

老人長期療養サービス伝達システムとサービス人材管理の課題と発展方案

石才恩 Suk Jae Eun (翰林大学校 社会福祉学部 副教授)

1. 序論

○ 制度導入2年が経過した韓国の老人長期療養保険制度における今後、もっとも重要な政策課題は、制度の持続可能性確保と長期療養サービス質を高めることであると言える。制度の持続可能性とサービスの質に直接的に影響を及ぼしているのは、「量質のサービス人材の安定的な確保」であると言えるために本論文では、これを中心に考察する。

ーサービス人材は、サービスを直接伝達するサービス伝達システムの核心構成要素であり、サービス伝達システムは、サービス人材運営の構造的な脈絡と環境を規定するので伝達体系と人材問題は、相互に密接な関連を持つ。

ーサービス伝達システムは、サービスニーズと資源の効果的かつ効率的なマッチングであると言える。韓国の長期療養サービス伝達システムを特徴づけるサービス供給の多元化と利用者選択権を強調する「市場メカニズム」の導入、そして「ケアマネジメント体系の非導入」に伴う影響は、どのようなものかを評価し、発展方案を模索することを試みる。

ーまた、サービスの質は、人材の質であるといえる。韓国の長期療養サービスにおける人材は、どうやって養成され、どのような処遇を受けており、どのような勤務環境の下で管理されているかをみでみる。さらに、現行の人材養成および管理がサービスの質にどのような影響を及ぼしているかを評価し、発展方案を模索することを試みる。

2. 韓国における長期療養サービス伝達システムの現況と特徴

○韓国は、長期療養ニーズを持つ対象に対し、「ニーズの重症度」によって二元化された制度と財政および伝達システムで対応している。

ー所得階層と関係なく、中等症以上以上（1～3等級）の長期療養ニーズを持つ場合には、「老人長期療養保健制度」によりサービスが提供される。

- ・ 老人長期療養保険は、国家次元の社会保険制度であり、財政は、社会保険料+政府支援+利用者負担に構成される。

- ・ 老人長期療養保険の管理運営主体は、国民健康保険公団である。各地域の支部組織を通して地域の老人長期療養ニーズ評価よりサービス受給権者を選定して標準利用計画書を交付し、サービス供給者が請求したサービス費用を審査して支給する。

ー低所得層でかつ軽症（等級外者）の長期療養ニーズをもつ場合には、自治体責任下で老人介護パウチャー制度と老人福祉法に基づいた長期療養サービスを受けることができる。

・老人介護バウチャー制度は、自治体の責任下で長期療養ニーズを持つ65歳以上高齢者を対象に、所得・財産および健康状態と扶養与件を考慮し、家事支援および活動支援サービス利用権を電子バウチャー方式で提供。長期療養ニーズが等級外A、Bに該当し、経済状態が全国平均世帯所得の150%未満である場合、月36時間まで提供。受給者は、12,908人で244億ウォンの予算が投入。

－一般所得階層でかつ軽症の長期療養ニーズがある場合には、公的制度によるサービス提供が成り立せず、個人的責任領域として残っている。

－65歳以上高齢者のうち約10%が長期療養ニーズを持つと推定される状況のなかで、老人長期療養保険より5.6%、老人介護バウチャー制度より0.3%がサービスの提供を受けている。長期療養ニーズを持つ高齢者のうち約4.1%は、個人的責任下で長期療養ニーズを解決しなければならない状況である。

○韓国の老人長期療養保険におけるサービス範囲は、身体介護および家事支援など社会サービスに限定されている。保健医療サービスは、国民健康保険を通じて支援を受けるように役割が分担されている。

－入所施設に看護人材が入所者25人当たり1名配置されるようにとしている。また、在宅サービスに訪問看護サービスが含まれている。ただし、実質的な医療サービスは、国民健康保険を通じて医療機関の医療人材を通じてのみ行うようにしている。

－このような保健医療ニーズの代替効果が低い老人長期療養保険の特性上、老人医療費の節減効果が制限的であるために今後、老人医療費節減効果を高め高齢社会にも持続可能な発展に向け老人医療費節減効果を高められる方案を備える必要がある。

<表 1> 韓国の長期療養ニーズに対する制度的な対応体系

水平的ニーズ 位階的ニーズ		長期療養ニーズの内容	
		社会サービス	医療サービス
重症度	重症 (1-3 等級)	制度名	老人長期療養保険
		財源調達	社会保険 (保険料:健康保険料の6.55% 国庫:保険料収入額の20%、 利用者負担:在宅15%、施設20%) 年1兆 8千億ウォン
		管理運営	国民健康保険公団および地方支部
		受給者	所得階層に関係なく、長期療養認定1-3等級該当者 (長期療養認定点数55点以上) * 1等級(最重症): 長期療養認定点数95点以上 2等級(重症): 長期療養認定点数75-95点以上 3等級(中等症): 長期療養認定点数55-75点以上 受給者数: 30万人 (65歳以上高齢者の5.6%)
		サービス提供者	入所施設: 3,312ヶ所 在宅施設: 11,459ヶ所 サービス人材: 228,752人
			* 所得階層別に制度区分、 伝達体系は同一 * 国民健康保険 (一般所得階層) - 社会保険 - 国民健康保険公団 - 医療サービスへのニーズ がある一般所得階層 * 医療給付 (低所得層) - 租税 - 国民健康保険公団 - 医療サービスへのニーズ がある低所得層

	給付種類	施設保護	老人療養施設 老人療養共同生活家庭（5～9人） * 月給付額 1等級：1,464.5千ウォン 2等級：1,356.3千ウォン 3等級：1,248.0千ウォン	
		在宅保護	訪問療養, 訪問入浴, 昼夜間保護, 訪問看護, 短期保護 * 月給付上限(施設給付対比 %) 1等級：1,140.6千ウォン (77.9%) 2等級：971.2千ウォン (71.6%) 3等級：814.7千ウォン (65.3%)	
		その他	福祉用具（年150万ウォン）	
		現金給付	家族療養給付（月額15万ウォン）	
	利用者 本人負担	施設保護:給付額の20% 在宅保護:給付額の15% * 免除および軽減 －基礎生活受給者:免除 －次上位階層:本人負担額の50%軽減		
	軽症 (A, B 等級)	制度名	老人介護バウチャー^{注1)}	
		財源調達	租税, 年244億ウォン	
		管理運営	地方自治団体	
		受給者	低所得層&長期療養認定A, B等級 受給者数:12千人 (65歳以上高齢者の0.25%)	
		サービス 提供者	機関:506ヶ所 (営利6ヶ所, 非営利499ヶ所, 国公立1ヶ所) サービス人材:3,773人	
給付内容		訪問療養 -給付形態:月27時間、または36時間、電子バウチャー -給付額:時間当9,200ウォン		
利用者 本人負担		基礎生活受給者:無料 次上位階層:18～36千ウォン 次上位階層以上:24～48千ウォン		

注1) 老人介護バウチャーは、韓国語では介護の代わりに「ドルボム」というハングルを用いており、「老人ドルボムバウチャー」が正式名称になる。「ドルボム」とは、保護する、見守るという意味を持つハングルである。本論文では、上記の表をはじめ本文においても「ドルボム」を「介護」に訳している。

○老人長期療養保険のサービス伝達システム

－老人長期療養保険の管理運営組織は、国民健康保険公団である。

- 国民健康保険公団は、長期療養ニーズ評価を通して受給権者を選定し、受給権者に標準長期療養計画書の提供を通してサービス利用計画（案）を案内。
- 国民健康保険公団は、老人長期療養保険料を賦課・徴収し、サービス提供者よりサービス費用請求を受け、費用審査を経て支払う。
- 国民健康保険公団は、随時サービス提供に関するモニタリングを行い、サービス質の評価を遂行。

ー老人長期療養保険サービス種類およびサービス提供者選択は、サービス受給権者の決定に従う。
 ーサービス提供者は、国家最小基準を満たした非営利・営利を含む多元化された運営主体のサービス提供者が自治体に申告し、認定を受け、サービス提供者としての資格を取得して競争的にサービス提供している。しかし、地域によって給付種類別にはサービス提供者がないか、選択の余地がない場合もある。



[図 1] 老人長期療養保険サービス伝達システム

○韓国の老人長期療養サービス提供機関を選別する規制は、非常に弱く作動。

ー人材および施設基準より国家最小基準(national minimum standards)を満たす場合、基礎自治

団体である市・郡・区に申請して長期療養サービス機関として認証を受けることができる。サービス提供機関の運営主体(ownership)に関係なく、非営利民間だけでなく、営利民間もサービス提供機関になれる。地域別サービス需要を考慮した供給量管理は、行われていない。

—このようにサービス提供機関に対する規制が緩和されたのは、韓国が日本、ドイツと違って老人長期療養保険導入財源調達方式のみ変えるという意味ではなく、制度施行に合わせて新たにサービス提供機関の造成とサービス人材の輩出が行われるべきであったために、韓国政府は制度導入直前までサービス供給を促し、誘引するのにすべての関心と努力を集中していたからである。

—韓国政府は、「サービスなき保険」という仮想批判に対する恐怖から制度導入を前にしてすべての総力をサービスインフラ拡充に焦点を置いた。そのために韓国政府は、サービス提供者の侵入バリアとなる国家標準人材および施設基準を最大限に緩和させた。

—このように韓国政府は、「サービスインフラ拡充」の課題だけに没頭して韓国の社会サービス歴史上、初めて行われるサービスの市場化がどのように作動し、どのような影響を及ぼすようになるのかに対する苦悶は、十分ではなかった。これは、結果的にサービス供給者の過剰による様々な副作用を生み出す結果を招くことになった。

○サービス提供機関の競争深化とサービス給付支出

—老人長期療養サービス種類別サービス提供機関1ヶ所当たり平均利用者数をみると施設は、21.3人で在宅は、訪問療養機関を基準に16人に過ぎない。これは、長期療養報酬算出時に標準運営模型（施設60名、訪問療養40名）に比べて非常に低い水準であり、それほど競争が非常に深刻な水準である。機関は、競争的な受給者確保のためにサービス利用者負担金を免除および軽減する便法を用いる一方で、費用保障のために国民健康保険公団に給付費用を過剰請求する不法行為をするか、人件費費用節減が行われている。

<表2> 老人長期療養サービス提供機関1ヶ所当たり平均利用者（2010年2月）

	施設	在宅 (訪問療養給付基準)
サービス利用者(人)	57,530人	147,810人
サービス提供機関(ヶ所)	2,691ヶ所	9,140ヶ所
1ヶ所当たり平均利用者数(人)	21.3人	16人

注:サービス受給権者のうちサービス利用者の割合は、69.5%である。

資料：国民健康保険（2010）老人長期療養保険2010年2月統計月報

—このようなサービス現場での問題は、関連資料を実証分析した研究においても確認された。サービス提供機関間競争が深刻化するほど利用者1人当たりサービス給付請求額が高いことが明らかになった（表3参考）。

<表3> 老人長期療養サービスの市場化と給付支出に対する影響に関する実証分析

分析内容:サービス市場化の訪問療養給付支出に対する影響(石才恩ほか2009)

- 訪問療養給付は、長期療養給付のうち最も多くの受給者（総受給者対比62.5%）が利用する給付である。
また、最も高い給付支出（総給付支出対比41.1%）が行われ、最も多くの提供者（総提供者対比38.2%）がある給付種類である。
- 分析 1: 地域別に訪問療養機関間の競争がひどくて訪問療養機関1ヶ所当たり潜在的な平均需要が少ないほど、供給者の需要創出効果として利用者1人当たり給付費用は、増加するだろうか？(石才恩ほか2009)
 - 2009年6月基準、232市郡区別訪問療養機関数、長期療養認定者数、訪問療養サービス利用者数、訪問療養額数などの資料を用いて、訪問療養機関ごと長期療養認定者数が訪問療養給付利用者1人当たり給付請求額の大きさに及ぼす影響を分析。
 - 分析結果、訪問療養機関ごと長期療養認定者数（潜在的な需要規模）が少ないほど、訪問療養給付利用者1人当たり給付請求額が高いことが明らかになった。
 - すなわち、地域の需要者確保競争が深刻化するほど供給者は、給付利用者1人当たり給付額の支出を増加させる供給創出誘引効果があることが明らかになった。つまり過剰市場による社会的費用浪費が発生している。
- 分析 2(石才恩,イキジュ,未発刊研究)
 - サービス提供体系の市場化より長期療養サービス利用決定は、長期療養需要者の個人的な特性と共にサービス提供者の特性によって影響を受ける。
 - 訪問療養給付利用に影響を及ぼす受給者要因と供給者要因を区分し、階層線形モデル(Hierarchical Linear Models: HLM)を利用して分析。また、給付利用変化に影響を及ぼす要因を分析するために初期値を統制した状態で3視点の給付利用変化に影響を及ぼす要因を分析。これを通してサービス提供体系の市場化による長期療養給付支出影響を分析。
 - 分析結果
 - ・ 第一に、給付利用額に対する影響は、受給者の個人要因が77.3%を説明し、供給者要因が22.7%を説明。
 - ・ 第二に、給付利用額の決定要因を多層分析した結果、個人要因としては女性受給者の場合、療養等級が高いほど、本人負担免除対象の場合、給付利用額が有意に高く、供給者要因としては、大都市の場合、機関規模が小さい場合、運営主体が営利機関である場合、給付利用額が有意に高くなっていた。
 - ・ 第三に、初期値の統制後に給付利用額変化率に対する影響要因分析結果、受給者の個人要因としては女性の場合、年齢が低いほど給付利用額変化率に静的な影響を及ぼしていることが明らかになった。
 - このように訪問療養供給者の競争率が高い大都市の場合、運営主体が営利法人である場合、機関規模が小さな場合に給付利用額の増加に有意な影響を及ぼしていることが検証された。これは、サービス提供体系の市場化が給付利用支出の増加を誘導するという仮説が事実であることを実証的に立証できたことを意味する。

○サービス提供機関の地域別分布とサービス利用権および選択権制限

- ー 韓国の長期療養サービス提供機関は、総量的には需要よりも非常に多い供給が行われており、過剰供給が憂慮されている反面、地域別に給付種類別にサービス提供機関が適切に供給されておらず、サービス利用権、接近性の問題を生み出している。
- ー サービス供給が民間部門によって全的に行われている構造であるために収支打算が合わない農

魚村地域では、在宅サービス施設の供給量が顕著に低いいためサービス利用が不可能であるか、選択権の作動が不可能な状況である。

○ケアマネジメント体系の導入なしで利用者の選択権強調

ー韓国は、日本と同じように在宅給付の場合、給付上限制で運営しているが、給付mixは、サービス利用者の選択に全面的に任されている。

ーこれは、老人長期療養保険制度内で限定されたケアマネジャーの役割は、大きな意味がないとみなしたからである。

○韓国の老人長期療養サービスにおける伝達システム政策の特徴を一言で要約すると、多元化されたサービス供給者の意図的重複と競争による市場メカニズムを導入することによってサービス受給者の選択権付与に基づいた需要者中心のサービス伝達システムを構築することを指向する。その一方で、サービス供給数量の調節、またはサービス需要および供給間の関係を調整するケアマネジメントなどの管理的かつ専門的なサービスシステムは排除する政策アプローチを採択している。

ー市場メカニズム導入戦略は、サービス供給者の持続可能性がサービス提供者間でサービス質競争を通じたサービス需要者の確保より可能であるという仮定下で、サービス提供者がサービス需要者のニーズにもっと敏感に反応的であるようにする市場メカニズムの導入がサービス伝達体系の「非責任性(*unaccountability*)」問題を解決するのに主眼点を置いている。

ー一方で、サービス調整戦略であるケアマネジメントは、サービス提供者間の組織配列および連携に影響を及ぼすことからサービス断片性(*fragmentation*)、非連続性(*discontinuity*)などの問題を改善する調整戦略の一つである。同時に、ケアマネジメントは、サービス提供者と需要者間の間隙を減らすことによって接近性および責任性を高める改善戦略でもある。

ー結果的に韓国は、市場メカニズム戦略のみ導入し、ケアマネジメント戦略は採択しなかった。

ーこのような長期療養サービス伝達システムを選択した理論的、哲学的背景は、Gilbertなど(1998)によると専門主義(*professionalism*)よりは、平等主義(*egalitarianism*)に基づいていることであり、閉鎖体系(*closed system*)よりは、開放体系(*open system*)を基盤としていると評価することができる。

3. 韓国における長期療養サービスの人材養成および運営の現況と特徴

○サービス質を高めるには、良質のサービス人材の養成、サービス人材の安定的な供給、サービスの質を高めることができる人材運営システムの構築などと密接な関連を持つ。

ーサービス人材の養成および資格管理システム、勤労条件など処遇水準、勤務環境など人材運営

システムなどサービス人材に対する3つの次元での現況と特徴を検討。

－直接的サービス人材である療養保護士を中心に評価。

○第一に、療養保護士の人材養成システムおよび資格管理システムの不実

－韓国の長期療養サービスにおける主要人材である「療養保護士」は、療養保護士教育機関で240時間の教育課程（理論80時間、実技80時間、実習80時間）を通して要請、排出されてきた。

－当初、療養保護士の教育機関は、最小限の人的・物的条件を備えて市郡区に申告すれば、教育機関を運営することができるようになっていた。そこで、市郡区当たり平均6カ所に及ぶ1,407ヶ所の教育機関が乱立し、療養保護士の教育機関の間で教育生確保競争が激化されていき、教育の質の統制が充分に行われない状況の中、教育課程が不実に運営される事例が頻発した。そのことによって不実教育を受けた療養保護士が過多輩出され、サービス質を脅かす悪循環の輪が形成された。

－療養保護士は、2010年4月基準に813,215人養成、輩出された。実際に、サービスを提供する活動人材は、資格取得者の25%水準に過ぎない。

－韓国政府は、療養保護士の養成体系における問題点を認識し、2010年4月、法改正によって療養保護士の教育機関を申告制から指定制に転換させた。また、療養保護士の教育課程修了後、国家資格試験（年1回以上、60点以上）を通過した者に限り、療養保護士資格証を発給することに転換させた。

○第二に、療養保護士の劣悪な労働条件（韓国労使関係学会，保健福祉部，2009）

－療養保護士の劣悪な労働条件は、療養保護士の職業的自負心と士気を落として転職意向を高める要因として働き、長期的には療養サービス人材の安定的な確保を脅かすことも起こり得る。

－現在、療養保護士の劣悪な賃金水準、不安定な雇用形態、サービス需要の不安定性による安定的でない勤労時間と収入などが問題であると指摘されている。

－療養保護士の賃金水準を適正水準に確保するために長期療養サービス報酬算定時、長期療養保険導入以前の人件費水準よりは、ずっと改善された水準で人件費部分を反映したが、在宅サービス報酬は、施設サービス報酬と制度導入以前の格差が維持され、さらに低い水準である。療養保護士の月平均賃金は、90万ウォン（時給6,000ウォン程度）で在宅施設は、79万ウォン、入所施設は95万ウォンと類似職種に比べても低い水準である。

－療養保護士の雇用形態は、在宅施設66.7%、入所施設の27.9%が非正規形態であることが明らかになった。また、社会保険加入率は、在宅施設で61.6%、施設で93.8%であった。

－業務と関連がない業務を遂行するが48.5%、セクハラ被害を経験したが12.8%であったことから訪問療養など在宅サービスの場合、専門的かつ安全な勤務与件を整うための改善策が必要だ。

○第三に、療養保護士の勤務環境の問題点

- －療養保護士へのスパービジョン・同僚支持体系が作動することができる構造的な与件が不十分
- －療養保護士の裁量的な判断権の制限
- －療養保護機関の利害と利用者ニーズが相反することによる調整の難しさ
- －療養保護士とサービス利用者との不平等な関係によるサービス内容協約の厳しさ

4. 韓国における長期療養サービスの伝達システムと人材管理の発展方案

○韓国の老人長期療養保険は、中等症以上の長期療養ニーズを持つ高齢者に社会サービスを中心に提供する。また、自治体は、一般あるいは軽症の長期療養ニーズを持つ高齢者に予防とリハビリサービスを提供する。そして、健康保険は、保健医療サービスを担当する方式で役割が分担されている。

- －高齢社会における資源は、限定的であり、ニーズは無限定であるために持続可能な発展のためには、地域社会を基盤とした公式資源と非公式資源の適切な結合と補完が必修的である。特に、高齢社会において低費用で品質高い生活を営むためには、相互互恵的な非公式資源の結合が必修的であるために公的制度の導入でなくなっていく非公式資源に対する関心と活用が必要である。
- －費用効率的でありながら、サービス連続性が確保できるように長期療養保健が適用される老人療養施設と、健康保険が適用される老人療養病院、一般病院の療養病棟間の役割分担と再編が必要である。

○韓国の長期療養サービス市場は、管理された市場(regulated market, managed market, quasi-market)としてのアイデンティティを確実に持つことが必要である。

－国家は、より安全で保障できるようなサービスの中で国民が選択できるように、初期の選別作業と段階的な質管理、そして持続的なモニタリング作業など規制者としての役割をより強化すべきである。

－オーストリアは、1997年に長期療養サービス改革を通して地域単位で長期療養サービス需要により供給量を調節するplace policyを中心的に担当しており、保障できるような供給者を選別する。また、サービス提供者のサービス品質を評価認証する公的組織を構成したことがある。

－韓国においてもサービス需要者の試行錯誤的な経験だけに依存してサービス供給者を選択させるようにするのではなく、国家がサービス提供者の侵入段階で保障することができる供給者を選別して供給量を調節する役割を担当することが必要である。すなわち国家次元のサービス機関および人材に対する総括的な供給政策の用意が必要である。これを通して、現在のような過剰競争による歪んだ副作用でない健全な市場形成に基づいたサービスの質を高めるのに先効果が最大化

されるようにすることができる。

ーアメリカの行動主義経済学者デン（2008）によれば、人間は予測可能に非合理的であるために自由市場に任せば、全てが最適に配分され望ましい結果が得られるという従来の自由市場仮定は、修正されるべきである。市場がよくできることと、できないことを確実に区分することが必要。市場規則が適用される分野もあれば、社会規範が適用される分野もある。社会規範が適用されていた分野も市場規則に一度、露出された後は、社会規範が力を失ってしまうと警告。長期療養サービス分野こそ、このような彼の警告にぴったり合う分野であるといえる（石才恩2008）。

○断種在宅サービス機関中心から包括的な在宅サービス機関に転換誘導と事例管理の強化

ー現在、韓国の訪問療養機関は、需要に比べて非常に過剰供給されている。これによってサービス供給機関の組織生存を目的としたモラル・ハザード(moral hazard)事例が多数発見されている。また、本人負担金免除および公団に対するサービス時間の過多不当請求など、受給者と供給者間で談合する跛行的試みが公然と成り立っている。

ー在宅サービス提供機関運営を正常化させるためには、断種サービス提供機関の設立を止揚させ、昼夜間保護サービスを中心に訪問療養、訪問入浴など、包括的な在宅サービスが行われる包括的な在宅サービス機関として再編することが必要である。そのために包括的な在宅サービス機関に有利なサービス報酬改善が必要である。

ー包括的な在宅サービス機関は、サービス受給者に対する事例管理を総合的に遂行する責任を引き受けてサービス効果性と質を向上させる役割を遂行することができるようにする。

- 最近、日本の改革内容の中でケアマネジメントを強化させる方案、そしてドイツにおいても最近の改革において長期療養とその他サービスを含める地域単位でのケアマネジメント導入などは、今後、サービスの質を向上させるための収斂的な方向性をみせてくれるものであると言える。
- また、包括的な在宅サービス機関は、人材運営および活用、継続教育および訓練、スパービジョンおよび同僚間事例研究などを体系的に構造化させることによってサービス質の向上を先導する役割も遂行することが期待される。

○長期療養サービス人材の質を向上させるために選択可能な政策次元を大きく三つに区分。

一つ目は、療養サービス人材の専門性を高めるための教育、訓練、資格管理強化に関するもの、二つ目は、療養サービス勤務条件を改善することに関するもの、三つ目は、療養サービス人材の勤務環境改善に関するものである。

○第一、長期療養サービス人材養成システムの体系化および専門化

ー韓国の療養保護士養成教育時間は、他の国家に比べて非常に少ないのは明らかであるが、単純

に教育時間を拡大するよりは、正確な職務分析と意見の受け入れを通してどのような教育内容の補完が必要であるかに対する科学的根拠の下で適切な教育時間と教育内容の強化が必要であると判断される。先進国の経験に照らし合わせてみるとサービス受給者とのコミュニケーション能力の強化を通じたサービス受給者ニーズの正確な把握と力動的な状況での対処能力向上、そしてサービス提供者としての徹底した倫理意識が非常に重要であると判断される。

ー長期療養サービス人材養成は、「現場密着型専門人材」要請として発展方向を合わせていくことが適切であると考えられる。現場密着型の専門人材は、サービス提供経験をもとに形成された専門性、すなわちサービス提供経験に対する省察的自己反省、スーパービジョン、同僚間意見交換、受給者のフィードバックを通して、どうすればより質の良いサービスを提供することができるかをサービス提供の現場経験から理解した専門性を持つ人材を意味。従って、人材の再教育および訓練は、現場経験に対する体系的で専門的なスーパービジョンおよび経験の中から体得する過程を構造化する方式で行われることが望ましいと考えられるために、そのための与件を制度化することが必要である。

ー先進国のケアサービス人材政策の経験を見ると、ケアサービス人材に職業の展望を与えたかによってケア人材の安定的確保の可否が決定される。直接的展望を構成する要素のうち一つは、経歴者に対する昇給体系(career ladder)に対する保障である。昇給体系は、職業的自負心に寄与できるように、単純に勤務経歴を積んでいけば自動的に昇給されるのではなく、勤務期間+多面的評価結果+累積的評価結果を考慮して厳密に設定する（例えば、毎年満たすことができる最大平点が10点であるとした時、100点以上で年平均平点が8点以上である場合、昇給可能など厳しく設定）。

ーフィンランド、イギリスなど先進国の例をみると、介護サービス(care service)を共通職務とする場合、教育課程を連携して基本共通科目+該当課程必修科目+深化科目などに国家的に社会サービス人材の教育課程を体系化している。韓国も社会サービス人材養成の体系化と職業展望の向上のために療養保護士と他の保健福祉介護サービス人材の養成教育体系との連携性を確保する国家レベルの資格管理体系の構築が必要である。

○第二に、療養サービス人材の勤労条件の改善

ー療養サービス人材の勤労条件の改善を通して療養サービスの仕事が良い仕事として位置づけられ、療養サービス人材が自負心を持ってサービスを安定的に提供することができて質の高い新規進入者も持続的に確保されるようにすることが必要である。

ー長期療養サービス市場化によるサービス機関の経営不安定性の危険を第一線サービス人材の雇用および所得不安定性で転嫁させる構造である。このような療養サービス仕事の低熟化は、先進国の経験から分かるように長期的に療養サービス労働者の不足をもたらすことになり、我が社会の未来対案経済としてのサービス経済の希望を押し倒すということである。

ーサービス価格が大体に標準化された状況で労働費用の節約を通して経営安定性を確保しようと

することがサービス機関の形態であるために、国家は適正サービス報酬の策定を通して構造的に療養保護士の適正賃金および社会保険適用を可能にするのはもちろん、個別機関が療養保護士との雇用契約で適切な勤労条件を保障するようにサービス人材の勤労条件、社会保険適用、賃金などに関する具体的な標準を提供して規制する方案を用意することが必要である。すなわち、療養人材雇用安定化のために正規職比率によるインセンティブ提供、療養人材賃金ガイドライン提供および下限線規制、療養人材社会保険適用規制、両様人材人権保護方案を用意。

○第三に、療養サービス人材の勤労環境改善

ーサービス人材の専門性と裁量権が発揮できる療養サービス提供環境の改善が必要。そのために療養保護士とのサービス提供に対する省察的な自己反省とスーパービジョン、ピアレビュー、受給者からのフィードバックなどが行われることができる時間と与件が構造的に確保されることが必修的。

ー一方で、スウェーデンのSzebehely (2007) の研究結果によると良いケアは、ケア関係の継続性 (*continuity*)、十分な時間 (*sufficient time*)、裁量的判断 (*discretion*) であるという。最近、新公共管理によって標準化されたマニュアルによる厳密に事前に規定された課業、時間の詳細な統制、遂行された課業の点検は、ケアワーカーの多様な状況に適合したケアを提供することを難しくさせるという指摘もある。また、サービス市場化は、サービス受給者と提供者間関係の連続性を減少させてきた。

ー従って、今後、療養保護士の勤務環境改善と関連してケアワーカーの安定的な雇用方式、サービス受給者と提供者間権力関係の均衡化、サービス受給者と提供者間関係の安定性、ケア時間表およびケア内容決定過程で受給者のニーズを反映した専門的な受容、ケアサービス人材の意見が政策および制度設計に反映されることができる通路確保を考慮した方式に改善方向を設定することを検討。