8月4日施行）され、療養保護士の業務範囲、資格の取得方法などが定められた。療養保護士の資格取得には年齢や学歴の制限はなかったが、資格は1級と2級の区分があり、1級は理論80時間、実技80時間、実習80時間合計240時間を、2級は理論40時間、実技40時間、実習40時間合計120時間をそれぞれ養成機関で教育を受ける必要があった。療養保護士の資格は、試験なしで取得できる資格となっていたため、比較的にとりやすい資格となっていた⁶⁰⁵。

⁶⁰³ 国会事務処（2006f）前掲、36ページ。

⁶⁰⁴ 国会事務処（2006f）前掲、37-38ページ、国会事務処（2006c）前掲、5ページ。

⁶⁰⁵ 保健福祉部報道資料「老人長期療養保険制度施行に備えて、療養保護士国家資格制度新設」2008年1月28日付、1-2ページ。

（２）長期療養機関の整備 ―公立中心から民間中心からへの転換―

次は、長期療養機関の整備である。老人長期療養保険制度施行に向けた長期療養機関の整備は、金大中政権下で策定された「老人療養保護インフラ10箇年拡充計画（2002）」に沿って進められた。本来、老人長期療養保険制度による長期療養サービスの提供は、公立機関が主導する方針であった。当時、同制度を推進した推進企画団は、長期療養サービスの提供機関の主体の多様化を図りながらも、「民間事業者の市場参入により公的長期療養体制の基本的な意味と概念が損なわれないように」国の責任で公立機関を整備していく方針を明らかにした⁶⁰⁶。具体的には、2011年をめどに、必要な長期療養機関の約70%（療養病院と療養施設を合わせて1,086か所⁶⁰⁷、在宅事業所を6,409か所）を公立機関で整備する計画であった⁶⁰⁸。

ところが、公立機関の整備は、自治体の老人長期療養保険制度に関する認識不足や予算不足、そしてニンビー問題⁶⁰⁹などにより、計画通りに進まなかった。そして、民間事業者も、長期療養機関の設置資金と今後の運営収支の予測を立てることの難しさから、長期療養市場への参入をためらっていた⁶¹⁰。

老人長期療養保険制度の施行が迫ってきている中、保健福祉部は、自治体及び民間事業者の長期療養機関の設置を促すために、2006年9月25日から29日にかけて全国を巡回する「老人療養施設拡充の事業説明会」を開催した⁶¹¹。さらに、翌年には、長期療養機関が地域間で均一に設置されない問題を改善するためには民間事業者の積極的な市場参加が必要

⁶⁰⁶ 公的老人療養保障推進企画団（2004a）前掲、280ページ。

⁶⁰⁷ 「老人療養保護インフラ10箇年拡充計画（2002）」には1,088か所となっている。保健福祉部報道資料「今年老人療養施設349か所を大幅新築支援（参考資料『施設拡充 - 統計資料（最終）』）」2006年1月11日付。

⁶⁰⁸ 公的老人療養保障推進企画団（2004a）前掲、281-282ページ。

⁶⁰⁹ 施設自体は必要だと思うが、自分の地域には設置したくないと思うことで、いわゆる「地域利己主義」のことを表す言葉である。「Not In My Back Yard」の頭文字を取って「NIMBY」と呼んでいる。

⁶¹⁰ 公的老人療養保障制度実行委員会（2005）前掲、256ページ、「保健福祉部報道資料」「全国的に老人19千余名対象の療養インフラ不足（添付資料『老人療養施設報道資料』）」2006年9月22日付、3ページ。

⁶¹¹ 「保健福祉部報道資料」前掲（2006年9月22日付）、1ページ。

であると訴えながら、2007年7月18日から25日にかけて、民間事業者を対象に「老人長期療養保険インフラ拡充説明会」を全国で開いた⁶¹²。

こうして長期療養機関の整備は、国家の責任の下で、公立機関を中心に設置するといった当初の方針とは異なり、民間事業者を中心に進められるようになった。

盧武鉉政権は金大中政権の「生産的福祉」を継承して、社会保障制度の充実化を図った。高齢者の長期療養政策の場合、盧武鉉大統領の公約の一つとして挙げられ、盧武鉉政権発足直後から長期療養の社会化を目指した「公的長期療養保障制度」の導入に向けた取り組みが進められた。「老人長期療養保険法」の制定過程では、医療、労働、老人、人権団体など多様な団体が参加し、積極的に意見を出したが、その意見はあまり反映されなかった⁶¹³。

そして、盧武鉉大統領と与党「新千年民主党」は、大統領選挙時に国民の健康保護に対する国家の役割が今まで消極的であったことを指摘しながら、健康権に依拠して高齢者の健康を国が責任を持って徹底的に管理すると約束した。ところが、社会福祉サービスにおける「バウチャー制度」の導入と「老人長期療養保険制度」における市場化・営利化政策の導入により、高齢者の健康は国家ではなく、市場に任せられるようになった。こうして「老人長期療養保険制度」は、新自由主義的な制度として始まった。

第3節 李明博（イ・ミョンバク）政権（2008年2月～2013年2月）

1. 李明博政権の福祉理念と高齢者の長期療養に関する取り組み

李明博政権は10年ぶりに与野党を政権交代した保守政権である。李明博政権は、憲法の基本理念である自由民主主義と市場経済原理に基づいた「先進化を通じた世界一流国家」を国家ビジョンとして掲げた⁶¹⁴。そして、国家ビジョンを達成するための5大政指標と

⁶¹² 「保健福祉部報道資料」「老人長期療養保険の民間参与拡大説明会開催」2007年7月13日付、2-3 ページ。

⁶¹³ Yu Eun Ju (2008) 「老人長期療養保険の政策過程に関する研究— Kingdon の政策の流れモデルを適用し—」『韓国政策科学学会学術大会発表論文集』、179-182 ページ。

⁶¹⁴ 第17代大統領職引受委員会（2008）「白書1 成功そしてナヌム」36ページ。

して「仕える政府」、「活気あふれる市場経済」、「能動的な福祉」、「人材大国」、「成熟した世界国家」を掲げ、その実現に向けた21大戦略目標と193個の国政課題を設定した⁶¹⁵。

5 大國政指標の一つである「能動的福祉」は李明博政権の福祉理念であった。「能動的福祉」とは、「貧困と疾病などの社会的リスクを事前に予防し、危険にさらされている人たちは仕事を通じて再起できるように助け、経済成長に寄与する福祉政策を意味する」⁶¹⁶。李明博政権では、仕事を通じた福祉を提示しており、福祉政策における労働の役割を強調した⁶¹⁷。

李明博政権の社会保障政策は、盧武鉉政権下で導入・制定された制度を施行する一方で、市場主義的な福祉拡大と福祉縮小を同時に進めた。具体的には、「勤労奨励税制」、「基礎老齢年金」、「老人長期療養保険制度」は、李明博政権下の2008年に計画通りに施行された⁶¹⁸。一方では、保育支援事業の場合、盧武鉉政権の保育支援事業を継承しながらも、バウチャー制度の導入による市場主義的な保育事業の拡大を試みた⁶¹⁹。そして、国民基礎生活保障受給者の勤労判定基準と障害者の障害判定基準を厳しくし、事実上、福祉の縮小を進めた⁶²⁰。

⁶¹⁵ 第17代大統領職引受委員会（2008）前掲、40ページ。

⁶¹⁶ 保健福祉部報道資料「『仕事、機会、配慮』により能動的福祉実現－福祉部、08年大統領業務報告にて福祉政策目標と実践計画提示－」2008年3月25日付。

⁶¹⁷ Kim Won Sub・Nam Yun Cheol（2011）「李明博政府の社会政策の発展－韓国福祉国家拡大の終わり？」『亜細亜研究』Vol.54（1）、123ページ。労働の役割を強調する福祉政策から李明博政権では、2008年世界金融危機の対応策として、職業訓練と雇用情報サービスを拡充し、また、雇用を増やす積極的な労働市場政策に対する財政支出を大きく拡大したが、一方で、基礎生活保障制度を中心とする所得保障政策には消極的な態度を取った。Seong Kyoung Ryung（2014）前掲、105、109ページ、Kim Won Sub・Nam Yun Cheol（2011）前掲、133-134ページ。

⁶¹⁸ Kim Won Sub・Nam Yun Cheol（2011）前掲、129ページ。

⁶¹⁹ Kim Won Sub・Nam Yun Cheol（2011）前掲、139ページ。

⁶²⁰ Nam Chan Seob（2018）前掲、69ページ。

2. 李明博政権下における老人長期療養保険制度施行に向けた準備状況

高齢者の長期療養政策は、能動的福祉を実現する戦略目標の一つである②予防・マチュム・統合型福祉の課題として位置付けられた⁶²¹。李明博大統領は、大統領選挙公約として、老人長期療養保険制度の給付対象者の拡大（3等級から4等級まで）、利用者の自己負担金の引き下げ（在宅：15%→10%、施設：20%→15%）、そして、任期5年間長期療養施設500か所の設置を掲げた⁶²²。しかし、これらの公約は縮小・破棄された。

李明博政権発足後、大統領職引受委員が策定した李明博政権の核心政策課題（193個）では、老人長期療養保険制度の給付対象者の拡大は、短期間でインフラの拡充が難しく、法的・財政的な追加措置が必要なことから任期内に中・長期的に推進するけど、給付範囲の拡大は制度施行1年後に評価・検討することにし、自己負担金は制度施行後、評価・検討した後、自己負担率を決定するとし、長期療養施設500か所の設置については、何も示されていなかった⁶²³。

その後、大統領職引受委員が策定した193個の国政課題を修正・補完した「李明博政府の100大國政課題」では、老人療養施設の拡充は、農漁村地域に2012年まで68か所を設置し、給付対象者の拡大は2012年下半年から推進することになっていた⁶²⁴。

以下、李明博政権下で実際に推進された高齢者の長期療養政策の具体的な取り組み内容を整理する。

（1）老人長期療養保険制度施行に向けた民間事業者の長期療養市場参入への促し

李明博政権発足初期は、老人長期療養保険制度の施行が迫っていたことから、同制度が無事施行されるように、前政権に引き続き、その準備に重点が置かれていた。

⁶²¹ 第17代大統領職引受委員会（2008）前掲、44、148ページ。

⁶²² ハンナラ党（2007）「一流国家希望共同体大韓民国」116ページ。

⁶²³ 第17代大統領職引受委員会（2008）前掲、148ページ。

⁶²⁴ 大韓民国政府（2008）「李明博政府の100大國政課題」63ページ、大韓民国政府（2013）「李明博政府国政白書2008.2-2013.2（01.国民とともに作ったより大きい大韓民国）」263ページ。

まず、2008年3月6日から4月16日まで民間事業者を対象に「在宅長期療養機関の拡充説明会」を全国で開催し、民間事業者の長期療養市場への参入を促した⁶²⁵。特に、在宅サービスの事業だけを対象にした今回の説明会では、在宅事業所の設置条件を説明しつつ、在宅サービス事業の成功事例・失敗事例なども紹介した⁶²⁶。

さらに、老人長期療養保険制度の施行直前には、保健福祉部の報道資料を出して、「真面目に運営すれば十分な収益が得ることができるように長期療養報酬が設計されており、また、真面目な事業者が運営上、財政的に厳しい状況になったら、いつでも持続的に長期療養報酬の水準を調整する計画を持っている」と発表し、民間事業者を安心させ、民間事業者の長期療養市場参入による長期療養機関の整備を推進した⁶²⁷。

(2) 長期療養機関の長期療養事業の一斉登録

そして、2008年3月からは、車いす、杖などの福祉用具の優秀製品認定の受付が始まり⁶²⁸、4月15日からは、要長期療養認定の申請が始まった。そして、4月21日から長期療養機関（在宅事業所・施設を含む）の設置申告の一斉受付が行われた。

長期療養機関は、大きく在宅サービスを提供する在宅事業所と入所サービスを提供する老人療養施設に分けられる。老人長期療養保険制度から長期療養サービスを提供するためには、老人長期療養保険法に基づき、長期療養機関として指定される必要がある。それゆえ、従来から老人福祉法に基づいてサービスを提供していきたく在宅老人福祉施設と老人住居福祉施設は、その法的根拠が老人福祉法にあったため、改めて長期療養機関として指定される必要があった。それゆえ、同制度の本格的な施行に先立って、既存のサービス機関などを対象に長期療養機関の指定申請が一斉に始まった。

⁶²⁵ 保健福祉部報道資料「民間対象に在宅長期療養機関の拡充説明会開催（添付資料『民間在宅療養3.6.』）」、1-2ページ。

⁶²⁶ 保健福祉部報道資料、前掲（2008年3月7日付）、1ページ。

⁶²⁷ 保健福祉部報道資料「老人長期療養保険の準備状況（添付資料『（別冊）老人長期療養保険制度6.10』）」2008年6月11日付。

⁶²⁸ 老人長期療養保険制度の福祉用具貸与サービスから提供される製品は高齢親和産業支援センターで優秀製品として認定を受ける必要があった。

そして、2008年5月には保険制度の成功的な定着のための国民の理解と協調を呼びかける「大国民協調文」が発表された⁶²⁹。その後、6月10日に保険制度の準備状況に関する記者ブリーフィングが行われ、7月1日から老人長期療養保険制度が施行された。

3. 老人長期療養保険制度施行後における長期療養サービスの現状

公的長期療養保障制度である「老人長期療養保険制度」が2008年7月から施行された。しかし、同制度は、施行初期から様々な問題を抱えていた。「健康権実現のための保健医療団体連合」、「健康セサネットワーク」、「全国民主労働組合総連盟」、「参与連帯」、「韓国女性団体連合」などの11労働社会市民団体は、韓国国会の政府機関などに対する国政監査を控えて、2008年10月、保健福祉部の前で記者会見を開き、次のように語った。

労働社会市民団体は「老人長期療養保険制度が施行される前、多くの労働市民社会団体及び専門家は、現在のような老人長期療養保険は、全国民の安定的な老後の責任を負うどころか、療養サービスの質も担保できないだけでなく、全国民の老後を市場化させ、金儲けの対象に転落させるしかないことを何度も警告してきた。しかし、政府は、市場がすべてを解決してくれるという基調のもと、むしろ規制を緩和するなど老人長期療養保険を利潤追求の対象に転落させた」と批判しながら、高い自己負担金と長期療養機関の偏在などによって、長期療養認定を受けたにも関わらず、少なくない認定者が制度の利用ができなくなっていると語った。また、「老人長期療養保険制度が全国民の療養負担を減らすための療養保険制度に位置づけられるためには、給付対象を療養等級5等級にまで拡大しなければならず、・・・長期療養保険制度の保険財政に対する国の負担を現行の20%からより拡大しなければならない」とした。さらに、「療養保護士は、勤労基準法など最小限の基本権さえまともに保障されておらず、最近ではセクハラ被害まで発生するなど、劣悪な労働環境にさらされている」指摘、自己負担金の引き下げ及び等級外認定者のための療養サ

⁶²⁹ 保健福祉家族部報道資料「行安部・福祉部、老人長期療養保険関連大国民協調文発表」2008年5月15日付。

ービスの保障対策、公共施設の拡大、療養サービスの質の向上、療養労働者の勤労条件の保障、保険財政の国家負担の拡大など、老人長期療養保険の公共性の強化のための対策を求めた⁶³⁰。

そして、制度施行1周年を迎えた際にも、「健康セサネットワーク」などの市民団体は、記者会見を開き、改めて老人長期療養保険制度の公共性を促した。そして、韓国労働組合総連盟も、長期療養機関の過当競争、療養保護士の劣悪な勤務環境、療養等級判定の客観性などの問題を挙げながら、老人長期療養保険制度の公共性を強化する改善策を求めた⁶³¹。

ところが、このような労働市民団体などの要求にもかかわらず、李明博政権は、長期療養市場を改善する改革は行わず、長期療養サービスの提供を民間が主導する市場に任せた。以下、韓国の長期療養市場でどのような問題が起きていたのか、そしてそのような問題に対し、李明博政権は具体的にどのような対応を取ったのかについて詳述する。

(1) 対象者

制度施行1年目（2008年4月～12月）の申請者数は376,032人であった。65歳以上高齢申請者数は358,441人で、そのうち、最終的に要長期療養認定を受けた高齢者は全体高齢者人口約4%の200,259人であった⁶³²。これは、当初、政府側が制度施行初年度に給付対象者として予想していた3.1%（全高齢者人口対要長期療養高齢者の割合）を上回る人数であった⁶³³。

保健福祉部は制度施行1年間の成果として、給付対象者の持続的な増加を挙げながら、2010年には対象者の範囲を現行3等級から等級外Aの一部まで拡大するとともに対象者数

⁶³⁰ 参与連帯「老人長期療養保険の公共性の強化を促す労働市民社会団体の記者会見の開催」
URL:<https://www.peoplepower21.org/Welfare/664665>（2022年1月10日付）。

⁶³¹ 「毎日労働新聞」「老人長期療養サービスの公共性の強化の促し」2009年7月2日付、
URL:<https://www.labortoday.co.kr/news/articleView.html?idxno=89829>（2022年1月10日付）。

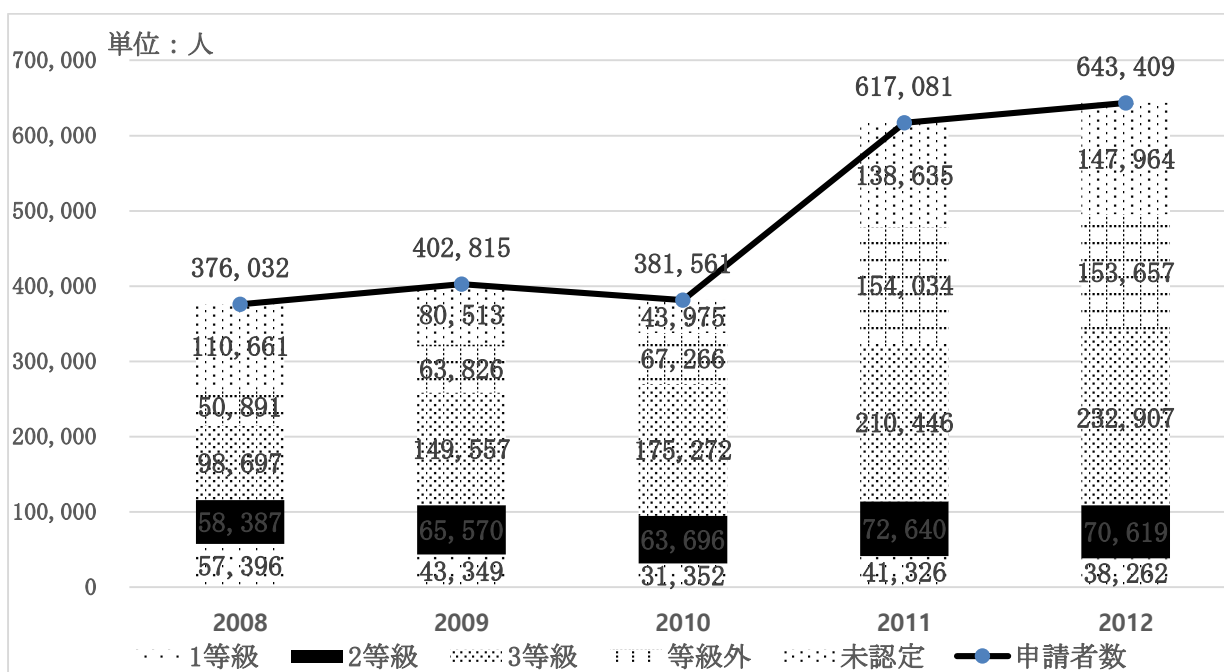
⁶³² 国民健康保険公団（2009）「2008 長期療養保険統計年報」48、160ページ。

⁶³³ 保健福祉部老人長期療養保険推進団報道資料「老人長期療養保険準備状況（添付資料『（記者ブリーフィング資料）老人長期療養保険準備状況』」2008年6月10日付、22ページ。

を35万人（高齢者人口の6.53%）まで拡大する計画を明らかにした⁶³⁴。しかし、給付対象者の拡大は、3等級の認定基準点数を緩和（55点以上～75点未満→53点以上～75点未満）するにとどまった（2012年7月1日から実施）。

図4-1は、李明博政権下（2008年-2012年）における老人長期療養保険制度の全体申請者数及び認定者数の年次推移である。図4-1を見ると、申請者数が2010年を除く、年々増加していることがわかる。しかし、認定者（1等級～3等級）の内訳をみると、長期療養度が最も高い1・2等級の認定者が全体申請者数に占める割合は年々減り続けている。特に、1等級の場合、制度施行直後の2008年には、57,396人であったが、2012年には、38,262人まで低下している。

図4-1 李明博政権下（2008年-2012年）における老人長期療養保険制度の全体申請者数及び認定者数の年次推移



資料：国民健康保険公団（2009-2013）「2008-2012 老人長期療養保険統計年報」により作成。

注：申請者数の統計基準は、2011年度に、2008年4月から申請した人の累積数に変更された。

⁶³⁴ 保健福祉部報道資料「老人長期療養保険、安定的に定着しています（添付資料『老人長期療養保険施行1年の成果と今後の課題』）」の2009年6月29日付、3ページ。

国民健康保険公団は、老人長期療養保険制度施行1周年を迎えて報道資料を通じて、「今まで適切な長期療養サービスを受けることができなかった高齢者が、制度施行により、多様なサービスを受けられるようになったことで、身体および認知機能が大きく改善された」と自評した⁶³⁵。

しかし、Lee Yun Kyung は「長期療養認定者の機能状態は大きく改善されにくい状態で、ほとんど維持または悪化する可能性が高く、一部に限って機能状態の改善が見られる」と述べており、また、申請者規模に比べて認定者の比率が低いことは、老人長期療養保険制度が社会保険制度であるにもかかわらず、受給権基準を厳しくしているからだと述べている⁶³⁶。

そして、Chon Yong Ho は、長期療養認定調査員（国民健康保険公団職員）5人などを対象に実施したインタビュー調査で、認定をもっと厳しくし、また、1等級の比率を減らすために、調査の際に、5～6調査項目の基準をもっと高く上方修正するようこの指示がイントラネットを通じて公団本部から全国の支部（長期療養認定センター）にあったという話が寄せられたことを踏まえて、1・2等級認定者が減り続けている原因は、重度高齢者数の減少ではなく、国民健康保険公団が費用統制のために、人為的にその基準を上方修正した可能性があると分析している⁶³⁷。

（2）自己負担金の軽減制度

次に、自己負担金である。先述したが、利用者の自己負担率の引き下げは李明博大統領の公約であった。李明博政権では、自己負担率の引き下げについて、制度施行後、評価・

⁶³⁵ 国民健康保険公団が2009年4月1日から5月7日まで更新申請を行った者を対象に調査・分析した結果によると、全体更新申請者のうち、23.9%の更新申請者がの長期療養等級が改善された。国民健康保険公団報道資料「老人長期療養保険施行1年、等級改善23.9%で機能状態大きく改善され」2009年5月14日付。

⁶³⁶ Lee Yun Kyung（2012）「老人長期療養保険の等級判定現況及び問題点」『保健・福祉 Issue&Focus』3ページ、Lee Yun Kyung（2010b）「利用者視点からの高齢者長期療養保険制度の評価及び改善方案」『保健福祉フォーラム』Vol.168、27ページ。

⁶³⁷ Chon Yong Ho（2012）「韓国の老人長期療養保険の主要な問題点と改善方案 -Gilbert & Terrelの分析項目を用いて」『韓国地域社会福祉学』Vol.43、354-355ページ。

検討の上で決定するとした⁶³⁸。ところが、制度施行後、2008年12月に出された利用者の自己負担金に関する軽減措置をみると、2009年1月から医療給付受給者から一般健康保険加入者に転換された次上位⁶³⁹健康保険転換者約4千人の自己負担金を50%軽減することにとどまっていた⁶⁴⁰。

老人長期療養保険制度のモデル事業が実施された地域の在宅サービスを利用している長期療養者の家族を対象に実施した実態調査（アンケート調査）によると、回答者の約18.7%が、高齢者の長期療養を行うにあたって最も難しい点として費用負担をあげた。また、回答者の約47.5%は、長期療養にかかる経済的な支援を望んでいた⁶⁴¹。そして、長期療養サービスの未利用の事由に関する保健福祉部の内部資料によると、2011年末現在、長期療養認定を受けた41,347人のうち、877人（2.1%）は長期療養認定を受けたにも関わらず、経済的な理由で制度を利用していなかった⁶⁴²。

それだけでなく、低所得層の高齢者の中には、老人福祉法下で無料でサービスを利用していたが、保険制度に転換されることによって、経済的な負担でサービスを利用できない人が少なくなく存在していた⁶⁴³。ところが、李明博政権の任期が終わるまで、自己負担率の引き下げは行われず、低所得層の高齢者のためのさらなる軽減率の引き下げもほとんどなかった。

（3）療養保護士の現状

次は、療養保護士である。療養保護士は長期療養サービス提供の核心人員である。前政権では、療養保護士を短期間で確保するため、年齢・学歴を問わない無試験で、ただ養成

⁶³⁸ 第17代大統領職引受委員会（2008）前掲、148ページ。

⁶³⁹ 次上位階層とは、国民基礎生活受給権者の次の低所得層である。

⁶⁴⁰ 保健福祉家族部報道資料「老人長期療養保険低所得層自己負担軽減拡大」2008年12月15日付。

⁶⁴¹ 保健福祉家族部報道資料「老人長期療養サービスの扶養負担軽減効果（添付資料『療養保険4次セミナー関連（参考資料）7.3』）」2008年7月3日付、6ページ。

⁶⁴² 国民健康保険公団「老人長期療養保険統計内部資料」（Sun Woo Duk（2012）「老人長期療養保険の死角地帯改善方案」『保健福祉フォーラム』Vol.185、56ページより再引用）。

⁶⁴³ 参与連帯社会福祉委員会（2009）「権利氏、現場に行く一親孝行すると言った老人長期療養保険、本当にそうですかー」5-6ページ、国民権益委員会報道資料「国民権益委、老人長期療養保険のサービスの質の改善推進」2009年9月3日付。

機関で 240 時間の教育を受けるだけで資格が取得できるようにしていた。その結果、2008 年 3 月現在、2,235 人であった療養保護士資格取得者は 1 年後の 2009 年 4 月現在、45 万人に急増した。同じ期間の療養保護士養成機関も、819 か所から 1,137 か所まで急増した（表 4-1）⁶⁴⁴。

表 4-1 療養保護士の資格取得者と養成機関の推移

区分	2008 年								2009 年
	1	2	3 月	4 月	5 月	6 月	9 月	12 月	4 月
資格取得者	-	-	2,235	9,952	33,963	70,355	224,568	333,984	456,633
養成機関	101	490	819	941	981	1,009	1,065	1,080	1,137

資料：保健福祉部報道資料、前掲（2009 年 6 月 29 日付）、5 ページ。

注：資格は 2008 年 3 月から交付。

当初、保健福祉部側は療養保護士の必要数を約 4 万 8000 人と算出し、2008 年 8 月まで養成する計画を立てた⁶⁴⁵。ところが、それを大きく上回る取得者が輩出されてしまったことで、療養保護士の専門性と資質が指摘され、2010 年から療養保護士の専門性を強化するための試験制度が導入・実施された⁶⁴⁶。また、養成機関についても、養成機関の不法・不当行為などの問題が指摘され、養成機関の設置基準が申告制から市・道知事の指定を受ける指定制に変更された⁶⁴⁷。

療養保護士は多く輩出されたものの、実際に長期療養機関で働く療養保護士は資格取得者に比べ半分にも満たなかった⁶⁴⁸。療養保護士は、保険制度施行初期から低賃金、長時間

⁶⁴⁴ 保健福祉部報道資料、前掲（2009 年 6 月 29 日付）5 ページ。

⁶⁴⁵ 国会事務処（2007）「第 268 回国會（臨時會）保健福祉委員会会議録第 5 号」15 ページ。

⁶⁴⁶ 保健福祉部報道資料、前掲（2009 年 6 月 29 日付）、10 ページ、保健福祉部報道資料「療養保護士専門性強化のための資格試験制導入」2010 年 4 月 26 日付、1 ページ。

⁶⁴⁷ 保健福祉部報道資料、前掲（2009 年 6 月 29 日付）、5 ページ、保健福祉部報道資料、前掲（2010 年 4 月 26 日付）、1-2 ページ。

⁶⁴⁸ 療養保護士の資格取得者は 2010 年末現在、98 万 3,823 人であったが、そのうち 23 万 7,256 人（24%）だけが働いていた。国家人権委員会報道資料「人権委、療養保護士労働人権改善政策勧告 - 低賃金、長時間労働、雇用不安、労働災害、セクハラ対策など -」2012 年 7 月 1 日付、2 ページ。

労働、セクハラ、労災につながる劣悪な勤務環境に置かれており、療養保護士は質の悪い仕事とされていた⁶⁴⁹。

保健福祉部は療養保護士の待遇を改善するため、長期療養機関の評価指標に従事者の福祉水準を反映するとともに、2012年度の長期療養報酬を引き上げ⁶⁵⁰、長期療養機関従事者の処遇改善を通じた長期療養サービスの質の向上を図る一方、2013年からは、従事者の賃金構成項目及び勤務時間などを具体的に摘示する標準勤労契約書を開発し、全国長期療養機関に普及した⁶⁵¹。

（４）長期療養機関の現状

次に、長期療養機関の現状である。繰り返しになるが、長期療養機関の整備は、金大中政権下で策定された「老人療養保護インフラ10箇年拡充計画（2002）」に沿って進められた。当初の計画は、2011年度に完全拡充を目標にして、公立機関（70％）を中心に整備することであった。しかし、先に述べたように長期療養機関の整備は計画通りに進まなかった。

そこで、盧武鉉政権と李明博政権では民間事業者を対象に長期療養事業説明会を全国で開き、同事業の収益性をアピールし、民間事業者の長期療養市場への参入を積極的に促した。その結果、公立機関の代わりに民間事業者、特に個人事業主が運営する機関が利益を求めて長期療養市場に参入に、長期療養サービスの提供を担うこととなった。

そして、李明博大統領は、大統領の選挙公約として長期療養施設 500 か所の設置を掲げた。李明博政権発足後、この公約は、2012年まで農漁村地域に長期療養施設68か所を設置

⁶⁴⁹ 国家人権委員会報道資料、前掲（2012年7月1日付）、1ページ。

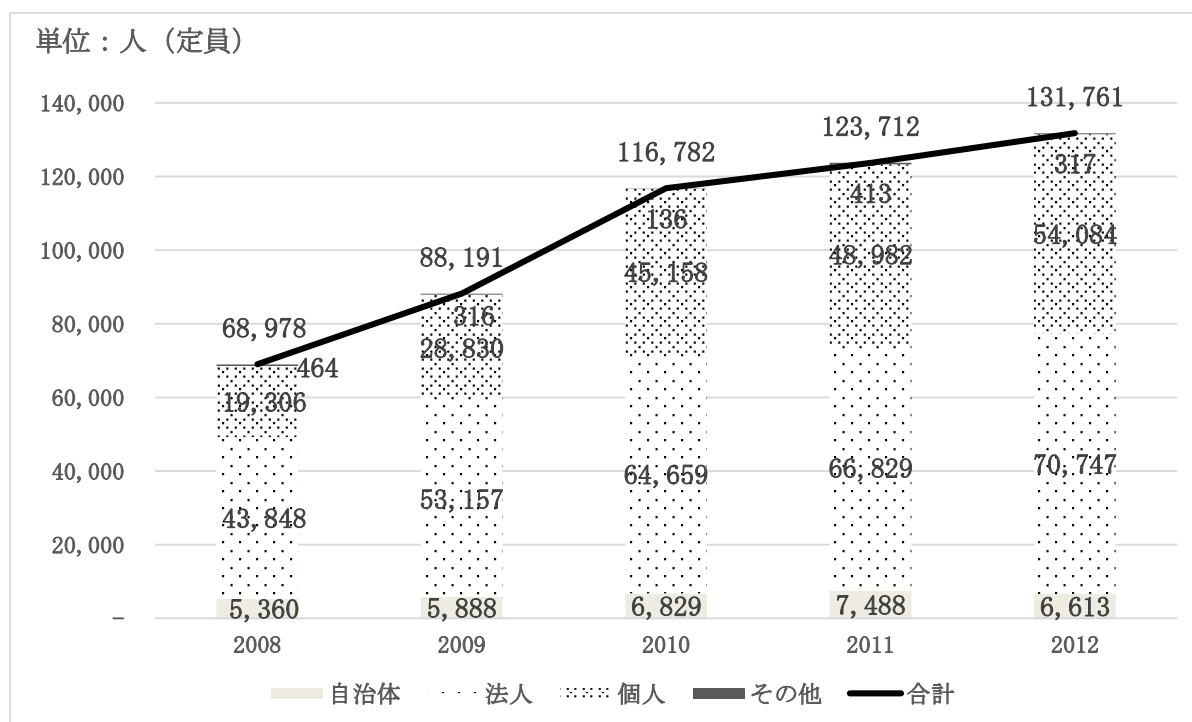
⁶⁵⁰ 20102年度の長期療養報酬は、長期療養施設は2.5％、訪問療養と訪問看護は1.8％引き上げられた。保健福祉部報道資料「老人長期療養従事者処遇改善のため報酬2.5％引き上げ」2011年11月16日付、1-2ページ。

⁶⁵¹ 保健福祉部報道資料、前掲（2011年11月16日付）、1ページ、保健福祉部報道資料「老人長期療養機関健康管理ガイドラインおよび標準勤労契約書開発・普及」2013年1月17日付。

することに縮小された。ところが、長期療養施設の設置現状をみると、公立機関は2008年73か所から2012年99か所に李明博政権任期5年間、26か所しか増加しなかった⁶⁵²。

図4-2は、李明博政権下（2008年-2012年）における長期療養施設の定員数の設置主体別の年次推移である。2012年現在、全体長期療養施設の定員数は、131,761人で、そのうち、公立機関の定員数は、6,613人、法人機関の定員数は、70,747人、個人機関の定員数は、54,084人で、全体長期療養施設の定員数に占める割合が最も高いのは、法人機関であり（53.7%）、次に個人機関（41.0%）、公立機関（5.0%）順であった。

図4-2 李明博政権下における長期療養施設（共同生活家庭含む）の定員数の設置主体別の年次推移



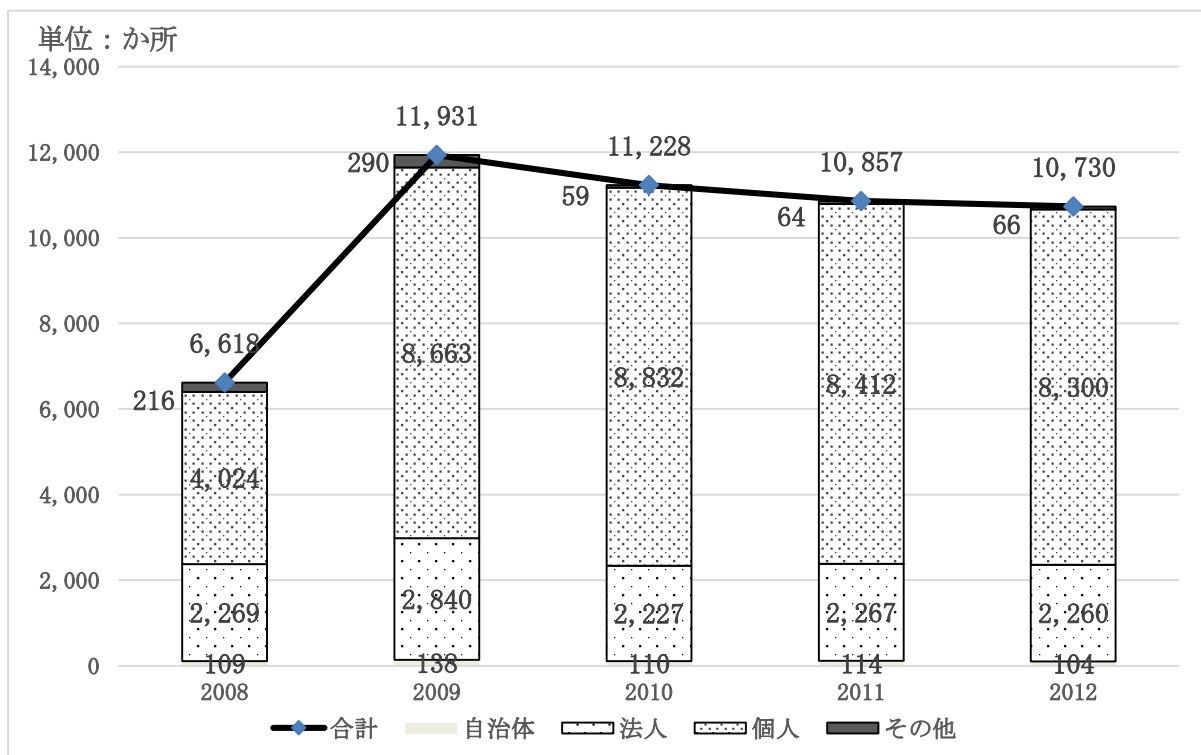
資料：図4-1と同一。

注：法人には営利・非営利を含み、その他は宗教団体などである。

⁶⁵² 国民健康保険公団（2009）「2008老人長期療養保険統計年報」565ページ、国民健康保険公団（2013）「2012老人長期療養保険統計年報」647ページ。

図 4-3 は、李明博政権下（2008年 -2012年）における在宅事業所数の設置主体別の年次推移である。2012年現在、全体在宅事業所数は、10,730か所で、そのうち、公立機関数は、104か所、法人機関数は、2,260か所、個人機関数は、8,300か所であった。全体在宅事業所数に占める割合が最も高いのは、個人機関（77.4%）であり、次に法人機関（21.1%）、公立機関（1.0%）順であった。

図 4-3 李明博政権下における在宅事業所数の設置主体別の年次推移



資料：図 4-1 と同一。

注：重複サービス機関は除外。法人には営利・非営利を含み、その他は宗教団体などである。

「民間事業者の市場参入により公的長期療養体制の基本的な意味と概念が損なわれないように」公立機関を中心に整備するといった当初の方針とは異なり、長期療養サービスの

提供は、老人長期療養保険制度の施行以前の時代と同様にほとんど民間に任せられている⁶⁵³。

老人長期療養保険制度の導入当時に保健福祉部は、「市場化を通じて利用者に選択権を付与し、多様な供給主体の参入保障を通じて療養サービスの質の向上と財政の効率を図る」と市場化の意義を説明した⁶⁵⁴。ところが、実際の長期療養市場では、長期療養機関間の過当競争、長期療養機関の乱立による不法運営及び不正請求、療養保護士の低賃金と劣悪な労働環境、そして長期療養サービスの質の低下など様々な弊害が制度施行初期から生じてしまった⁶⁵⁵。

（５）李明博政権下における長期療養市場の諸問題の改善に向けた取り組み

上記の諸問題を改善するため、李明博政権下では、まず、長期療養機関のサービスの質の向上と利用者の選択権を保障するため、２年ごとに長期療養機関の評価を行い、その結果を公開した⁶⁵⁶。また、2009年４月から長期療養機関の不法・不正請求を事前に予防するための「不正請求長期療養機関申告褒賞制度」を導入・実施した。

そして、すべての社会福祉施設における運営透明性を強化するために社会福祉事業法を改正した（2012年８月５日施行、2011年８月４日改正）⁶⁵⁷。それにより、社会福祉法人が運営している施設のみ適用されていた財務・会計規則が運営主体を問わず、すべての社会福祉施設に適用されることになった。それで、老人長期療養保険法の施行以前から老人福祉法に基づき、社会福祉施設として長期療養サービスを提供していたすべての長期療養機関にも同様の財務・会計規則が適用されることになった。

⁶⁵³ 公的老人療養保障推進企画団（2004a）前掲、280ページ。

⁶⁵⁴ 保健福祉部老人長期療養保険推進団（2008）「老人長期療養保険在宅長期療養機関の事業説明会」2ページ。

⁶⁵⁵ 国民権益委員会報道資料、前掲（2009年9月3日付）、国民健康保険公団報道資料「長期療養機関の不正請求告発、持続的に増加」2011年6月8日付、2ページ。

⁶⁵⁶ 長期療養施設は2009年から、在宅事業所は2010年から実施された。保健福祉家族部報道資料「7月から老人療養施設評価、上位10%にインセンティブ」2009年2月9日付。

⁶⁵⁷ 保健福祉部報道資料「社会福祉法人財務・会計規則改正案立法予告」2012年4月23日付。

第4節 朴槿恵（パク・クネ）政権（2013年2月～2017年3月）

1. 朴槿恵政権の国政ビジョンと福祉理念

朴槿恵政権は「希望の新時代」を国政ビジョンとして掲げた。「希望の新時代」とは、「国家の発展と国民一人一人の幸福が善循環され、国民個々人の幸福の大きさが国力の大きさととなり、その国力をすべての国民と一緒に享受する時代を作っていくという意味」である⁶⁵⁸。朴槿恵政権では、こうした国政ビジョンの下、「経済復興」、「国民幸福」、「文化優性」、「平和統一基盤構築」の4大國政基調と、これらを達成するための14大推進戦略と140個の國政課題を設定した⁶⁵⁹。

朴槿恵政権の福祉政策の基本理念は「マチュム型福祉」で、4大國政基調のうち「国民幸福」に位置づけられた。朴槿恵政権では、「国民の生活が安静できるように国民マチュム型の新しい福祉パラダイムを作っていくことを約束した」⁶⁶⁰。

朴槿恵大統領は「ハンナラ党」の議員を務めていた2009年10月26日、朴正熙元大統領死去30周年追悼式に出席し、「父親が韓国の経済成長を成し遂げたが、経済成長そのものが目的ではなかった。父親の究極の夢は福祉国家の建設であった」と述べた⁶⁶¹。朴槿恵大統領は、保守政権のどの指導者より、福祉を強調した⁶⁶²。大統領選挙では「増税なき福祉」を掲げながら、福祉政策の核心公約として①すべての高齢者に基礎年金の支給、②4大重症疾患（がん、心臓、脳血管、難治性疾患）に対する総診療費の健康保険の適用、③満5

⁶⁵⁸ 文化体育観光部、大韓民国政府（2017a）「朴槿恵政府政策白書1巻総論」67-68ページ。

⁶⁵⁹ 文化体育観光部、大韓民国政府（2017a）前掲、89ページ。

⁶⁶⁰ 文化体育観光部、大韓民国政府（2017b）「朴槿恵政府政策白書4巻国民幸福」52ページ。

⁶⁶¹ 「朝鮮日報」「朴槿恵『父の夢は福祉国家の建設だった』」2009年10月27日付、URL:https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2009/10/27/2009102700103.html（2022年1月12日最終閲覧）。

⁶⁶² Kang Byung Ik（2016）「保守主義政党の福祉国家の戦略—イギリスと韓国の保守主義の福祉政治—」『韓国政治研究』Vol.25（2）、157ページ。

歳までの無償保育を掲げ⁶⁶³、「子どもが生まれて大人になり、人生を終える日まで『マチュム型福祉』が支える」と約束した⁶⁶⁴。

しかし、朴槿恵政権の発足後、朴槿恵大統領の核心公約であった③満5歳まで無償保育の場合、2003年1月から所得を問わず、満5歳子供に対する保育費及び育児手当が支給されたが、①基礎年金と②4大重症疾患の健康保険の適用はは縮小・破棄された⁶⁶⁵。

2. 朴槿恵政権下における高齢者の長期療養政策の取り組み

(1) 老人長期療養保険制度の等級判定体系の改編による利用者の拡大

高齢者の長期療養政策の場合、朴槿恵大統領は、大統領選挙時に、現行の長期療養等級体系を身体機能のほかに住居及び家族などの社会環境要因を反映する等級体系に改編し、認知症患者と身体障害がある独居老人及び次上位階層の高齢者が老人長期療養保険制度のサービスを受けられるように4・5等級の新設を約束した⁶⁶⁶。この公約は「マチュム型福祉」を具現する主要課題の一つとして位置づけられ、推進された。

保健福祉部は、2013年度の業務計画で、老人長期療養保険制度のサービスの受給者を現在の34万人から2017年度まで56万人（17年度の全体高齢者人口7.8%）に拡大する計画を明らかにした。そのため、2013年7月から現行の3等級認定基準及び等級判定体系を緩和・改編し、同年度の下半期から等級外の認知症患者を対象に「認知症特別等級」のモデル事業を実施した後、2014年7月から本格的に施行する計画を発表した。さらに、軽度の認知症患者を保護する昼・夜間保護サービス機関を1,300か所（2012年）から1,900か所（2017年）まで拡充する計画をも発表した⁶⁶⁷。

⁶⁶³ Yang Jae Jin (2013) 「朴槿恵政府の福祉政策の評価と課題—保育、基礎年金、医療分野を中心に—」『民主社会と政策研究』Vol. 24、47ページ。

⁶⁶⁴ セヌリ党 (2012) 「世の中を変える約束、責任ある変化—第18代大統領選挙セヌリ党政政策公約集—」24ページ。

⁶⁶⁵ Yoon Hong Sik (2018) 「逆進的な選別性の持続と拡張性の制約、2008-2016—李明博・朴槿恵政府時期の韓国の福祉体制の特性—」『韓国社会政策』Vol. 25 (4)、177ページ。

⁶⁶⁶ セヌリ党 (2012) 前掲、62-63ページ。

⁶⁶⁷ 保健福祉部報道資料「『国民幸福に向けたマチュム福祉—2013保健福祉部業務報告（添付資料『2013年業務計画、国民幸福に向けたマチュム福祉（主要政策推進方向）』）』」2013年3月21日付、25ページ。

この計画に沿って、まず、長期療養 3 等級の認定点数が53点以上～75点未満から51点以上～75点未満に緩和され、2013年7月1日から施行された。そして、同年の9月1日から韓国6地域で「認知症特別等級」導入のためのモデル事業が実施された。翌年2014年7月1日からは、長期療養等級が1～3等級から認知症特別等級が含まれた1～5等級まで拡大実施された。具体的には、現行の3等級を機能状態に応じて認定基準の点数を2つに分けて、3等級と4等級に細分化した。そして、認知症特別等級である5等級⁶⁶⁸を新設した⁶⁶⁹。長期療養等級体系の改編内容は表4-2の通りである。

表4-2 長期療養等級体系の改編内容（2014年7月から）

改編前	等級	1等級	2等級	3等級		等級外A
	認定点数	95点以上	75点以上 95点未満	51点以上75点未満		45点以上51点未満
改編後	等級	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級 (認知症特別等級)
	認定点数	95点以上	75点以上 95点未満	60点以上 75点未満	51点以上 60点未満	等級外A 45点以上51点未満

資料：保健福祉部報道資料「認知症特別等級新設など長期療養保険等級体系改編による報酬新設・調整及び保険料率決定」2014年5月2日付、5ページ。

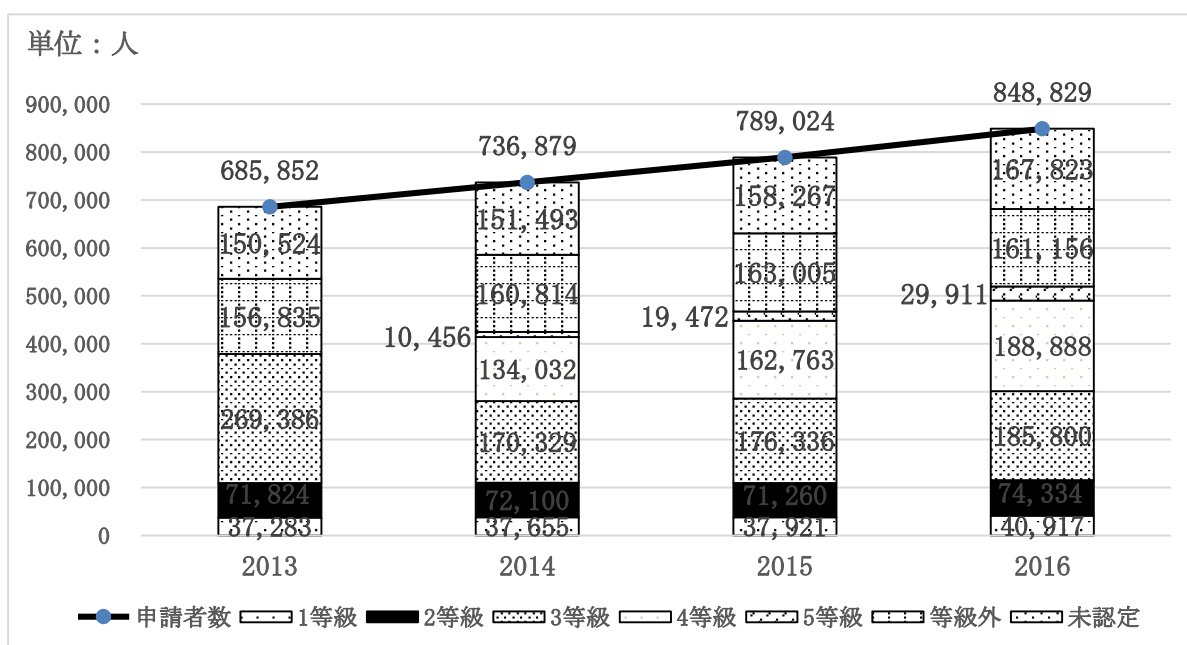
老人長期療養保険制度の施行初期には、財源などの理由から制度の給付対象者が主に重度者に絞られていた。それゆえ、軽度者、特に軽度認知症高齢者は要長期療養認定を受けることが難しくなっていた。そこで、前政権に続いて朴槿恵政権でも3等級の認定点数を緩和するとともに認知症特別等級を新設することで制度の給付対象者の拡大を図った。それにより、老人長期療養保険制度の認定者は継続的に増加し、朴槿恵政権任期4年目の2016年には52万人の申請者が認定を受けた。そして、5等級の認定者も継続的に増加し、

⁶⁶⁸ 5等級は、医療機関で認知症診断を受けた等級外の者で、昼夜間サービスなどが受けられる。

⁶⁶⁹ 保健福祉部報道資料「認知症特別等級新設など長期療養保険等級体系改編による報酬新設・調整及び保険料率決定」2014年5月2日付、2-5ページ。

2014年には10,456人、2015年には19,472人、2016年には29,911人まで増加した。ところが、朴槿恵政権の保険制度給付対象者の拡大政策は、主に軽度者を重点に行われたため、軽度認定者は増加したものの、重度の1・2等級の認定者数の伸び率は、ほぼ横ばい状態となっていた。図4-4は、朴槿恵政権下における老人長期療養保険制度の全体申請者数及び認定者数の年次推移である。

図4-4 朴槿恵政権下（2013年-2016年）における老人長期療養保険制度の全体申請者数及び認定者数の年次推移



資料：国民健康保険公団（2014-2017）「2013-2016 老人長期療養保険統計年報」により作成。

（2）朴槿恵政権下における長期療養市場における諸問題の改善に向けた取り組み

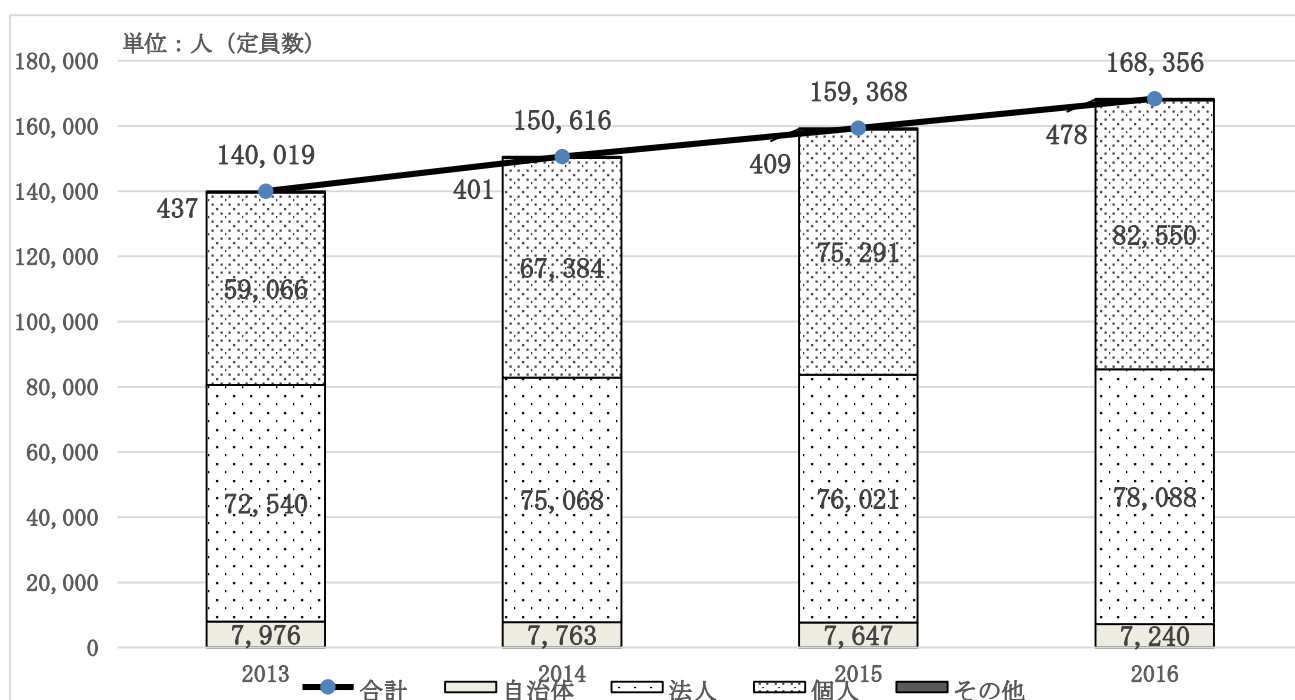
① 朴槿恵政権下における長期療養機関の設置現状

老人長期療養保険制度の施行後、継続的に同制度の受給者が拡大され、利用者の満足度も高いとの肯定的な評価もあったが⁶⁷⁰、実際の長期療養市場では、療養保護士の劣悪な労

⁶⁷⁰ 国民健康保険公団報道資料「老人長期療養保険サービス満足度88.5%・・・1.6%p上昇」2013年7月4日付。

働環境、サービスの質の低下、長期療養機関の不正請求などの問題が後を立たなかった。そこで、市民団体及び研究者などは、国家及び自治体の公立長期療養機関を増やし、長期療養サービスの公共性を確保する必要があると提言した⁶⁷¹。ところが、朴槿恵政権の4年間、公立機関はむしろ減少した。

図 4-5 朴槿恵政権下における長期療養施設（共同生活家庭含む）の定員数の設置主体別の年次推移

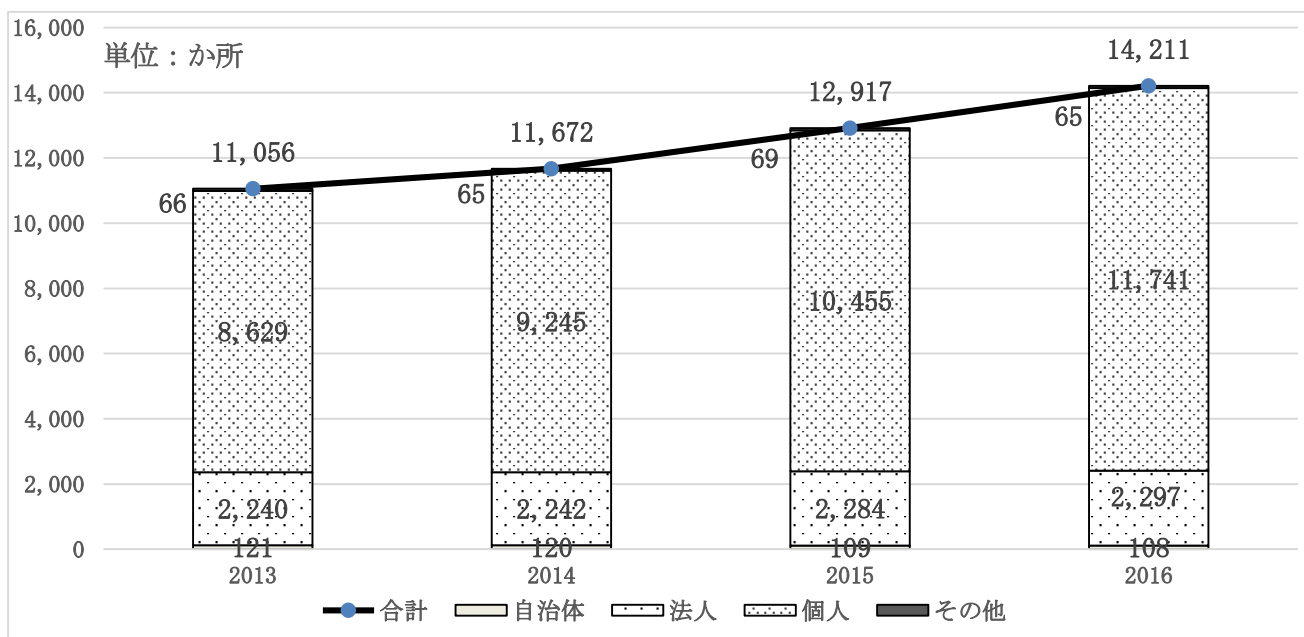


資料：図 4-4 と同一。

注：法人には営利・非営利を含み、その他は宗教団体などである。

⁶⁷¹ 「連合ニュース」 「高齢者療養院③政府・自治体・社会ケア共同体の構築『公共性を高めるべき』（終わり）」 2016年3月13日付、URL: <https://www.yna.co.kr/view/AKR20160312025400062> (2021年7月15日最終閲覧)、「青年医師」 「老人長期療養保険、今のやり方では維持できない」 2013年8月26日付、URL: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=138250> (2022年1月16日最終閲覧)、(社団法人)市民健康増進研究所(2012) 「老人長期療養保険制度、奉仕と愛ではなく国公立化が正解である」 『市民健康イシュー』 11ページ。

図 4-6 朴槿恵政権下における在宅事業所数の設置主体別の年次推移



資料：図 4-4 と同一。

注：重複サービス機関は除外。法人には営利・非営利を含み、その他は宗教団体などである。

図 4-5 と図 4-6 をみると、2013年から2016年までの公立長期療養施設の定員数の場合、7,976人から7,240人に、公立在宅事業所数の場合、121か所から108か所に減少した。その代わりに、同期間、個人事業主が設置した長期療養機関が大幅に増加した。個人長期療養施設の定員数の場合、59,066人から82,550人に、個人在宅事業所数の場合、8,629か所から11,741か所まで増加した。2016年現在、個人事業主の長期療養機関が全体長期療養機関に占める割合は、長期療養施設の定員数の場合、49.0%、在宅事業所数の場合、82.6%である。つまり、朴槿恵政権下でも、長期療養サービスの供給のほとんどを民間に依存する「民営」が維持されていたと言える。

老人長期療養保険制度施行当時、同制度施行から一定期間が経つと長期療養市場は、長期療養機関の間でサービスの質で競争するようになる可能性が高く、利用者を満足させな

い機関は自然に淘汰されると言われた⁶⁷²。ところが、保健福祉部側の想定とは異なり、民間事業主が多く参入した長期療養市場では、様々な問題が起きていた。そこで、朴槿恵政権では、長期療養市場で起きている諸問題を改善し、また、サービスの質を向上するため、長期療養機関の不法・不正行為に対する行政処分を強化する一方、以下のことを行った⁶⁷³。

②療養保護士の処遇改善

国家人権委員会は2012年7月に保健福祉部長官に療養保護士の労働人権を改善する政策を行うよう勧告した⁶⁷⁴。その勧告を受けて保健福祉部は療養保護士の処遇改善費制度を導入することを明らかにし、2013年3月から実施した。処遇改善費は、1時間当たり625ウォンが、月160時間まで適用され、最大月10万ウォンが処遇改善費として支給される仕組みであった。ところが、処遇改善費が療養保護士に直接支給されるのではなく、長期療養報酬に含まれて長期療養機関に支給されていたことから、処遇改善費が療養保護士にきちんと支給されないなどの問題が発生した⁶⁷⁵。つまり、処遇改善費制度が療養保護士の低賃金の改善する根本的な対策にならなかったのである。

そこで、朴槿恵政権では療養保護士の処遇を改善するため、老人長期療養保険法を改正し、長期療養機関に支払われる長期療養報酬の一定比率（保健福祉部長官が定めて告示する比率）を人件費として支払うことを法律に定め、2016年11月30日から施行した。

⁶⁷² 保健福祉部報道資料、前掲（2008年6月10日付）、「青年医師」「立ち遅れた施設は自然淘汰される」2008年8月10日付、URL:<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=62159>（2021年6月18日最終閲覧）。

⁶⁷³ 長期療養機関とその従事者が営利を目的に利用者の自己負担金を免除したり、または割引したりすることや利用者に金銭・物品などの利益を提供する方法で、利用者を長期療養機関に紹介、誘因、斡旋することなどを禁じる内容を老人長期療養保険法に規定した。国家法令情報センター「制定・改正理由（老人長期療養保険法（2014年2月14日施行、2013年8月13日一部改正）」URL:<https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=142990&ancYd=20130813&ancNo=12067&efYd=20140214&nwJoYnInfo=N&efGubun=Y&chrClsCd=010202&ancYnChk=0#0000>（2021年7月14日最終閲覧）。

⁶⁷⁴ 国家人権委員会報道資料、前掲（2012年7月1日付）。

⁶⁷⁵ 「福祉連合新聞福祉ニュース」「介護保護士を愚弄する処遇改善費」2013年3月12日付、URL:<http://www.bokjinews.com/news/articleView.html?idxno=40713>（2022年1月16日最終閲覧）、「ハンギョレ新聞」「最低賃金の一部に化けた‘療養保護士の処遇改善費’」2015年1月21日付、URL:https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/674676.html（2022年1月16日最終閲覧）。

③長期療養機関の財務・会計規則の適用

長期療養機関の設置基準法を問わず、すべての長期療養機関に保健福祉部令で定める財務・会計規則を適用するための老人長期療養保険法の一部を改正した（2016年5月29日一部改正、2016年11月30日施行）⁶⁷⁶。改正理由は、長期療養機関は社会保険料と公費などの公的財源によって運営されているため透明に運営されるべきであるが、これまでは老人福祉法に基づいて設置された長期療養機関だけ財務・会計規則が適用されていたからであった⁶⁷⁷。表4-3は、2016年現在、長期療養機関の財務・会計規則の適用現状である。

表4-3 長期療養機関の財務・会計規則の適用現状（2016年現在）

区分	長期療養機関種類	設置基準法	財務・会計規則
入所サービス	老人療養施設	老人福祉法	適用
	老人療養共同生活家庭		
在宅サービス	在宅老人福祉施設	老人長期療養保険法	未適用
	在宅長期療養機関		

資料：保健福祉部報道資料、前掲（2016年5月20日付）、2ページ。

老人長期療養保険法第35条の2は「①長期療養機関の長は保健福祉部令で定める財務・会計に関する現在に従い、長期療養機関を透明に運営しなければならない、②保健福祉部長官は、長期療養機関財務・会計規則を定める時は、長期療養機関の特性及びその施行時期等を考慮しなければならない」と規定し、第36条の2は「特別自治市長・特別自治道知事・市長・郡守・区庁長は、長期療養機関財務・会計規則に違反した長期療養機関に対し、6ヶ月以内の範囲で一定の期間を定めて是正を命ずることができる」と規定した（2016年5月29日新設）。

⁶⁷⁶ 保健福祉部報道資料「長期療養機関運営の透明性確保のための基盤構築」2016年5月20日付、1-2ページ。

⁶⁷⁷ 同上。

朴槿恵政権では、すべての長期療養機関の財政運営を自治体の管理下におく法的根拠を設けた。ところが、長期療養機関財務・会計規則の適用は「憲法が保障している私的財産権の侵害だ」と主張する民間事業者、特に個人事業主の激しい反発にぶつかった⁶⁷⁸。結局のところ、保健福祉部は、「改正された老人長期療養保険法には民間機関の剰余金を許容するなどの内容は反映されていないが、この部分については改正法施行日に合わせて、細部基準を設ける際に、専門家及び一線の機関と十分な論議を経て反映する予定」であると説明した⁶⁷⁹。さらに、長期療養機関財務・会計は、長期療養機関の規模に応じて2018年5月から段階的に適用されるとした⁶⁸⁰。こうして、老人長期療養保険法に基づいて設置された長期療養機関にも適用される長期療養機関の財務・会計規則の制定への取り組みが始まった。

第5節 小括

金大中政権では、憲法第36条第3項に依拠して、国民の健康権とその権利を保障する国家の義務を明らかにし、国家レベルで高齢者の長期療養を健康権の観点から捉えた。こうした国民の健康権、そして生存権及び生活権などの人権を福祉政策の基本理念とした金大中政権下で韓国の社会保障制度が飛躍的に発展した。その背景には、1997年の金融危機と新自由主義的な経済政策の推進によって発生した社会諸問題に対応するためであった。

そして、2000年に韓国社会が高齢化社会に突入したことを契機に、金大中政権は高齢化社会の対策として公的かつ普遍的な老人長期療養保険制度の導入を公の場で明らかにした。同制度は、高齢化社会に対応するという目的もあったが、一方では、急増する高齢者の医

⁶⁷⁸ 「アジアニュース通信」 「療養機関団体連合会、老人長期療養保険法改正案成立に強く反発」 2016年5月19日付、URL:<https://www.anews.com/detail.php?number=1016850> (2021年7月15日最終閲覧)。

⁶⁷⁹ 保健福祉部報道資料「長期療養機関用、わかりやすい会計処理マニュアル普及」 2016年6月29日付、2ページ。

⁶⁸⁰ 同上。

療費を抑制する政策の一環でもあったため、同制度自体が新自由主義的な側面を有するものであったと言える。

公的老人長期療養保険制度の導入に向けた取り組みは、金大中政権を継承した盧武鉉政権下で本格化された。繰り返しになるが、盧武鉉政権では、国家の責任の下で公立機関を設置し、長期療養体系の基本的な意味と概念が損なわれないように、民間ではなく公立が長期療養サービスを主導すると、制度運営の基本方針を「公営」とすることを示した。しかし、公立の長期療養機関の整備は、様々な限界により当初の計画通りに進まなかった。

結局、盧武鉉政権では、市場化・営利化政策を取り入れ、民間事業者を対象に長期療養事業説明会を全国で開催するなど、民間事業者の長期療養市場への参入を促した。そして、保守政権の李明博政権も、盧武鉉政権に引き続き、長期療養市場への民間事業者の参入を積極的に促した。その結果、民間事業者、その中でも多くの個人事業主が市場に参入した。こうして、長期療養市場は、公立機関ではなく、民間機関が主導するようになり、高齢者の長期療養は、依然として民間によって提供されるようになった。

一時、「公営化」への動きがあったものの、結果的に長期療養サービスの供給は、民間事業者が主導する「民営」が制度運営の基本方針としてとられ、「老人長期療養保険制度」は、新自由主義的な制度として始まった。そして、「民営」は、李明博政権・朴槿恵政権下でも継承・維持され、国家の長期療養市場への介入を最小限にし、長期療養サービスを民間事業者に依存した。

問題は、長期療養機関は、民間事業者の市場参入によりある程度整備されたものの、「市場競争が起こると自然にサービスの質が向上する」といった政府側の想定とはことなり、実際の長期療養市場では様々な弊害が生じていた。李明博政権・朴槿恵政権では、長期療養市場の諸問題を改善するため、漸進的に受給者数を拡大する一方、長期療養機関の評価制度、財務・会計規則の適用、長期療養報酬に占める人件費率の告示などの様々な取り組みを行った。ところが、このような取り組みでも長期療養市場にまつわる様々な問題は後を絶たなかった。

第5章 朴槿恵政権下における長期療養市場の実態調査

本章では、長期療養に対する国家の役割と長期療養市場への国家の介入を最小限にとどめて「民営」を維持していた時期に含まれる朴槿恵政権期に、実際に長期療養現場が抱えていた諸問題とそのメカニズムを明らかにする。そのため、本章では、筆者による韓国の長期療養機関6か所を対象にした長期療養機関の経営状態がわかる実態調査から論じる。そして、それを通じて、なぜ、文在寅政権で老人長期療養保険制度改革を推進するようになったのか、その背景を明らかにする。

第1節 長期療養機関の経営状況に関する実態調査

1. 調査の背景と目的

韓国では、2000年に高齢化社会に突入したことを契機に、長期療養の社会化が掲げられ、公的長期療養保障制度である「老人長期療養保険制度」が2008年7月に施行された。ところが、長期療養保障の供給のほとんどが民間事業者、特に個人事業主に任せられてしまったことなどから、長期療養市場では、同制度の施行初期から多様な問題が起きていた。そして、そういった問題は、長期療養に対する国家の役割を最小限にとどめて、「民営」を維持していた保守政権の李明博政権・朴槿恵政権下でも、同様に起きていた。

特に、朴槿恵政権下では、実質的に長期療養施設の営利事業が禁じられ、すべての施設の設置主体が非営利事業を余儀なくされた。それで、個人施設の場合、営利を目的とせず、まじめに経営しても施設の存続が難しい状況に置かれ、様々な問題を抱えていた。

そこで、本研究では、朴槿恵政権下で、実際に長期療養市場でどのような問題がどのようなメカニズムで起きているのかを、韓国の長期療養機関6か所を対象に実態調査を実施して明らかにする。そして、その調査結果を基に、文在寅政権が老人長期療養保険制度改革を推進するようになった背景を明らかにする。

2. 調査方法と対象

調査方法は聞き取り調査である。その理由は、長期療養機関の経営状況の実態をより具体的に把握かつ比較することができるからである。調査期間は2016年9月12日から10月1日までである。聞き取り調査を行ったこの時期は韓国で政権交代が行われる前の時期、つまり、老人長期療養保険制度運営の基本方針が「民営」から「公営」に転換される前の時期であった。

調査対象は韓国の長期療養機関（入所サービス）の経営者と療養保護士である。聞き取り調査は、知り合いを通じていくつかの長期療養機関を紹介してもらい、電話で調査目的などを説明した後、協力を得られたところで実施した。対象選定にあたって、長期療養機関の経営主体及び立地の違いが、実際の経営に影響を与えると想定し、その点を踏まえて経営主体、立地、規模、設置年度などをも考慮した。表 5-1 は聞き取り調査を行った対象者の基本情報である。

表 5-1 聞き取り調査を行った長期療養機関の基本情報

区分	長期療養機関			参加者	
	機関	所在地	定員数	参加者	聞き取り調査時間時間
公立	A機関	ソウル市	119人	施設長	約1時間
				療養保護士	約45分
				療養保護士	
	B機関	ソウル市	76人	施設長	約35分
				療養保護士	約10分
	C機関	横城 (フェンソン) 郡	80人	事務局長	1時間40分
非営利法人	D機関	ソウル市	90人	施設長	約40分
				療養保護士	約25分
個人	E機関	横城 (フェンソン) 郡	20人	事務局長	約50分
				療養保護士	約10分
	F機関	安山 (アンサン) 市	9人	事務局長	約25分
				療養保護士	約10分

資料：聞き取り調査で得た情報をもとに筆者作成。

注：A-E 機関（長期療養施設）は日本の特別養護老人ホームに該当、F 機関（老人療養共同生活家庭）は認知症グループホームに該当する。A-B 機関は社会福祉法人が、C 機関は医療福祉法人が自治体から委託経営している。D 機関は非営利社会福祉法人である。そして、A・B・D・F 機関は都心部（首都圏）に、C・E 機関は農村部に位置している。

3. 実態調査の結果・分析

調査分析は聞き取り調査を基に、財源の構造、利用者の確保、療養保護士の給与、療養保護士の勤務体制、長期療養機関の評価制度の結果の5つの検討項目を挙げ、長期療養機関の経営主体別の比較分析を実施した。

本研究は調査の目的上、より多様かつ多数の長期療養機関を調査対象にする必要があったが、質的調査を行う際に長期療養機関の数を増やすことが出来なかった。そこで以下、必要に応じて入手可能な関連資料や政府統計などを用いながら分析を行う。

(1) 長期療養機関の財源の構造

まず、長期療養機関の財源の構造から見て行く。老人長期療養保険制度導入が既存の長期療養機関にもたらした最も大きな変化として財源の変化が挙げられる⁶⁸¹。制度導入前における長期療養機関の主な財源は、国及び自治体の公費（税金）であった。そして民間企業が主催する福祉事業のプロポーザルに参加して確保した民間資金や一般寄付金なども施設の財源となっていた⁶⁸²。ところが、老人長期療養保険制度が導入されることにより、長期療養機関の主な財源は、公費から長期療養報酬に変わった。

聞き取り調査に参加した大部分の経営者たちは、長期療養サービスの提供の対価として支払われる長期療養報酬が現実に見合っていないと感じていた。その上、長期療養報酬の中に人件費が含まれていることや福祉事業のプロポーザル応募への制限、そして寄付金の減少などにより、財政的に非常に厳しいと感じていた。

「（国からの）補助金はほとんどありません。長期療養報酬で賄われています。法人支援金がありますが、全体予算の17億ウォンのうち、2000万ウォンしかないので少額です。

（中略）一番大変なことは長期療養報酬が低いことです。長期療養報酬が適切ではないのでいつも緊縮的な財政経営をしています。長期療養機関は福祉施設に比べて、寄付金がな

⁶⁸¹ Kim Soon Song（2013）「老人療養サービスの供給体系の変化に関する研究」圓光大学大学院、58-59 ページ。

⁶⁸² Kim Soon Song（2013）前掲、56ページ。

いに等しいです。ここは基礎生活保護者より一般利用者の方が多いから。施設の利用者は保護者もいるし、自分のお金で利用しているから寄付する立場からすると寄付する動機づけにはなりません。ここは単なる長期療養市場です。」（B機関 施設長）

「実際に施設経営は前より厳しくなりました。（利用者が）自己負担金を払うから、お金があると思われて寄付金がだいぶ減ってしまいました。長期療養機関は寄付金がほとんどないです。制度前はありました。それと、もう一つの問題が一般企業が主催する福祉事業のプロポーザルに長期療養機関が参加できなくなってしまいました。今は応募もできないし、寄付金もないし、とても大変です。」（C機関 事務局長）

「無料養老院として始まりました。それから老人長期療養保険制度の導入に伴い、政府の政策上、長期療養機関に転換しました。なぜなら、施設がなかったから、政府が既存の養老施設の一部を長期療養機関に転換させたのです。政府が積極的に推薦しました。それで、大部分の養老施設が転換したのです。施設運営も前より良くなると言われました。なぜなら、報酬が提供されるから。制度が導入されて報酬の支給が始まったのですが、当時は報酬が適正であるかどうか分からなかったのです。報酬をもらうことが初めてだったから。長期療養報酬の算定構造を透明に公開すればいいのに、公開しないから適正であるかどうか分からないです。現場では適切ではないと言っています。」（E機関 事務局長）

特に、E施設の場合、制度施行初期には営利事業を営んでいたが、突然、「営利」から「非営利」へと事業転換され、事実上、営利事業が禁じられ、施設経営に戸惑いを感じていた。

「個人事業主が（長期療養市場に）参入したきっかけは、国民健康保険公団が、個人事業主に長期療養事業を収益事業として説明し、収益が出たら自由に使ってもいいと宣伝しました。それで、多くの個人事業主が自分の財産を投資して施設を設置しました。国税庁も収益事業だから税金を払いなさいと言って税金を払っていました。だが、2013年から収

益事業から社会福祉事業に転換されました。政府が長期療養報酬で施設の構造調整を行っています。言うことを聞かないと閉鎖措置をする。今は施設が溢れているから。制度がある程度定着段階に入って、サービス利用者が多くなり、財源もなくなっているの返還を始めました。長期療養報酬は支払うが、少しでも型から離れると不正請求だとして返還し、2、3度目は行政処分を行います。公共に転換させている。前は営利事業が認められていたから利益を自由に使うことができたが、今は利益が出ても使えないです。財務・会計規則に沿って、収入と支出の項目に合わせてお金を使わなければならないです。営利施設がなくなっています。」（E機関 事務局長）

以上の話のように、個人施設は他の非営利施設と同様に営利を目的とせず、「財務・会計規則」に沿って財政運営を行っていた。しかし、個人施設は非営利施設でありながらも、他の非営利施設とは明確に異なる財源構造を持っていた。表 5-2 は聞き取り調査を行った長期療養機関の2016年の収入状況であり、表 5-3 は、聞き取り調査を行った長期療養機関の財源構造をまとめたものである。

表 5-2 聞き取り調査を行った長期療養機関の2016年度の収入状況

区分	公立		非営利法人	個人
	A機関	B機関	D機関	E機関
長期療養報酬	65%	69%	65%	78%
自己負担金	25%	24%	7%	17%
補助金	1%	1%	13%	4%
事業収入	0%	0%	0%	0%
法人支援金	1%	1%	0%	0%
寄付金	0%	0%	4%	0%
繰越金	7%	4%	11%	1%
その他収入	0%	1%	1%	0%
合計	100%	100%	100%	78%

資料：各機関がホームページで公開している収支決算書をもとに筆者作成。

注：E長期療養機関は17度の収入状況である。補助金の内訳は国・自治体から支給される基礎生活保護者・低所得層の利用者の自己負担金と運営費補助金である。しかしE機関は運営費補助金を受けていないという証言があったので、おそらく運営費補助金は含まれていないと思われる。

表 5-3 聞き取り調査を行った長期療養機関の財源構造

区分 機関	公立			非営利法人	個人	
	A機関	B機関	C機関	D機関	E機関	F機関
長期療養報酬 (自己負担金)	○	○	○	○	○	○
法人支援金	○	○	○	○	-	-
運営費補助金	○	○	○	○	-	-
寄付金	○	○	-	○	-	-

資料：聞き取り調査で得た情報のもとに筆者作成。

注：A～C機関は非営利法人が自治体から委託運営しているため、運営主体は公立機関であるが法人支援金がある。補助金は国からのものである。

経営主体を問わず長期療養機関の主な財源は長期療養報酬である。ところが、上記の表 5-2 と表 5-3 をみると、長期療養機関の経営主体によって明確な差があることがわかる。老人長期療養保険制度下の長期療養機関の収入状況は制度導入以前の時代と比べると決して良いと言えないが、それでも公立や非営利法人機関の場合、支援金や寄付金といった補助的な収入があった。しかし、個人機関の場合、長期療養報酬以外の収入はほとんどなかった。個人機関の経営者は現在の機関の財政運営の状況について次のように語った。

「韓国の場合、法人施設と個人施設を徹底的に区分しています。個人施設は補助金も人件費の支援も全くないです。全ての支援と恩恵は法人が受けています。個人施設は簡単に言えば、独立採算制です。」（E機関 事務局長）

「法人には財政的支援があると思うが、個人は全くない。1から10まで全部事業主が賄っている。寄付金も全くないし、1年中、何か月は必ず借入金をして運営している。奉仕と愛の精神がないとできない。」（F機関 事務局長）

制度導入以前に無料養老院を運営していたE機関の事務局長は、政府から長期療養施設に転換すると長期療養報酬が提供されるので以前より運営状況がよくなると言われ、無料養老院から長期療養施設に転換した。しかし現在は、現実に見合っていない長期療養報酬

や突然の非営利化政策、そして不平等な支援政策などにより今後の施設運営について非常に悩まされていた。

以上のように、個人施設の財源構造は、専ら長期療養報酬に依存していた。しかし、長期療養報酬が現実に見合った適切な水準ではなく⁶⁸³、また、銀行から融資を受けて長期療養機関を設置した機関の場合、融資の返済などで財政的に非常に深刻な状況に置かれていた⁶⁸⁴。それゆえ、営利追求どころか、真面目に運営しても機関を維持することが非常に難しそうに見えた。

(2) 利用者の確保

次に、利用者の確保である。公費により機関を運営していた時代とは異なり、保険制度下では利用者の長期療養度や数が長期療養機関の収入を左右すると言っても過言ではない。それゆえ、長期療養機関を安定的に経営するためにはなによりも利用者の確保が大前提となる。長期療養機関の存続のため、利用者の確保を巡る競争が一段と厳しくなっている今、これについて経営者たちはどう思っているのか。

聞き取り調査によると、公立や非営利法人の長期療養機関は、独占的に運営していた保険制度導入前とは異なり、多様な供給主体と競争しなければならなくなったが、競争に対する体感度は意外と低かった。公立機関と非営利法人機関を運営している経営者たちは、利用者確保の競争について、「施設は常に満室を維持しており、待機者も多いので利用者確保の競争に参加する理由はない」と答えた。

⁶⁸³ 長期療養報酬の算定は、老人療養施設は定員70人、共同生活家庭は9人、昼夜間保護事業所は26人、短期保護事業所は17人を基準として決められている。保健福祉部報道資料、前掲（2014年5月2日付）、8ページ。Suk Jae Eun他（2015）は、施設サービスの場合、土地代と賃貸、そして実質的な長期療養施設の運営のために必要かつ適切な療養保護士の雇用に対する人件費が長期療養報酬に反映されていないと指摘している。Suk Jae Eun他（2015）「長期療養保険の公共性の強化方案」69ページ。

⁶⁸⁴ 保健福祉部が発刊している老人保健福祉事業案内2018によると、金融機関借入金・その他借入金は、借入した金額が全て運営費や人件費に使用された場合のみ認められる。ただし、施設の設置・定員拡張などに使われた場合は認められない。そして、施設設置以前に借入した借入金は元金返済として支出できないと定めている。保健福祉部（2017）「2018老人保健福祉事業案内（I）」397ページ。

これとは対照的に個人施設は、収入源が長期療養報酬によって賄われているため、当然ながら利用者を確保することに必死になりがちだが、現実には機関の定員を埋めることすら難しく見えた。

2009年国民健康保険公団が保険制度受給者を対象に長期療養機関の選択要因を調査・分析した結果によると（表 5-4）、受給者とその家族は個人や民間が経営する施設より、公益性が高い公立施設を信頼し、希望していた。

表 5-4 長期療養施設（経営主体別）の希望者・希望率（2009年4月4日現在）

区分	施設数	入所定員	入所希望者	入所希望率
個人	959	21,460	17,236	80.30%
社会福祉法人	842	45,405	40,881	90.00%
地方自治団体	76	5,459	7,820	143.20%

資料：国民健康保険公団報道資料「長期療養サービス、家から近い療養施設を好む」2009年5月7日付により引用。

注：対象施設および定員は、（入所希望率）＝（定員）／（現在入所者＋入所待機者）。

そして、聞き取り調査を行った長期療養機関の待機者数を比較した表 5-5 を見ると、公立機関や非営利法人機関は満室で待機者も多かったが、個人機関の待機者はゼロであった。聞き取り調査で、個人機関の待機者の現状を伺ったところ、個人機関は以下の話を聞かせてくれた。

表 5-5 聞き取り調査を行った長期療養機関別待機者数の比較（単位：人）

区分	公立			非営利法人	個人	
	A機関	B機関	C機関		D機関	E機関
定員	119	76	86	90	20	9
現員	119	76	86	90	19	9
待機者	243	140	20	30	0	0

資料：聞き取り調査で得た情報のもとに筆者作成。

「100～200名の待機者がいると空室になることはないでしょう。空室が出ると、他の施設で入所して待機していた人がすぐ入所するから。その他の施設とは主に個人施設であ

り、個人施設は空室になります。大型施設、法人施設は心配する必要がありません。ここが待機者の受け皿になっているから。（中略）満室だと赤字ではないですが、二室まではぎりぎり、三室の空室が出ると、すぐ赤字になります。なによりも空室をなくすのが一番大事です。」（E機関 事務局長）

「待機者はいません。個人施設はほとんどないでしょう。空室がでたら、前、相談した人に電話して聞いてみます。入所はまだですか、空き部屋があるけど入所しますかと。メモして管理しています。それと、回りの人から紹介してもらいます。（中略）空室が二室あるとすぐマイナスになります。」（F機関 事務局長）

以上のように、個人機関が公立機関や非営利法人機関に比べて、希望者（待機者）が少ない理由の一つとして、個人機関に対する悪い評判があると考えられる。韓国では、個人機関は営利だけを目的としているとあって「施設はお金儲けに血眼になっており、高齢者の人権問題が深刻である」、「多くの施設は利用者を長期療養対象としてみるのではなく、長期療養報酬を持ってくる金蔓として見ている」などの内容が新聞などに報道されている⁶⁸⁵。

こうした報道に加えて、機関環境・規模なども個人機関の方が公立機関や非営利法人機関に比べて劣っているため、利用者がなかなか集まりにくい状況にある。そして、定員が埋まったとしてもすぐ空室が出てしまうので、個人機関は利用者が減る事への危機感や利用者確保への負担感を非常に強く感じていた。一方、公立・非営利法人機関は、機関間での利用者の確保競争に参加しなくても、すでに優位に立っていた。

⁶⁸⁵ 「国民日報」 「（社説）金儲けだけを追う老人療養施設を追放すべきだ」 2014年1月17日付、URL:<http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0007944085>（2021年7月16日最終閲覧）、「ソウル新聞」 「ケアより金儲け…人権のない療養施設」 2014年5月30日、URL:<https://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20140530011020>（2021年7月16日最終閲覧）、「SISAIN」 「韓国老人看病、制度はあるがシステムはない」 2016年11月24日付、URL:<https://www.sisain.co.kr/news/articleView.html?idxno=27552>（2021年7月16日最終閲覧）。

以上から、韓国の長期療養市場における個人機関の位置づけというのは、公立・非営利法人機関への入所ができず行き場を失った利用者の受け皿となっていると言える。

(3) 療養保護士の給与

次に、療養保護士の給与である。2009年保健福祉部は療養保護士の給与を月 190 万ウォン（約19万円）と定めた⁶⁸⁶。しかし、この金額と実際に療養保護士が受け取っている給与には大きな隔たりがあった。

聞き取り調査によると、長期療養機関によって療養保護士の給与に差はあったものの、2016年現在、月 190 万ウォンの給与を受け取っている療養保護士は一人もいなかった。表 5-6 は聞き取り調査を行った機関の療養保護士の給与現状である。

表 5-6 聞き取り調査を行った療養保護士の給与（月収）

区分	勤務機関	勤務期間	給与（万ウォン）
公立	A 機関	7 年	155 ～ 160
		8 年	155 ～ 160
	B 機関	7 年	160 ～ 165
非営利法人	D 機関	10 年	170
個人	E 機関	3 年	150 + 12（自治体からの手当）
	F 機関	2 年	140 ～ 150

資料：聞き取り調査で得た情報のもとに筆者作成。

注：韓国の2016年度の勤労者の平均月収額は「264万ウォン」である。

手当支給は自治体によって異なる。

E 機関の所在地の地域だけ特別に手当を療養保護士に直接支給していた。

ソウル・ギョンギドでは療養保護士に対する手当が支給されいなかった。

聞き取り調査を行った長期療養機関の中で、最も高い給与をもらっている療養保護士は、10年の経歴を持つD機関の療養保護士（月約17万円）であった。次がB機関で働いている療養保護士（約16～16.5万円）、その次がA機関とE機関の療養保護士（月約15.5～16万円）であった。最も給与が低い療養保護士は、F機関の療養保護士（月約14～15万円）で

⁶⁸⁶ 国会事務処（2014）「第 329 回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第 8 号」57ページ。

あった。そして、同じ個人機関の中でも E 機関の場合、自治体から療養保護士に直接支払われる手当があったが、F 機関はなかった。

表 5-7 は、2016年11月 2 日現在、韓国のメジャーな求人サイト（Incruit）で療養保護士を募集している全ての長期療養施設（60ヶ所）の療養保護士の給与を比較したものである。その結果をみると、月 190 万ウォン以上の給与で療養保護士を募集している施設は 1 ヶ所もなかった。そして、運営主体別にみると、公立の療養保護士の給与が最も高く、次が非営利法人であり個人施設の給与が最も低かった。

表 5-7 運営主体別療養保護士の月収水準（2016年11月 2 日現在）

運営主体	月給（万ウォン）			
	130 ～ 139	140 ～ 149	150 ～ 159	160 ～
公立	0 ヶ所	0 ヶ所	0 ヶ所	2 ヶ所
非営利法人	1 ヶ所	2 ヶ所	6 ヶ所	1 ヶ所
個人	11ヶ所	27ヶ所	10ヶ所	1 ヶ所

資料：求人サイト Incruit、URL:<http://alba.incruit.com>（2016年11月 2 日最終閲覧）より算出、筆者作成。

このように個人機関における療養保護士の賃金が低いことについて、保健福祉部は、「民間長期療養機関が利潤を残すため、療養保護士に正当な賃金を支払っていない」と、民間機関の運営の在り方を批判した⁶⁸⁷。さらに、保健福祉部は、2013年の長期療養機関実態調査の結果を用いて「機関の収益は良好である半面、これまでの長期療養報酬の引き上げが療養保護士などの人件費の引き上げにつながらなかった」ことから、療養保護士などの従事者の待遇改善を図るために、2016年から長期療養報酬に従事者の人件費比率を定め、公表した⁶⁸⁸。具体的には、長期療養報酬のうち、長期療養機関は57.9%、共同生活家庭は

⁶⁸⁷ 「SHINMOONGO ニュース」 「老人長期療養保険法改正案、2年ぶりに成立…療養機関運営者『違憲法律訴訟を起こす』」 2016年 5月19日付、URL:<http://www.shinmoongo.net/91530>（2021年 9月30日最終閲覧）。

⁶⁸⁸ 保健福祉部報道資料「16年長期療養保険料率現行維持、報酬は平均0.97%引き上げ」 2015年11月13日付、1-2 ページ。

53.5%を人件費として使うよう勧告した⁶⁸⁹。表 5-8 は、聞き取り調査を行った機関の長期療養報酬に占める人件費率である。

表 5-8 聞き取りを行った長期療養機関の長期療養報酬に占める人件費率（2016年）
（単位：ウォン）

区分	A機関	B機関	D機関	E機関
長期療養報酬	2,770,889,203	1,696,369,000	2,155,878,000	471,960,000
全職員数 （長期療養職員数）	84人 (50)	47人 (32)	56人 (39)	13人 (8)
人件費	1,982,389,950	1,288,840,000	1,626,440,000	342,997,000
人件費の割合	72%	76%	75%	73%

資料：各機関の予算書より筆者作成。

注：長期療養報酬の中に補助金も含まれている。

これをみると、経営主体を問わず、聞き取り調査を行ったすべての長期療養機関は、保健福祉部の勧告より高い比率を人件費として使っていた。それなら、なぜ、療養保護士の給与は低賃金のままであるのか。以下は、聞き取り調査で寄せられた人件費に関する話である。

「私は、前は社会福祉施設で勤務していましたが、その給料に比べるとここは安いです。それと、最低賃金が毎年引き上げられているのに対し長期療養報酬の引き上げ率がとても低いので財政運営は大変厳しい状況です。しかも、報酬が毎年厳しくなっているので、（中略）療養保護士の給与が最低賃金に合わせて決められているから、もし、療養保護士に注意すると「じゃ、辞めます」と言って出勤しない場合もあります。給与が良かったらそうしないでしょう。」（B機関 施設長）

⁶⁸⁹ 保健福祉部報道資料、前掲（2015年11月13日付）、3ページ。

「報酬を決める際に最も重要なのが保険料です。当時、政府が制度を導入する際に保険料を高くすると国民が反対するから、すごく安く決めました。それで、適切な報酬額を知っているにもかかわらず、低く算定したのでその結果、職員の低賃金問題が生じたのです。」（C機関 事務局長）

「政府が社会福祉施設に従事している職員の給料を低くみる傾向があります。適切な報酬が支払われるのであれば、療養保護士をもっと雇いたいです。そうすると、療養保護士の勤務環境も改善できるし、ストレスも減ると思うし、また、欠勤者が出た場合も安定的に施設を回すことができると思います。療養保護士の給与を上げてあげたいのですが、運営者からすると赤字は避けたいですから、報酬に合わせて払うしかありません。療養保護士は3K職業で、給与がとても少ないと思います。報酬をもっと上げてくれればいいのに。」（E機関 事務局長）

以上の話によると、療養保護士の給与が低い根本的な原因は、長期療養報酬の低さにあると考えられる。さらに、個人機関の方が公立・非営利法人機関より、療養保護士の給与が低い理由は、個人機関が利潤を確保するため療養保護士の給与を削減しているというより、財源が低い長期療養報酬しかない上で、その長期療養報酬で機関を運営しているため、療養保護士の給与を上げる余裕がないからであると考えられる。

そして、こうした療養保護士の低賃金は、療養機関で男性労働者及び熟練労働者などの人材を雇えない理由ともなっていた。

「財政的に厳しくなって良い人材が採用できません。報酬内で運営しなければならないので雇用が安定しません。良い人材を雇うと、その分、人件費が上がるから運営費が減ってしまいます。そうすると、長期療養サービスの質を下げるしかありません。」

（A機関 施設長）

「一番大変なことは職員管理です。現場では男性職員も必要とされます。男性利用者は男性がケアしたほうが良いと思います。しかし、低賃金だから、女性がやるしかないです。これらは結局のところ長期療養報酬が低いからなのです。（中略）制度導入前から働いていた熟練長期療養職員がみんな他の職種に転職してしまいました。職員の入替わりが起きました。今、働いている療養保護士のほとんどは制度導入後に新規採用された人で経歴が短いし、仕事にも慣れていないし、中高年層が多いです。長期療養職員の賃金が低いからです。（中略）実際に、全体的にみると、制度の導入前から働いていた人の中で10%も残っていないです。他の分野に行ってしまいました。障害者とか、児童とか、青少年とか。事実上、長期療養施設で長期療養職員として働いている人はほとんど新規です。熟練者はいないです。ある意味では老人福祉の質自体が低下したと言えます。サイズだけ大きくなったのです。サイズだけ。」（C機関 事務局長）

「制度前は専門学校の卒業者が多かったです。特に20～30代の職員が多かったです。ところが、今は皆、障害者の施設に移りました。賃金差が大きいから。あそこがもし100だったらここは70です。男性も皆離れていきました。報酬の問題で。良い人材を採用するのが一番大変です。」（D機関 施設長）

長期療養機関の労働者の賃金が他の社会福祉施設の労働者に比べて低い原因の一つとして給与制度の変更が挙げられる。社会福祉施設の労働者の場合、一般的には勤続年数を重ねるごとに賃金が自動的に上がる仕組みとなっている。ところが、同じ社会福祉機関でありながらも、長期療養機関は「公費」ではなく「長期療養報酬」が支払われることから、その給与制度が適用されなくなった。それゆえ、職場に長く続けてもそれにふさわしい給与が得られないことなどから、男性労働者を中心に他の社会福祉施設に離職することが起きていた。

(4) 療養保護士の勤務体制

次は、療養保護士の勤務体制である。長期療養機関の経営主体によって異なる財源構造や異なる競争環境は当然ながら長期療養職員の待遇にも影響を与えており、療養保護士の勤務体制においても経営主体による明瞭な差が存在していた。

表 5-9 は、求人サイトで療養保護士を募集している60ヶ所の長期療養機関における療養保護士の勤務体制を経営主体別にまとめたものである。表 5-9 をみると、公立施設や非営利法人施設の場合、2交代制と3交代制の勤務体制が多い反面、個人施設の場合、「ポンダン⁶⁹⁰」あるいは「ポンダندان」と呼ばれる24時間勤務体制が非常に多かった。

表 5-9 経営主体別療養保護士の勤務体制

経営主体	勤務体制（か所）			
	24時間勤務	2交代	3交代	合計
個人	24	18	7	49
非営利法人	0	7	3	10
公立	0	1	1	2

資料：表 5-7 と同一。

注：表 5-7 と同一。

そして、聞き取り調査を行った長期療養機関の療養保護士の勤務体制を調べた結果、表 5-9 と似たような結果が得られた（表5-10）。

表5-10 聞き取りを行った長期療養機関における療養保護士の勤務体制

区分	公立			非営利法人	個人	
	A 機関	B 機関	C 機関	D 機関	E 機関	F 機関
勤務形態	3交代	3交代	3交代	4交代	3交代	24時間勤務

資料：聞き取り調査で得た情報のもとに筆者作成。

⁶⁹⁰ ポンが勤務、ダンが休みを意味する。

A、B、C、E機関は3交代を、D機関は4交代の勤務体制を採用していたが、F機関の場合、3人の療養保護士がローテーションでポンダンダン勤務体制で業務を行っており、一人の療養保護士が全ての利用者（9人）を朝9時から翌日の朝9時まで24時間ケアしていた。表5-11と5-12は、聞き取りを行ったF・D機関の療養保護士の一日の勤務内容である。

表5-11 聞き取りを行ったF機関の療養保護士の勤務スケジュール

F機関			
時間	勤務内容	時間	勤務内容
5:00	パット交換	11:00	流動食の介助
5:30	トイレ掃除	11:30	昼ごはん
			(食事介助及び片づけ)
6:00	ポータブルトイレ掃除	12:00	職員の昼休憩
6:30	居室ゴミ捨て	14:30	おやつ
7:00	モーニングケア	15:00	パット交換
7:30	食事介助	17:00	・夕食（食事介助）
			・夜間勤務者の夕食
			・流動食の介助
8:20	口腔ケア	17:20	口腔ケア及び就寝ケア
8:40	片づけ	19:00	流動食の介助
9:00	申し送り	20:30	パット交換
9:20	・入浴（水、木、金） ・掃除	21:00～04:50	記録及び夜間巡回 (休憩しながら)
10:40	パット交換		

資料：F機関の療養保護士の勤務表のもとに筆者作成。

表5-12 聞き取りを行ったD機関の療養保護士の勤務スケジュール

時間	D1勤務者 (09:00～18:00)	時間	D2勤務者 (07:30～14:30)	時間	E勤務者 (13:00～22:00)	時間	N勤務者 (22:00～09:00)
9:00	・出勤 ・移動介助 ・口腔ケア	7:30	・出勤 ・食事介助 ・口腔ケア	13:00	・出勤 ・移動 ・おやつ準備	21:40	出勤
9:30	会議	9:00	食事の片づけ	14:00	・おやつ提供 ・片づけ ・見守り ・トイレ掃除 ・タオル交換 ・ゴミ捨て		申し送り
10:00	・見守り ・掃除 ・洗濯	9:30	会議	16:30	・見守り ・食事準備	22:00	利用者の睡眠状態確認
11:10	移動	10:00	入浴準備 (1次入浴)	17:00	・食事配食 ・食事介助	23:00	衛生管理
11:30	食事準備			17:30	・片づけ ・掃除	24:00:00	・記録 ・利用者の睡眠状態確認
11:50	・配食(ご飯) ・食事介助			19:00	衛生管理	1:00	・体位変 更 ・排泄ケ ア
12:30	・食事片づけ ・トイレ誘導			11:10	・1次睡眠誘 導 ・服薬	3:00	・体位変 更 ・排泄ケ ア
13:00	休憩	11:30	食事準備	20:00	・服薬	5:00	・排泄ケア ・居室ゴミ捨て
14:00	・フローラ誘 導 ・必要時移動	11:50	・配食(おか ず) ・食事介助	21:00	・見守り ・排泄ケア	7:00	・見守り ・食事準備 ・記録確認
14:10	おやつ提供		食事介助	21:40	N勤務者に申 し送り	7:50	・食事配食 (おかず) ・食事介助
14:30	・プログラム 準備及び補助 ・見守り	12:30	・片づけ ・口腔ケア ・トイレ誘導			8:40	食器洗い
16:00	衛生管理	13:00	休憩	22:00	退勤	9:00	退勤
16:30	・移動 ・記録	14:00	・フローラ誘 導 ・必要時移動				
17:00	・食事配食 ・食事介助	14:10	おやつ提供				
18:00	・片づけ ・口腔ケア ・ゴミ捨て ・退勤	14:30	・2次入浴 ・シーツ交換 ・見守り				
		16:00	衛生管理				
		16:30	・移動 ・退勤				

資料：D機関の療養保護士の勤務表のもとに筆者作成。

F機関の事務局長は、利用者の人数が少ないので一人の療養保護士が全員を対応しており、24時間勤務の間に7時間の休憩時間が設けられていると話した。しかし、実際にF機関で働いている療養保護士に聞き取り調査を行った結果、二人の意見には多少の食い違いがあった。

「療養保護士は3人います。利用者が9人いるから、3：1です。一人が出勤すると、二人が休む仕組みで同じ日に3人の療養保護士の休みが重ならない様に調整しています。勤務体制は一日（24時間）働いて、二日休むポンダンダン体制です。ポンが勤務でダンが休みです。一日24時間勤務の間に7時間ぐらいの休憩時間があります。一人の療養保護士が全員を長期療養しています。利用者が少ないから。」（F機関 事務局長）

「体が大変です。なぜなら24時間勤務しているからです。全然寝られない時もあります。24時間勤務の間に休憩はほとんどありません。常に働いている状態なのです。ここは7時間ぐらいになると寝かせますので、それ以降からは自由時間ですが、夜中1時や2時ぐらいに突然利用者が起きて、叩いたり、叫んだりします。昼と夜の区別がつかないから。そんな日は寝ずに対応します。9時から次の日の9時まで24時間、一人でケアします。（利用者の）頭から足元まで手伝います。そして寝心地が悪いです。利用者をケアしないといけないから。職員の休憩室もないです。いつも床で寝ています。」（F機関 療養保護士）

24時間勤務の間に法的休憩時間が設定されているが、実際にはほとんど確保できず、一人の療養保護士が休むことなく24時間をフルで働くという。問題は、休憩が取れない分の給与の支払いが全くないということである。韓国の勤労基準法第56条に基づき、「一日8時間以上勤務をした場合は延長勤務手当が、22時から次の日の朝6時まで勤務した場合は

夜間勤労手当が、そして休日に勤務した場合は休日勤労手当が定められており」、使用者はそれぞれ5割増の賃金を勤労者に支払わなければならない⁶⁹¹。

しかし、韓国では多くの長期療養機関が夜間・延長・休日勤労手当などの法定手当を計算せず、実際の労働時間が反映されない基本給だけを支払う「包括賃金制」を採用している⁶⁹²。これに対し、最高裁判所は「包括賃金に含まれる法定手当が勤労基準法が定めた基準に基づいて算定された法定手当に満たない場合、それに該当する包括賃金制による賃金支給契約部分は勤労者に不利益となるので無効であり、使用者は勤労基準法の強行性と補充性の原則に基づいて、勤労者にその満たない法定手当を支払う義務がある」と、法定手当に満たない、勤労者に不利益となる包括賃金制は無効であるとの判決を下した⁶⁹³。しかし、現在も、F機関のように、実際の労働時間が反映されない、包括賃金制を採用している施設が少なくないと考えられる。

一方、A機関で3交代で働いている2人の療養保護士は、勤務環境に非常に満足していた。

「療養保護士の間では施設を選ぶ際に、どの施設が良い、悪いかについて話します。ここはきれいで、運営も上手だし、長い歴史を持っていて体系的に整っています。ここは長期勤務者が多いです。なかなか辞めないです。特別に怪我とかしない限り辞めないです。私たちはこの施設で働けることについて自負心を持っています。」（A機関 療養保護士）

労働者なら誰でもより良い勤務環境で働きたいと思っている。それゆえ、企業側は継続的な労働環境の改善を通じて労働者の働く意欲を後押しする必要がある。しかし、個人機関では職員の処遇改善に取り組みたいと思っていながらもなかなかできない現実があった。

⁶⁹¹ 「ハンギョレ新聞」 「大法、療養保護士の包括賃金制は無効」 2016年9月20日付、URL:https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/761833.html（2021年6月28日最終閲覧）。

⁶⁹² 国民健康保険公団の2011年度の療養保護士の実態報告書によると、調査対象機関のうち、42%が包括賃金制を採用していた。「ハンギョレ新聞」前掲（2016年9月20日付）。「大法、療養保護士の包括賃金制は無効」。

⁶⁹³ 大法院2016年9月8日宣告 2014do8873 判決「勤労基準法違反、最低賃金法違反」。

聞き取り調査を行った個人機関の経営者たちは、「施設の環境改善や職員の処遇改善に取り組みたいと思っているが、長期療養報酬だけでは無理だし、だからと言って借金するのもできないのでなかなか難しい」と嘆いた。また、「長期療養報酬を上げずに改善を強要するのはとても逆説的である」と政府を批判した。

（５）長期療養機関の評価制度

最後に、長期療養機関の評価制度⁶⁹⁴の結果である。表5-13は、2009年から2015年にかけて4回実施された老人療養施設の評価制度の結果を、老人療養施設の経営主体に分けて平均点の年次推移をまとめたものであり、表5-14は、2015年度に実施された長期療養施設の評価制度の結果をより詳細に示したものである。

まず、表5-13を見ていくと、経営主体別の平均点は公立機関が最も高く、次が法人機関であり、個人機関が最も低い。そして、表5-14を見ると、公立機関は、全体公立機関数の半分以上を占める53ヶ所（55.2%）が90点以上の点数を受けており、60点未満の機関は1ヶ所だけであった。続いて法人機関は、1,248ヶ所の中で、90点以上の点数を受けた機関は364ヶ所（29.1%）であり、107ヶ所（8.6%）が60点未満の点数を受けた。

一方、個人機関は、3,623ヶ所の中で、154ヶ所（6.8%）だけが90点以上の点数を受け、60点未満の点数を受けた機関は526ヶ所（23.2%）であった。ここで注目すべきところは、60点未満の点数を受けた全体機関の中で個人機関が占める割合である。個人機関の場合、526ヶ所が60点未満の点数を受けたが、この526ヶ所という数字は、60点未満の点数を受けた全体機関のうち、約83%を占める数字であった。

国会予算政策処の資料によると、2011年の機関評価で、60点未満の点数を受けた長期療養機関143ヶ所のうち、2回連続で2013年にも同じ点数を受けた機関は32ヶ所であった⁶⁹⁵。

⁶⁹⁴ 2009年からは2年ごとに行われていたが、2015年から3年ごとに行われることになっている。施設評価はA～Eの5段階で、90点以上がA等級、80点以上がB等級、70点以上がC等級、60点以上がD等級、60点未満がE等級で評価される。2009年度は申請した施設だけ実施し、2011年から義務に変更された。

⁶⁹⁵ Ha Hyun Sun（2015）「老人長期療養事業評価」国会予算政策処、58ページ。

この結果から2015年度の機関評価においても前年度に続き、60点未満の点数を受けた機関が多数含まれていると考えられる。

表5-13 経営主体別の老人療養施設数及び平均点（単位：ヶ所、点）

区分		2009	2011	2013	2015
公立	平均点数	89.7	89.1	84.9	87.6
	実施機関	58	104	107	96
法人	平均点数	83.8	83.1	77.3	80.1
	実施機関	584	1,220	1,278	1,248
個人	平均点数	68.3	70.2	66	69.7
	実施機関	549	1,864	2,266	2,267
その他	平均点数	68.5	71.3	70.9	78.4
	実施機関	3	7	13	12
計		1,194	3,195	3,664	3,623

資料：国民健康保険公団（2012）「2011年度長期療養機関評価結果」18ページ、
国民健康保険公団（2016）「2015年度長期療養機関（施設給付評価結果）」34ページにより筆者作成。

注：その他は宗教団体など。法人は非営利・営利両方含。

表5-14 2015年の長期療養機関（入所施設）設置主体別の評価点数（単位：か所、%）

区分	実施機関数	90点以上		80点以上		70点以上		60点以上		60点未満	
		機関	割合	機関	割合	機関	割合	機関	割合	機関	割合
公立	96	53	55.2	26	27.1	9	9.4	7	7.3	1	1
法人	1,248	364	29.1	388	31.1	228	18.3	161	12.9	107	8.6
個人	2,267	154	6.8	476	21	597	26.3	514	22.7	526	23.2
その他	12	2	16.7	3	25	5	41.6	2	16.7	-	0
計	3,623	573	15.8	893	24.6	839	23.2	684	18.9	634	17.5

資料：国民健康保険公団（2016）「2015年度長期療養機関（施設給付）評価結果」36ページにより引用。

注：表5-13と同。

最後に、聞き取り調査を行った長期療養機関の評価結果である（表5-15）。こちらでも、やはり公立機関と非営利法人機関の方が個人機関より良い評価を受けており、表5-13と同様の結果が得られた。

個人機関が連続して同じ評価を受けているのに対し（E機関）、公立機関と非営利法人機関は、連続的にC以下の評価を受けているところは見られず、評価が下がってもそのまま留まることなく、再び上がる傾向がみられた。これは、長期療養機関によって改善能力の違いがあることを意味していると考えられる。

表5-15 聞き取り調査を行った長期療養機関の評価結果

区分	年度	2009年	2011年	2013年	2015年
公立	A機関	優秀機関	B	B	A
	B機関	—	C	A	A
	C機関	—	B	C	B
非営利法人	D機関	優秀機関	B	B	A
個人	E機関	—	D	D	D
	F機関	—	—	—	E

資料：国民健康保険公団（2010・2012・2014・2016）「2009・2011・2013・2015年度長期療養機関（入所施設）評価結果公表」より筆者作成。

機関評価制度の主な目的は長期療養サービスの質を高めることである。保健福祉部関係者は、「評価結果の公表を通じて利用者の選択権を強化し、インセンティブを提供することで、長期療養サービスの質による施設間の競争を促すことこそ長期療養サービスの水準を向上させる近道である」と強調した⁶⁹⁶。

しかし現実には、施設評価実施の初年度と比較して長期療養サービスの質がそれほど高まっているとは言い難く、それに加えて、経営主体による長期療養機関間の明確な格差が存在していることが平均点数の推移から読み取れた。

最後に、E機関の事務局長は、現下の長期療養市場で個人事業主が小規模施設を営んでいることについて次のように話した。

「社会福祉における脱施設化問題が浮上しました。それで、大型施設から小型施設へと移行する動きが出てきて、老人長期療養保険制度も最初はそういうふう運営されました。それで政府が小規模施設を奨励するため簡単に許可してくれました。しかし、今は問題も多いし、管理もできなくなってきて政府も面倒くさくなったと思います。簡単に言うと、政府が小型施設を無くして大型施設を作ろうとしているようです。そうすると管理がしやすくなるから。老人長期療養保険制度の市場化・営利化政策は仕方なかったと思います。インフラ整備のために。しかし、それによって問題が起こるのであれば、それを解決する

⁶⁹⁶ 保健福祉部報道資料「7月から老人療養施設評価、上位10%にインセンティブ」2009年2月9日付。

ための解決策を立てないといけないのに、非営利化政策だけを進めているから問題が後を絶たないです。サービスの質が落ちるのであれば、政府が直営化して自ら管理監督を実施して長期療養労働者に給与を払えば解決できるのに。多分しないでしょう、お金がもったいないから。今後の政府政策が大型化なら、小規模個人施設は生き残れないと思います。未来が明るくないです。法人施設とは出発点から違っています。最初から競争に遅れてしまったので、どれだけ頑張っても個人施設はいずれ淘汰されるでしょう。」

(E 機関 事務局長)

E 機関のように、政府の積極的な勧めと宣伝によって少なくない個人事業主が長期療養市場に参入したと考えられる。ところが、現在は営利事業から非営利事業に転換され、利益の自由な処分ができなくなっており、その上、低い長期療養報酬や不公正な競争環境、そして不利な支援政策などにより個人機関は、激しい競争から淘汰されるのではないかと、今後の機関の存続を非常に危惧していた。

4. 調査結果のまとめと考察

本研究では、「民営」下における長期療養機関の経営実態と通じて、長期療養市場で起きている諸問題とそれらの問題がどのようなメカニズムによって起きているのかを明らかにするため、韓国の長期療養機関を対象に聞き取り調査を行った。そして、その調査から得られた情報とデータなどを照らし合わせながら、長期療養機関の経営に直接影響を与えうると思われる5つの検討項目を挙げて分析した。

その結果、個人機関の経営状況は全ての項目において公立・非営利法人機関に比べ、不安定かつ劣悪であった。そして同じ個人機関の間でも農村部のE機関よりも、都心部で機関を営んでいるF機関の方が療養保護士の勤務環境など、より厳しい状況に置かれていた。そういった内容を5つの分析項目に分けて要約すると以下の通りになる。

(1) 長期療養機関の財源の構造

経営主体を問わず、すべての長期療養機関の主財源は長期療養報酬であった。しかし、財源が長期療養報酬しかない個人機関とは異なり、公立・非営利法人機関は、支援金や寄付金といった補助的な収入があり、財源構造は長期療養機関の経営主体によって少し異なっていた。最初から異なる財源構造は、市場競争のスタートラインから有利不利を生じさせ、機関の間で対等な競争をできなくする一つの要因として、また、公立・非営利法人機関が長期療養市場の競争へ参加しなくても、競争優位性を維持する要因として働いていた。

(2) 利用者の確保

公費で老人療養施設を運営していた時代とは異なり、保険制度の下では利用者の長期療養度や数によって長期療養機関の収入が決まるので、機関を安定的に「経営」するためにはなによりも利用者の確保が重要である。財源が長期療養報酬によって賄われている個人機関の場合、利用者が減る事への危機感や利用者確保への負担感を強く感じていた。これとは対照的に、公立・非営利法人機関の場合、常に満室で待機者も非常に多く、長期療養機関間での利用者の確保競争において優位に立っていた。長期療養市場における個人機関の位置づけは、公立・非営利法人機関に入所できず行き場を失った利用者が公立・非営利法人機関に入所するまで待機する受け皿とされていた。

(3) 療養保護士の給与

長期療養機関の経営主体に分けて療養保護士の給与を分析した結果、公立機関の療養保護士の給与が最も高く、次に非営利法人、個人機関の順であった。経営主体によって、療養保護士の給与に差があるのは、個人機関が利潤を確保するため、療養保護士の給与を削減しているからではなく、個人機関の財源が現実に見合っていない長期療養報酬しかない上で、そこから療養保護士の給与が支払われていたからであった。そして長期療養機関の労働者の低賃金ゆえに、男性職員や熟練労働者などの良い人材が雇用できない問題があった。

(4) 療養保護士の勤務体制

韓国の求人サイトで療養保護士を募集している60か所の長期療養機関（入所施設）を経営主体に分けて療養保護士の勤務体制を分析した結果、公立・非営利法人機関の場合、2交代制と3交代制の勤務体制が多かった。一方で、個人機関の場合、24時間の勤務体制が多かった。24時間勤務の場合、勤務の間に法的休憩時間が設定されているが、実際にはほとんど確保できず、休憩が取れない分の手当は給与に含まれていなかった。

(5) 長期療養機関の評価制度

経営主体によって異なる財源構造や競争環境、療養保護士の待遇は、長期療養機関の評価にそのまま反映されていた。2009年から2015年にかけて4回実施された長期療養機関の評価結果を見ると、経営主体別の平均点数は公立機関が87.6点で最も高く、次に法人機関が80.1点、その他機関78.4点、個人機関が69.7点の順であった。聞き取り調査に参加した機関の評価も、上記と似たような結果であった。そして、公立機関と非営利法人機関は、大体良い評価を受けており、評価が下がったとしても次回の評価では、改善される傾向がみられたが、個人機関は、低い評価を連続して受けている傾向がみられた。

以上の5つの検討項目はそれぞれ個別に独立しているのではなく相互に作用し、複雑に絡み合っており、ある一つの項目が悪い状態に陥ると、それが機関全体にも悪影響を与えていた。

例えば、個人機関の場合、財源が長期療養報酬しかないため、利用者の確保を重視するが、利用者は長期療養機関を選ぶ際に機関評価制度の結果などを参考にして、評価が高い公立機関や非営利法人機関への入所を希望する可能性が高い。そのため、相対的に評価が悪い個人機関には利用者が集まりにくく、財政状況がますます厳しくなっていく。これらはまた療養保護士の待遇に悪い影響を与え、これによって長期療養サービスの質が下がると機関評価も当然下がってしまう。そうすると、ますます長期療養報酬に依存し、利用者の確保にさらに依存する、といった構造が個人機関に作り出されていた。そしてこれが個

人機関の経営をさらに苦しめており、また自力だけでは改善が難しい要因であると考えられる。

そしてもう一つ、質的調査から明らかになった点は、財務・会計規則に沿って長期療養事業を非営利に営んでいる現在も、依然として様々な問題が発生していることであった。これは財務・会計規則の適用による営利事業の禁止が長期療養現場における諸問題の改善につながっていないことを意味していると考えられる。また、それらの問題の根本的な原因が保健福祉部の主張のように、少なくとも営利を追求する個人事業主の経営の在り方、それだけではないことを意味するとも考えられる。

それでは、これらの問題の根本的な原因は何であろうか。筆者はその原因は一つではなく、様々な要因が複雑に絡み合った上で発生していると考ええる。その要因の一つが、サービスの質で競争するには、今日の長期療養市場が個人事業主にとって不利かつ不当な競争環境になっているため、長期療養機関間の公正な競争環境が実現されていないことだと考える。

当時政府は、長期療養サービスの質を巡る長期療養機関間の競争を促すという目的で、市場競争を取り入れ、機関同士での競争を促した。ところが、措置制度の時代から機関を経営してきた公立・非営利機関とは異なり、ほとんどの個人事業主は制度施行に伴い、営利を目的に新規参入したため、競争のスタートラインからすでに遅れていた。

その上、長期療養報酬は現実に見合っていないほど低く抑えられており、また、長期療養事業の収益性もそれほど高くないため、独立採算で全てを賄わなければならない個人事業主にとって長期療養市場の競争環境はより厳しいものとなっていると考えられる。

さらに、機関のイメージや環境、そして経営面においても、他の非営利機関に比べ劣っているなど、個人機関は制度的にも環境的にも不利かつ不当な市場環境に置かれ、長期療養サービスの質の低下や療養保護士の劣悪な待遇、そして深刻な経営難などの問題が発生しやすい構造が作り出されていたと考えられる。これらの問題が合わさって、財務・会計規則に沿って、営利を目的とせず、長期療養機関を営んでいる今日においても、個人機

関における諸問題が後を絶たず、また他の公立・非営利法人機関との格差が広がっていると考えられる。

第6章 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革 — 民営から公営への転換 —

本章では、実質的に「民営」から「公営」への転換を図っていると言える文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目して、現在、具体的にどのような政策が進められているのか、その内容を検討する。

第1節 文在寅（ムン・ジェイン）政権（2017年5月～）

1. 文在寅政権の福祉ビジョンと老人長期療養保険制度改革への取り組み

最後に、文在寅政権である。文在寅政権は、朴槿恵大統領の退陣を求めて開かれた「ロソク集会」によって誕生した政権である。2017年5月に発足した文在寅政権は、国家ビジョンとして「国民の国、正義たる大韓民国」を掲げた。「国民の国」とは「国民主権の憲法精神を国政運営の基盤とする新しい政府の実現を意味」し、「正義たる大韓民国」とは、「特権と反則を一掃し、原則と常識が尊重され、誰にでも公正な機会が保障され、差別と格差を解消する新しい大韓民国を実現する課題」を意味している⁶⁹⁷。

こうした国家ビジョンの下、文在寅政権では、①国民が主人である政府、②共に豊かに暮らす経済、③私の人生に責任を持つ国家、④平等に発展する地域、⑤平和と繁栄の朝鮮半島を国政目標として設定した。文在寅政権の社会保障政策は、上記の③私の人生に責任を持つ国家に位置付けられ、「みんなが享受できる包容的な福祉国家」という基本理念の下で進められた。「包容的な福祉国家」とは「どの階層も疎外されることなく、経済成長の果実と福祉サービスを享受することができ、個々人が人として尊重される国家」を意味する⁶⁹⁸。

文在寅政権では、「包容的な福祉国家」を実現する主要課題の一つとして、高齢者の長期療養に関する様々な制度・政策を進めているが、特記すべき点は、老人長期療養保険制

⁶⁹⁷ 国政企画諮問委員会（2017）「文在寅政府国政運営5箇年計画」10-11ページ。

⁶⁹⁸ 保健福祉部報道資料「包容的な福祉国家の設計図を作る」2017年9月11日付、2ページ。

度運営の基本方針を「民営」から「公営」への転換を目指していると言える老人長期療養保険制度改革を進めていることである。

先述したように、盧武鉉政権では、老人長期療養保険制度運営の基本方針として、公立機関が長期療養市場を主導する「公営」を目指していた。しかし、長期療養機関の整備が計画通りに進まなかったことなどから、実質的に、制度運営の基本方針を公立機関中心から民間機関中心へと転換した。そして、李明博・朴槿恵政権では、「民営」と転換された制度運営の基本方針をそのまま維持し、国家の役割及び市場への介入を最小限にとどめて、民間事業者が主導する市場に依存した。

以上のように、「民営」を基本方針とした老人長期療養保険制度の運営は、同制度の施行から長年続いてきた。ところが、制度施行10年を待たずに、制度運営の転換の動きが起きている。

近年、文在寅政権では、長期療養サービスの供給が民間市場に任せられていることから、長期療養サービスの質の低下、長期療養従事者の待遇悪化、長期療養機関間の過当競争、地域間の長期療養機関の不均一な設置などの様々な問題が長期療養市場で発生していることを指摘しながら⁶⁹⁹、これらの諸問題を改善するための長期療養に対する国家の責任と役割、そして公共性を強化する様々な取り組みを行っている。例えば、認知症国家責任制、社会サービス院の設立・運営、コミュニティケアの推進などである。

特に、コミュニティケアは、日本の「地域包括ケアシステム」に類似したもので、高齢者などが住み慣れた地域及び場所などで暮らし続けられるように、住まい、保健・医療、療養などのサービスを個々人のニーズに沿って統合的に支援する「地域主導型社会サービス政策」である。以下、文在寅政権下で老人長期療養保険制度改革が具体的にどのように進められているのかを紹介する。

⁶⁹⁹ 保健福祉部（2018a）前掲、1、3、6ページ。

2. 老人長期療養保険制度改革の内容

(1) 社会サービス院

まず、社会サービス院である。文大統領は大統領選挙の当時、保育・長期療養サービスのような社会サービスの質を向上し、関連従事者の待遇を改善するため、国が直接に社会サービス従事者を雇用し、かつ社会サービスを提供する基盤を設けると、社会サービス公団の設立を公約した⁷⁰⁰。文在寅政権発足後の2017年7月、社会サービス公団の設立は社会サービス従事者の待遇改善と社会サービスの雇用創出のため、文在寅政権の国政運営5箇年計画の中で100 大國政課題として位置づけられた⁷⁰¹。

当時、国政企画諮問委員会のスポークスマンは社会サービス公団の設立に関するブリーフィングを行い、2017年の下半期に社会サービス公団法を制定し、翌年から17の広域自治団体に社会サービス公団を設立する方針を明らかにした⁷⁰²。公団による施設の直接運営については、基準法人に委託・運営されている公立施設はそのまま維持しながら、今後、自治体が新しく設置する施設や民間施設の買入によって公立施設へ転換された施設に限って直接運営するとした。また、施設の主体を問わずすべての施設に対し、施設従事者の教育、訓練などの力量開発、施設の標準運営モデルの開発・配布、そして施設経営と財務・事業プログラムのコンサルティンなどのサービスを提供すると発表した⁷⁰³。さらに、これらのために保健福祉部に社会サービス支援団を設置し⁷⁰⁴、また、国民年金の積立金 540 兆ウォンのうち、おおよそ約 2 兆ウォンを公団の設立に投資することを検討しているとの計画をも示した⁷⁰⁵。

⁷⁰⁰ 共に民主党（2017）前掲、178 ページ。

⁷⁰¹ 国政企画諮問委員会（2017）前掲、44 ページ。

⁷⁰² KTV 国民放送「社会サービス公団設立…公共保育・老人療養サービス提供」2017年7月12日放送、URL:http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=539232（2021年6月15日最終閲覧）

⁷⁰³ KTV 国民放送「社会サービス雇用創出国政企画諮問委員会ブリーフィング」2017年7月12日放送、URL:http://www.ktv.go.kr/content/view?content_id=539197（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷⁰⁴ 同上。

⁷⁰⁵ 大韓民国国政企画諮問委員会「社会サービス公団設置の財源・財政規模決定されたものない」2017年6月7日、URL:<https://www.korea.kr/news/actuallyView.do?newsId=148837340>（2021年6月15日最終閲覧）。

ところが、大統領の公約であった社会サービス公団の設立はその目的通りに円滑に進まなかった。社会サービス公団の設立は保健福祉部を中心に進められたが、保健福祉部は2017年10月11日に非公開で行われた「社会サービス公団の設立準備のための自治体現場諮問団2次会議」において社会サービス公団を社会サービス振興院に変更し、社会サービスの提供機関を直接に設置せず、公共委託運営することを示した社会サービス振興院の設立推進企画（案）を提出した⁷⁰⁶。

また、社会サービスフォーラムの資料として保健福祉部が作成した「（仮称）社会サービス振興院の設立方案」では「委託契約が満了された福祉施設を中心に運営を転換し、優秀な民間委託施設（法人・個人事業主）の場合、そのまま維持する、社会サービス振興院の本部運営財政は国庫支援で、傘下施設は独立採算制で運営する」などの内容が含まれており⁷⁰⁷、当初の計画より変質・後退したと保健福祉部への強い批判が起こった。

例えば、ソウル福祉市民連帯⁷⁰⁸は2017年10月18日に共同声明を出し、「社会サービス振興院の設立推進計画（案）」は、事実上、社会サービス公団の推進を廃棄する試みであり、その役割を既存施設の再編と管理に変え、公共機関の拡大と良質の雇用拡大もないと批判した⁷⁰⁹。

こうした批判などを受け、社会サービス振興院の名称は再び社会サービス院に変更された⁷¹⁰。そして、約1年間の議論を経て、2018年12月に「社会サービス院の設立・運営方案」

⁷⁰⁶ 「BEMINOR」 「福祉部、社会サービス公団ではない振興院の設立計画を明らかに」 2017年10月18日付、URL:<http://www.beminor.com/news/articleView.html?idxno=11473>（2021年6月18日最終閲覧）。

⁷⁰⁷ 保健福祉部社会サービス政策官（2018） 「（仮称）社会サービス振興院の設立方案」 5-6 ページ。

⁷⁰⁸ ソウル市の福祉発展のために1997年に創立された非営利民間団体である。同団体はソウル市の福祉予算の分析、モニタリング、教育活動などを行っており、また、ソウルにある多様な市民団体、NGO、NPO、社会福祉施設及び社会福祉施設の従事者の組合などと連帯して社会福祉に関連した多様な運動を行っている。ソウル福祉市民連帯 「挨拶」 URL:<http://seoulwelfare.org/html/sub0101.php>（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷⁰⁹ ソウル福祉市民連帯共同声明「社会サービスの公共性を廃棄する社会サービス振興院の推進計画をさっそく廃棄せよ」 2017年10月18日、URL:http://seoulwelfare.org/bbs/board.php?bo_table=b0502&wr_id=76&page=4（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷¹⁰ 社会サービス小フォーラムで論議された内容をまとめた資料では名称変更の理由を次のように説明した。「社会サービス公団は社会サービスを独占的に提供する機関として誤解される可能性があり、社会サービス振興院は社会サービスの直接提供するという意味よりもサービスの発展に支援する機関として誤解される可能性があることから適切ではないと

が発表された。同資料に提示されている社会サービス院の主な役割は、①社会サービス院が提供するサービスは、基本的にすべての社会サービスを対象とするが、具体的な運営事業内容は市・都知事が決める、ただし、保育と療養サービスは必修である、②自治体が設置した国公立サービス機関を委託・運営する、③社会サービス院傘下に総合在宅センターを設置し、在宅サービスを統合・連携して提供する、④民間機関及び自治体における社会サービスの管理・支援を行う、⑤職員雇用は社会サービス院が直接雇用し、また、給料体制を時給制から月給制に変えることで雇用安全性及び待遇改善を図るなどであった。そして、社会サービス院が運営する機関は独立採算制で運営することが原則となっており、社会サービス院の支援は保健福祉部に設置された社会サービス支援団が行うこととなった⁷¹¹。

文大統領の公約であった社会サービス公団の設立は、当初の計画より遅れて社会サービス院という名称で2019年から設立され始め、2021年2月現在、ソウル特別市を含む11の広域自治体で設立・運営されている⁷¹²。

（２）認知症国家責任制

次に、認知症国家責任制である。認知症国家責任制とは、認知症患者の長期療養による苦痛と負担を個人や家族ではなく国家が負うという福祉政策である⁷¹³。これは文大統領が大統領選挙で掲げた公約であった。文大統領は当時、認知症の妻を殺害した夫の療養殺人事件を例を挙げて、認知症の療養は個人や家族だけでは手に負えないので、認知症だけは国家が責任を負うべきであると、認知症に対する画期的な対策を講ずると公約した⁷¹⁴。具

指摘されてきた。それで、社会サービス院という中立的な名称に変更する。保健福祉部（2018b）「社会サービス院運営方案模索—社会サービス小フォーラム運営結果—」11ページ。

⁷¹¹ 雇用委員会（2018）「社会サービス院設立・運営方案」4-7ページ。

⁷¹² 保健福祉部報道資料「社会サービス院、コロナ19緊急ドルボム・代替人員など民間支援大幅に拡大」2021年2月23日付。

⁷¹³ 大韓民国政策ブリーフィング「政策ウィキ目で見える政策 認知症国家責任制」URL: <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148862221>（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷¹⁴ KTV ライブ「文大統領の大選公約’認知症国家責任制」2020年10月15日放送、URL: https://www.youtube.com/watch?v=_Ymvh5qKKck（2021年6月15日最終閲覧）。

体的には、老人長期療養保険における本人負担上限制⁷¹⁵の導入、地域社会の認知症支援センターの拡大設置、認知症安心病院の設立、国公立認知症専門療養施設の拡充、認知症に関連する医療費の自己負担金の緩和などであった⁷¹⁶。

文在寅政権発足後、認知症国家責任制は上記の社会サービス公団と同様に文在寅政権の100大課題目標として位置づけられ、さっそくその推進計画が発表された。2017年9月18日、保健福祉部長官は「認知症高齢者と家族の療養負担を国家が負う」という目標の下、その具体的な重点課題を五つの分野に分けて明らかにした⁷¹⁷。その内容を簡単にまとめると以下のとおりである。

まず、第一の分野は、マチュム（ニーズに合わせた）型事例管理である。そのために、2017年12月に、全国252の保健所に認知症安心センターを設置し、一対一で相談・事例管理を行う。そういった認知症相談・事例管理は認知症老人登録管理システムを通じて全国で有機的・連続的に管理する。そして、24時間365日いつ・どこでもつながる認知症相談コールセンターを構築するとしている⁷¹⁸。

第二は、長期療養サービスの拡大である。具体的には、より多くの認知症高齢者が長期療養サービスを受けられるように、長期療養保険制度の等級制度を改善する。そして認知症の人が安心して利用できる認知症安心型の昼夜間保護施設と療養施設を2022年までに段階的に拡充する。また、サービスの質を高めるように長期療養従事者に対する待遇改善を持続的に強化するとしている⁷¹⁹。

第三の分野は、認知症患者に対する医療支援の強化である。認知症安心療養病院を全国79か所の公立療養病院を中心に設置する。そして、認知症患者が内科、外科、歯科のような診療も一緒に受けられるように健康保険の報酬を改善するとしている⁷²⁰。

⁷¹⁵ 日本の医療保険の自己負担限度額と類似の制度である。しかし、老人長期療養保険における本人負担上限制の導入の公約の計画は全く出されておらず、現在も不履行中である。

⁷¹⁶ 共に民主党（2017）前掲、178、339ページ。

⁷¹⁷ 保健福祉部報道資料「認知症、安心してください。これから国家が責任を持ちます！一対一マチュム型相談・事例管理から治療支援まで認知症国家責任制推進計画発表（添付資料『認知症国家責任制推進計画発表文』）2017年9月18日付、2ページ。

⁷¹⁸ 保健福祉部報道資料、前掲（2017年9月18日付）、3ページ。

⁷¹⁹ 保健福祉部報道資料、前掲（2017年9月18日付）、4ページ。

⁷²⁰ 保健福祉部報道資料、前掲（2017年9月18日付）、5ページ。

第四は、医療費・療養費の自己負担金の緩和である。最大60%であった重症認知症患者の健康保険の自己負担率を10%に引き下げ、長期療養の自己負担金の軽減対象を拡大するというものである⁷²¹。

第五は、認知症予防及び認知症親和的な環境の造成である。全国 352 か所ある老人福祉館で認知健康プログラムを提供し、66歳以上の高齢者を対象とする認知機能検査を4年から2年に一度に実施する。認知症安心町づくり事業と認知症高齢者の公共後見制度、そして認知症高齢者の失踪ゼロ事業を実施し、認知症高齢者を配慮する社会的環境を作るというものである⁷²²。

認知症国家責任制は文大統領の主要公約であっただけに、早くも必要な予算が確保され、公約履行に向けた準備が本格化された。保健福祉部が発表した認知症推進計画の中で、現在施行中である内容を見ると、認知症国家責任制の核心インフラである認知症安心センターは2017年12月から設置が進められ、2019年12月現在、全国の保健所（256 か所）に設置・運営されている。そして、2018年1月からは老人長期療養保険の等級制度に認知支援等級が新設され、軽症の認知症患者も認知支援等級の認定により長期療養サービスが利用できるようになった。また、2018年8月からは長期療養費の自己負担金の軽減対象者及び軽減率が拡大された。さらに、公立認知症専門療養施設（110 か所）の拡充も段階的に推進されている⁷²³。

その他にも、2020年6月現在、全国公立療養病院60か所のうち、49か所で認知症専門病棟が運営されており、重症の認知症患者の医療費の自己負担率も10%に引き下げられた。そして2018年9月からは認知症患者のための公共後見制度が実施されており、「認知症安心町」も全国 339 か所で運営されている⁷²⁴。

⁷²¹ 同上。

⁷²² 保健福祉部報道資料、前掲（2017年9月18日付）、6ページ。

⁷²³ 保健福祉部報道資料「認知症国家責任制施行以降3年、変わった点と変わる点」2020年9月21日付、2-3ページ。

⁷²⁴ 保健福祉部報道資料、前掲（2020年9月21日付）、3-4ページ。

(3) コミュニティケア

次に、在宅における脆弱階層の健康権の保障などを核心課題として進められているコミュニティケアである⁷²⁵。保健福祉部は2018年の年頭「政府業務報告」において、文在寅政権の福祉理念に基づき⁷²⁶、地域社会における包容拡大のために施設中心の福祉体系から地域社会中心の福祉体系への転換を明らかにした⁷²⁷。その新しい福祉体系がコミュニティケアである。

コミュニティケアとは「住民らが住み慣れた場所（自宅やグループホームなど）で生活しながら、個々人のニーズに沿ったサービスを受け、地域社会とともに暮らせるように住居、保健医療、療養、ドルボム、独立生活の支援が統合的に確保される地域主導型社会サービス政策」である⁷²⁸。コミュニティケアにおけるケアとは、①住居、②保健・医療、③療養、④ドルボム、⑤独立生活支援の五つの意味が含まれている複合的な概念である⁷²⁹。

コミュニティケアの推進背景としては、少子高齢化によるケアサービスの需要増加、在宅サービスの不十分による社会的入院増加及び施設への入所などが挙げられた⁷³⁰。ところが、一方では、在宅サービスを充実することで社会的入院を減らし、医療費抑制を図る手段としてコミュニティケアが推進されている⁷³¹。よって、コミュニティケアの主な内容は、病院・施設から地域社会への移行を進める同時に地域社会から病院・施設への移行を遅らせるための支援となっている。

⁷²⁵ 保健福祉部（2019a）「コミュニティケア2026ビジョン及び課題」150ページ。

⁷²⁶ 文在寅政権の福祉政策の基本理念は「みんなが享受できる包容的な福祉国家」である。包容的な福祉国家とは「どの階層も疎外されることなく、経済成長の果実と福祉サービスを楽しむことができ、個々人が人として尊重される国家」を意味する。保健福祉部報道資料「包容的福祉国家の設計図を作る」2017年9月11日付、2ページ。

⁷²⁷ 保健福祉部報道資料「所得主導成長と国民の生活の質の向上をテーマに2018年初国務総理政府業務報告実施」2018年1月18日付、6ページ。

⁷²⁸ 保健福祉部報道資料、前掲（2018年11月20日付）、22ページ。

⁷²⁹ 同上。

⁷³⁰ 保健福祉部報道資料「地域社会の力で自分の住み慣れたところでケアが受けられる国に経路設定（添付資料『地域社会中心の福祉具現のためのコミュニティケアの推進方向』1ページ）2018年6月7日付。

⁷³¹ コミュニティケアが公式発表される以前の国会保健福祉委員会において保健福祉部長官は高齢化社会における総医療費支出を抑制する有力な手段としてコミュニティケアを準備していると述べた。国会事務処（2018）「第362回保健福祉委員会会議録第2号」68ページ。

具体的な内容は①在宅サービス（長期療養）受給者の拡大、統合在宅サービスの導入、新規在宅サービスの開発などによる在宅サービスの充実、②障害者の健康主治医制度のモデル事業実施、重度小児患者の在宅医療サービスのモデル事業実施、家庭ホスピスサービスの拡大、一次医療慢性疾患管理のモデル事業実施などによる地域社会の健康管理体制の強化、③社会的入院患者の退院支援、精神疾患者の中間ハウス（Halfway house）のモデル事業実施などによる地域社会の定着支援、④病院の入院患者の分類体系改善及び関連報酬の改善、療養病院の評価体系の改善などによる病院・施設の合理的な利用を誘導する制度改善である⁷³²。

これらのサービスの対象者は高齢者、障害者、児童、ホームレス、精神疾患者などの社会的脆弱者であり、邑・面・洞に設置される「ケア統合窓口」から支援される⁷³³。コミュニティケアの本格実施は2026年を目途にしており、現在、16つの自治体でモデル事業が実施されている。

（４）マチュムドルボムサービス

最後にもう一つ、高齢者の予防ケアサービスの保障範囲を強化するため、マチュムドルボムサービス（以下、マチュムサービスという）⁷³⁴が推進されている。同サービスは、地域社会の高齢者のケアサービスの支援を強化することで、療養施設及び療養病院などの高費用ケアサービスへの進入を予防するためなどを背景に2020年1月から始まったサービスである⁷³⁵。同サービスを推進している保健福祉部側は、マチュムサービスにより「需要者中心の老人ドルボムサービスの体系が構築されることに大きな意義があり」また「高齢者のニーズに合わせて、多様なサービスを利用できるようになる」と期待を示した⁷³⁶。

⁷³² 保健福祉部報道資料、前掲（2018年6月7日付）、7-10ページ。

⁷³³ 保健福祉部報道資料、前掲（2018年6月7日付）、12ページ。

⁷³⁴ マチュムドルボムとは、ニーズに合わせたケアという意味である。

⁷³⁵ 保健福祉部（2019b）「2020老人マチュムドルボムサービス事業案内」3ページ。

⁷³⁶ 保健福祉部報道資料「来年から多様な老人ドルボムサービスがニーズに合わせて提供されます」2019年10月11日付、3ページ。

マチュムサービスは、既存の六つの類似の高齢者のケアサービスを一つに統合したサービスであり、これまで別々に提供され、重複利用が不可能であったサービスを、同サービスにより、個々人のニーズに合わせて同時に利用できる⁷³⁷。対象者は、生活保護受給者及び基礎年金受給者などの低所得層の高齢者であり、邑・面・洞役所で申請すると、提供機関の担当の社会福祉士が自宅を訪問し、選定調査を行った後、市・郡・区の承認を得て利用できる仕組みである⁷³⁸。サービスの提供によって自治体の責任は強化され、対象者のサービスに対するアクセスを高めるため、生活圈域ごとに1か所の提供機関（非営利）を選定し、一つの提供機関から統合的かつ体系的なサービスが提供される⁷³⁹。また、サービスの時間及び内容は対象者のニーズによって異なり、サービスの自己負担金はない。表6-1は高齢者の予防ケアサービスの変化内容をまとめたものである。

表 6-1 高齢者の予防ケアサービスの変更内容

2019年度まで			2020年度		
サービス名	対象者	内容	サービス名	対象者	内容
老人ドルボム基本サービス	65歳以上独居老人	定期的安否確認及び福祉サービス連携	老人マチュムドルボムサービス	重点ドルボム群	16時間以上～40時間未満の直接サービス（安全支援、社会参加、生活教育、日常生活支援）＋連携サービス（必要時）＋特化サービス（必要時）
老人ドルボム総合サービス	65歳以上長期療養等級外A・B（中位所得160%以下）	訪問・昼間保護サービス（月27時間または36時間、自己負担金有）			
短期家事サービス	65歳以上独居老人または75歳の高齢夫婦でドルボムが必要な者	家事・日常生活支援			
独居老人社会関係活性化事業	65歳以上独居老人	友達作り支援		一般ドルボム群	16時間未満の直接サービス（安全支援、社会参加、生活教育、日常生活支援）＋連携サービス（必要時）＋特化サービス（必要時）
初期独居老人自立支援事業	65歳以上独居老人	自立能力強化及び社会的関係網形成のプログラム提供			
地域社会支援連携事業	長期療養受給者及び等級外A・B	地域資源連携（医療・福祉など）、保健・福祉情報提供			

資料：保健福祉部（2019b）前掲、6-8、11、13、51ページにより作成。

⁷³⁷ 保健福祉部報道資料「今日から老人ドルボムサービスを始めます」2020年1月2日付、1-2ページ。

⁷³⁸ 保健福祉部報道資料、前掲（2020年1月2日付）、8ページ。

⁷³⁹ 保健福祉部報道資料、前掲（2020年1月2日付）、3ページ。

以上の文在寅政権下で行われている老人長期療養保険制度改革が意図する内容をまとめる。まず、第一に、長期療養サービスの直接提供及び長期療養従事者の直接雇用を通じて長期療養サービスの質と長期療養従事者の待遇改善を図る。第二に、長期療養サービスの認知支援等級の新設及び自己負担の軽減率の軽減などを通じてサービスの対象範囲を拡大する。第三に、療養、医療、保健などのサービスを連携して、これらのサービスを地域社会で受けられるように地域社会の長期療養サービスの充実化を図る。そして、最終的には、これらを通じて、長期療養に対する国家の役割及び責任、そして公共性を強化することであるとと言える。

第7章 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の実態調査

本章では、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革を通じて、実際の長期療養現場がどのように変化・改善されたのか、同改革の効果が長期療養サービスの脆弱な過疎地においても十分に行きわたっているのかを明らかにする。

実際の長期療養サービス市場では、文在寅政権による改革の意図とは乖離して、様々な問題が指摘され始めてきており、同政策の効果や影響の評価が求められてきている。近年の文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の効果や実態を評価するためには、健康権保障という観点からすれば、とりわけ長期療養サービスの最も脆弱な過疎地域である農山漁村地域においても、その改革の効果が十分に行き渡っているかどうかを考察しなければならない。よって、本章では、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の効果ないし影響を、筆者が実施した農山漁村地域における最新の長期療養市場の実態調査を用いて明らかにする。

第1節 長期療養サービスの脆弱な過疎地の農山漁村地域における長期療養サービスの実態調査

1. 調査の目的と対象地域

本調査の目的は、長期療養サービスの脆弱な過疎地である農山漁村地域における最新の長期療養サービスの実態を明らかにすることである。本調査は、より綿密で深い分析を行うために、対象とする範囲を一つの地域に限定した。

対象地域は、韓国の全羅南道に属している長興（チャンフン）郡である。全羅南道は韓国の南西に位置している農山漁村地域であり、5の市と17の郡を管轄する。全羅南道の高齢化率は韓国で最も高く、調査を行った2020年2月時点で、総人口は1,861,894人、65歳以上の人口は424,701人、高齢化率は22.8%であった⁷⁴⁰。長興郡は全羅南道所属の地域の

⁷⁴⁰ KOSIS 「統計庁 高齢人口比率（市道 / 市 / 郡 / 区）」 URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631&conn_path=I2（2021年6月15日最終閲覧）。

中で、高齢化が急速に進んでいる地域の一つであり、調査を行った2020年2月時点で、総人口は約38,400人、65歳以上の人口は12,754人、高齢化率は33.2%であった⁷⁴¹。長興郡の下位行政区画としては3の邑と7の面が置かれており、東・西・北は4の郡に、南は海に面している。

長興郡を対象地域として選定した理由を簡潔に説明する。第一に、長興郡は韓国の中でも高齢化率がとても高い農山漁村地域の一つであり、人口流出による過疎化が進んでいる⁷⁴²。第二に、長興郡の財政自立度は2019年現在、243の自治体のうちの225位で、財政自立度がとても低い⁷⁴³。そして、一定所得水準以下に支給される基礎年金の受給率（65歳人口対）は、2019年12月には、長興郡は86.31%で、全国229の市・郡・区のうち、5番目に高い⁷⁴⁴。つまり、長興郡の65歳高齢者の所得水準は他の地域よりかなり低い。第三に、長興郡は全国平均に比べて長期療養機関（入所施設と在宅事業所を含む）が少ない地域である。

表7-1は、2019年現在、長興郡における65歳人口1000人当たり長期療養機関及び療養病院の状況である。表7-1をみると、在宅サービスのうち、訪問療養サービス、訪問看護サービスは全国平均より多いが、昼・夜間サービス、短期保護サービス、訪問入浴サービス、福祉用具貸与サービスは全国より低い。そして、入所サービス施設の定員数や療養病院の病床数も全国より低い。さらに、在宅サービスの場合、ほとんどが民間によって提供されており、在宅サービスにおける国公立の割合はとても低い。

⁷⁴¹ 同上。

⁷⁴² 長興郡の総人口「住民登録人口」をみると、2010年には42,394人で、2020年には37,800人で、10年間約4,600人が減少した。KOSIS「行政安全部 住民登録人口現状」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B040A3&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A_7&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE（2021年6月15日最終閲覧）。長興郡のここ5年間の人口流出数を見ると、2016年：2,492人、2017年：198人、2018年：494人、2019年：457人、2020年484人であった。KOSIS「統計庁 国内人口移動統計」URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B26001_A01&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A_1&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷⁴³ 地方財政365「財政自立度」URL:http://lofin.mois.go.kr/websquare/websquare.jsp?w2xPath=ui/portal/gongsi/item/sd002_tg002.xml&year=2019&ix_code=A114（2021年6月15日最終閲覧）。

⁷⁴⁴ BOKJIRO「社会保障統計基礎年金人口対比受給率」URL:<http://www.bokjiro.go.kr/nwel/welfareinfo/sociguastat/retrieveSociGuaStatList.do?datsNo=58>（2021年6月15日最終閲覧）。

以上の理由から、長興郡は高齢化の進む過疎地であるとともに、長期療養サービスも脆弱である。それゆえ、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の影響と変化を把握するにあたって適している地域の一つであると考えられる。

表 7-1 2019年の長興郡における65歳人口1000人当たり長期療養機関及び療養病院の状況

区分		全国	長興郡
在宅サービス（か所）	訪問療養	1.91	2.04
	訪問入浴	1.39	1.26
	訪問看護	0.1	0.24
	昼夜間保護	0.52	0.31
	短期保護	0.02	-
	福祉用具	0.25	0.24
入所・入院サービスの定員数（人）	老人療養施設	21.76	15.64
	老人療養共同生活家庭	2.13	-
	療養病院（病床）	37.73	10.38

資料：65歳以上の人口数は脚注 740 と同一、長期療養機関は、全国は、国民健康保険公団（2020）「2019 老人長期療養保険統計年報」738 ページ、長興郡は、国民健康保険公団（2020）前掲、760-761 ページ。療養病院は、全国は健康保険審査評価院（2020）「2019 健康保険統計年報」76 ページ、長興郡は聞き取り調査により計算・作成。

注：計算は長期療養機関数 / 65 歳以上の人口 × 1000。老人療養施設は日本の特別養護老人ホームに相当し、老人療養共同生活家庭は日本のグループホームに相当する。

2. 調査方法と対象及び調査の倫理的配慮

調査方法は、地域における具体的かつ多様な情報が得られる聞き取り調査である。調査対象は、長興郡の主要な長期療養機関と療養病院、そして役所である。それらの担当者に聞き取り調査を行うことで、要長期療養者が主に利用される保険制度の長期療養サービス、地域社会の予防ケアサービス、療養病院の入院サービスの実態が分かる。

調査対象の長期療養機関と役所、そして療養病院をリストアップした後、長興郡を町ごとに分けて代表的な長期療養機関と役所に電話で調査への協力を依頼した。結果、長興郡における全体入所サービス提供機関 5 か所のうち 4 か所、全体訪問療養サービス提供機関 25 か所のうち 6 か所、全体訪問入浴サービス提供機関 15 か所のうち 3 か所、全体訪問看護サービス提供機関 3 か所のうち 2 か所、昼間保護サービス提供機関 4 か所のうち 1 か所、

全体マチュムドルボムサービス提供機関 2 か所のうち 1 か所、全体療養病院 1 か所のうち 1 か所に加え、全体役所 11 か所のうち 4 か所（1 郡、2 邑、1 面）から調査協力を得られた。聞き取り調査に協力してくれた 1 機関ないし役所あたりの聞き取り調査時間は平均約 60 分強であった。表 7-2 は聞き取り調査を行った長期療養機関及び療養病院の基本情報である。

表 7-2 聞き取り調査の協力が得られた長期療養機関（施設及び事業所）療養病院の基本情報

区分	サービス内容	参加者
A機関	訪問療養、訪問看護	機関長兼社会福祉士
B機関	入所サービス 訪問療養、訪問入浴、訪問看護	機関長
		訪問療養サービス利用者
		療養保護士（訪問療養サービス）
C機関	入所サービス	事務局長
D機関	訪問療養	機関長
		療養保護士（訪問療養サービス）
E機関	訪問療養、訪問入浴 マチュムドルボムサービス	機関長
F機関	入所サービス 昼間保護サービス	機関長
G機関	訪問療養	機関長
H機関	訪問療養、訪問看護	機関長
		社会福祉士
		療養保護士（訪問療養サービス）
I機関	入所サービス	療養保護士（入所サービス）
J機関	療養入院サービス	行政院長

資料：聞き取り調査より作成。

注：韓国では一般的に長期療養給付（施設給付・在宅給付）を提供する機関を指す言葉として長期療養機関を用いている。本研究では、聞き取り調査を行った入所施設及び在宅事業所、そして療養病院を機関と称し、内容によっては施設と事業所、そして療養病院の名称を区分して用いる。

調査期間は、2020年2月17日から2月28日までである。そして、調査への協力が得られた機関・役所には、事前に本調査の目的及び方法、質問内容等について書面で依頼を行い、また口頭でも同意を得た。また、調査の際には先方の同意を得て録音を行った。調査協力

機関や役所には、対象機関や機関名については伏せることや、聞き取りの中で出てくる個別のケース等については、特定がなされないように配慮を行うことなど、倫理的配慮についても丁寧に説明した。

調査分析は聞き取り調査から得られたすべての情報の文字おこしを行い、その内容を何度も読みながら多くかつ共通的に挙げられた内容を中心に、長期療養サービスの実態がわかるように項目ごとに分けて分析を行った。

4. 調査の結果

文在寅政権下では、長期療養サービスの自己負担額の軽減率及び対象範囲の拡大と認知支援等級の新設などを通じて長期療養サービスの受給者の拡大を進めている。実際にこうした政策を通じて、農山漁村地域においてもより多くの要長期療養者が老人長期療養保険制度により長期療養サービスを享受するようになったのだろうか。長興郡の事例を挙げてその実態を見ていく。

(1) 自己負担額の軽減率の拡大

まず、自己負担額の軽減率の拡大である。老人長期療養保険制度から長期療養サービスを受けるためには毎月支払う保険料の他に利用料の一部を自己負担として支払う必要がある。長期療養サービスを利用する際に支払う自己負担割合は、一般利用者の場合、入所サービスでは20%、在宅サービスでは15%である。低所得層利用者の場合、自己負担金の負担を緩和するために軽減制度が設けられている。軽減率は保険制度施行後から少しずつ引き上げられ、現在文在寅政権下では、健康保険料順位⁷⁴⁵が25%～50%以下の場合、自己負担率から40%が、健康保険料順位が25%以下の場合、自己負担率から60%が軽減される。表 7-3 は現在適用されている自己負担軽減率である。

⁷⁴⁵ 全体国民健康保険加入者（職場・地域）の保険料を職場及び地域加入者の順位別に羅列したもの。保健福祉部報道資料「老人長期療養本人負担軽減対象中間層まで拡大」2018年6月29日付、2ページ。

表 7-3 老人長期療養保険制度の自己負担金の軽減率

健康保険料順位		25%以下	25%～50%以下
自己負担金の軽減率		60%	40%
実質的な 自己負担金	入所サービス	8%	12%
	在宅サービス	6%	9%
対象者		9万5000人	10万8000人

資料：保健福祉部報道資料、前掲（2018年6月29日付）、3ページ。

注：現行の軽減率は2018年8月の給付利用分から適用されている。

このように文在寅政権では利用者の自己負担金に対する経済的負担を緩和するために軽減制度の軽減率及び軽減対象者を拡大している。ところが、低所得者が多い長興郡では、軽減率が拡大され、以前に比べると経済的負担を理由にサービスが利用できない人は少し減ったものの、依然として多く、自己負担金が長期療養サービスの利用を阻害する大きな要因となっていた。以下、聞き取り調査で寄せられた話を紹介する。

「ある高齢者の場合、歩くこともできないし、本当にサービスが必要なのに利用しない。お金のことで。そういう人が周りに多い。」（A 機関 機関長兼社会福祉士）

「隣のおばあさんの場合も、心身状態がとても悪い。その方もサービスを利用すればいいのに、お金を支払わないといけないと言ったら、利用する気になれないみたい。」

（B 機関 療養保護士）

「お金のことで施設に入所できない方も多いです。自己負担金が非給付分まで含むと60万ウォンくらいですが、長期療養報酬が引き上げられると、自己負担金も引き上げられます。初めのうちは大丈夫だけど、長い期間支払うことになると負担が大きいです。」

（C 機関 事務局長）

「誰もがサービスを必要としています、利用料のせいでサービスを受けられていないです。」（G 機関 機関長）

「一番大きい問題は金銭的な問題で、自己負担金の問題があります。子供が拒否します。」（H機関 機関長）

「サービスを利用しない理由には経済的な負担が最も多いです。施設に入るためには、最低毎月50万ウォンがかかりますが、毎月支払うのが簡単ではないです。ここは、本当に貧しい高齢者が多いです。田舎だから。在宅サービスも受けたいのにお金のことです利用できない人もいます。ある療養保護士の場合、自分が利用者の自己負担金を支払って、サービスを提供する人もいます。」（I機関 療養保護士）

所得水準が低い長興郡では生活保護受給者も多い⁷⁴⁶。生活保護受給者の場合、入所サービスを利用する際に自己負担金を支払わなくてよい。その代わりにこれまで支給されていた扶助費が支給されなくなる。生計費として一部の費用だけが施設に直接支給される。つまり、生活保護受給者が施設に入所すると、これまで直接もらっていた扶助費がもらえなくなる。こうしたことにより、生活保護受給者の家族、特に子どもは自分の親に入所サービスが必要となっても、親を施設に入所させない事例が発生していた。以下は、施設と病院を運営している運営者の話である。

「高齢者の生活保護受給者の場合、入所すると扶助費が施設に入るから、それが嫌で入所させない人（子供）がいます。自分たちが使うために。今まで自分たちがそのお金を使っていたから。生活保護受給者の家族の10人中4～5人がそういうふうに考えています。」（B機関 機関長）

「生活保護受給者の場合、受給者の扶助費を子供が使っているので、それがもったいなから入所させない方もいます。施設に入ると扶助費が使えなくなるから。」

⁷⁴⁶ 聞き取り調査で得られた情報によると、長興郡で長期療養等級者は約1,200人で、そのうち、約300人が生活受給者である。その300人にかかる郡費は去年1年間約47億ウォンであった。

(C 機関 事務局長)

「国からお金が支給されます。そのお金で医療費を支払うことができます。なのに、子供が、家族が、そのお金を使っているから、入院させないです。こういう人が多いです。生活保護受給者は、十分、療養病院に入院できるのに、褥瘡ができて子どもが入院させないです。」(J 機関 行政院長)

以上の話のように、長興郡では長期療養サービスにおける経済問題に関連して、一般利用者と低所得層の利用者は経済的負担を理由に、生活保護受給者は家族の拒否を理由に、長期療養サービスを利用できない問題が起きていた。それでは、自己負担金を支払うことができない利用者はどのような状況に置かれてしまうのか。詳しい事例を伺ったところ、以下のような事例を聞かせてくれた。

「自己負担金が理由で退所した方もいます。すると、正常運営をしない、そういうところに入ります。自分たち(子ども)がケアしません。より安いところに入ります。〇〇市の場合、どんなところが人気があるかという、入って何か月以内に亡くなる場所です。そこはベッドがないと言われました。正常運営しないところに入るという噂が結構ありました。(中略)家族が費用を払えないからといってあの機関、この機関に利用者に移したり、自分がケアすると言いながら、家に連れて帰って部屋に放置したりします。まさに放任です。」(B 機関 機関長)

「子どもが親の入院費を払う場合は、兄弟喧嘩をします。約30%はお金のことで喧嘩して、約10%は退院させます。施設に入りますと言いながら、家に連れて帰る人もいます。そうなるとう結局、2次事故が起きて再び入院します。それと、ある入院患者の場合、急性期病院の集中治療室に入院していたのですが、お金がたくさんかかるから、うちの病院に移ってきました。入ってきた時は本当に死体みたいでしたが、20日くらい経つと状態が良

くなりました。なのに、家族がお金がないから、負担になるからといって退院させようとなりました。私が今退院すると死にますと止めましたが、結局退院させて、三日目に亡くなりました。」（J機関 行政院長）

以上の話は少し衝撃的であるが、実際にはこうした事例が少なくないという。経済的な理由により必要なサービスを受けられなくなると、深刻な場合、死亡に至るケースもある。高齢者の貧困問題が深刻な韓国では、上記の事例のような状況に置かれている高齢者が少なくないと予想される。

（２）長期療養サービスの等級認定

次に、長期療養サービスの等級認定である。長興郡で行った聞き取り調査で、経済的な負担と共に長期療養サービスの利用を阻害する大きな要因として最も多く挙げられたのが、等級認定であった。原則として老人長期療養保険制度を利用して長期療養サービスを受けるためには、等級認定を受ける必要がある。等級認定は、国民健康保険公団（以下、公団という）の調査員が心身の状態を52項目に基づいて調査し、長期療養認定点数を算定する。その点数と医師意見書、そして特記事項を基に等級判定委員会が審議・判定する。

長期療養認定を受けた者が利用可能な長期療養サービスは、要長期療養度によって異なる。要長期療養度は、1等級から5等級と認知支援等級がある。基本的に1・2等級では在宅または入所サービスを、3～5等級及び認知支援等級では在宅サービスを、そして等級外の判定を受けた者は地域社会の予防ケアサービスであるマチュムサービスを利用できる。

文在寅政権では、長期療養サービスの保障範囲及び対象者の拡大政策の一環として長期療養保険制度の受給者の拡大を進めている。しかし、聞き取り調査を行った対象者の多くは、要長期療養認定を受けることが難しく、それによって長期療養サービスが受けられない人が少なくないと思っていた。以下は、長興郡の聞き取り調査で寄せられた話である。

「去年は本当におかしかったです。認定が下りそうな人にも下りなかったから。要長期療養認定で制限をします。5等級でも認定が下りると、助けることができるのに。去年は、認定を受けられなかった高齢者が多かったです。去年？一昨年からそうなっているみたい。高齢者と家族がよくわからないから、助けを求めて在宅事業所に来ます。事業所に来た方々の中には認定が下りなくて大変な状況に置かれた方々がいました。」

(A 機関 機関長兼社会福祉士)

「公団が長期療養等級をなかなか認定してくれない。特に長興郡はもっと難しい。ソウルは特に問題がないと3等級も下りるし、3時間⁷⁴⁷もくれるのに、ここは時間も減らすし、要長期療養認定が下りそうな人もおりない。要長期療養認定を受けるのがだんだんと難しくなってきた。 (中略) 国は、要長期療養認定を受けやすくし、すべての人にサービスを提供しますと言っているが、実際にはそうではない。実際は要長期療養認定がなかなか下りない。大部分はマチュムサービスが受けられる等級外が下りる。最近では、もっとそうなっている。」 (B 機関 療養保護士)

「健康保険公団で数を調整しています。例えば、この地域に施設給付認定が受けられる比率が20%だとしたら、その20%を満たせば、その後は施設給付認定を受けることは夢のまた夢だという話があります。施設給付がこれくらい出たら、残りは在宅給付にと。保険制度の趣旨が施設より在宅でサービスを受けることなので、主に在宅給付がおります。」

(C機関 事務局長)

聞き取り調査を行った大部分の長期療養機関・役所は、近年でも要長期療養認定を受けることが難しいと感じていた。ところが、こうした現場の実感とは反対に公的データでは、長興郡における老人長期療養保険制度の認定率(65歳以上高齢者)は増加傾向にあった。

⁷⁴⁷ 一日に受けられる訪問療養サービスの時間。

表 7-4 は全国と長興郡における老人長期療養保険制度の65歳以上人口に対する申請率と認定率の年次推移である。老人長期療養保険制度の申請率（65歳以上人口対）をみると、全国では同制度が実施された2008年には65歳以上人口のうち、約7%が申請したが、2019年には6%増加した約13%の高齢者が申請した。一方、長興郡では、2008年には約8%の高齢者が申請したが、2019年にはそれより大きく増加した約21%の高齢者が申請した。

次に、認定率（65歳以上人口対）について、まず全国からみると、2008年には65歳以上人口のうち、約4%であったが、2019年にはその2倍強の約9%となった。一方、長興郡の認定率は、同期間、5%から13%に増加した。全国と長興郡における申請率及び認定率の差は、2008年にはそれほど大きくなかったが、同制度実施から10年以上の間、年々拡大し続け、2019年現在、申請率と認定率ともに長興郡の方が全国平均より大きく上回っている。

表 7-4 全国と長興郡における老人長期療養保険制度の申請率・認定率（65歳以上人口対）の年次推移

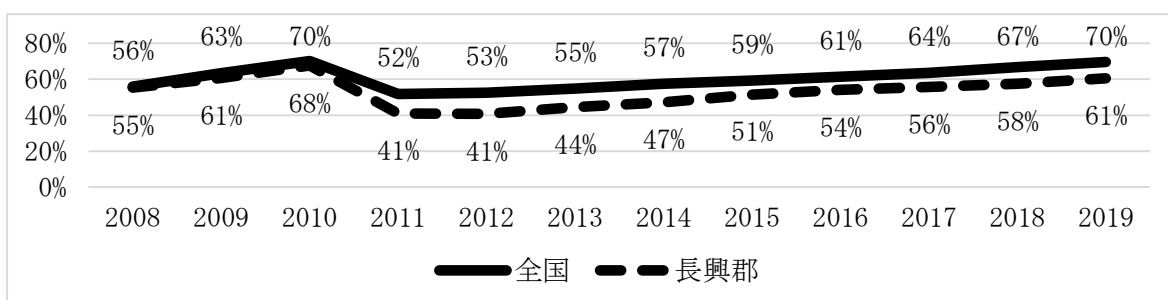
区分	65歳以上人口（人）		高齢化率		申請率 （65歳以上人口対）		認定率 （65歳以上人口対）	
	全国	長興郡	全国	長興郡	全国	長興郡	全国	長興郡
2008	5,069,273	11,662	10%	27%	7%	8%	4%	5%
2009	5,267,708	11,728	11%	28%	7%	10%	5%	6%
2010	5,506,352	11,932	11%	28%	6%	9%	5%	6%
2011	5,700,972	11,988	11%	28%	10%	14%	5%	6%
2012	5,980,060	12,211	12%	29%	10%	14%	5%	6%
2013	6,250,986	12,342	12%	29%	10%	14%	6%	6%
2014	6,520,607	12,506	13%	29%	11%	14%	6%	7%
2015	6,775,101	12,641	13%	29%	11%	16%	7%	8%
2016	6,995,652	12,610	14%	31%	11%	17%	7%	9%
2017	7,356,106	12,682	14%	32%	12%	18%	8%	10%
2018	7,650,408	12,611	15%	32%	13%	20%	8%	11%
2019	8,026,915	12,720	16%	33%	13%	21%	9%	13%

資料：65歳以上人口及び高齢化率は脚注 740 と同一、65歳以上老人長期療養保険制度申請率・認定率は、2008年 -2013 年は、国民健康保険公団（各年）「老人長期療養保険統計年報」、2014年 -2019 年は、国民健康保険公団（各年）「老人長期療養保険等級判定結果現状（運営センター別等級判定現状資料（性別、年齢別）」12月資料により作成。

図 7-1 は、全国と長興郡における老人長期療養保険制度の認定率（65歳以上の高齢申請者数対）の年次推移である。図 7-1 をみると、65歳以上の高齢者のうち、申請者に対し

る認定率は、長興郡が全国よりむしろ低い。認定率（65歳以上高齢申請者数対）は、全国と長興郡ともに2010年にピークを迎えたが、翌年2011年に急減した後、徐々に増加し、2019年には、全国では70%、長興郡では61%となっている。全国と長興郡の間における認定率（65歳以上高齢申請者数対）の差は、2012年に12%と最も広がっていたが、その後、少しずつ縮まり、2019年現在、約9%の差がついている。

図 7-1 全国と長興郡における老人長期療養保険制度の認定率（65歳以上の高齢申請者数対）の年次推移



資料：2008年 -2013年は、国民健康保険公団（各年）「老人長期療養保険統計年報」、2014年 -2019年は、国民健康保険公団（各年）「老人長期療養保険等級判定結果現状資料（運営センター別等級判定現状（性別、年齢別）」12月資料により作成。

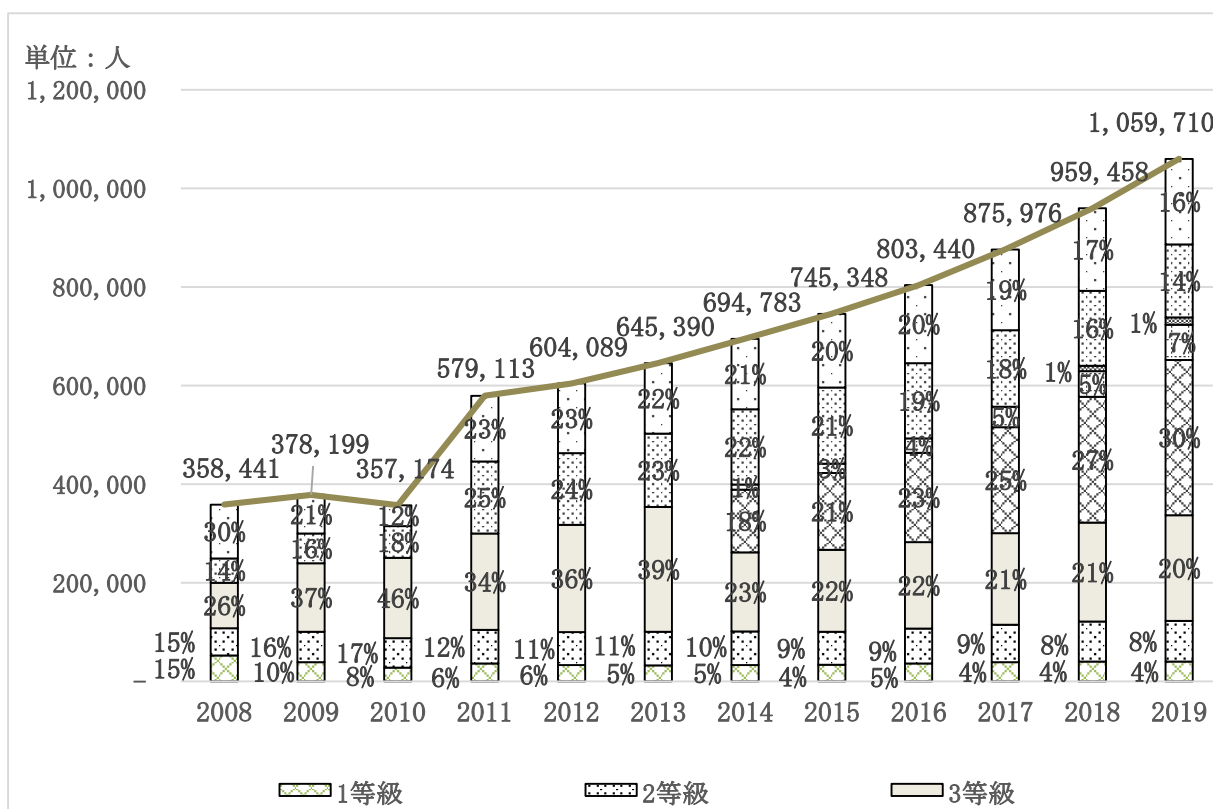
次に図 7-2 は、全国における65歳以上の高齢申請者の申請結果の内訳の年次推移であり、図 7-3 は長興郡における65歳以上の高齢申請者の申請結果の内訳の年次推移である。これらを見ると、全国、長興郡ともに65歳以上の高齢申請者のうち、重中度者である1、2、3等級の認定者が占める割合が年々減り続けているのが分かる。これに対し、軽度者である4、5等級の認定者が占める割合は増え続けている。これは、多くの軽度者が4等級、5等級及び認知支援等級の創設によって要長期療養が認められるようになった結果であるといえるが、一方では、長期療養認定の軽度化が進んでいる結果であるとも言えなくもない。

さらに、65歳以上の高齢申請者の申請結果をみると、要長期療養認定が受けられなかった全体比率は長興郡の方が全国より高い。しかし、65歳以上の高齢申請者のうち、日本の要支援に相当する等級外を受けた者は2019年には、全国では14%、長興郡では29%である。これは、要長期療養認定を受けられなかった65歳以上の高齢申請者のうち、全国では約5

割弱、長興郡では約7割強を占める数値である。つまり、長興郡の方が全国よりも要長期療養が認められなかった全体比率は高いが、そのうち、多くの高齢申請者が等級外を受けており、実質的な未認定率は全国より低い。

しかし、65歳以上の高齢申請者のうち、等級外を受けている比率をみると、長興郡が全国より2倍強高くなっている。これは、長興郡における多くの軽度高齢者の申請による結果であると言えるが、一方では聞き取り調査の結果とあわせて推測するならば、要長期療養認定を受けることが全国よりも難しいともいえる結果であろう。

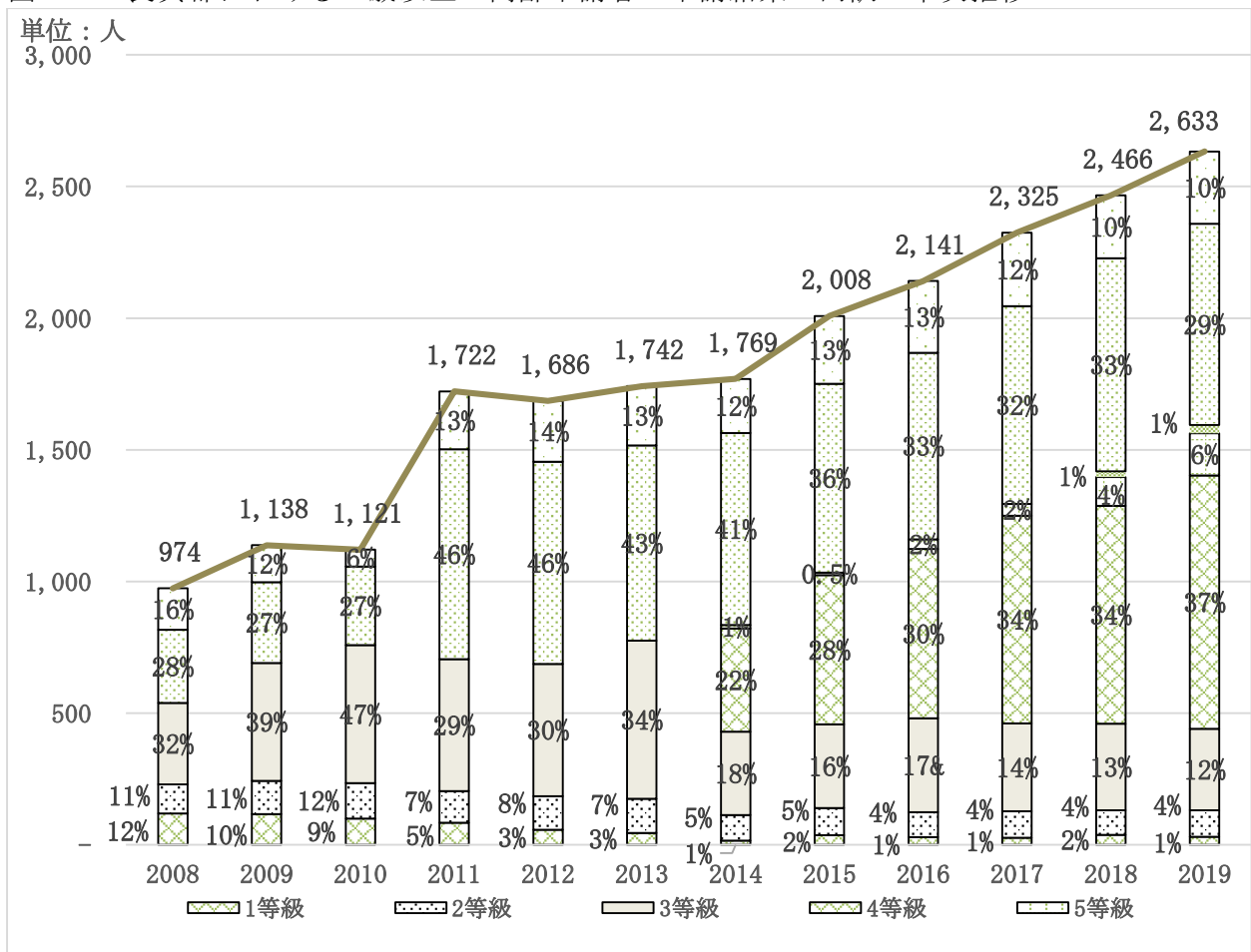
図 7-2 全国における65歳以上の高齢申請者の申請結果の内訳の年次推移



資料：図 7-1 と同一。

注：グラフの数字は、2008年-2013年は、下から1等級-3等級、等級外、未認定順であり、2014年-2017年は、下から1等級-5等級、等級外、未認定順であり、2018年-2019年は、下から1等級-5等級、認知支援等級、等級外、未認定順である。

図 7-3 長興郡における65歳以上の高齢申請者の申請結果の内訳の年次推移



資料：図 7-1 と同一。

注：図 7-2 と同一。

まとめると、聞き取り調査を行った機関の多くは、近年でも長期療養認定を受けることが難しく、特に他地域に比べて長興郡の方がより難しいと感じていた。そしてそれにより、長興郡では長期療養ニーズがあっても長期療養認定が受けられないことで長期療養サービスを利用できない人が多いと感じていた。ところが、公的データによると、長興郡における65歳以上人口対老人長期療養保険制度認定率と65歳以上高齢申請者数対認定率はともに増加傾向にあった。

しかし、その内訳をみると、2019年現在、在宅サービスを利用できる軽度の4等級の認定を受けた比率が最も高く、次にマチュムサービスを利用できる等級外の認定率であり、入所サービスを利用できる1・2等級の認定率は合わせて5%しかなく、しかもその認定

率は年々低下傾向にあった。つまり、長興郡における長期療養認定率は増加傾向にはあるが、その認定率の大半を軽度者が占めており、実際に長期療養認定における軽度化が進んでいると言える傾向が確認された。

（３）在宅サービスの利用実態

以上のように、統計上は、長興郡における65歳以上の長期療養認定者は在宅サービスとマチュムサービスを利用できる軽度者が大半を占める形となっている。ゆえに、長興郡では長期療養ニーズがある高齢者の多くが在宅サービスを必要としていると考えられる。ここでは、施設に入所しなくても自宅で必要なケアサービスを受けられるように在宅サービスの充実を図っている文在寅政権の下で、実際に在宅サービスとマチュムサービスがどのように提供されているのか、その実態をみていく。

まず、在宅サービスの利用実態からみていく。在宅サービスについては1等級から5等級までの認定者が利用可能であり、その種類は訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護、その他に在宅給付（福祉用具の貸出および購入）がある。利用可能な長期療養サービスの内容と時間などは、限度額の範囲内で公団が作成した個人別長期療養利用計画書に沿って提供される。老人長期療養保険法施行規則第6条により、公団が個人別長期療養利用計画書を作成する際には、利用者の心身状態や利用者と家族のニーズ及び選択、そして利用者の生活環境及び自立的な日常生活の遂行を考慮して計画書を作成しなければならない。

しかし、聞き取り調査では、公団の利用計画書には利用者一人一人の多様なニーズが十分に反映されておらず、要長期療養者のニーズに適った在宅サービスが提供されていないという意見が多かった。

「回数と時間は十分ではないです。利用者を思うと十分ではないと思いますが仕方ないです。時間は私たちが決められないから。時間をもっと増やしてくれるといいのに公団が決めるから仕方ないです。」（D機関 療養保護士）

「心身状態がとても低下した方がいます。あの方にもっとサービスを提供したいですが、今はどうすることもできません。なぜなら、認定も時間も回数も決まっているから。でも、何とかしてケアをしています。体も起こせないし、排せつもできないので、（休みの）土曜日とか勤務時間外にサービスを提供したりします。土・日曜日でもサービスが必要ですが、公団が許可してくれません。」（H機関 療養保護士）

「要長期療養度によって異なりますが、提供されるサービスが十分だとは言えません。寝たきり利用者の場合、朝にも必要だし、夕方にも必要なんですが、一日1回しかないから、十分なサービスが受けられていません。」（G機関 機関長）

「生活保護受給者には2時間以上はくれない。時間を切る。大部分の生活保護受給者の療養訪問サービス時間は2時間である。」（B機関 療養保護士）

「長期療養サービスの時間と回数が足りないと思った場合、一般利用者は、本人や家族が公団に言うに変更できる。だが、生活保護受給者には変更申請が厳しい。自治体が費用を全額払ってくれるから。生活保護受給者が変更申請をすると、再調査を受ける。その後、自治体の承認を得なければならない。」（D機関 機関長）

「生活保護受給者は、一日の訪問療養サービスの提供時間が2時間の場合がとても多いです。回数は週5回はあまりなく4回が多いです。それと、生活保護受給者は調査で時間と回数を増やすことができません。公団が直接時間と回数を増やしてくれないと。生活保護受給者は（時間と回数を）もっと増やすべきであります。今はとても不十分であると思います。生活保護受給者ではない利用者は、利用者本人や家族の意思によって変更申請をして増やしたり減らしたりできます。でも、生活保護受給者は、公団から改めて個人別長期療養利用計画書を作成してもらわないといけなから、もっと利用したくても変更申請の手続きが複雑で利用が難しいです。」（G機関 機関長）

聞き取り調査では、現在提供されている在宅サービスは、利用者のニーズを満たすほど時間と回数が十分ではないという意見が多数あった。特に、生活保護受給者の場合、国家及び自治体が利用料の全額を支払うが、生活保護受給者は一般利用者より、受けられる在宅サービスの時間と回数が少なかった。そして、在宅サービスの時間と回数を変更する場合、一般利用者は、本人と保護者（家族）が直接に公団に連絡をすると、それだけで在宅サービスの時間と回数を変更可能であるが、生活保護受給者は、改めてニーズ調査を受けなければならない、事実上、差別的な取り扱いを受けている可能性が垣間見えた。

近年、文在寅政権では、コミュニティケアの一環として在宅における脆弱な階層の健康権を保障するために多様な取り組みを行っている。ところが、上記の話のように長興郡の生活保護受給者は、より特別な保護が必要であるにもかかわらず、在宅サービスの利用における不当な差別的な取り扱いを受けている可能性があり、それによって健康的にもより脆弱な立場に置かれていた。

また、聞き取り調査を行った在宅サービスを提供している療養保護士、社会福祉士、そして運営者の多くは、現行の在宅サービスは、生活保護受給者だけではなく一般利用者のニーズを満たすには十分ではないと思っていた。そして、不十分なサービスにより、利用者の生活の質が落ち、健康状態が悪化する状況に置かれていると思っていた。以下の話は、現在、訪問療養サービスを受けている利用者がどんな状況に置かれているのかを窺える貴重な話である。

「月曜日に行くと、あまり食べられなくて確実に利用者の状態が悪い。冷蔵庫におかずが十分に入っても、出せない。食事準備、掃除は全くできない。用事があっても外に出かけることもできないし、座ることもできないし、いつも腹ばいになって過ごしている。（中略）今まで担当していた利用者の中でパット交換がちゃんとできていない利用者もとても多かった。次の日に行ったら尿量が多くて、おむつパットが持てないくらいであった。誰もいないと私が来るまでそのままにしている。生活の質が落ちると思う。」

（B 機関 療養保護士）

「外には出られない。一日中、腹ばいになっている。何もできないから。入浴は知り合いが来たらその時に助けてもらってする。一人でするときは、石鹸で体を洗って水だけをかける程度でやっているが、息が苦しくて2時間がかかる。食事は力がなくて冷蔵庫からおかずを出せない。それで、一品で食べる。病院は、誰かが連れて行ってくれないと行けない。」(B機関 利用者)

「私がサービスを提供している利用者4人のうち、2人はトイレに行けなくておむつをしている。一人の男性利用者では、一日1回しかおむつのパット交換ができない。お通じは、一人でできないから、何とかトイレまで這って行ってするが、トイレットペーパーが散らかっていたり、便器とおむつについていたりする。食事は、部屋から出られないから、私が帰る前に準備してベッドの端に置いておく。もう一人の女性利用者では、朝と夕方の2回パットを交換する。私が朝に行って、食事が終わった後、パットを交換して帰ると、夕方に孫が時間を決めてパットを交換してくれる。食事もおかずを作って帰ると孫と一緒に食べる。」(H機関 療養保護士)

文在寅政権では、住み慣れた地域・在宅で生活を営むことができるようにするべく、コミュニティケアの本格実施に向けて、在宅サービスの充実を進めている。ところが、上記の利用実態からわかるように現行の在宅サービスでは、要長期療養者が在宅で生活を営むことができるほどの十分なサービスを提供されているとは言い難い状況であった。特に、一人暮らしの利用者の場合、もっぱら療養保護士に生活を頼っており、療養保護士からサービスを受ける時間以外は、放置と言ってもいいほど、排せつ、食事、入浴などの全般的な日常生活動作について困難な状況に置かれていた。

こうした状況から、聞き取り調査を行った、訪問療養サービス機関では、療養保護士が一人暮らしの利用者のことが心配で、勤務時間ではない曜日や時間にも、頻繁に利用者の自宅を訪問するといったことが常態化していた。つまり、不十分なサービスの時間と回数によって療養保護士に犠牲を払わせていた。

(4) 在宅サービスの提供実態

次に、在宅サービスの提供実態である。聞き取り調査を実施した2020年2月時点で、長興郡では32か所の在宅事業所が運営されていた。そのうち、約4割を占める13か所の事業所が長興郡の中心地長興邑に密集していた。そして、32か所の在宅事業所のうち、たった1か所だけが公立事業所であり、在宅サービスのほとんどが民間、特に個人事業主によって提供されていた。在宅事業所の現状をサービスの種類別にみると、訪問療養サービスは、25か所の在宅事業所で、訪問入浴サービスは15か所の事業所で、訪問看護サービスは3か所の事業所で、昼夜間保護サービスは4か所の事業所で⁷⁴⁸、そして福祉用具貸与サービスは3か所の事業所から提供されていた。短期保護サービスを提供している事業所はなかったが、自治体による事業所の設立計画はなかった。

こうみると、長興郡では在宅事業所、特に訪問療養事業所が十分に設置されており、在宅サービスが適切に提供されているように見えるかもしれない。だが、現実には、激しい市場競争や人員不足などにより、必ずしも良質の在宅サービスが利用者に対して適切に提供されているとは言い難い状況であった。

「在宅サービスを受けている利用者の中には入所サービスが必要な人が多いです。長興郡に在宅事業所がたくさんできました。こんなに多い事業所の従事者たちがはたして（利用者を）施設に入れてくれると思います？最大限まで入れないようにします。施設は最後の最後。本当にどうすることもできないくらいの褥瘡ができたり、認知症がだいぶ進んだりしたら、入ります。ここは在宅事業所が多いから、入所する高齢者の体の状態がとても悪いです。療養保護士が生計のために、最大限までやって、状態が悪くなってから入ります。」（B機関 機関長）

⁷⁴⁸ 昼夜間保護サービスを提供している4か所の事業所のうち、1か所は他地域の人が運営しているが、聞き取り調査で、長興郡が設置しなかったため、他地域の人が長興郡に来て運営しているとの不満の声が多数あった。

「ここは利益のために在宅事業所を運営していません。在宅サービスを受けていた方の要長期療養度が上がった時に入所サービスを提供する、そういうネットワーク形成のためにやっています。しかし、それがうまくできません。なぜなら、在宅サービスを行っている療養保護士は、利用者一人が減ると生計に影響するんじゃないですか。それで、利用者の状態がわるくなり、施設給付認定を受けても、自分がサービスを提供します。手放しません。」（C機関 事務局長）

「家族が怒ったこともあります。自分たちは施設に入所させたいが、療養保護士が何度も入所しないように、家でいるようにと言うのだと。」（D役所）

「在宅サービスを受けている利用者の家族から相談電話が来ます。自分たちは（親を）施設に入所させたいと。それで、（私が）在宅サービスを提供している事業所に電話して、家族の要求はこうですと言いますと、事業所長が家族を説得し始めます。去年も6人いました。昼間保護サービスもすべてカットされました。事業所が放してくれません。競争ですの。」（F機関 機関長）

「入院サービスが必要な人に、在宅サービスをずっと提供しています。それでどんな問題が起きるかという、大部分大きい褥瘡ができたり、病気が悪化したりして、そんな状態で病院に来ます。ほぼ90パーセント。」（J機関 行政院長）

寄せられた話によると、在宅サービス事業所と施設、そして療養病院間の連携は市場競争によりうまく行われておらず、また、在宅事業所（訪問療養保護士）が利用者を手放さないこともあり、利用者のニーズに沿った適切なサービスが提供されているとは言い難い状況であった。

そしてもう一つ、利用者への適切な在宅サービスの提供を阻害する一因として、療養保護士が利用者を選ぶことが多数挙げられた。

「手厚い長期療養サービスを必要とする利用者を嫌がります。事業所では、利用者に長期療養サービスを提供するため、療養保護士に手当を支給して、サービスを提供するようにしますが、それでも、嫌がります。みんな。一人暮らしの利用者を好み、家族と一緒に住んでいたり、要長期療養度が高かったりするほど嫌がります。一応、体も心も楽な利用者の方を好みます。（中略）事業所は利用者のニーズに合わせて計画を立てます。すると、療養保護士は計画通りにサービスを提供しなければならないのに、できない。現場ではついていけないです。」（A機関 機関長兼社会福祉士）

「療養保護士が利用者を選びます。昨日も資格を取った70代の療養保護士が、自分も長期療養仕事をやってみたいと事業所に訪れました。それで、一緒に新規利用者の自宅に訪問しましたが、おじいさん（旦那）と一緒に暮らしているからいやだと、利用者の顔も見ずに、帰りました。家族がいるからいやだと。大部分、一人暮らしのおばあさんを好み、家族と一緒に住んでいる利用者が一番嫌がります。干渉するから。（中略）使命感を持って良質のサービスを利用者に提供するために努力する療養保護士もいるが、ただ時間つぶしをして、お金を稼ぐ、こういうふうを考える療養保護士も多い。ほとんど、自己中心的に仕事を行う。」（D機関 機関長）

「療養保護士が利用者を選びます。いつも経験しています。経歴が長いほどそうします。そうではない人もいますが、選ぶ療養保護士もいます。」（G機関 機関長）

「こういう方もいます。病院への同行サービスだけして、自宅でのサービスをしないようにする療養保護士もいます。病院まで同行して、治療が終わった後、家に利用者を連れて帰るとちょうど勤務時間が終わります。それで、利用者の自宅で、食事介助とか、掃除とか、長期療養サービスをしないようにします。少ないけどそういう方もいます。（中略）実質的に事業所と療養保護士間における長期療養サービスに対する差があります。事業所

は、より利用者の長期療養ニーズを充足する良質のサービスを提供してほしいですが、療養保護士はなるべく楽に仕事をしようとするから、衝突が生じます。」（H機関 機関長）

「要長期療養度の高い高齢者を嫌がります。そういう高齢者ではなく、他的高齢者に長期療養サービスを行っても、もらうお金は同一だから。大体、要長期療養度の高い高齢者については、新しく資格と取った療養保護士が担当する利用者がいない場合に担当したり、または、使命感のある方が担当したりしますが、そうする方は、全体の半分に満たないと思います。」（D役所）

老人長期療養保険制度の市場化政策の導入当時政府側は、市場化により利用者に選択権が付与されると説明したが⁷⁴⁹、実際はその説明とは反対に、療養保護士が利用者を選ぶことにつながり、利用者に対して在宅サービスが適切に提供されていなかった。そして療養保護士が利用者を選ぶことを可能とする背景には、療養保護士の不足と市場競争があった。

聞き取り調査を行った事業所の経営者たちは、療養保護士が要長期療養度が低い利用者を好んだり、または長期療養利用計画に沿ってサービスを提供しなかったりしても、それに対して療養保護士を注意するのはなかなか難しいという。その理由は、事業所から療養保護士に対し注意をすると、気分を害した療養保護士が担当していた利用者全員を連れて、他の在宅サービス事業所に移動する可能性があるからである。それで、利用者確保や療養保護士不足に常に頭を悩ませる在宅サービス事業所の経営者は、療養保護士の仕事態度について指摘・注意することが難しく、療養保護士の仕事教育をできない状況にあった。在宅サービス事業所の経営者たちは、良質の長期療養サービスを利用者に適切に提供されるためには、国家が責任をもって療養保護士の教育を実施し、管理する必要があると訴えた。

念のために言及しておく、療養保護士の立場からすると、長興郡では50代から70代までの中高年女性が多くを占めており、実際にサービスの提供にあたって体力の問題など多くの限界が存在する。また、今はだいぶ減ったそうだが、利用者の家族から仕事以外のこ

⁷⁴⁹ 保健福祉部老人長期療養保険推進団（2008）前掲、2 ページ。

とも要求されたこともあるそうで、療養保護士のとる行動には、老人長期療養保険制度が生み出す構造的な背景が存在するのであり、そういったことの改善なくして、療養保護士の質の向上は難しいであろう。

(5) マチュムサービスの実態

次に、等級外の者に提供されるマチュムサービスの実態である。要長期療養認定調査から要長期療養認定を受けられなかった者は、原則的に保険制度による長期療養サービスを利用することができない。その代わりに彼らは、地域社会の予防ケアサービスであるマチュムサービスを利用することができる。

マチュムサービスについて保健福祉部は「需要者（長期療養ニーズがある者）中心の老人ドルボムサービスの体系として、安否確認・家事サービス中心のサービスから、個々人のニーズとケアの必要性に応じた多様なサービスが提供される」と説明した⁷⁵⁰。

ところが、聞き取り調査の結果、現在、マチュムサービスを利用している者のうち、以前の老人ドルボム総合サービスを利用していた既存の利用者（等級外 A・B）の不満が多いという話を多数聞いた。話によると、以前は、要長期療養認定調査で等級外 A・B の判定を受けた者で、満65歳以上で世帯所得中央値が 160 %以下⁷⁵¹であると、老人ドルボム総合サービスを利用して、保険制度の訪問療養サービスと類似のサービスが受けることができたという。受けられたサービス時間は月27時間または36時間で、自己負担金はあったものの、満足度が高かった。

しかし、マチュムサービスに変わってから、自己負担金はなくなり、対象者も拡大されたが、サービスの時間短縮、サービス内容と提供人員の変更などにより、サービスの質はむしろ低下したというのが調査対象の共通的な意見であった。

⁷⁵⁰ 保健福祉部報道資料、前掲（2019年10月11日付）3ページ、保健福祉部報道資料、前掲（2020年1月2日付）1-2ページ。

⁷⁵¹ 2019年には、1世帯の所得中央値は約171万ウォンで、1世帯の所得中央値160%は約273万ウォンであった。保健福祉部告示第2018-144号。

「生活指導士がサービスを行っているけど、その人たちは安否だけ確認して、以前の療養保護士のようにサービスをしないから、利用しない、したくないと不満を言う人が多い。」（D 機関 機関長）

「総合サービスを受けていた利用者からすると、マチュムサービスに代わってサービスの質が落ちたと思います。（一日）2時間のサービスを受けていたのが、今は30分しか受けられないから。」（E 機関 機関長）

「要長期療養認定が下りなかった人にはマチュムサービスを提供していますが、生活指導士がサービスを提供しているから、嫌だという方もいますし、要らない、療養保護士に変えてくれという方もいます。でも、私たちがすぐ解決できる問題ではないじゃないですか。（中略）生活指導士は以前の療養保護士がやっていたサービスを提供しないから、不満がもっと多いそうです。（中略） 全体的なサービスの質は落ちましたが、その代わりに金額に対する負担はなくなりました。」（A 役所）

「今年からマチュムサービスに変わったんですが、以前からサービスを受けていた利用者は、以前のサービス並みのサービスの質を求めています、できません。以前の基本サービスは安否確認で、総合サービスは週2回、一日2時間くらいの訪問療養サービスと同じサービスを療養保護士が提供しました。それくらいだけでも喜ぶ利用者が結構いましたが、マチュムサービスは、施行初期でもあるし、今はサービスがついていけません。」

（D 役所）

不満や批判の声は、利用者だけではなく、マチュムサービス事業を担当している役所からも寄せられた。

「生活指導士はもっと教育を受けて、使命感を持つべきですが、今は単なる職だと思う人が多いです。療養保護士のように資格を要求しているわけでもないし、やりたい人は誰でも申請してやりなさいということ自体が…。これは福祉の仕事だし、人が人に対する仕事なのに、職業に関する何の現在もないことがとても残念です。」（A 役所）

「マチュムサービスがとても急に施行されたのではないかと思います。去年下半期から急に推進されましたが、何か成果を出すためではないかと、そういうふうにしかな考えられません。私たちにサービスに関する教育も十分に行われていません。市・郡の担当者にはあるかもしれませんが、邑・面役所の担当者には指針だけある水準です。今までは新規申請がなかったのですが、申請手続きに関する指針もまだないです。3月初めから新規申請が始まりますが、すべてが急いで進められている気がします。」（C 役所）

まだ、施行初期ではあるが、現場ではマチュムサービスに関する様々な問題が浮き彫りになっていた。それでは、なぜ文在寅政権下で急にマチュムサービスが推進されたのか。その背景について役所職員に伺ったが、残念ながら正確な推進背景についての話をきくことはできなかった。だが、老人ドルボム基本・総合サービスが実施されていた時に国は、財政問題を抱えていたという情報を得ることができた。以下は郡庁職員の話である。

「基本・総合サービスの方が費用がもっと多くかかりました。国としては費用問題が大きかったです。確実に、費用の差があると、そういうふうになっています。財政的に少しマシになりました。総合サービスを中止したので。」（A 役所）

この話を裏付けるように、実際のマチュムサービスでは、サービスの時間短縮とサービス内容の変更、そしてサービスの提供人員の変更などを用いて財政の安定化を図っている。それによって等級外の者に提供されていた以前のサービスよりも質が低下し、事実上、後退していると言える状況であった。

4. 調査のまとめ

本研究では、長期療養サービスの質の向上と関連従事者の待遇改善、そしてサービスの保障範囲と対象者の拡大のために文在寅政権下で進められている老人長期療養保険制度改革に着目し、実際にそれらの改革の効果が長期療養サービスの脆弱な過疎地においても十分に行き渡っているのかを明らかにするため、長興郡における長期療養サービスの実態調査を行った。その結果をまとめると以下の通りである。

まず、長期療養保険制度の軽減率及び軽減対象者の拡大は、以前に比べると自己負担金で長期療養サービスを利用できない人が少し減っており、これは高く評価できると考えられる。ところが、応益負担に基づいた自己負担金については、依然として長期療養サービスの利用における大きな阻害要因となっていた。そして、自己負担金を家族が支払っている場合、入所または入院期間が長くなると、経済的負担から利用（患）者を正常運営しない、より安い施設に移動させたり、無理やりに療養病院から退院させたりして、利用（患）者の健康状態が悪化し、死亡に至るケースもあった。

老人長期療養サービスの等級認定については、聞き取り調査では、近年でも等級認定を受けることが難しく、認定がなかなか下りないことでサービスを受けられない人が多いという意見が多かったが、実際の長興郡における65歳以上の要長期療養認定は年々増加傾向にあり、公的データと現場の間で、認定に対するギャップが生じていた。確かに、65歳以上の要長期療養認定は年々増加しており、これは高く評価できる点であると考えられる。しかし、その内訳をみると、在宅サービスを利用できる在宅給付（主に4等級）と予防ケアサービスが利用できる等級外が全体認定率のうち、半分以上を占めており、施設サービスを利用できる施設給付（1・2等級）は全体認定率のうち、約5%しかない。しかも年々低下傾向にあり、事実上、文在寅政権においても軽度化が進んでいると言える傾向があった。

老人長期療養保険制度の在宅サービスの利用実態については、受けられるサービスの時間と内容などは公団側によって決定されるが、利用者、特に生活保護受給者のニーズが十分に反映されているとは言い難く、現行の在宅サービスの内容は長期療養ニーズを満たす

には十分ではなかった。それによって、健康状態が悪化し、生活の質が落ちる状況に置かれている利用者が少なくなかった。

老人長期療養保険制度の在宅サービスの提供実態については、長興郡では在宅サービスのほとんどが民間によって提供されていた。しかし、利用者の確保が難しいことから、入所（院）サービスが必要な利用者を訪問療養事業所（訪問療養保護士）が手放さないことで、利用者に適切なサービスを提供できない問題が起きていた。このように、市場競争による利用者の選択権は必ずしも行使されているとは言い難く、逆に療養保護士が利用者を選択し、手厚い長期療養サービスが必要な利用者や家族がいる利用者、そして男性利用者は忌避されていた。

最後に、2020年1月から始まったマチュムサービスの実態は、既存の老人ドルボム総合サービスよりむしろ後退した。2019年まで、長期療養判定から等級外の認定を受けた者には、保険制度の訪問療養サービスと類似のサービスが療養保護士から提供された。ところが、2020年からマチュムサービスに新しく変わったことで、サービスの内容と提供者の変更、そしてサービスの時間の短縮などが行われ、従来のようなサービスが受けられなくなっていた。それで、サービスの利用を拒否する人も出るなど、利用者の不満が高かった。それだけではなく、サービスの急な推進により、担当役所職員と生活指導士に対する教育も十分に行われていなかった。

第2節 文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の検討

2017年5月に発足した文在寅政権では、今までほとんど民間に任せられていた長期療養市場を改善し、また、より多くの人たちが長期療養サービスを享受することができるようにするため、長期療養サービスの保障範囲及び対象者を拡大し、かつ長期療養サービスに対する国家の責任及び役割、かつ公共性を強化する老人長期療養保険制度改革を進めている。以前の政権ではなかったこうした改革の取り組みは、それ自体で高く評価されるべきであると考えられる。そして、長期療養サービスの受給者の拡大政策により、実際にも受

給者の数は増加しており、こうした文在寅政権の漸進的な努力も高く評価される点であると考えられる。

しかし、老人長期療養保険制度改革は、まだ推進中であることもあり、「民営」から「公営」への転換はしきれておらず、長興郡の事例で明らかになったように、文在寅政権下でも依然として長期療養等級認定における軽度化が進んでおり、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の実質的な内容と施行は、少なくとも長期療養サービスの脆弱な過疎地域においてはまだ不十分な段階であり、むしろ後退したところもあると言える。そこには次のような理由があると考えられる。

まず、長期療養等級認定の軽度化については、第一に、財政運営と認定調査の両方を行っている国民健康保険公団が費用統制のために軽度化を進めているからだと考えられる。これは、2017年度の国民健康保険公団の監査の際に、公団の理事長がある程度認めた事実でもある⁷⁵²。文在寅政権下でも軽度化が進められているということは、依然として軽度化による費用統制が行われていることを意味する。筆者は、その背景に老人長期療養保険の財政悪化があると考えられる。

老人長期療養保険の財政は2016年の当期収支、2017年の当期純利益が赤字に転換された。その背景は、利用者の増加傾向につれ、支出も増加しているが、2010年から2017年まで保険料は凍結され、公費負担も法定基準の20%より少なかったからである⁷⁵³。そして、国会予算政策処の老人長期療養保険財政の分析によると、老人長期療養保険の積立金は2022年に枯渇されると予想されている⁷⁵⁴。

老人長期療養保険の積立金の枯渇の危機と財政の赤字転換という状況下で文在寅政権では、2017年まで凍結されていた保険料を引き上げる一方で、長期療養等級の認定の軽度化を通じて老人長期療養保険財政の安定化を図っていると考えられる。

⁷⁵² 制度施行から1・2等級の認定者が減り続けていることについて、議員は、国がお金を減らすためにそういうふうに行っているのではないかと国民健康保険公団の理事長に質問した。その質問に対し、理事長は「そういう蓋然性があります」と答えた。国会事務処（2017）「2017年度国政監査保健福祉部委員会会議録」43ページ。

⁷⁵³ 国会事務処（2020）「2020年度国政監査保健福祉部委員会会議録」42ページ。

⁷⁵⁴ 国会予算政策処（2018）「2018～2027年老人長期療養保険財政展望」51ページ。

第二に、老人長期療養保険制度の受給者拡大に必要な財源確保の具体的な計画がないゆえに、必要な予算が確保されないまま、限られた財源で受給者拡大を進めている結果であると考えられる。

文在寅政権では、老人長期療養保険制度の保障範囲の強化に伴い、同制度の受給者拡大を推進している。ところが、それに関する具体的な財源確保の計画は定められていない。国会予算政策処が指摘しているように、老人長期療養保険法第6条（長期療養基本計画）に基づき、保健福祉部長官は高齢者等に対する長期療養給付を円滑に提供するため、5年ごとに樹立・施行する長期療養基本計画に、年度別の長期療養給付対象者及び財源確保計画を含めなければならない⁷⁵⁵。

しかし、2018年に策定された「2018-2022 第2次長期療養基本計画」には、認知支援等級の新設や自己負担金の緩和などを通じて、2022年まで全体高齢者人口の9.6%まで受給者を拡大するとの計画は含まれているが、それに必要な財源確保方法については、「現在18%水準である長期療養保険に対する公費負担比率の拡大を推進」と「急増する長期療養保険の財政支出に備えて別途積立金の確保の可否などを検討」とが示されているだけである⁷⁵⁶。

老人長期療養保険財源の確保方法として挙げられている公費負担の場合、本来、当該年度の保険料の見込み収入の20%を負担しなければならない、それは、老人長期療養保険制度を円滑に運営するための国家の義務である。文在寅政権下で、公費の金額及び比率が年々増加しているのは確かであるが、そこに受給者拡大のための必要な予算がどれくらい繁栄されているのかは定かではない⁷⁵⁷。もし、公費に受給者拡大の予算が含まれていたと

⁷⁵⁵ 国会予算政策処（2018）前掲、68ページ、脚注52。

⁷⁵⁶ 保健福祉部（2018a）前掲、11、29ページ。

⁷⁵⁷ 保健福祉部の2018年-2021年の予算及び基金運用計画の老人長期療養保険事業運営の内訳をみると、老人長期療養保険運営支援、公務員・教職員などの長期療養保険料国家負担金、その他の医療給付受給権者の給付費用の国家負担金、老人長期療養保険の事業管理、長期療養機関の財務会計プログラム運営となっていた。保健福祉部（2018-2021）「2018年度-2021年度の保健福祉部所管 予算及び基金運用計画の概要」。

しても、法定基準の20%も満たない水準では、受給者拡大どころか、老人長期療養保険制度を適正に運営するにも少し無理がある。

公費負担を通じて受給者拡大を実現するためには、まず、法定基準の20%の公費を確保した上で、受給者拡大に必要な予算をプラス α として支援しなければならない。ところが、文在寅政権では、受給者拡大のための必要な財源確保の具体的な計画を示さず、それゆえ、必要な予算が十分に確保されたとは言えない限られた財源の中で受給者拡大を進めており、その結果、長期療養等級認定の軽度化が行われているのではないかと考えられる。

次に、文在寅政権が進める改革による長期療養現場の改善が、長期療養サービスの脆弱な過疎地においてはまだ不十分な段階である理由については、まず、第一に、老人長期療養保険制度改革における自治体の役目は大きいですが、国家による後押しが不十分であることが考えられる。文在寅政権では、長期療養サービスの直接提供と長期療養従事者の直接雇用を通じて、民間に任せられていた長期療養サービスにおける国家の責任を強化し、また長期療養サービスの質の向上と長期療養従事者の待遇の改善を図るために社会サービス院の設立を進めている。長興郡が属されている全羅南道においても現在、社会サービス院の設立が進められている。

先述したが、社会サービス院は長期療養サービス機関を直接設置しない。社会サービス院は自治体が設置した機関を委託運営するだけである。長期療養サービスにおける公共性を強化するためには、各自治体が責任を持って公立機関を設置しなければならない。しかし、高齢化率は高いが財政自立度が低い長興郡のような自治体では、長期療養サービス機関の設置はそう簡単ではない。実際に長興郡では、予算不足で地域社会で提供されるドルボムサービスの時間が途中で短縮されたことがある。また、認知症国家責任制により、認知症専門施設の設立も計画したものの、財政問題で2年間、施設の設立が止まったままの状態にある。

老人長期療養保険制度の導入推進の当時、長期療養サービスの提供は本来、公立機関が主導して行う計画であった。ところが、自治体の財政不足などを理由に、公立機関は当初の計画通りに設置されなかった。結局、公立機関の代わりに民間機関、特に個人事業主が

経営する機関が多く設置されるようになった。その結果、長期療養機関は国内で均一に設置されず、長期療養機関が密集している都市地域などでは過当競争、サービスの質の低下、長期療養従事者の待遇悪化などの様々な問題が生じた。近年の文在寅政権の老人長期療養保険制度改革は、まさに、こうした問題を改善するために進められていると言える。

文在寅政権の老人長期療養保険制度改革における自治体の役割は大きく、かつとても重要である。しかし、自治体の力だけではそういった役目を果たすことができない自治体もある。長興郡のような自治体が、地域社会における長期療養サービスの提供の責任主体となり、かつ、どの地域においても要長期療養者が良質の長期療養サービスを適切に受けられるようにするためには、実質的に必要な財政と人員などを国家が後押しする必要がある。これが文在寅政権の老人長期療養保険制度改革における国家のなすべきことではないだろうか。

第二に、長期療養サービスの公共性の強化と保障範囲及び対象者の拡大を掲げている諸政策に、高齢化社会における高齢者の医療費及び長期療養費の抑制を図る意図が内包されていることである。高齢者の医療費の継続的な増加と老人長期療養保険の赤字転換などを背景に、文在寅政権においても以前の保守政権と同様に高齢者の医療費及び長期療養費を抑制する政策が続いている。その代表がコミュニティケアとその一環として実施されているマチュムサービスである。

特に、コミュニティケアの場合、類似の地域包括ケアシステムが実施されている日本では、地域包括ケアシステムに対して「介護保険制度の給付を削減しながら、それらを住民も担い手となる地域ごとの支援事業に置き換えていく、いわば地域支え合い、住民助け合いの仕組みの再構築」との批判⁷⁵⁸やまた、「医療・介護の公的責任を縮小し、医療・介護の自己責任化を進める政策であり、病院や施設サービスを抑制するために、在宅や地域への押し戻しを推進するものである」との指摘がすでに出ている⁷⁵⁹。

⁷⁵⁸ 横山 壽一（2015）「医療・介護の一体的見直しがねらうもの（特集 医療・介護大改悪と憲法25条）」『経済』 Vol.237、17ページ。

⁷⁵⁹ 井口 克郎（2018）前掲、29ページ。

ところが、コミュニティケアを推進している保健福祉部は、コミュニティケアを日本・イギリスなどの先進諸国で実施されている先進国型福祉体系であると紹介しながら⁷⁶⁰、高齢者の医療費・長期療養費の抑制を図る手段としてコミュニティケアに力を入れている。文在寅政権の老人長期療養保険制度改革下でも、予防ケアサービスがむしろ後退したのはまさにこれが理由であると考えられる。

長期療養サービスにおける国の責任及び公共性の強化と保障範囲及び対象者の拡大を強調する一方で、高齢者の医療費及び長期療養費の抑制を優先とする矛盾した政策は、文在寅政権が強調する健康権を含む国民の基本権の保障に繋がらない。それだけでなく、文在寅政権の福祉理念とも合致しない。文在寅政権が真に国民の健康権を保障し、かつ福祉理念を実現するためには、高齢者の医療費及び長期療養費を抑制するために実施されている先進諸国の政策を標榜し、それをトップダウンで進めることではなく、国民一人一人が自ら生活する場所と必要なサービスを選択し、尊厳をもって生きることができるように、最も脆弱な階層を含む全階層における自己決定権を保障し、健康に関連するすべての意志決定における人々の参加を現場で確実に実現することを目指すべきであろう。

⁷⁶⁰ 保健福祉部報道資料、前掲（2018年3月12日付）、2ページ。

終章 健康権の実現手段としての老人期療養保険制度の評価と展望

本章では、筆者が行った実態調査などが明らかにした長期療養現場の状況や長期療養保障制度のあり様を、健康権の理念や規定に照らして評価する。その上で、健康権の実現のために必要な老人長期療養保険制度の改善点を提示し、その実現を展望する。

第1節 健康権の実現手段としての老人期療養保険制度の評価

一般的意見14の締約国の義務内容に照らし、本研究が実施した実態調査から明らかになった内容を踏まえて、長期療養保障制度を評価すると、韓国政府、つまり、文在寅政権は以下の義務の履行が不十分な状態である。

1. 保護する義務

一般的意見14は、「保健分野の民営化が保健施設、物資及びサービスの利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質を低下させる要因にならないことを確保すること」を締約国に義務付けている（一般的意見14パラグラフ.35）。韓国では、長期療養サービスを民間機関が主導する市場に任せたことにより、提供機関及びサービスの均一な配分が確保されているとは言い難い状況にある。文在寅政権では、長期療養サービスに対する国家の責任と義務、そして公共性を強化し、民営から公営への転換を目指している老人長期療養保険制度の改革を進めているが、脆弱な過疎地域では、そういった転換はまだできておらず、依然として、長期療養サービスの供給のほとんどを民間事業者が行っている。そして、この点は、充足する義務と関連して、地域間における長期療養サービスへのアクセスの不平等問題が生じており、特に、長期療養機関及びサービスの不十分な地域における要長期療養者のサービスの利用可能性及びアクセス可能性が制限されていると言える。

2. 充足する義務

充足する義務には、国家の義務として「すべての者にとって支払可能な公的、民間又はその混合の健康保険制度の提供」を課している（一般的意見14パラグラフ.36）。国家は平等の原則に基づき、長期療養サービスに対する支払いは、社会的不利な状況にある集団も含めてすべての者にとって負担可能であることを確保しなければならない（一般的意見14パラグラフ.12（b））。つまり、国家は、長期療養サービスの利用料の算定を、利用者の所得水準を十分に考慮したものにすることで、経済的なアクセス可能性を保障しなければならない。

文在寅政権では、低所得層の利用者の経済的負担を緩和するための軽減範囲を拡大しており、健康権実現のための漸進的な努力を行っていると言える。ところが、自己負担金の支払いは基本的に応益負担となっているため、平等の原則に基づくと、現行の自己負担金は必ずしもその負担を衡平に負っているとは言えない。実際に現在も、自己負担金は長期療養サービスの利用における最も大きな躊躇・阻害要因になっており、経済的なアクセス可能性を保障するためには、より積極的な努力が必要であると考えられる。

3. 促進する義務

健康権は、「自らの健康と身体を管理する」自由権の側面を有しており、国家は「人々が自らの健康について情報を得たうえで選択するのを支援しなければならない」（一般的意見14パラグラフ.8、37）。つまり、国家は健康に対する個人の自己決定権を保障しなければならない。

文在寅政権では、コミュニティケアを進めながら、住み慣れた地域（自宅など）で保健、医療、長期療養、福祉などの必要なサービスを自分のニーズに合わせて受けられると説明している。ところが、現実には、長期療養サービスすら、自分の選択に基づいて受けることができない。

現行の長期療養保険制度下では、要長期療養者が利用できる長期療養サービスの種類及び時間などはほとんど保険者の国民健康保険公団によって決定される仕組みとなっている。

それゆえ、利用者が自ら必要なサービスと時間を選択する余地はあまりない。それだけでなく、長期療養市場で発生しうる利用者の取り合い競争や情報の非対称性などの問題もあり、現行の長期療養保険制度下では、肝心の自ら自分の長期療養ニーズに合わせて受けられるサービスの内容と時間を選び、自らの健康と身体をコントロールする権利は十分に保障されているとは言えない。

4. 無差別及び平等の取り扱い

一般的意見14は、「医療及び健康の基礎となる決定条件へのアクセスにおいて、また、それを得るための手段及び権利に関して」いかなる差別を禁じている。それに加えて、「健康権の平等な享受及び行使を無効にし、また、妨げる意図または効果をもついかなる差別をも禁じている」（一般的意見14パラグラフ.18）。

しかし、本研究が実施した調査では、社会的・経済的脆弱者である生活保護受給者が、一般利用者比べて、受けられる訪問療養サービスの時間と回数において制限を受けていた。また、サービスの変更申請の手続きも一般利用者とは異なるなど、事実上、長期療養サービスの享受において、差別と言える取り扱いを受けていた。これは、無差別及び平等の取扱い、そして、深刻な資源の制約時でも社会の脆弱な構成員を保護するよう義務付けている中核的義務を履行しているとは言えない状況である（一般的意見3パラグラフ.12、一般的意見14パラグラフ.18）。

5. 後退的措置

国家は健康権の完全な実現に向けて措置を取る即時かつ継続的な義務を負っており、健康権に関して取られる後退的措置は許容されない（一般的意見14パラグラフ.30-32）。しかし、近年、韓国では、等級外の判定を受けた者に提供される地域社会の長期療養サービスの質が後退したと言える状況にある。質的調査であきらかになったように、2020年1月から始まったマチュムサービスは、利用料が無料となり、対象者数も拡大されたが、他

方で、サービスの時間短縮、サービス内容の変更、提供人員の変更及び教育の不十分などにより質が低下し、むしろこれまで受けてきたサービスより後退したと言える。

国家は、こうした後退的措置を取ったこと、つまり、既存の老人ドルボム総合サービスからマチュムサービスに移行したことが、すべての選択肢を最大限に慎重に検討した後に導入したこと、また、利用可能な最大限の資源の完全な利用という文脈において正当化されることを証明しなければならない（一般的意見14パラグラフ.32）。

第2節 健康権の実現手段としての老人長期療養保険制度の展望

大韓民国憲法は、福祉国家の実現を志向し、個人が有する不可侵の基本的人権を確認し、これを保障する国家の義務を明記している（憲法前文と第10条）。しかし、韓国憲法裁判所は、国民の基本的人権を保障する国家の責務について、立法部の広範な裁量を認めている。

福祉国家の実現のためには、社会保障に対する国家の財政支出の画期的な拡大が必要不可欠である。ところが、韓国では、国家の財政負担を最小化する社会保険制度を中心に社会保障制度が発展してきており、長期療養政策も同様である。

老人長期療養保険制度の導入前には、国家は最小限の財政支援だけを行い、実質的な高齢者の長期療養は家族と民間が担っていた。同制度の導入後には、老人長期療養保険法第58条に基づき、国家は当該年度の長期療養保険料の見込収入額の100分の20に相当する金額を負担しなければならないが、国家はこれまで保険料の見込収入額の100分の20に満たない公費を負担してきた。それだけでなく、長期療養市場への国家の介入を最低限にし、長期療養サービスの提供を民間に任せていた。

老人長期療養保険制度の運営の基本方針を「公営」へと転換し、また、同制度が健康権を実現する手段として機能するためには、何よりも安定的な財源確保が必要である。そのためには、長期療養サービスの抑制・後退を通じた財政節減ではなく、所得税・法人税な

どの直接税の引き上げによる財源の確保が重要である⁷⁶¹。しかしながら、韓国では、選別主義的な社会保障に対する賛成意見より反対意見の方が多いが、社会保障のための税金を増やすことに対しては賛成意見と反対意見が対立しており⁷⁶²、増税はそれほど簡単ではない。そして、増税に対する政治的な負担も大きいと考えられる。それゆえ、国民の健康権の保障のための財源を確保するためには、まず、増税に対する社会的な合意を形成しなければならない。

そのため、第一は、医療・長期療養サービスの脆弱な地域を含むあらゆる地域においてあらゆる分野の人たち及び市民団体などが連携・協力して健康権の保障運動を活発に行う必要がある。諸団体の連帯した大規模の運動は、社会と政治に直接的な影響を与える良い手段の一つである。前半で紹介したように、韓国では、1980年代から1990年代にかけて、農民、医療、労働、女性、宗教団体など多様な団体が連帯して健康権の確保運動を導き、様々な成果をあげてきた。当時、健康権の確保運動を行った「キリスト青年医療人会」、「人道主義実践医師協議会」、「健康連帯（2003年に解散して、その後、健康セサンネットワークに発足）」、「参与連帯」、「経済正義実践市民連合」、「全国民主労働組合総連盟」などは、現在も連携・協力しながら活発な活動を続けている。社会的な合意を形成し、また、政治（家）に対して、健康権を保障するための十分な財源を確保するよう下か

⁷⁶¹ 韓国の税収が GDP に占める割合は OECD 平均より低い。2020年の OECD の平均税収の対 GDP 比は、33.5%で、韓国の税収の対 GDP 比は、28%であった。また、2019年の OECD の平均所得税の対 GDP 比は、8.0%で、韓国の所得税の対 GDP 比は、4.8%であった。同年の OECD の平均法人税の対 GDP 比は、3.0%で、韓国の法人税の対 GDP 比は、4.3%であった。そして、2019年の韓国の雇用主の社会保障費用（Employers' Social security contributions）の対 GDP 比は 3.3%であった。OECD（2021）「Revenue Statistics 1965-2020」65、72-73、127 ページ。

⁷⁶² 韓国保健社会研究院とソウル大社会福祉研究所が 6,331 世帯を対象に調査した「2019年韓国福祉パネル基礎分析報告書」によると、2018年現在、「福祉は貧しい人々にのみ提供されるべきだという意見に同意」の結果は、「同意も反対もしない」が 22.4%で最も多く、次に「反対する」（38%）、「同意する」（27%）、「とても同意する」（6.3%）、「とても反対する」（6.2%）となっていた。また、「社会福祉のために税金を増やすべきだという意見に同意」の結果は、「同意も反対もしない」が 34%で最も多く、次に「同意する」（30.7%）、「反対する」（29.7%）、「とても同意する」（2.7%）、「とても反対する」（2.7%）となっていた。韓国保健社会研究院・ソウル大社会福祉研究所（2019）「2019韓国福祉パネル基礎分析報告書」175-177 ページ。

ら圧力をかけるためには、こうした諸団体の連帯した大規模の健康権の保障運動が必要であると考えられる。

第二に、健康権の観点に立って長期療養保障制度を分析する研究が活発に進められなければならない。長期療養保障制度を通じて実際に要長期療養者の健康権が保障されているかどうかを評価するためには、実態調査を行い、それを健康権に照らして分析する研究が必要である。そして、そこから浮かび上がってきた諸問題と課題について学者などは、健康権に基づいて方案を提示し、また、その論争を主導して、健康権の問題が政治的な議題として取り上げられるようにしなければならない。

最後に、国家は国民の健康権を保障するために、まず、必要かつ具体的な対策と財政を提示しなければならない。必要な財源を確保する方法としては、まず、所得の不平等問題を改善し、所得再分配の効果がある、所得税、法人税のような直接税を漸進的に引き上げることが良いと考えられる。国家は、こうした財源を確保する根拠として健康権を用いる必要があるとあり、また、増税に対する社会的な合意を形成し、かつ国民の支持を得るためには、上記で挙げた諸団体と協力する必要がある⁷⁶³。

第3節 本研究の限界と課題

本研究は、健康権の観点から韓国で長期療養保障がどのように発展してきたのかを検討するとともに老人長期療養保険制度運営の基本方針に着目して、その基本方針を「民営」にしていた朴槿恵政権と「公営」としている文在寅政権の時期をまたいだ長期療養サービス現場の質的調査を実施し、韓国の長期療養サービスの現場の実態を明らかにした。

特に、本研究は、今まで「民営」で提供されていた長期療養サービスを、「公営化」を目指して推進されている文在寅政権の老人長期療養保険制度改革に着目し、文在寅政権下で同改革が推進されるようになった背景とその具体的な推進内容を検討し、実際に同改革を通じて、長期療養市場がどのように変化・改善されたのか、そして、同改革の効果が長

⁷⁶³ Lee Sang Yi (2008) 前掲、64ページ。

期療養サービスの脆弱な過疎地においても十分に行きわたっているのかを、筆者が実施した長期療養市場の実態がわかる最新の実態調査を用いて明らかにした。そして、筆者が行った実態調査などが明らかにした長期療養現場の状況や長期療養保障制度のあり様を、健康権の理念や規定に照らして評価した。

筆者が実施した朴槿恵政権下における長期療養サービス現場の実態調査は、老人長期療養保険制度の運営の基本方針が「公営」に転換される以前の韓国の長期療養サービス現場がどのような状況に置かれていたのかを詳細に見せてくれるため、文政権の改革の背景を理解する上で参考になる調査である。ところが、朴槿恵政権から文在寅政権の時期をまたいだ長期療養サービス現場の実態調査は、調査地域と対象者が異なっており、調査の結果を単純比較するのは難しい。

そして、文在寅政権の老人長期療養保険制度改革はまだ推進中であり、施行されていない政策がある。その上、本研究が実施した実態調査は、一部の地域に限定して行った調査であるため、必ずしも文在寅政権の改革を全体的かつ綿密に分析したとは言い難い。それゆえ、引き続き、多様かつ広範な実態調査により、老人長期療養保険制度改革の長期療養現場への影響を考察し続ける必要がある。

「付記」

「長期療養機関の経営実態に関する調査」及び「長興（チャンフン）郡における長期療養現場の実態に関する調査」にご協力下さった方々に、この機会を借りて厚く御礼申し上げます。

「장기요양기관 운영 실태에 관한 조사」와 「장흥군의 장기요양현장 실태에 관한 조사」에 협력해 주신 모든 분들께, 이 자리를 빌려 감사의 말씀 드립니다.

「参考文献」

「日本語文献」

阿部 浩己他 1 人（1997）『テキストボックス国際人権法』日本評論社。

井上 英夫（1991）「健康権と医療保障」『現代日本の医療保障 講座日本の保健・医療 第2巻』労働旬報社。

井上 英夫（2009）「健康権の意義と課題」『生存学研究センター報告9 健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』 69-81 ページ。

井上 英夫（2009）『患者の言い分と健康権』新日本出版社。

井口 克郎（2017）「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』 Vol. 33（1） 5-32 ページ。

井口 克郎（2018）「医療・介護保障の抑制・後退政策と対抗軸 - 日本における「健康権」の普及と確立を」『経済』 Vol. 227、新日本出版社、 28-41 ページ。

小川 政亮（1973）「「健康権」と社会保障」『公衆衛生』 Vol. 37（1）、 23-30 ページ。

小川 政亮（1973）「公費医療からみた「健康権」」 24-29 ページ。

小川 政亮（1989）「生存権と医療生協一生協規制、特に員外利用禁止の不当性について」『日本福祉大学研究紀要第 79 号』 1-24 ページ。

芝田 英昭ほか（2020）『検証介護保険施行20年—介護保障は達成できたのか』自治体研究社。

下山 瑛二（1973）「「健康権」—その概念確立のための必要性と可能性」『ジュリスト』 Vol. 538、 19-23 ページ。

下山 瑛二（1979）『健康権と国の法的責任—薬品・食品行政を中心とする考察』岩波書店。

申 恵丰（1996）「（翻訳）『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見」『青山法学論集』 Vol. 38（1）。

申 恵丰（1999）「（翻訳）『経済的・社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見(2)」『青山法学論集』 Vol. 40（3・4）。

申 惠丰（2000）「（翻訳）『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見（3）」『青山法学論集』Vol.42（2）。

申 惠丰（2002）「（翻訳）『経済的、社会的及び文化的権利に関する委員会』の一般的意見（4）」『青山法学論集』Vol.43（4）。

唄 孝一（1973）「「健康権」についての一試論」『公衆衛生』Vol.37（1）、10-14 ページ。

西 三郎（1973）「「健康権」を提唱する」『ジュリスト』Vol.538、16-18 ページ。

西成田 豊（2000）「『新自由主義＝規制緩和の経済学』批判」『一橋論叢』Vol.124（6）、735-744 ページ。

洪シネ（2016）「韓国老人長期療養保険制度における介護の市場化・営利化に関する研究—長期療養機関の経営主体別分析から—」神戸大学大学院、修士論文。

洪シネ（2019）「韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の実質的変化—介護施設の運営状況に関する実態分析から—」『医療福祉政策研究』Vol.2（1）、87-111 ページ。

洪シネ（2021）「文在寅政権の老人長期療養保険制度改革の検討—韓国の全羅南道長興（チャンフン）郡を事例に—」『神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要』Vol.15（1）、11-29 ページ。

松井 芳郎編著（2009）『ベーシック条約集2009』東信堂。

D. ハーヴェイ（2005）（渡辺治監訳（2007））『新自由主義—その歴史的展開と現在（A Brief History of Neoliberalism）』作品社。

棟居 徳子（2005）「健康権（the right to health）の国際社会における現代的意義 - 国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に—」『社会環境研究』Vol.（10）、61-75 ページ。

棟居 徳子（2009）「日本における健康権保障の現状：健康権の指標からみた日本」『生存学研究センター報告9 健康権の再検討：近年の国際的議論から日本の課題を探る』38-50 ページ。

横山 壽一（2015）「医療・介護の一体的見直しがねらうもの（特集 医療・介護大改悪と憲法25条）」『経済』 Vol. 237、新日本出版社、14-22 ページ。

ユ シミン（2016）『ボクの韓国現代史 1959-2014』三一書房出版社。

「韓国語文献」

「アルファベット順」

Bae Jun Ho（2015）「国民年金制度の導入（1968-1986）（국민연금 제도의 도입(1968-1986)）」『社会保障学会定期学術大会』 Vol. 2015(1)、5-17 ページ。

Byun Young Woo（2010）「農村地域の在宅サービスの利用実態による問題点と改善方案（농촌지역의 재가서비스 이용실태에 따른 문제점 및 개선방안）」『韓国社会保障学会』 Vol. 26(3)、283-308 ページ。

Cha Heung Bong（2010）「韓国の老人福祉政策と家族の役割（한국의 노인복지정책과 가족의 역할）」『韓國家庭管理学会学術発表大会資料集』 3-14 ページ。

Cheon Kwang Seok（2014）『韓国社会保障法論第10版』チプヒョンジェ。

Choi Byeong Ho 他 4 人（1999）「保健福祉ビジョン 2010- 生産的福祉共同体具現 -（보건복지비전 2010 : 생산적 복지 공동체 구현 생산적 복지공동체 구현）」韓国保健社会研究院。

Choi Hee Young・Ryu So Yeon（2017）「我が国の老人たちの未充足の医療の類型別の関連要因（우리나라 노인들의 미충족 의료 유형별 관련요인）」『保健医療産業学会』 Vol. 11（2）、65-79 ページ。

Choi Ok Geum・Kim Bong Sun（2013）「国民年金の障害一時保障金の改善方案（국민연금의 장애일시보상금 개선방안）」『韓国障害者福祉学』 Vol. 20、103-121 ページ。

Choi Seung Hwan（1998）「人権条約の効用性：国際人権規約を中心に（인권조약의 효용성 : 국제인권규약을 중심으로）」『国際人権法』 Vol. 2、19-38 ページ。

Choi Sung Jae（1988）「（第2課題発表）老人福祉の主要課題とその解決策（「老人政策討論会結果報告書—高齢者社会に備えた老人問題の解決方案—（제2과제발표）老人

福祉의 主要課題와 그 解決策 (노인정책토론회 결과보고서 : 고령화사회에 대비한 노인문제의 해결방안)」)」 政務第2長官室、37-74 페이지。

Cho Hong Jun (1999) 「医療保険の改革運動の成果と課題 (의료보험 개혁운동의 성과와 과제)」 『月間福祉動向』 Vol. 15、14-17 페이지。

Cho Kyung Ae (2007) 「老人長期療養保險法制定過程における市民団体の役割に関する研究 (노인장기요양보험법 제정과정에서 시민단체의 역할에 관한 연구)」 聖公會大學校市民社會福祉大學院、修士論文。

Chon Yong Ho (2012) 「韓國の老人長期療養保險の主要な問題点と改善方案—Gilbert & Terrelの分析項目を用いて— (한국 노인장기요양보험의 주요한 문제점과 개선방안—길버트와 테렐의 분석틀을 중심으로—)」 『韓國地域社會福祉學』 Vol. 43、345-384 페이지。

Chung Hong Won (1998) 「國民年金改正法案 (1998. 12) に対する分析、評価 (국민연금 개정법안 (1998. 12) 에 대한 분석, 평가)」 『韓國社會政策』 Vol. 5(2)、189-219 페이지。

Chung In Seop (2012) 『新國際法講義—理論と事例 (新국제법 강의)—第3版』 博英社。

Chung Moo Kwon (1993) 「國家自律性、國家能力、社會保障政策—維新體制の年金制度と醫療保險政策を中心に— (국가자율성, 국가능력, 사회보장정책—유신체제의 연금제도와 의료보험정책을 중심으로—)」 『韓國行政學報』 Vol. 27 (2)、493-516 페이지。

Chung Moo Kwon (2002) 「金大中政府の福祉改革性格の理解—類型論争を中心に— (김대중 정부의 복지개혁 성격의 이해—유형논쟁 중심으로—)」 『批判社會政策』 Vol. 11、109-161 페이지。

Chung Moo Kwon (1996) 「韓國の社會福祉制度の初期形成に関する研究 (한국 사회복지제도의 초기형성에 관한 연구)」 『韓國社會政策』 Vol. 3 (1)、309-352 페이지。

Eum Hyeong Sik (1999) 「金大中政権 2 年目の社会福祉改革の進行過程についての検討 (김대중 정권 2년의 사회복지개혁 진행과정에 대한 검토)」翰林大学校大学院社会学科期末報告書)。

Gang Sang Gyeong (2008) 「社会福祉実践の民営化、韓国的状況における代案なのか? (사회복지 실천의 민영화, 한국적 상황에서 대안인가?)」『韓国社会福祉学会 2008年度春季学術大会』、151-163 ページ。

Ha Hyun Sun (2015) 「老人長期療養事業評価 (노인 장기요양사업평가)」国会予算政策処。

Han Sang Hie (2010) 「社会権と司法審査—依然として“生成中の権利”の復権のために— (사회권과 사법심사—여전히 “생성 중인 권리”의 복권을 위하여—)」『公法研究』Vol. 39 (1)、94-133 ページ。

Hong Sung Bang (2002) 『憲法学 (헌법학)』玄岩社。

Hur Chang Hwan (2020) 「綺麗な空気を享受する権利の保障に関する憲法的考察—PM2.5の危害性に関する議論を中心に— (깨끗한 공기를 향유할 권리의 보장에 관한 헌법적 고찰—미세먼지의 위해성에 관한 논의를 중심으로—)」成均館大学校法学専門大学院、博士論文。

Hwang Deok Soon (2011) 「韓国の福祉国家の発展と労働 (한국의 복지국가 발전과 노동)」『經濟論集』Vol. 50 (3)、295-337 ページ。

Jang Byeong Yeon (2015) 「基本権保障のための憲法改正の方向—健康権を中心に— (기본권보장을 위한 헌법개정의 방향—건강권을 중심으로—)」『大韓政治学会報』Vol. 23 (4) 1-13 ページ。

Jang Young Soo (2018) 『大韓民国憲法の歴史 (대한민국 헌법의 역사)』高麗大学校出版文化院。

Jang Young Soo (2019) 『憲法学第11版』弘文社。

Jeon Hak Seon (2008) 「国際人権法と憲法裁判 (국제인권법과 헌법재판)」『米國憲法研究』Vol. 19 (1)、171-210 ページ。

Jeon Nam Jin (1982) 「韓国福祉年金制度の政策樹立過程に関する研究 (한국복지연금제도의 정책수립과정에 관한 연구)」 『韓国社会福祉学』 Vol.3、1-18ページ。

Jeong In Seob (2000) 「国際人権規約加入10年の回顧 (국제인권규약 가입 10년의 회고)」 『国際人権法』 Vol.3、1-34ページ。

Jung Jong Sup (2003) 「基本権の概念に関する研究 (기본권의 개념에 관한 연구)」 『ソウル大学校法学』 Vol.44 (2)、1-80ページ。

Jung Jong Sup (2006) 『憲法学原論』 博英社。

Jung Kyung Soo (2000) 「国際人権法の国内適用に関する批判的分析 (국제인권법의 국내 적용에 관한 비판적 분석)」 『民主法学』 Vol. (17)、148-175 ページ。

Jung Kyung Soo (2003) 「(発表文3) 国際人権規約の国内履行実態と増進方案 (国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集) ((발제문3) 국제인권조약의 국내이행 실태와 증진방안 (국제인권법의 국내이행에 있어 문제점 및 대안, 국가인권위원회 심포지엄 자료집))」 国家人権委員会、78-105 ページ。

Kang Byung Ik (2016) 「保守主義政党の福祉国家の戦略—イギリスと韓国の保守主義の福祉政治— (보수주의 정당의 복지국가 전략—영국과 한국의 보수주의 복지정치—)」 『韓国政治研究』 Vol.25 (2)、145-174 ページ。

Kang Miong Sei (2017) 「“ろうそく革命”の希望は何であり、それはどのように実現できるか (“촛불혁명”의 희망은 무엇이었으며 그것은 어떻게 실현할 수 있는가?)」 『議政研究』 Vol.51、6-36ページ。

Kang Eun Na 他4人 (2020) 「2019年度長期療養実態調査 (2019년도장기요양실태조사)」 保健福祉部、韓国保健社会研究院。

Ki Dong Min 議員他12人 (2020年6月19日發議) 「老人長期療養保險法一部改正法律案 (Ki Dong Ming 議員代表發議) (노인장기요양보험법 일부개정법률안)」。

Kim Bo Young (2019) 「スローガンだけの公共性? 文在寅政府の社会サービス政策の評価と代案模索 (구호뿐인 공공성? 문재인 정부의 사회서비스 정책 평가와 대안 모색)」 『批判社会政策』 Vol. 64、7-52ページ。

Kim Boo Chan (2014) 『国際法特講—国際法の争点及び課題— (국제법 특강—국제법의 쟁점 및 과제—)』 寶庫社。

Kim Chang Yup (2013) 「健康と人権韓国的状況と展望 (건강과 인권 한국적 상황과 전망)」 『保健学論集』 Vol. 50 (2)、85-99 페이지。

Kim Chul Soo (2009) 『憲法学新論第19全訂新版』 博英社。

Kim Dae Soon (2013) 『国際法論第17版』 三英社。

Kim Dong Cheol (2017) 「光州民衆抗争—韓国労働階級運動の変曲点 (광주민중항쟁 - 한국 노동계급 운동의 변곡점)」 『マルクス21』 Vol. 22、132-149 페이지。

Kim Dong Hwan (1976) 「健康権と医療制度」 『大韓弁護士協会誌』 Vol. 22、60-65 ページ。

Kim Dong Ho (2011) 「老人福祉対象に応じた選択的老人福祉サービス供給に関する研究 (노인복지대상에 따른 선택적 노인복지서비스공급에 관한 연구)」 祥明大学大学院、博士論文。

Kim Hak Seong (2011) 『憲法学原論 (헌법학원론)』 博英社。

Kim Ho Youn · Joo Jae Hyun (2015) 「国民健康保険統合政策の変動に関する研究—政策流れの修正モデルの適用— (국민건강보험통합 정책변동에 관한 연구—정책흐름 수렴모형의 적용—)」 『韓国政策科学学会報』 Vol. 19 (4)、53-83 ページ。

Kim Jin Gu (2008) 「老人の医療利用と影響要因の分析 (노인의 의료이용과 영향요인 분석)」 『老人福祉研究』 Vol. 39、273-302 ページ。

Kim Jong Bo (2008) 「社会的基本権の具体的な権利性可否 (사회적 기본권의 구체적 권리성 여부)」 『法学研究』 Vol. 49 (1)、75-98 ページ。

Kim Jong Dae (1987) 「全国国民医療保険の政策方向 (전국민의료보험 정책방향)」 『大韓病院協会誌』 Vol. 6 (12)、21-27 ページ

Kim Joo Kyung (2011) 「憲法上の健康権の概念及びその内容 (헌법상 건강권의 개념 및 그 내용)」 『憲法判例研究』 Vol. 12、 137-180 ページ。

Kim Joo Kyung (2013) 「健康権の憲法的な内容とその実現 (건강권의 헌법학적 내용과 그 실현)」 『法学研究』 Vol. 23 (4)、 89-131 ページ。

Kim Gu Yeol 他 2 人 (2014) 「業務上の疾病可否に対する証明責任と勤労者の健康権保障 - 電子産業勤労者たちの職業性癌発病を中心に - (업무상 질병 여부에 대한 증명책임과 근로자의 건강권 보장 - 전자산업 근로자들의 직업성 암 발병을 중심으로 -)」 『共益と人権』 Vol. 14、 49-133 ページ。

Kim Gyo Sook (2010) 「勤労者の健康権 (근로자의 건강권)」 『労働法論叢』 Vol. 19、 171-197 ページ。

Kim Keun Jo (1990) 「韓国老人福祉政策の発展方向 (韓国老人福祉政策의 發展方向)」 中央公務員教育院。

Kim Myoung Hee (2019) 「包容福祉と健康政策の方向 (포용복지와 건강정책의 방향)」 『保健福祉フォーラム』 Vol. 278、 30-43 ページ。

Kim Nam Soon 他 21 人 (共同研究) (2017) 「高齢社会侵入による老人健康現状と保健医療・福祉サービスの提供模型 ((고령사회 진입에 따른 노인건강 현황과 보건의료·복지 서비스 제공 모형))」 韓国保健社会研究院。

Kim Soon Song (2013) 「老人療養サービスの供給体系の変化に関する研究 (노인요양시설 서비스 공급체계의 변화에 관한 연구)」 圓光大学大学院、修士論文。

Kim Soon Yang (2014) 「高度經濟成長期の社会政策形成体系及び形成過程分析—1970 年代の年金保険と医療保険の制度化過程を比較— (고도경제성장기의 사회복지 형성체계 및 형성과정 분석 -1970년대 연금보험과 의료보험의 제도화과정 비교-)」 『韓國政策学会報』 Vol. 23 (3)、 199-240 ページ。

Kim Soon Yang (2015) 「高度經濟成長期における社会福祉の制度化過程に対する政治的な解釈 —1960-70 年代の朴正熙政権の時期を中心に— (고도경제성장기 사회복지의 제

도화과정에 대한 정치적 해석— 1960-70년대 박정희정권 시기를 중심으로—」
『韓国社会と行政研究』 Vol.26 (1)、53-82 페이지。

Kim Sung Ryul (2016) 「憲法上の健康権の内容と食品安全の保障 (헌법상 건강권의
내용과 식품안전의 보장)」 『憲法学研究』 Vol.22 (3)、147-172 페이지。

Kim Tae Chun (2003) 「(発表文1) 裁判過程を通じた国際人権協約の国内的履行 (国際
人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集) (발
제문1) 재판과정을 통한 국제인권협약의 국내적 이행 (국제인권법의 국내이행에
있어 문제점 및 대안, 국가인권위원회 심포지엄 자료집)」 国家人権委員会、2-
48페이지。

Kim Tae Hun 他3人 (2012) 「保健医療の理論と歴史 (보건의료의 이론과 역사)」
『社会運動』 Vol.106、143-167 페이지。

Kim Su Chun 他1人 (1992) 「老人医療保障の発展方向に関する研究 (노인의료보장의
발전방향에 관한 연구)」 韓国保健社会研究院。

Kim Won Sub · Kim Soo Han (2013) 「韓国の国家公共性の形成と構造—発展国家の福祉
制度の発展を中心に (한국의 국가공공성 형성과 구조—발전국가의 복지제도의 발
전을 중심으로 아세아연구)」 『アセア研究』 Vol.56 (2)、44-77 페이지。

Kim Yeon Myung (2002) 「‘国家福祉の強化論’ 批判に対する再批判と争点 (‘국가복지
강화론’ 비판에 대한 재비판과 쟁점)」 『批判社会政策』 Vol.11、51-84 페이지。

Kwak Hyo Moon (2002) 「社会福祉の供給の民営化に関する研究 (사회복지 공급의 민
영화에 관한 연구)」 教授の論文集、383-404 페이지。

Kwon Jung Don (1994) 「智謀老人の扶養実態と対応戦略 (치매노인의 부양실태와 대
응전략)」 韓国保健社会研究院。

Kwon O tak (2016) 「国民健康権実現のための国民健康保険法の課題と改善方案 - 憲法的
争点を中心に— (국민 건강권 실현을 위한 국민건강보험법의 과제와 개선방안 -
헌법적 쟁점을 중심으로—)」 延世大学校大学院、博士論文。

Kwon Soon Mee (2020) 「文在寅政府の労働改革の理想と現実：包摂的安定化から軟性二重化へ（문재인정부 노동개혁의 이상과 현실：포용적 안정화에서 연성 이중화로）」『韓国社会政策』Vol.27（1）、129-152 ページ。

Kwon Young Sung (1999) 『憲法学原論』法文社。

Lee Han Ki (1998) 『国際法講義（국제법 특강）新訂版』博英社。

Lee Heung Ja (2011) 「社会保障法形成の風土的特徴—‘専門集団献身’‘主導の中の’国民抵抗と政権層対応‘の’政治的産物’—（사회보장법 형성의 풍토적 특징—‘전문 집단 헌신’ 주도 속의 ‘국민저항과 집권층대응’의 ‘정치적 산물’—）」『ソウル大学校法学』Vol.52（3）、381-414 ページ。

Lee Hye Kyung (1993) 「韓国の所得保障制度—圧縮成長の限界と脱道具化の課題—（한국의 소득보장제도—압축성장의 限界와 脱도구화의 과제—）」『延世社会福祉研究』Vol.1、63-92 ページ。

Lee Hye Kyung (1995) 「韓国社会福祉政策の現状と発展方向（한국사회복지정책의 현황과 발전방향）」『韓国社会福祉調査研究』Vol.2、125-146 ページ。

Lee Hye Kyung (2002) 「韓国の福祉国家の性格論争の含意と研究方向（한국 복지국가 성격 논쟁의 함의와 연구방향）」『批判社会政策』Vol.11、13-49 ページ。

Lee Hye Young(2020) 「法院の国際人権条約の適用現状と課題（법원의 국제인권조약 적용 현황과 과제）」司法政策研究院。

Lee Heung Jae (1990) 「社会保険受給権の範囲に関する小考察—保障の不平等に対する批判的な検討—（사회보험수급권의 범위에 관한 소고—“보장의 불평등”에 대한 비판적 검토—）」『ソウル大法学』Vol.31（3/4）、222-246 ページ。

Lee Jeong Hoon (2017) 「ろうそくその後、韓国メディアはどのように変わったのか（촛불 그 후, 한국 언론 어떻게 변했나）」『Kwanhun ジャーナル』Vol.59（4）、45-51 ページ。

Lee Joon Il (2005) 『憲法学講義』弘文社。

Lee Jun Sang (1992) 「国民の基本権としての’健康権’ (국민의 기본권으로서의 ’건강권’)」 『健康ソシク』 Vol.16 (8)、39-42 ページ。

Lee Kyu Boem (2019) 「障害者健康権及び医療アクセス性の保障について (장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관하여)」 『政策動向』 Vol.13 (5)、健康保険審査評価院、14-20 ページ。

Lee Myong Ung (2003) 「(発表文2) 国際人権法の国際法的効力—憲法との関係及び憲法裁判所における法源性— (国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集) ((발제문2) 국제인권법의 국내법적 효력- 헌법과의 관계 및 헌법재판에서의 법源性 - (국제인권법의 국내이행에 있어 문제점 및 대안、국가인권위원회 심포지엄 자료집))」 国家人権委員会、50-75 ページ。

Lee Sang Yi (2008) 「保険福祉分野における国家の役割の拡大 (보건복지분야에서의 국가 역할의 확대)」 『批判と代案のための社会福祉学会学術大会発表論文集』 39-64 ページ。

Lee Young Hwan · Kim Young Soon (2001) 「韓国社会福祉の発達に関する階級・政治的考察 (한국 사회복지 발달에 대한 계급정치적 고찰)」 『状況と福祉』 Vol.9、249-302 ページ。

Lee Yun Kyung (2010a) 「老人長期療養保険の家族療養給付体系改善方案 (노인장기요양보험의 가족요양 급여체계 개선방안)」 『保健福祉フォーラム』 Vol.165、韓国保健社会研究院、96-104 ページ。

Lee Yun Kyung (2010b) 「利用者視点からの高齢者長期療養保険制度の評価及び改善方案 (이용자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 평가 및 개선방안)」 『保健福祉フォーラム』 Vol.168、25-33 ページ。

Lee Yun Kyung (2012) 「老人長期療養保険の等級判定現況及び問題点 (노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점)」 『保健・福祉 Issue&Focus』 Vol.137、1-8 ページ。

。

Lim Jong Han (2017) 「障害者健康権保護のための政策方向と課題：障害者健康主治医を中心に（장애인 건강권 보호를 위한 정책 방향과 과제：장애인 건강 주치의를 중심으로）」『保健福祉フォーラム』 Vol.246、41-50 ページ。

Min Ki Chae (2019) 「韓国の福祉国家運動の継承と革新（한국 복지국가운동의 계승）」『批判と代案のための社会福祉学会学術大会発表論文』、17-33 ページ。

Min Jae Seong 他 3 人 (1994) 「韓国の老齡化推移と老人福祉政策（한국의 노령화 추이와 노인복지정책）」韓国開發研究院。

Moon Chang Jin (1997) 『保健医療社会学』 SHINKWANG 出版社。

Moon Do Won (2017) 「軍の将兵の健康権の実態と権利救済に関する小考（군 장병의 건강권의 실체와 권리구제에 관한 소고）」『韓国軍社会福祉学』 Vol.10 (1)、42-67 ページ。

Moon Ok Ryun (1976) 「医療制度と健康権」『大韓弁護士協会誌』 Vol.22、66-73 ページ。

Moon Ok Ryun (1995) 「老人保健制度と老人看病療養院制度開発の課題と展望（노인보건제도와 노인간병요양원 제도 개발의 과제와 전망）」『韓国老年学』 Vol.15 (1)、181-212 ページ。

Nam Chan Seob (2006) 「1980年代の社会福祉-1（1980년대의 사회복지-1）」『月刊福祉動向』 Vol.94、52-54 ページ。

Nam Chan Seob (2008) 「韓国の社会福祉サービスにおけるバウチャーの意味と評価—バウチャー事業の社会的脈絡を中心に—（한국 사회복지서비스에서 바우처의 의미와 평가—바우처 사업의 사회적 맥락을 중심으로—）」『批判社会政策』 Vol.26、7-45 ページ。

Nam Chan Seob (2011) 「民主政府10年福祉改革の回顧と展望—最近の福祉国家論争に照らして—（민주정부 10년 복지개혁의 회고와 전망—최근의 복지국가논쟁에 비추어—）」『批判社会政策』 Vol.32、133-180 ページ。

Nam Chan Seob (2018) 「民主化30年韓国社会福祉の制度的な変化と課題 (민주화 30년 한국 사회복지의 제도적 변화와 과제)」 『市民と世界』 Vol. (31)、45-92 ページ。

Park Chan Un (2003) 「(討論文1) 司法判断における国際人権法の適用可能性 (国際人権法の国際履行における問題点及び代案、国家人権委員会シンポジウム資料集) ((토론문1) 사법판단에서의 국제인권법의 적용 가능성 (국제인권법의 국내이행에 있어 문제점 및 대안, 국가인권위원회 심포지엄 자료집))」 国家人権委員会、106-119 ページ。

Park Chan Un (2007) 「国際人権条約の国内的効力とその適用をめぐるいくつかの考察 (국제인권조약의 국내적 효력과 그 적용을 둘러싼 몇 가지 고찰)」 『法曹』 Vol. 56 (6)、141-179 ページ。

Park Dae Shik 他 (2009) 「農漁村の老人長期療養保険制度の推進実態と改善方案 (농어촌 노인장기요양보험제도 추진실태와 개선방안) 韓国農村經濟研究院。

Park Jeong Yeon (2017) 「1987年の民主化以降、歴代政府の社会福祉政策と社会権—国政目標と方向性に関する研究— (87년 민주화 이후 역대 정부의 사회복지정책과 사회권—사회복지 국정목표 및 방향에 관한 내용 연구—)」 『民主社会と政策研究』 Vol. 32 (32)、47-85 ページ。

Park Ji Yong (2019) 「人間らしい生活をする権利と健康権 (인간다운 생활을 할 권리와 건강권)」 『医療法学』 Vol. 20 (1)、3-24 ページ。

Park Kwan Yong · Lee Chung Gil 他 (2001) 『公職にはピリオドがない (공직에는 마침표가 없다)』 ミョンソル出版社。

Park Seon Uk (2013) 「国際人権条約の国内的適用 - 主要国の適用事例に関する比較法的考察— (국제인권조약의 국내적 적용 - 주요국의 적용사례에 관한 비교법적 고찰—)」 『法学研究』 (49)、409-431 ページ。

Park In Hwa (1995) 「望ましい老人健康管理のための立法方向(懸案分析第108号)
(바람직한 老人健康管理을 위한 立法方向) (현안분석제 108 호)」国会図書館立法
調査分析室。

Park Yeon Soo (1989) 「老人福祉政策の方向設定のための研究(노인복지정책의 방향
설정을 위한 연구)」韓國人口保健研究院。

Park Yong Soo (2010) 「参与政府の性格(참여정부의 성격)」『平和研究』Vol.18
(1)、95-118 ページ。

Rhee Ka Oak 他 5 人(1989) 「老人单独世帯実態に関する研究(노인단독가구 실태에
관한 연구)」韓國人口保健研究院。

Rhee Ka Oak 他 3 人(1990) 「老人扶養に関する研究(노인부양에 관한 연구)」韓國
保健社会研究院。

Rhee Ka Oak 他 3 人(1991) 「実費老人療養施設運営活性化方案(실비노인요양시설 운
영 활성화 방안)」韓國保健社会研究院。

Rhee Ka Oak 他 3 人(1993) 「老人福祉政策開発のための研究(노인복지정책개발을 위
한 연구)」韓國保健社会研究院。

Rhee Kwang Chan (1995) 「金大統領の福祉構想に対する批判的な考察(김 대통령의 복
지구상에 대한 비판적 고찰)」『韓國社会福祉学』Vol.27、209-224 ページ。

Ryu Sung Jin (2013) 「憲法裁判における国際人權条約の援用可能性: 米国、南アフリカ
共和国、我が国の事例を中心に(헌법재판에서 국제인권조약의 원용가능성 : 미국,
남아프리카 공화국, 우리나라의 사례를 중심으로)」『亜洲法学』Vol.7 (1)、7-
35페이지。

Seo Mi Kyong (1995) 「老人保健・医療の現況と改善方案(노인 보건・의료의 현황과
개선방안)」韓國保健社会研究院。

Seong Kyoung Ryung (2001) 「民主主義の鞏固化と福祉国家の発展—文民政府と国民の政
府の比較—(민주주의의 공고화와 복지국가의 발전—문민정부와 국민의 정부 비
교—)」『韓國社会福祉学』Vol.46、145-177 ページ。

Shin Chi Ho (2008) 「朴正熙政権下の国家と労働関係 (박정희 정권하의 국가와 노동관계)」 『労働研究』 Vol. 16、81-120 ページ。

Shin Dong Myeon (2006) 「韓国の生産体制と福祉体制の選択的親和性 (한국의 생산체제와 복지체제의 선택적 친화성)」 『韓国政治学会報』 Vol. 40 (1)、115-138 ページ。

Shin Dong Myeon (2001) 「金泳三政府の社会福祉政策 (김영삼 정부의 사회복지정책)」 『韓国社会福祉調査研究』 Vol. 7、79-103 ページ。

Shin Jung Woo 他 6 人 (2020) 「2020 医療サービスの経験調査 (2020 의료서비스 경험조사)」 保健福祉部、韓国保健社会研究院。

Shin Young Ran (2010) 「医療保険の統合論争における主要論点と論点の変化過程—政策決定過程の民主化を中心に— (의료보험 통합논쟁의 주요논점과 논점의 변화과정—정책결정과정의 민주화를 중심으로—)」 『比較民主主義研究』 Vol. 6(2)、159-183 ページ。

Shin Young Jeon (2010) 「健康保険の統合の獲得史 (건강보험 통합 쟁취사)」 『月刊福祉動向』 Vol. 141、4-8 ページ。

Shin Young Jeon (2011) 「社会権としての健康権：指標開発及び適用可能性を中心に (사회권으로서의 건강권：지표개발 및 적용가능성을 중심으로)」 『批判社会政策』 (32)、181-222 ページ。

Sohn Jeong In (2017) 「韓国社会における健康権の概念分析 (한국 사회의 건강권 개념 분석)」 ソウル大学校大学院、博士論文。

Sohn Jeong In 他 3 人 (2012) 「ソウル市東子洞チョッパン住民の健康権実態調査を終えて、チョッパン住民の健康権のために何をすべきか (서울시 동자동 쪽방 주민 건강권 실태조사를 마치며、쪽방 주민의 건강권을 위해 무엇을 해야 하는가?)」 『福祉動向』 Vol. 170、47-54 ページ。

Sohn Jeong In 、 Kim Chang Yup (2016) 「概念としての健康権 - 命名、使用、頻度、そして趨勢 (개념으로서의 건강권—명명、사용 빈도、그리고 추세)」 『批判社会政策』 Vol. 52、7-44ページ。

Song Baek Seok (2006) 「金大中政府の政策性格分析の批判—福祉国家の性格論争を中心に— (김대중 정부의 정책성격분석 비판—복지국가 성격논쟁을 중심으로—)」 『経済と社会』 Vol. 71、126-153 ページ。

Sonn Ho Chul (2005) 「金大中政府の福祉改革の性格—新自由主義への前進?— (김대중 정부의 복지개혁의 성격—신자유주의로의 전진?—)」 『韓国政治学会報』 Vol. 39 (1)、213-231 ページ。

Sonn Ho Chul (2017) 「11月市民革命、広場と大議題を考える (11 월 시민혁명, 광장과 대의제를 생각한다)」 『マルクス主義研究』 Vol. 14 (1)、18-43 ページ。

Suk Jae Eun 他 (2015) 「長期療養保険の公共性の強化方案 (장기요양보험의 공공성 강화 방안)」 保健福祉部・韓国老人福祉学会。

Sun Woo Duk (2012) 「老人長期療養保険の死角地帯改善方案 (장기요양보험의 사각지대 개선방안)」 『保健福祉フォーラム』 Vol. 185、50-58 ページ。

Sung Hye Young 他 1 人 (2020) 「高齢者世帯の消費水準を考慮した必要な老後所得の研究 (노인가구의 소비수준을 고려한 필요 노후소득 연구)」 国民年金公団 国民年金研究院。

Sung Nak In (2012) 『憲法学 (헌법학) 第12版』 法文社。

Woo Myung Sook (2005) 「韓国初期の社会福祉政策を再解釈—制度主義的な視点の分析的有用性を提案しながら— (한국 초기 사회복지정책의 재해석 제도주의적 시각의 분석적 유용성을 제안하며)」 『経済と社会』 Vol. 67、226-250 ページ。

Won Seok Jo (1988) 「農漁村地域医療保険の批判的考察 (농어촌 지역의료보험의 비판적 고찰)」 『韓国社会福祉学』 Vol. 12、116-131 ページ。

Yang Jae Jin (2004) 「韓国の産業化時期における熟練形成と福祉制度の起源生産レジームの視角から見た 1962-1986 年の再解釈 (한국의 산업화시기 숙련형성과 복지제도의

기원 생산레짐 시각에서 본 1962-1986 년의 재해석)』 『韓國政治学会報』 Vol. 38 (5) 85-103 페이지。

Yang Jae Jin (2013) 「朴槿惠政府の福祉政策の評価と課題—保育、基礎年金、医療分野を中心に— (박근혜 정부 복지정책의 평가와 과제—보육, 기초연금, 의료 분야를 중심으로—)」 『民主社会と政策研究』 Vol. 24、 46-72 페이지。

Yang Nan Joo (2013) 「家族療養保護士の発生に対する探索的な研究：韓国の老人長期療養保険制度で家族はなぜ療養保護士となったか (가족요양보호사의 발생에 대한 탐색적 연구 : 한국의 노인장기요양보험제도에서 가족은 왜 요양보호사가 되었나?)」 『韓國社会政策』 Vol. 20(2) 、 97-129 페이지。

Yi Jee Jeon 他 4 人 (2007) 「老人福祉サービスにおける老人健康権の保障実態調査 (노인복지서비스에서의 노인건강권 보장 실태조사)」 国家人權委員會。

Yoon Seung Joo (2021) 「基礎年金制度についての小考 (기초연금제도에 대한 소고)」 『財政フォーラム』 Vol. 5 (299) 韓國増税財政研究院、 26-47 페이지。

Yoon Hong Sik (2018) 「逆進的な選別性の持続と拡張性の制約、 2008-2016— 李明博・朴槿惠政府時期の韓国の福祉体制の特性— (역진적 선별성의 지속과 확장성의 제약 , 2008-2016— 이명박· 박근혜 정부시기 한국복지체제의 특성—)」 『韓國社会政策』 Vol. 25 (4) 、 163-198 페이지。

Yu Hea Kyung (2019) 「1960年代、朴正熙政權時代の労働運動と労働法 (1960년대 박정희정권시대의 노동운동과 노동법)」 『慶熙法学』 Vol. 54 (2) 237-288 페이지。

Yun Seong Yi (1999) 「社会運動論の観点から見た韓國權威主義体制の変動—政治機會構造の概念を中心に— (사회운동론의 관점에서 본 한국 권위주의체제 변동—정치기회구조 개념을 중심으로—)」 『韓國政治学会報』 Vol. 32 (4) 、 111-128 페이지。

「ひらがな順」

カトリック農民會議 (1988) 「農漁民の健康権の確保のための大討論会の資料集 (농어민 건강권 확보를 위한 대토론회 자료집)」。

韓国保健社会研究院（1997）「保健福祉動向『医療改革委員会』医療改革課題選定（보건복지 동향『의료개혁위원회』 의료개혁과제 선정）」『保健福祉フォーラム』Vol. 1（4）、61-73 ページ。

韓国保健社会研究院・ソウル大社会福祉研究所（2019）「2019韓国福祉パネル基礎分析報告書（2019년 한국복지패널 기초분석보고서）」。

警察庁（2019）「2019年變死者統計（2019년 변사자통계）」。

經濟企画院（1987）「1987年予算概要（1987년 예산개요）」。

健康セサン（世の中）ネットワーク・市民健康増進研究所・アルムダウン（美しい）財団（共同研究）（2017）「生計型健康保険滞納者の実態調査及び制度改善研究（생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구）」

健康保険審査評価院（2020）「2019健康保険統計年報（2019 건강보험통계연보）」。

公的老人療養保障推進企画団（2004a）「公的老人療養保障体系開発研究（I）—財政運営方式及び施設人員インフラ拡充方案—（공적노인요양보장체계 개발연구（I）—재정운영방식 및 시설인력 인프라 확충방안—）」。

公的老人療養保障推進企画団（2004b）「公的老人療養保障体系最終報告（공적노인요양보장체계 최종보고）」。

公的老人療養保障制度実行委員会（2005）「公的老人療養保障制度実施模型開発研究（공적노인요양보장제도 실시모형 개발연구）」。

雇用委員会（2018）「社会サービス院設立・運営方案（사회서비스원 설립・운영방안）」。

。

国務調整室老人保健福祉対策委員会（2002）「高齢社会に備えた老人保健福祉総合対策（고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책）」。

国民健康保険公団（2010・2012・2014・2016）「2009・2011・2013・2015年度長期療養機関（入所施設）評価結果公表（장기요양기관（입소시설）평가결과공표）」。

国民健康保険公団（2009年 -2020 年）「2008-2019 老人長期療養保険統計年報（2008-2019 노인장기요양보험통계연보）」。

国民健康保険公団（2020）「2019老人長期療養保険統計年報（2019노인장기요양보험통계연보）」。

国民健康保険公団・健康保険審査評価院（2021）「2020健康保険統計年報（2020 건강보험 통계연보）」。

国民健康保険公団（2014年-2019年）「老人長期療養保険等級判定結果現状資料（運営センター別等級判定現状（性別、年齢別）（各年12月））（노인장기요양보험 등급판정결과 현황 자료운영센터별_등급판정현황（성별연령별）（각년도12월））」。

国民健康保険公団（2010・2012・2014・2016）「2009・2011・2013・2015年度長期療養機関（入所施設）評価結果公表（2009・2011・2013・2015년도 장기요양기관（입소시설）평가결과 공표）」。

国民健康保険公団（2021）「2020健康保険主要統計（2020 건강보험 통계연보）」。

国民年金公団（2021a）「2021国民年金100問100答（2021 국민연금 100문 100답）」。

。

国民年金公団（2021b）「2020年第33号国民年金統計年報（2020년 제33호 국민연금 통계연보）」。

国民福祉企画団（1996）「『生活の質』世界化のための国民福祉の基本構想（最終報告書）（「삶의 질」세계화를 위한 국민복지 기본구상（최종보고서））」。

国政企画諮問委員会（2017）「文在寅政府国政運営5箇年計画（문재인정부 국정운영 5개년 계획 2017년）」。

国政広報処（2008a）「参与政府国政運営白書1 総論 / 大統領発言録（참여정부 국정운영백서 1 : 총론 / 대통령발언록）」。

国政広報処（2008b）「参与政府国政運営白書4 社会（참여정부 국정운영백서 4 : 사회）」。

国会事務処 法制予算室（1999）「人權法案の争点と立法的な課題（인권법안의 쟁점과 입법적 과제）」。

国会事務処（2006a）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第7号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록제7호）」。

国会事務処（2006b）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第6号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록（법안심사소위원회）제6호）」。

国会事務処（2006c）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第11号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록（법안심사소위원회）제11호）」。

国会事務処（2006d）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第13号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록（법안심사소위원회）제13호）」。

。

国会事務処（2006e）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第10号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록 제10호）」。

国会事務処（2006f）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録（法案審査小委員会）第9号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록（법안심사소위원회）제9호）」。

国会事務処（2006g）「第262回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第2号（제262회 국회（정기회）보건복지위원회회의록 제2호）」。

国会事務処（2006h）「2006年度国政監査 保健福祉委員会会議録（被監査機関 忠清北道）（2006년도국정감사 보건복지위원회회의록（피국정기관 충청북도）」）。

国会事務処（2007）「第268回国會（臨時會）保健福祉委員会会議録第5号（제268회 국회（임시회）보건복지위원회회의록 제5호）」。

国会事務処（2014）「第329回国会（定期会）保健福祉委員会会議録第8号（제329회 국회（정기회）보건복지위원회회의록 제8호）」。

国会事務処（2017）「2017年度国政監査保健福祉部委員会会議録（제2017년도국정감사보건복지위원회회의록）」。

国会事務処（2018）「第362回保健福祉委員会会議録第2号（제362회 보건복지위원회 회의록 제2호）」。

国会事務処（2019）「第371回国会（定期会）予算決算特別委員会会議録第2号（제371회 국회（정기회）예산결산특별위원회회의록 제2호）」。

国会事務処（2020）「2020年度国政監査保健福祉委員会会議録（제2020년도국정감사보건복지위원회회의록）」。

国会予算政策処（2018）「2018-2027年老人長期療養保険財政展望（2018-2027년 노인장기요양보험 재정전망）」。

国会予算政策処（2020）「2019会計年度決算委員会別分析（保健福祉委員会・女性家族委員会）（2019회계연도 결산 위원회별 분석：보건복지위원회・여성가족위원회）」。

国家人権委員会（2003）「国家人権委員会年間報告書2002_年間報告書2（第1篇）（국가인권위원회 연간보고서 2002 연간보고서_2(제1편))」。

国家人権委員会（2010）「人が人らしく生きる世の中（国家人権委員会ガイドブック）（사람이 사람답게 사는 세상（국가인권위원회 가이드북))」。

国家人権委員会（2019）「社会脆弱階層の健康権保障などのための国民健康保険制度の改善勧告（사회취약계층 건강권 보장 등을 위한 국민건강보험제도 개선권고）」。

セヌリ党（2012）「世の中を変える約束、責任ある変化—第18代大統領選挙セヌリ党政策公約集—（세상을 바꾸는 약속 책임있는 변화—제18대 대통령선거 새누리당 정책공약집—）」

参与福祉企画団（2004）「参与福祉5箇年計画—2004-2008年—（참여복지 5개년 계획：2004-2008년）」。

参与連帯社会福祉委員会（2009）「権利氏、現場に行く—親孝行すると言った老人長期療養保険、本当にそうですか—（권리씨, 현장에 가다. 효도하겠다던 노인장기요양보험, 정말 그런가요?）」。

市民健康増進研究所（社団法人）（2012）「老人長期療養保険制度、'奉仕と愛'ではなく国公立化が正解である（노인장기요양보험제도、'봉사와 사랑'이 아니라 '국공립화'가 답이다）」『市民健康イシュー』。

人権法制定及び国家人権機関設置の民間団体共同推進委員会（1998）「（結成式資料集）人権法制定及び国家人権機関の設置 民間団体共同推進委員会（인권법 제정 및 국가인권기구 설치 민간단체 공동추진위원회）」。

新千年民主党政策選挙特別本部（2002）「（新しい大韓民国）国民候補盧武鉉：16代大統領選挙政策公約資料集（（새로운 대한민국）국민후보 노무현：16대 대통령선거 정책공약 자료집）」。

セヌリ党（2012）「世の中を変える約束、責任ある変化—第18代大統領選挙セヌリ党政策公約集—（세상을 바꾸는 약속 책임있는 변화 제18대 대통령선거 새누리당 정책공약집）」。

財政経済院（1997）「国際通貨基金（IMF）待機性借款協約のための意向書案（第 887 号）（국제통화기금（IMF）대기성차관협약을위한의향서안（제 887 호）」）。

女家性族部（2018）「2018-2022 第 2 次両性平等政策基本計画（제 2 차 양성평등정책 기본계획（2018~2022））」。

政務第 2 長官室（1988）「老人政策討論会結果報告書：高齢者社会に備えた老人問題の解決方策（노인정책토론회 결과보고서：고령화사회에 대비한 노인문제의 해결방안）」。

大韓民国政府（1992）「第 7 次経済社会発展 5 箇年計画 1992-1996（제 7 차 경제사회발전 5개년계획（1992-1996））」。

大韓民国政府（1993）「新經濟 5 箇年計画（93-97）：参与と創意で新しい跳躍を（신경제 5개년계획（93-97）：참여와 창의로 새로운 도약을）」。

大韓民国政府（2008）「李明博政府の 100 大政課題（이명박 정부 100대 국정과제）」。

大韓民国政府（2013）「李明博政府国政白書 2008.2-2013.2（01. 国民とともに作ったより大きい大韓民国）（이명박정부 국정백서（제1권 국민과 함께 만든 더 큰 대한민국））」。

大統領秘書室（1998a）「（金泳三文民政府国政5年）変化と改革、その挑戦と試練（（김영삼 문민정부 국정5년）변화와 개혁、그 도전과 시련）」。

大統領秘書室（1998b）「変化と改革金泳三政府国政5年資料集3（변화와 개혁 김영삼정부 국정5년 자료집3）」。

大統領秘書室（1999）「新千年に向けた生産的福祉の道『国民の政府』社会政策青写真（（새천년을 향한）생산적 복지의 길：국민의 정부 사회정책 청사진）」。

大統領秘書室生活の質向上企画団（2003）「生産的福祉福祉パラダイムの大転換（생산적 복지 복지 패러다임의 대전환）」。

大統領諮問政策企画委員会（2008）「参与政府政策報告書（참여정부 정책보고서）」。

第17代大統領職引受委員会（2008）「白書1：成功そしてナヌム（백서1：성공 그리고 나눔）」。

長期療養保障制度を勝ち取るための連帯会議（2006）「長期療養保障制度を勝ち取るための連帯会議発足式資料集（장기요양보장제도 쟁취를 위한 연대회의 출범식 자료집）」。

統計庁（1991）「将来人口推計（1990～2021年）（장래인구추계（1999～2021년））」。

統計庁（2020）「2020年社会調査結果（2020년 사회조사 결과）」。

統計庁（2021）「2021高齢者統計（2021 고령자 통계）」。

共に民主党（2017）「国を国らしく一第19代大統領選挙共に民主党政策公約集（나라를 나라답게一제19대 대통령선거 더불어민주당 정책공약집）」。

ハンナラ党（2007）「一流国家希望共同体大韓民国（일류국가 희망 공동체 대한민국）」。

朴槿恵政権退陣非常国民行動（2017）「朴槿恵政権退陣非常国民行動評価書（박근혜정권 퇴진 비상국민행동 평가서）」。

文化体育観光部、大韓民国政府（2017a）「朴槿惠政府政策白書 1 卷総論（（박근혜정부 정책백서 1권 총론）」。

文化体育観光部、大韓民国政府（2017b）「朴槿惠政府政策白書 4 卷：国民幸福（박근혜 정부 정책 백서 4 권：국민 행복）」。

保健社会部（1992）「1992年老人福祉事業指針（1992년 노인복지사업지침）」。

保健福祉部（1997）「1997年老人福祉事業指針（1997년 노인복지사업지침）」。

保健福祉部（1996）「医療改革委員会の設置計画（의료개혁위원회 설치계획）」。

保健福祉部（2010）「医療機関家庭看護事業業務便覧（의료기관 가정간호사업 업무편람）」。

保健福祉部（2013）「2013年業務計画、国民幸福に向けたマチュム福祉（主要政策推進方向）（2013년 업무계획、국민행복을 향한 맞춤형복지〈주요정책 추진방향〉）」。

保健福祉部（2017）「2018老人保健福祉事業案内（I）（2018년 노인보건복지사업안내（I））」。

保健福祉部（2018a）「2018-2022 第2次長期療養基本計画（2018-2022 제2차 장기요양 기본계획）」。

保健福祉部（2018b）「社会サービス院運営方案模索 - 社会サービス小フォーラム運営結果 - （사회서비스원 운영방안 모색—사회서비스 소포럼 운영결과—）」。

保健福祉部（2019a）「コミュニティケア2026ビジョン及び課題（커뮤니티케어 2026 비전 및 과제 연구）」。

保健福祉部（2019b）「2020老人マチュムドルボムサービス事業案内（2020 노인맞춤돌봄서비스 사업안내）」。

保健福祉部（2019c）「2019保健福祉統計年報（2019 보건복지통계연보）」。

保健福祉部（2020）「2020年基礎年金事業案内（2020년 기초연금 사업안내）」。

保健福祉部（2018-2021）「2018年度 -2021 年度の保健福祉部所管 予算及び基金運用計画の概要（보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요）」。

保健福祉部委員長（2015）「（議案番号 18132）障害者の健康権及び医療接近性保障に関する法律案（代案）（장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률안（대안））」。

保健福祉部社会サービス政策官（2018）「（仮称）社会サービス振興院の設立方案（（가칭）사회서비스진흥원 설립 방안）」。

保健福祉部・韓国生命尊重希望財団（2021）「2021自殺予防白書（2021 자살예방백서）」。

。

保健福祉部老人長期療養保険推進団（2008）「老人長期療養保険在宅長期療養機関の事業説明会（노인장기요양보험 재가장기요양기관 사업설명회）」。

保健福祉部療養保険運営課（2020）「2020年度老人療養施設拡充機能補強事業追加申請案内「老人療養・昼夜間保護施設増改築・修復、装備補強など」（2020년도 노인요양시설 확충 기능보강사업 추가 신청 안내「노인요양・주야간보호시설 증개축・개보수、장비보강 등」）」。

保健社会部国立社会福祉研修院（1987）「老人福祉指導者班（노인복지지도자반）」。

保健社会部国立社会福祉研修院（1992）「老人福祉施設総務班（노인복지시설총무반）」。

。

保健社会部国立社会福祉研修院（1993）「老人福祉指導者班（노인복지지도자반）」。

民主党大統領候補政策諮問団（2002）「国家ビジョンと戦略-2002、未来に向けた希望と挑戦-（『국가비전과 전략』2002、미래를 향한 희망과 도전）」。

老人長期療養保護政策企画団（2001）「老人長期療養保護総合対策方案第1次報告書（노인장기요양보호 종합대책 방안—제1차보고서—）」。

「その他の文献」

OECD（2005）「Long-term Care for Older People (Summary in Japanese)」 OECD Library
doi.org/10.1787/9789264015852-en。

OECD（2021）「Revenue Statistics 1965-2020」。

UN (1947) 「The Problem of the Independence of Korea」。

UN CESCR (1990) 「General comment 3. The nature of States parties obligations」。

UN CESCR (2000) 「General comment 14. The right to the highest attainable standard of health」。