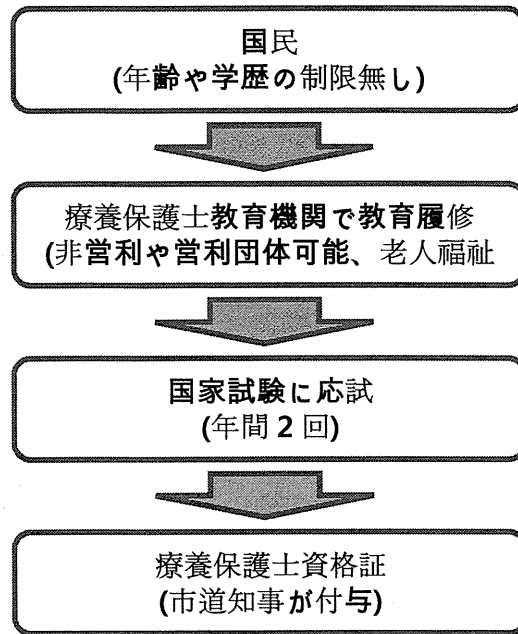


<図2> 療養保護士資格証の取得過程



<表5> 療養保護士数の増加推移

	教育機関数(カ所)	資格証取得者数(名)	実際従事者数(名)(%)
2008.12	1,080	339,197	84,412 (24.9)
2009.6	1,162	518,806	129,205 (24.9)
2009.12	1,308	692,138	175,441 (25.4)
2010.4	1,407	813,215	206,888 (25.4)
2011.5	1,004	1,027,898	237,256 (23.1)

注：実際従事者数での括弧内は資格証取得者数対比である。

資料：国民健康保険公団及び保健福祉部の内部資料

現在、療養保護士に関する問題としては、勤労環境や処遇の劣悪さと療養保護士への認識不足を挙げられる。まず、賃金水準調査(2011年)によると、月100万ウォン未満をもらう療養保護士が全体の72%を占めているが、200万ウォン以上¹¹をもらう比重は全体の0.2%に過ぎない。この数値には非正規職やパートタイマーも含まれているが、正規職でも平均賃金の6~7割位といわれている。なお、2010年度の保健福祉資源研究院の調査結果によると、療養保護士は、身体ケアの労働強度に対して非常に強く感じているし、利用者およびその家族が考える療養保護士の業務に対する認識不足が精神的なストレスとなっていると答えた。特に療養保護士の答えのなかで、社会的認識と待遇の低さを指摘した割合が全体の77.2%を占めている。また、保険者(国民健康保険公団)の調査によると、同じような結果が出ている。即ち、療養保護士の職務満足度は、低賃金、勤務環境の劣悪さ、利用者との葛藤などの理由をあげて高くないと現れた。また、療養保護士が感じる業務上の苦情としては、療養保護士業務に関する不十分な認識に起因したサービスの過多要求が一番多くの比重を占めている。上記のような問題によってサービスの質が劣っているし、専門職業に好まれるものとしては考えられていない。

3. 制度運営の成果分析

長期療養保険制度を導入して期待できることに対して分析した報告書によると、政府はそれなりの成果が得られたと判断している。その成果分析の基準を臨床的効果、経済的効果および社会的効果に基づいて行われた。臨床的効果面では、サービスを利用するにつれて利用者の状態がどのように変

¹¹ 2010年度の韓国都市常用勤労者平均賃金が2,304,176ウォンとなっている。

わたったかを判断基準としたが、ADL点数に基づいて分析した結果、在宅サービスだけでなく施設サービス利用者においてもその機能が維持、あるいは好転したことに現れた。

<表6> 年度別長期療養サービス利用者の身体機能度(ADL点数)の変化推移

	2008 (m±SD)	2009 (m±SD)	2010 (m±SD)
在宅サービス利用者	24.44±6.18	23.81±6.73	23.76±6.53
施設サービス利用者	28.95±6.72	28.93±7.11	27.67±6.86
在宅+施設サービスの混合利用者	24.83±7.29	26.83±7.06	26.26±7.04
全体	25.85±7.00	26.26±7.27	25.75±6.99

注：点数が低ければ低いほど、機能度がよいのを意味する。
資料：韓国租税研究院の報告書(2011)

経済的効果面では、制度施行に従って国民経済部門にどの程度、影響を及ぼしたかを評価したが、これは雇用及び付加価値の創出効果と、健康保険財政支出の変化度に基づいて分析された。まず、雇用者数には2008年度の20,916人から2011年度(暫定)の165,051人におよそ8倍増加しており、付加価値も2008年度8,266億ウォンから2011年度(暫定)の69,033億ウォンに8.4倍増加したことに現れた。

<表7> 長期療養保険の雇用および付加価値の誘発効果

	付加価値(億ウォン)	就業者数(名)：長期療養部門	就業者数(名)：長期療養関連部門
2008	8,266	20,916	2,597
2009	33,975	83,606	10,369
2010	43,400	103,760	12,869
2011(暫定)	69,033	165,051	20,471

資料：韓国租税研究院の報告書(2011)

一方、長期療養保険が健康保険財政に与えた短期的効果をみると、2009年度の場合、サービス利用者集団が非利用者集団に比べて診療費の増加幅が小さかったことに現れた。即ち、そのような結果を参考にして分析対象となった利用者に限ると、約4,234~4,497億ウォンにあたる給付費が節減される、また全体の利用者集団に適用すると、約8,954~9,942億ウォン¹²になると推定した。

社会的効果面では、長期療養対象者に対する家族介護者の身体的および心理的負担感と、社会的活動の変化度、そして利用者のサービス満足度にどの程度の影響を及ぼしたかに基づいて分析した(韓国租税研究院、2011)。まず、2011年度の分析では家族介護者の86%が身体的負担感が減り、92.4%が心理的負担感が減り、また90.3%が社会的活動が増えたことに現れた。一方、サービス満足度分析を見ると、利用者の86.9%がサービス利用を満足したが、特に施設サービスを利用した者が一番高い満足度を示した。

Ⅲ. 今までの老人長期療養保険制度の改善内容と今後の政府計画

1. 今までの老人長期療養保険制度の改善内容

韓国では2008年度に長期療養保険制度を導入してからいままで部分的に内容を改善させてきた。制度導入前のモデル事業時期(2005.7~2008.6)には現れていなかったもので、想像以外のものが去る3年間で表出された。それは、小規模水準の老人療養施設と訪問療養(訪問介護)サービス事業者の急増と

¹² これは健康保険の総給付費(2009年)の3.1~3.4%にあたる。

それに関わった長期療養認定者の人為的増加が大きな問題となっていた。即ち、供給者によって誘発された需要(supplier-induced demand)がある程度発生されたと言われている。

例を取ると、長期入所施設への入所可能範囲を1～2級者に制限したが、軽度の機能障害状態で家族ケアができる3級者でも認知症とって施設入所が可能になったことや、重度者中心の制度運営方針のために在宅サービス対象者がサービス事業者数に比べて不足しているのが、保障性強化とって中等度者を増やしたことなどを挙げられる。その以外にも既存の在宅サービス利用者に療養必要度には関わらず、月限度額のいっぱいまで利用するよう誘導しているや、家族ケア者にも療養保護士資格証を取得して自分の父母を対象にして稼がせていることなども挙げられる。

結局、そのような現象によって財政支出が増えたので、主な財政収入源である保険料が毎年上がりつつある。現在のシステムでは健康保険料が上昇すれば、自動的に長期療養保険料も上がる仕組みとなっているので、人為的な保険料の引上げを努力しなくてもいいのに、長期療養保険料率も上げることが問題になりうる。

一方、韓国政府は財政支出を抑制するために浪費的、あるいは非効率的なサービス利用を縮小する政策を考えてきた。部分的にケアプランの義務的な実行、家族ケア者への訪問療養給付の制限、短期保護施設での給付期間の縮小、施設環境の差に伴う長期療養報酬(価格)の加減制実施、サービス質の評価実施などを断行してきた。

<表8> 長期療養保険の主な改善内容

部門	改善内容
認定・サービス利用支援体系	<ul style="list-style-type: none"> 最低認定点数(55点以上)は変わっていないが、55点未満でも認知症者であると、最低認定等級(3級)に認めてきた。 標準長期療養利用計画書を基礎受給者(公的扶助対象者)に義務的に適用させた。
給付体系	<ul style="list-style-type: none"> 1～2級者に限られた施設入所可能な範囲を認知症をもつ3級者にも許された。 家族療養保護士(ケアワーカー)の法定家族ケア時間を減らした。 短期保護施設でも保険給付期間を縮めた。(年間180日→月15日) 法定長期療養サービス価格(介護報酬)を毎年調整した。(一部の加減算制の導入) 福祉用具貸与対象者を制限し、給付可能な品目を増加した。
サービス質の評価体系	<ul style="list-style-type: none"> 2009年、入所施設に対する質評価を行った。 2010年、在宅サービス事業者に対する質評価を行った。
財源調達体系	<ul style="list-style-type: none"> 長期療養保険料率を毎年上昇した。(4.05%→4.78%→6.55%)
施設インフラ関連	<ul style="list-style-type: none"> 訪問療養(ホームヘルプ)サービス事業所での法定療養保護士数の基準を強化した。
ケア従事者関連	<ul style="list-style-type: none"> 療養保護士の国家試験制を導入した。 療養保護士教育機関の開設方式が申告性から許可制に変わった。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 障害者活動支援制度(一名、障害者長期療養サービス支援制度)を創設した。(2011.10)

2. 結び：今後の改善課題と政府計画

韓国政府は制度導入しからいままで利用者のニーズに相応しいシステムに変えてきたといえる。それにも関わらず、法律には5年ごとに長期療養基本計画を立てることが定められているので、2013年度から適用する目標の下で計画を樹立している。これは日本が5年ごとに介護改革を行っていることをベンチマーキングしたことである。

韓国政府の主なキーワードは長期持続可能な制度づくりを基本にして長期療養保障性の強化と長

期療養サービス質の向上を挙げている。ここで保障性といえば、軽度者の中で長期療養ニーズが高いと判断された者をも給付対象範囲に入れて生活を保障することや、家族ケア力が劣っている家庭支援などを通じて在宅生活を保障することなどが議論している。また、長期療養サービス質の向上面からは、需要に比べて過剰された施設供給に招かれたケア従事者処遇やサービス質が低下したこと、優良施設の経営を支えられる費用支払い方針を考えるべきことが議論している。

最後に、これから制度改善のために考えるべき個人的な意見をいくつかいうと、次のようである。

一番目、長期療養保険制度と老人保健福祉制度との連携システムが必要である。現在は重度者は保険制度、軽度者は老人保健福祉制度でサービスを提供している仕組みであるが、生活機能度を考慮せずにサービスを提供するので、軽度者の老人福祉サービス利用が少ない。これが保険給付対象者数を増加させる原因となっている。特に軽度者への老人保健福祉サービスは所得水準を考慮しているので、公的扶助者以外の一般所得者の場合は保険給付対象者になろうとする意向が非常に高い。

二番目、長期療養サービス利用の支援システムを構築する必要がある。現在はケアマネジメントシステムなどが構築されていないので、効果的、あるいは効率的なサービスを選別して利用していないと思われる。特に、公的扶助者の場合はサービス利用時の自己負担金が掛からないので、月限度額まで利用するよう誘導させられている。従って、その自己負担金を支援する自治体の財政負担が重くなりつつある。

三番目、長期療養施設の供給量に対する統制システムを構築する必要がある。前述のように、現在は需要に相応しい供給になるように強制する仕組みがない。特に地域別には施設設置量の差が激しいので、サービス利用の不公平も生じられている。なお、施設であれ在宅であれ営利事業者の市場参加が認められているので、事業者間の競争も激しい。それによって、安定的に施設を運営するためには財政支出を可能限り抑制しなければならないが、ほぼ施設の大部分は支出の半分以上を占めている人件費を減らす方法を選んでいるので、結局、事業者間の激しい競争は従事者処遇の下落原因に繋がっている。勿論、施設評価制を用いて施設量を調整しようとしたが、あまりにも効果が出ないらしい。

最後に、地域包括的ケアシステムを構築する必要がある。これは、現在日本が強調している概念と同じように介護予防から住居福祉まで地域内で包括的に支援することである。要介護状態になっても、健康な時期から住み慣れた地域や家でケアされるという考え方なので、高齢化社会においては望ましい方法と思われる。

韓国の高齢化スピードは日本より早いと予測しており、まもなく社会保障の財政圧迫が迫ろうと思う。特に財政負担者である若者の数が段々減っていくので、深刻な世代間の不均衡が生じられるだろう。従って、長期療養政策、もっと広げると、老人政策においてはヘルツエイジング(healthy ageing)哲学が切実に求められるといえる。

参考資料

鮮于恵など、老人長期療養保険の財政支出分析と政策方案、韓国保健社会研究院研究報告書、2011. 12

鮮于恵など、老人長期療養保障体系の現況と改善方案、韓国保健社会研究院研究報告書、2008. 12

韓国保健福祉部・韓国保健社会研究院、1次長期療養基本計画樹立研究、2012. 3

韓国租税研究院、老人長期療養保険制度の運営に伴った成果分析、2011.6

