

**韓国における公的老人長期療養サービス伝達および  
評価体系の現況および今後の改善方向**  
**鮮于惠 Sunwoo Duk (韓国保健社会研究員 研究委員)**

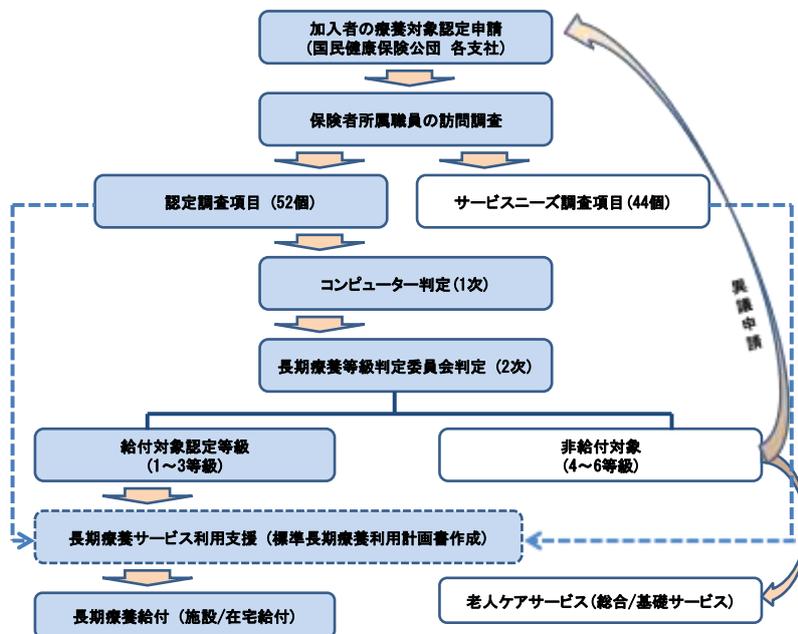
## I. 序論

- 韓国の長期療養サービス伝達体系は、2008年7月から老人長期療養保険制度(public long-term care insurance for the elderly)の導入によって転換されることになる。
- すなわち、老人長期療養保険制度が導入される前は、所得水準によって利用できる長期療養サービスが分離されていた。言い換えれば、公的扶助の対象者および低所得者は、地方政府（地方自治体）の措置によって無料、もしくは実費負担（一部は、政府が負担）から社会福祉法人が運営する老人（専門）療養施設および在宅老人福祉施設でサービスを利用していた。それ以外の中間所得以上の者は、費用の全額を負担しなければならない有料老人（専門）療養施設においてサービスを契約して利用していた。
- 老人長期療養保険制度の導入によって所得水準に関係なく、長期療養対象者と認められた者は、非営利の社会福祉法人を始め全ての営利企業や個人事業者が運営する老人療養施設および在宅長期療養機関と契約して、サービスを利用することに転換された。
- これにより受給者（利用者）は、長期療養認定を前提に給付を受けることができ、供給者（提供者）は、サービス提供に伴う費用を保険者に申請、審査を経て支払われることを前提にサービスが伝達されることになった。
- これまでの2年間における制度運営に対し、巨視的評価結果によると性的なものであると提示される。すなわち、利用者やその家族の療養費用の負担軽減から制度への満足度が高く、事業者およびサービス提供者の拡大が雇用創出につながった。また、政府の普遍的な福祉サービス政策の構築より社会福祉水準が一步進むことができたのである。
- それにも関わらず、一方では利用者（消費者）や供給者が善意で制度を利用しようとしにくい傾向があり（いわゆる道徳的危険減少：moral hazard）、保険者や政府は、マクロ的な側面での制度評価だけに主力しているために保険財政の拡大による被保険者の費用負担が増大するなど、ミクロ的な側面での制度運営における非効率性が存在していると判断される。
- 従って、本稿では、保険財政の安定を図るために現在の伝達体系に対する現況および評価を試みる。それに基づき、効率的で効果的なサービス伝達体系を構築するために必要な改善方向を検討、提示することを試みる。

## II. 長期療養サービス伝達体系の現況と再検討事項

- 現行、老人長期療養保険制度でのサービス伝達体系は、[図1] のように示すことができる。これを次のように簡略に紹介する。

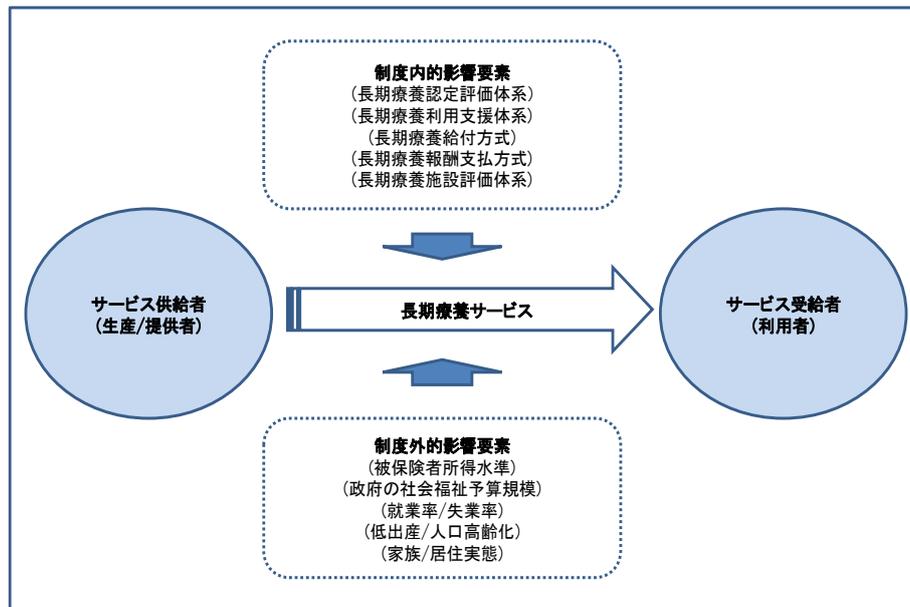
図1. 現行、老人長期療養保険制度でのサービス伝達体系



- (1) 新たな長期療養サービスの伝達は、保険加入者が居住地に所在する国民健康保険公団（保険者）の各支社で療養認定を申請することによってはじめて開始される。
  - (2) 保険者に所属された職員が申請者の居所に訪問し、療養認定に必要な事項およびその後、作成・提供されるサービス利用計画書作成に必要なニーズ事項を調査する（ただし、新規および更新に対する訪問調査をすべて保険者が担当する）。
  - (3) 調査された内容と意思所見書などに基づいて、2回にわたり療養対象可否を判断する。給付対象者として認定された場合、保険者が標準長期療養利用計画書を作成して認定者に提供し、サービス利用を支援する（ただし、認定結果に不服する場合には、異議申請を通して再判定を受けることができる。また、標準長期療養利用計画書は、保険者所属の職員である公団職員が作成する。なお、強制的なものではない）。
  - (4) サービス利用者（受給者）は、供給者よりサービスを利用する際に費用の一部を直接支払う。供給者は、費用の残額を保険者に支払申請して保険者の審査決定後、支給されるようになる（ただし、給付費用は、日当たり定額、訪問時間・回数などによって算定された後、支払われる）。
  - (5) 最終的に、給付対象の療養者として認定されなかった者は、政府予算によって提供される老人ケアサービスを申請して支援を受けることができる（ただし、政府予算の制約によって低所得階層に限る）。
- 現行、長期療養サービス伝達体系が効率的であるかに対する判断を下すためには、供給者と利用者のサービス供給および利用形態、サービスが伝達される過程およびその過程上の影響要因について検討する必要がある。そのために、分析模型を次のように前提することを試みる。

- サービス伝達体系の効率性に対する代表的な評価指標は、財政の安定性と利用者の満足度を提示することができる。これは、[図2]のように制度的・外的な要因の影響より供給者、あるいは受給者のサービス供給および利用形態によって左右されるだろうと考える(福祉サービス伝達体系の評価指標には、効率性、満足性以外に目的性、ニーズ充足性などもある)。

図 2. 長期療養サービス伝達体系上の影響要因



- 新規制度に対する政府の利用者満足度調査結果をみると、既存療養費用の減少、健康状態の改善、家族の療養負担の軽減など満足度の水準が高いと調査された。ただし、制度導入の初期である現在には、保険料負担に比べて給付の恵沢が高いために当然に表れることができる結果であると考えられる。
- しかし、財政支出がこれまでの2年間、急速に拡大された点は、検討しなければならない。優先的にその主な要因としては、①療養認定者の絶対数が急増した点、②実際にサービスを利用した日程者数が短期間に急増した点、③給付費用が高い施設利用を好した点、④長期療養報酬（サービス支払単価）が持続的に引き上げされた点、などがあげられる（すなわち、①と②は数量(quantity)的要因で③と④は、価格(price)的要因に該当する）。
- このような財政支出の拡大要因は、サービス伝達体系の非効率性によって発生されることが出来る。

- 供給者側面

- サービス供給主体に変化が発生。長期療養保険制度の導入前の長期療養サービスは、社会福祉法人（非営利公益法人）によって伝達されていたが、制度導入後は、営利(for-profit)目的の企業および個人事業者も参加できるように許された。これは、在宅給付だけでなく施設給付においても同じく許される。

- 特に、施設（すなわち老人療養施設）部門では、大規模施設（大体50人以上の規模）の場合には社会福祉法人によって運営される施設が中心であるが、小規模の場合には営利目的の企業および個人事業者による運営が中心的な状態である。
- 韓国の場合、民間事業者の参加が許される主な理由は、事業者間の競争によるサービスの質の向上にあるというより、社会福祉法人を中心にした供給形態だけではインフラ不足に陥ることを憂慮したからであろうと考えられる。
- サービスの供給者および利用者の誤った行態からサービスの伝達が非効率的になることを道徳的な危険(moral hazard)による現象によって説明することができる。言い換えれば、現行の制度では、営利事業者を含む全ての形態の供給者がサービスを提供することができるようにしている。そのために、仮に営利事業者の割合が高い場合、供給者は需要を創出し(供給者誘発需要, supplier-induced demand) 収入を拡大させ、可能な限り運営経費を節減することによって事業受益を増大させようとするだろう。
- 仮に、供給者が自分の施設の利用者（療養認定者）を誘致確保させるために療養認定申請を誘導する場合であれば、道徳的な危険現象が発生するとみられる。実際に、訪問療養サービス事業者が密集した地域で長期療養認定率が高く現れている。

- 需要者(消費者、利用者)行態側面

- 長期療養ニーズ(care needs)の普遍化が発生。既存の貧困・低所得階層を中心にした公的療養サービス方式（政府予算による）では、女性の社会的な活動（就業など）の増大、景気沈滞による低所得階層の拡大、家族環境の変化などに対応しにくくなる。
- 特に、独居老人の増加や家族ケア(informal care)が難しい低所得、あるいは共働き家庭の増加によって長期療養保険サービスを利用しようとする要求度が急増したと考えられる。これは、長期療養保険制度（社会保険給付）によるケア費用の減少効果が現れ、家族以外の他の人材に頼ろうとして長期療養認定申請の増大や給付申請の増大が目立った。これらは、一種の道徳的な危険現象であるといえる。また、独居老人などの住居実態を意図的に考慮し、需要を誘発させる場合も一種の道徳的な危険としてみなすことができる。また、保険財政の悪化要因にもなれる。

- 以上のように、供給者および需要者（消費者、利用者）の行態に影響を及ぼしているのは、現行の伝達体系をめぐる制度の内的・外的な要素である。これらによる結果が伝達体系の効率性可否（財政安定性側面）と直結されるとみなすことができる。これを再検討してみると次のようにまとめることができる。

- 一つ目に、長期療養申請者に対する認定体系上の再検討事項は、次のようになる。

- 認定体系は、財政支出規模の数量に影響を与える長期療養認定者数を決定する初めての段階であるために、サービス伝達体系の効率性を判断することにおいて重要である。その判断基準は、①療養ニーズを持つ対象者を正確に評価しているか、そして②評価の際に所要される時間が適切であるかである。
- 前者の判断基準は、調査評価項目の内容と評価者（調査者）に対する適合性、後者の判断基準は、2回にわたる評価手順に対する適合性について検討することができる。
- 調査評価項目の内容をみると、総52項目がある。そのうち機能（身体的・認知的）評価は19項目、ケアニーズ(care needs: 行動変化対処ニーズ、看護ニーズ、リハビリニーズ)評価が33項目として構成さ

れている。ここで機能評価は、基本的な日常生活動作(basic ADLs)の障害程度と認知症の羅漢を把握する項目が中心ではあるが、それによって直接的に必要なケアニーズにつながることになる。そのために、全体的にみるとケアニーズ程度を中心に認定が行われている体系としてみなすことが出来る。ただし、重症の疾病発生より看護ニーズが高いか機能回復のためのリハビリニーズが高い医療的治療対象者は、現行の長期療養保険制度においては保護が不可能であるという点を考慮すれば、評価項目として含むべきか否かについて再検討することが必要である。

- 訪問調査者および等級判定委員の適合性可否は、専門性を基準にすると社会福祉士、看護師、医師などの専門的な人材が参加しているために大きな問題はないだろうが、調査上の専門技術の遂行能力については評価者間で偏差が存在することができる。
- 評価手順による所要時間の適合性は、1次訪問時の調査所要時間と等級判定委員会での決定時間、認定申請から最終決定に至るまでの所要時間に区分することができる。最終決定までには、法的に1ヶ月以内と規定されているが、大体2~3週間くらい所要されることが明らかになっており、短縮できる方案を再検討すべきであろう。

● 二つ目に、長期療養認定者に対するサービス支援体系上の再検討事項は次のようになる。

- サービス支援体系は、供給者や利用者によってサービスを利用することから利用者のケアニーズを効果的かつ十分に解決できるように支援し、費用の浪費を予防することにその目的が置かれているとみなすことが出来る。その際に、「ケアプラン(care plan)」という標準長期療養利用計画書が活用されており、保険者所属の職員によって作成されている。
- 特に、保険者の立場では、保険財政の安定を図るために限られた財源を効率的に割り当てなければならない。そのために必要以上のサービスニーズを抑えなければならない。また、それとは逆のサービス未利用（未充足ニーズの充足化）を引き上げることが支援体系の主な目的である。
- このようなサービス支援体系に対する適合性を評価するためには、①標準利用計画書において利用者のニーズを十分に反映されているのか、②標準利用計画書の作成者が適合しているかを検討すべきである。
- まず、標準利用計画書の作成時に考慮されることは、1次訪問調査時に調査される52項目の認定評価と44項目のサービスニーズ評価である。しかし、実際的にケアプランの作成内容をみると利用者が希望しているサービス内容のみ提示されているだけである。日当、週当、あるいは月当に必要なサービス提供方式については、提示されていない。
- また、ケアニーズは、等級別、等級内においても認定者間の差異が発生している。その中でも等級内の差異を考慮したケア支援は、全くない状態である。これは、等級区分の基準をみると点数によって区分されているが、同一等級内での点数偏差が大きいからであるといえる。例えば、2等級の場合、療養点数が75~94点到該当する者が含まれているが、70点台、80点台、90点台ごとにケアニーズが違っていた。そのために、等級を基準にしたケアプラン作成は、効果的ではない。
- 二つ目に、標準利用計画書の作成における適合性に関する判断は、専門ケアプランナー（care planner）（例えば、ケアマネジャー）という別途の専門職によって作成されているか否かである。現行の制度では、そのために別途のケアマネジャーを置いていない。また、サービス利用も利用者、もしくは家族に一任している状態であるが、ほとんどの利用者や家族は、大抵供給者に依存しているのが現状である。従って、標準利用計画書によってサービスが計画的に利用されるのではなく、各供給者によって決められるようになっているために必要以上の過剰サービスが誘導される可能性が常に存在する。

- 実際、サービス利用上の費用負担がない公的扶助対象者の場合には、過剰サービスが誘導されていることが明らかになった。
- 三つ目に、長期療養サービスの給付体系上の再検討事項は、次のようになる（本人負担を含む）。
  - 長期療養保険給付は、現物給付と現金給付方式で提供されている。現金給付は、島嶼僻地で居住しているために公式的なサービスの受給が不可能な場合に支給される保険給付であるべきだが、家族介護者が療養保護士の資格証を取得することを条件に、家族の療養認定者への公式的なサービスが提供できるようにしている（いわゆる家族療養給付と呼ぶことが出来る）。
  - このような現行、現物給付方式の原則は、家族による非公式ケア(informal care)を回避し、外部の専門的な人材に全的に依存するようにさせているため、給付支出の拡大を誘導していることと認識される。これを補完させるために追加した方式が家族療養給付であるが、施行する過程で実際、家族によるケア可否を確認・評価することができる体制の不在で現場では、形式的なケアにとどまっていると把握される。
  - 現物給付方式の原則は、家族のケア負担を軽減させ、施設の拡大および専門的なケア人材の雇用創出につながるために国家経済の成長に役立つことができる。しかし、市場経済の過熱からサービスの浪費を誘導する結果をもたらしている。特に、施設（事業者）の過剰設置および認定者誘致の過熱より相互間、療養サービス価格の引下げ競争が生まれている。その一つとして、利用者本人負担費用の割引、もしくは免除してあげるケースが頻発している状態である。
  - もともと社会保険制度（健康保険）での利用者本人負担は、保険給付によるサービス価格引下げから必要以上の過剰サービスに誘導され、財政浪費が発生することを防ぐための一つの方法である。しかし、長期療養保険制度では、医療分野とは違ってサービス供給者が医師より専門性が落ちる人材が中心となっており、利用者本人負担費用を除いた保険給付費用だけでも長期療養施設（機関）の経営が可能な構造になっている。そこで、利用者本人負担の軽減および免除は、一種の市場価格の割引方法として通用されているのである
  - 従って、ドイツのような現金給付方式やオランダと同じ個人予算制(personal budget)方式のような給付方式に対する再検討も求められる。
- 四つ目に、長期療養サービス供給者に対する費用支払体系上の再検討事項は、次のようになる。
  - 現行制度では、保険給付サービスごとに費用（サービス単価、長期療養報酬ともよばれる）が策定されている。この費用の一部（施設給付は20%、在宅給付は15%）を除いた差額は、保険者より支給を受けるようになっている。
  - サービス費用の算定方式は、給付累計によって異なるが、施設給付は等級別に日当費用方式が中心で、在宅給付は時間当（訪問療養、訪問看護）、提供回数当たり（訪問入浴）、もしくは等級別・時間当混合型（昼夜間保護）で算定されている。特に、訪問療養サービスの場合、身体ケアよりは家事支援（生活援助）に重点を置いている。1回当たり最大4時間のサービス提供時間を認めており、昼間保護サービスの活用を阻害しているため費用節減的でない制度に誘導している。
  - また、サービス利用者の特性（例えば、認知症患者）を考慮できてないか、施設・設備・人材における環境の違いを考慮できていない費用支払方式でケアの質が落ちているか、過多支払の結果も明らかになりつつあると判断される。

- 最後に、政府および保険者の制度管理運営体系上の再検討事項は、次のようになる。
- 長期療養サービス伝達体系における政府および保険者の役割は、指導・監督・評価にあるとみなすことができる。すなわち、保険財政の安定を図るために長期持続可能な制度として発展させていくことが主な役割である。そのためには、①長期療養サービスの供給者（事業者）に対する評価、②長期療養保険制度に対する評価、③有閑制度との連携構築を通じた長期療養保険制度の効率的な運営方案の開発などを提示することができる。
- まず、長期療養サービスの供給者に対する評価は、保険者である国民健康保険後段で周期的に実施しており、最低1年以上の事業実績がある機関を対象としているが、評価の主目的が明確ではないのが現状である。
- 特に、機関評価を通して長期療養施設基準の再設定可否を判断しなければならない。施設評価は、あくまでも長期療養サービスの質を確保、改善させるために実施するものであるために、これは長期療養報酬の適正性可否も判断することができる根拠として活用することができるだけに重要だとみられる。
- また、長期療養サービスの供給者のうち重要な直接ケア人材である療養保護士に対する評価も行う必要がある。韓国の直接ケア人材に対する養成教育体系が日本（介護福祉士）やドイツに比べると劣悪であることは、事実である。政府の指導監督がまともに行われていないことが明らかになった。すなわち、教育時間の遵守移行の不足、教育者の資質の乏しさ、教育養成機関の過多設置による教育生の誘致競争など現行体系の再編が要求されている。
- 全体的に長期療養サービスの供給側面からみた評価は、物的（施設）基準や人的基準からみても過多設置および供給による非効率的な競争が発生していると判断される。
- 二つ目に、長期療養保険制度に対する全般的な評価は、現在、政府で毎年実施しているが、結果中心の成果評価を基盤としている。社会保険財政の安定性、国民医療費、または健康保険医療費の適正性などに評価基準を置くべきであるが、実際にはそうでないのが実態である。例えば、サービス利用者の満足度や新規制度の導入による関連人材の増大に伴う雇用創出程度などに評価基準を置いているために、制度に対する妥当な評価が行われていないとみることができない。
- 三つ目に、有閑制度との連携構築を通じた長期療養保険制度の効率的な運営に対する評価は、長期療養認定者の増加を通して判断することができる。認定申請の結果がケアニーズ程度が低い非認定であると判定された場合（厳密に言う健康水準が脆弱であるが、改善の余地が存在する対象者としてみなすことができる）、これを地域社会で支援できる体系がまだ十分でないことを意味する。
- そのために当事者やその家族は、可能な限り療養対象者として認定を受けようと努力しており、彼らを対象にした事業者（供給者）の需要創出も発生していると表れる。
- たとえ非認定者を対象にした地域社会の老人介護サービスが自治体の予算支援から提供されているが、低所得階層に限定されている。そのために、一般中産所得階層の場合には、費用の全額支払を通してサービスを利用できていない。これは、長期療養サービスが所得(income)基準ではなく、ニーズ(needs)基準に提供される普遍的な制度として運営されている点を考慮した際、相反される現象である。

### Ⅲ. 今後、長期療養伝達体系の改善方向

- 現行、長期療養サービスの伝達体系に対する評価基準について効率性、目的性、ニーズ充足性および満足度に基づいて判断する場合、評価指標として何を適用するかによって異なった結果がでることがありえると思われる。
- まず、(1) 効率性基準では、財政の安定性を根拠にすることができる。去る2年間の運営実績は、大幅の財政支出の増加と保険料の引き上げとして現れたために、制度運営の非効率性で表れたとみることができる。しかし、去る2年間には、政策的に制度試行初期に該当するために政府としては、制度の安着に重点を置かざるを得なかったように見える。
- (2) 目的性基準では、制度導入の目的に根拠を置くことができるが、これには長期療養保険法に提示されている目的を提示することができる。すなわち法第1条をみると、「高齢や老人性疾病などの事由より日常生活を一人で遂行することが難しい老人などに提供する身体活動、または家事活動支援などの長期療養給付に関する事項を規定して老後の健康増進および生活安定を図り、その家族の負担を減らしてあげることによって国民の質を向上させることを目的とする」。
- すなわち、①老後の健康増進および生活安定、②家族のケア負担の軽減、③国民の生活の質向上であると整理することができる。そのうち①と③は、抽象的な目的のようにみえるが、②の目的を基準にする場合には、確実に達成したことが明らかになる。しかし、これは社会保険制度として運営されている限り、サービス利用時の費用減少は、当然に表れる結果であるために経済的な費用の減少以外に家族のケアに伴う非経済的負担（生活時間上の活用や、精神的負担など）に対する検討も必要である。
- ニーズ充足性基準では、療養サービスの充分性に根拠を置くことができるが、これは長期療養サービス報酬（介護報酬）の適切性にかかっているとみることができる。事実上、ケアサービスは、療養認定者の残存機能に基づいて自立的でない機能に対する支援が中心的であるべきであるが、韓国の制度では、サービスの充分性を検討する以前にサービス量に対する充分性基準が用意されていないために混乱を引き起こしていると判断される
- 一歩進んで、ケアの範囲を身体的ケア(personal care)と生活支援(domestic support)に分けたみた時、範囲の類型ごとにサービスの充分性水準が異なるように現れることができるためにこれに対する基準設定も必要である。
- 最後に、満足度基準では、サービス利用者の満足度水準に根拠を置くことができるが、主に意見調査(opinion survey)を通して把握されている。これまでの満足度調査をみると、制度全般的な水準では、大体的に満足しているように現れているが、サービス類型別や所得水準別に区分して意見を調査する場合には、満足度の分布が異なるように現れているということである。
- 結局、現行の長期療養サービス伝達体系を評価する時、巨視的にみると財政支出の増加が現れている。しかし、今なお加入者の保険料負担などを勘案した時、国民や加入者の立場でみると無理がないようにみえる。一方で、微視的にみると改善されるべき部分が相当に存在していると判断される。
- 全般的な長期療養サービス伝達体系に対する改善方向は、何よりも事件発生以後のケア保護的体系とこれを事前的に制御できる予防的体系が構築され相互連携的に実施する。その際には、予防的な制御体系により重点を置くべきであり、過大な保護治療的サービスへ誘導する体系（すなわち、費用増大助長的体系）を止揚することができる方式を開発するべきであろう。

- すなわち、長期療養対象者としての認定以後、状態改善に重点を置くのではなく、状態発生の以前に抑制させることに重点を置き、状態改善が難しい対象者を中心にケア保護することができるようにするべきであろう。
- 供給者であれ、加入者であれ発生することができる道徳的危険要素を事前的に制御することができる方式に体系を修正する必要がある。これは、供給者（事業者）の適正量維持が先決されるべきであり、「保健－医療－リハビリ－長期療養」という連携体系が必修的に構築されるべきであろう。

#### IV. 結論

- 長期療養保険制度は、ほとんどが公的年金保険や健康保険とは違って所得および健康の喪失ではなく、死亡直前の数ヶ月、または数年間に集中的に発生する非医療的な「生活上のケア」を保険事故として見なしているために、至急性を必要としていない。そのために、保険給付の利用や利用者本人、あるいは家族の費用負担に大きく影響を受ける制度であるということが出来る。これは、医師の治療行為のように高度の専門的な技術を必要としていないために、費用負担が高ければいつでもサービス利用を中断することができるという特性（すなわち、価格が弾力的）を持つということである。
- 一方で、保険事故の原因が主に重症慢性疾患など生活習慣病、老年症候群(geriatric syndrome)によって発生されるために健康保険制度をはじめ健康増進および地域保健制度と密接な関係を持つこともある。それにも関わらず、長期療養保険制度が有関保健医療制度との連携が成り立てず、分節的に運営されているという点は、長期療養サービスの伝達体系が効率的に運営されることが出来ていない理由でもある。
- 従って、老年期の生活期間に可能な限り長期間、身体的機能を独立的に維持させながら、営為させるためには、高齢者が生活している居住地域で日常生活上の機能を増進させることができる事前予防的なプログラムと、たとえ依存的な生活状態に陥っているといっても人間本来の尊厳と生活の質を維持しながら、残った人生を送ることができるようにするケア保護的なプログラムが相互連携的に提供できる体系の構築が求められる。