

韓国の老人長期療養保険制度における ケアマネジメントの課題 ——在宅ケアを中心に——

西 下 彰 俊

目 次

- 1 はじめに
- 2 韓国の老人長期療養保険制度の概要
- 3 在宅高齢者に関するケアマネジメント
- 4 見えざるケアマネジメントの存在
- 5 結論と今後の課題

1 はじめに

本稿の主たる目的は、韓国において2008年7月に創設された「老人長期療養保険制度」を対象にケアマネジメントおよび関連する制度上の問題と課題について論ずることである。制度開始2年2か月後の現在（本稿執筆時2010年9月の時点）で把握できる範囲において、特に在宅ケアサービスに焦点を当てつつ分析し具体的に検討したい。

韓国の老人長期療養保険制度は基本的に日本の介護保険制度の枠組みを踏襲したものであるが、独自にユニークなシステムを構築した部分も存在する。韓国の老人長期療養保険を中心に論じながら、時に日本の介護保険制度にも言及し、両国の公的な介護保険制度のそれぞれの強みと弱みを実証的に明らかにすることが、本研究の狙いである。

2 韓国の老人長期療養保険制度の概要

(1) サービス利用の流れ

まず、サービスを希望する被保険者が、保険者である国民健康保険公団に申請する。全国でただ一つの保険者である国民健康保険公団の職員が、サービス利用申請者の自宅を訪問し、長期療養認定調査票に基づいて調査を行い、「標準長期療養利用計画書」を作成する。全体で94項目の認定調査が行われるが、等級判定（日本の要介護認定）に用いられるのはそのうちの52項目だけである。残りの42項目に関する情報は、標準長期療養利用計画書を作成する際に参考にされる。94項目（および52項目）の具体的な内容については、すでに紹介されている（西下彰俊、2009、pp. 1-14；林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、pp. 23-26、pp. 229-236）。なお、日本の介護保険制度の現行の基礎調査で用いられる質問項目数は全部で74項目であり、全項目が要介護認定で用いられる。

15名で構成される長期療養等級判定委員会（医師等の医療関係者、社会福祉士、市郡区の公務員等で構成）が①長期療養認定調査票の調査項目の結果と、②公団職員が記入する特記事項および③主治医の意見書を総合的に検討し、各申請者の等級判定を行う（西下彰俊、2008、pp. 17-18）。

このうち主治医の意見書を提出するタイミングは韓国と日本で異なる。韓国では申請の際に、被保険者が65歳以上の場合は長期療養等級判定委員会の判定時まで、主治医の意見書を添付しなければならない。老人性疾患に罹患している65歳未満の人の場合には、申請時に、すなわち65歳以上に比べて早めに主治医の意見書を提出しなければならない。65歳未満の申請者の場合、この規則を知らないために却下になるケースが少なからずある。

日本の場合、被保険者が申請時に主治医の意見書を添付する必要はない。主治医の意見書が請求されるパターンは二つある。1つは、保険者である

市区町村が、主治医に直接依頼し、主治医から市区町村に直接送付してもらう方法であり、もう一つは、申請者が主治医に予め依頼しておき、主治医から市区町村に、あるいは主治医から申請者を經由して提出する方法である（西下彰俊、2009、pp. 6-7）。日本では、主治医の意見書が市区町村に届くのが遅いために、介護認定審査会にかけることができず、介護認定が遅れるという問題点が指摘されている。

(2) 在宅サービスの種類と特徴

老人長期療養保険制度は、主に在宅サービスと施設サービスから構成される。ただし、本稿では、在宅ケアに焦点を絞り、老人長期療養保険制度の現状と課題を具体的に分析し考察する。施設ケアを含めた老人長期療養保険制度全体の概要については、以下の文献を参照されたい（西下彰俊、2008、pp. 17-25；西下彰俊、2009、pp. 1-14；林春植・宣賢奎・住居広士編、2010）。

現行制度では、要介護度は等級で示され、現在、1等級から3等級まで存在する。1等級は、心身の機能障害により日常生活において全面介助を要する者で（長期療養認定調査票の調査項目のADL¹⁾＝日常生活動作の能力について6項目以上全介助）、最重度の状態である。要介護認定等介護点数が95点以上の場合である。具体的な状態像は、「全面介助を要する寝たきり状態」である。日本の介護保険の要介護5に相当する。2等級は、心身の機能障害により日常生活において相当部分の介助を要する者で（調査項目のADLについて5項目以上一部介助）、重度の状態である。要介護認定等介護点数が75点以上95点未満の場合である。具体的な状態像は、「車椅子使用等で日常生活が可能な状態」である。介護保険の要介護4に相当する。3等級は、心身の機能障害により日常生活において部分的介助を要する者で（調査項目のADLについて3項目以上一部介助）、中重度の状態である。要介護認定等介護点数が55点以上75点未満の場合である。

具体的な状態像は、「他人の助けを受けて外出可能な状態」である。介護保険の要介護3に相当する（林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、p. 27）。

以上3つの等級の在宅サービスの月額利用限度額については、2010年現在、1等級は1,140,600ウォン（1ウォン＝0.07円換算、以下同様。約79,842円）、2等級は971,200ウォン（約67,984円）、3等級は814,700ウォン（約57,029円）となっている（西下彰俊、2009、p. 3）。

表1は、在宅サービスの種類と利用時間ごとのあるいは等級ごとの、介護報酬額と自己負担額を示したものである（西下彰俊、2009、p. 4）。在宅サービスの種類に関しては日本とほぼ同様であるが、現時点では、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、居宅介護支援、住宅改修の各サービスが韓国の長期療養保険制度には存在しない。

さて、在宅サービスのうち最も利用頻度の高い訪問療養サービス（ホームヘルプサービス）に関して、両国で大きく異なる点が存在する。それは、療養保護士（通常は、他人である在宅高齢者に対してホームヘルプサービスを提供したり、老人専門療養施設で介護職員として就労する）による自身の家族へのサービス提供が、保険上認められることである。すなわち、保健福祉家族部長官告示（「長期療養給付費用等に関する告示」）によれば、「受給者と同居している療養保護士が提供する訪問療養給付は、所要時間に従って算定するが、一日最大120分未満とし、夜間および休日に療養保護サービスを提供した場合でも所定の給付基準の算定をする。この場合の同居家族とは受給者と同一の住宅で生活する家族（民法779条による）をいう」。なお、保健福祉家族部は、2010年3月より保健福祉部と名称が変更されている。

この告示の内容は、療養保護士の資格を所有する場合、自分の要介護家族に対し、一日30分、60分、90分の範囲において、訪問療養サービスを提供できるのであり、そのサービス提供時間が夜間、深夜、休日の場合も加算はないという意味である。

表1 在宅サービスの介護報酬

単位：ウォン

分 類	サービス時間別・等級別時間帯別区分	介護報酬・金額	自己負担額(15%)	医療扶助者軽減自己負担額(7.5%)
訪問療養 (ホームヘルプサービス) (注1) (注3)	A. 30 分	10,680	1,600	800
	B. 60 分	16,120	2,410	1,200
	C. 90 分	21,360	3,200	1,600
	D. 120 分	26,700	4,000	2,000
	E. 150 分	30,200	4,530	2,260
	F. 180 分	33,500	5,020	2,510
	G. 210 分	36,600	5,490	2,740
	H. 240 分	39,500	5,920	2,960
訪問看護 (注2) (注3)	A. 30 分未満	27,360	4,100	2,050
	B. 30 分以上 60 分未満	35,310	5,300	2,650
	C. 60 分以上	43,260	6,490	3,250
訪問入浴 (1 回あたり)	A. 入浴車利用	71,290	10,690	5,340
	B. 入浴車利用せず	39,590	5,930	2,960
昼間・夜間サービス (注2)	A. 3 時間以上 6 時間未満			
	1 等級	24,960	3,740	1,870
	2 等級	22,740	3,410	1,710
	3 等級	19,140	2,870	1,440
	B. 6 時間以上 8 時間未満			
	1 等級	33,280	4,990	2,490
	2 等級	30,320	4,550	2,270
	3 等級	25,520	3,820	1,910
	C. 8 時間以上 10 時間未満			
	1 等級	41,600	6,240	3,120
	2 等級	37,900	5,680	2,840
	3 等級	31,900	4,780	2,390
	D. 10 時間以上 12 時間未満			
	1 等級	45,760	6,860	3,430
	2 等級	41,690	6,250	3,120
	3 等級	35,090	5,260	2,630
	E. 12 時間以上			
	1 等級	49,920	7,480	3,740
	2 等級	45,480	6,820	3,410
	3 等級	38,280	5,740	2,870
短期保護 (ショートステイ) (注2) (1 日あたり)	1 等級	43,300	6,490	3,240
	2 等級	39,600	5,940	2,970
	3 等級	35,900	5,380	2,690

(注1) 保健福祉家族部告示 2008 第66号 (2008.6.30)

(注2) 林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、韓国介護保険制度の創設と展開、ミネルヴァ書房、p.71

(注3) 訪問療養サービス、訪問看護サービスに関して、夜間加算は、18時から22時までの時間帯について、20%増しとなる。深夜加算は、22時以降翌日6時までの時間帯について、30%増しとなる。休日加算は、祝日に提供する場合で、時間帯に関わらず30%増しとなる。

(出典) <http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev>

例えば、夫の要介護度が2等級の、毎日訪問療養サービスを90分必要とするケースで、その全てを療養保護士の資格を持つ妻が在宅で介護する場合を想定してみる。

時間帯や曜日による割り増しは設定されていないので、このケースでは、1日3,200ウォン×30日＝96,000ウォンを夫は1か月ごとに自己負担することになる。療養保護士の妻は、所属する療養保護士派遣事業所の時給が6,000ウォンだとすると、1日9,000ウォン、1か月で270,000ウォン（18,900円程度）が同居家族を介護することによる収入となる（西下彰俊、2009、p. 8）。差し引き174,000ウォン（約12,180円）が実質の収入となる。

療養保護士養成機関においても、都市部では競争が激化していることもあり、受講希望者を出来る限り獲得するために、上記の同居家族介護の規定に関して情報提供している。ただし、保健福祉部は、この実態を問題視しており、今後はおそらく廃止される方向に進むと思われる。

以上の療養保護士による同居家族への介護という方式は、3つの条件のいずれかに該当しなければ現金支給されない家族療養費と呼ばれる家族介護手当（等級に関係なく月15万ウォン）とも性格を異にしている（西下彰俊、2009、pp. 7-8）。

なお、日本の介護保険制度には、いずれも存在しない。

3 在宅高齢者に関するケアマネジメント

韓国にはケアマネジャーが存在しないことおよびそのことによる弊害が起きていることは先行研究（金貞任、2009、pp. 67-78；西下彰俊、2009、pp. 1-14、；株本千鶴、2009、pp. 22-27）ですでに指摘されている。いま問われるべきは、そうした構造的な問題を孕みながらも、結果として長期療養保険制度がうまく機能しているのは何故かという点である。その点について、ここでは具体的な資料を提示しつつ確認しながら背景を分析

する。

(1) ケアマネジャーとケアプラン

韓国においても、3回にわたるモデル事業の途中段階まではケアマネジャーを導入する予定であったが、最終的には財政的な理由から導入が見送られた。

日本の介護保険制度では、保険者である市区町村が設置している介護認定審査会が要介護度を最終的に決定した後、申請者に認定結果が郵送される。介護保険サービス利用希望の申請者は、その認定結果を受けてケアマネジャーに連絡し自らの希望する様々なサービスを組み合わせたケアプランをケアマネジャーに作成してもらう。このケアプランに従って各サービス事業者のサービスを利用する。申請者には、認定結果の書類と併せて、当該市区町村のケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所の一覧表が送付されるので、その中から1事業者を選択し連絡する。なお、実際に介護保険のサービスを利用する際、具体的なサービス事業者の選定は、ケアマネジャーに任されることが多いが（そのため、「サービスの囲い込み」という構造的な問題が生じやすい）、高齢者本人もしくは家族が選んでも差し支えない。

専門家であるケアマネジャーがケアプランを作成することで、申請者の希望するサービスの利用が円滑に進む。ケアマネジャーが設けられていない韓国では、このサービス利用がどのように進められるのであろうか。

(2) 在宅サービスにおけるケアマネジメントの実際

表2は在宅サービスを希望する2等級の判定を受けた男性高齢者（75歳）に関する標準長期療養利用計画書の資料であり、表3は当該高齢者に対して在宅サービス提供事業所が作成したサービス提供計画書である。加えて表4は、表3において示されたサービスが提供される具体的な日時を

表2 標準長期療養利用計画書

長期療養認定管理番号: ****

本計画書は推奨事項であり、本人（家族）の希望により、自律的に長期療養機関と協議し、適切な長期療養供与が利用できるように手助けをするための案内書である。

氏 名		****	住民登録番号	****-*****
長期療養等級		2 等級	発 給 日	2010-**-**
在宅給付（月限度額）		1 月あたり 971,200 ウォン	本人一部負担率	在宅給付 15%
施設給付	老人療養施設	1 日あたり 34,980 ウォン		
	老人専門療養施設	1 日あたり 45,290 ウォン		施設給付 20%
	老人療養共同生活家庭	1 日あたり 45,290 ウォン		

長期療養の必要領域および主な機能の状態			長期療養の目標
■身体機能、リハビリのニーズ、社会生活機能：2007 年以降、手と腕の震えがひどく、歩きにくくなり、「脳梗塞」、「パーキンソン病」と診断された。2009 年秋以降、状態が次第に悪化し、今はほとんどベッドに寝たままの状態である。性格も乱暴になり、物を投げたりすることにより、「認知症」と診断された。着替え、洗面、歯磨きなどに介助が必要。体位変換、起きて座ること、部屋の外に出る時などに介助が必要。家事や金銭管理、買い物などに常に手助けが必要、身だしなみにも全て介助を必要とする。 ■認知機能、行動の変化：短期記憶障害、長期記憶障害、指示の理解ができない。状況の判断力が低下し、計算能力も落ちている。妄想、幻覚を見たり、理由もなく怒り出したりする。物を隠すこともある。そのため介護者の疲労が激しい。			■機能状態悪化の防止と合併症予防 ■ベッドからの転倒防止 ■家族介護負担の軽減 ■認知障害に対する適切な対処方法の学習 ■行動の変化に適切な対処をすること
長期療養の必要な内容	■洗面介助、口腔管理、体の清潔、洗髪、着替えの介助、入浴介助、排泄介助、体位変換、移動の介助、トイレの利用、立ち上がりの介助、運動および日常生活訓練補助 ■炊事、掃除および身の回りの整理・整頓、洗濯 ■外出時の同行		
受給者の希望給付	訪問療養		
注 意 事 項	■高血圧の管理が必要である。 ■下記の給付計画は在宅給付を利用する場合を考慮し作成したものであり、参照されたい。		
標準長期療養利用計画および費用（調整可能）			
給付の種類	回 数	長期療養給付費用	本人負担金
訪問療養	週 5 回 (240 分)	790,000 ウォン	118,500 ウォン
		ウォン	ウォン
		ウォン	ウォン
		ウォン	ウォン
合 計		790,000 ウォン	118,500 ウォン
福祉用具			

☎****-****

〇〇支社

担当者: 〇〇〇

国民健康保険公団理事長

表 3 長期療養サービス提供計画書

長期療養認定管理番号	*****	氏 名	*****	住民登録番号	*****	電話番号	*****
長期療養等級	2 等級	月限度額	971,200 ウォン / 月	住 所	*****		
認定有効期間	2010 年 4 月 7 日～2011 年 4 月 30 日 (注 1)		作成日	2010 年 4 月 8 日 (注 2)		担当者	*****

総合計画	身体機能については現在の機能状態を保持するため、歩行訓練と外部散策をサポートし、認知能力を向上させるために、福祉館への外出を支援する。行動の変化に適切に対処できるように、他人との交流をサポートし、憂鬱な感情と不安感を減少させることにより、安楽な老後生活を支援する。						
------	--	--	--	--	--	--	--

問題領域	目 標				提供サービス				
	長期目標	期間	短期目標	期間	種類	内容	提供期間	周期	時間
身体機能	現在の機能保持	2010.4/8(注3)	歩行訓練、外部散策	2010.4/8(注4)			2010.4/8(注5)		月、金、土：:
認知機能	認知機能向上	～	福祉館への外出	～	訪問療養	訪問療養	～	週4回	240分
行動変化	適切な対処	2011.10/30	他人との交流サポート	2010.10/8			2011.4/30	(月、金～日)	日:480分

長期療養給付の費用

給付種類	給付の点数	サービス回数	長期療養給付費用	本人負担額
訪問療養	39,500	12	474,000	71,100
訪問療養	39,500 × 1.3 × 2 回	3	308,100	46,215
合 計			782,000 (注 6)	117,310 (注 7)

(注 1)～(注 5) 架空の年月日を用いている。(注 6) 100 ウォンは切り捨て。表 4 も同様である。(注 7) 5 ウォンは切り捨て。表 4 も同様である。

韓国の老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題

表 4 サービス日程表

長期療養認定管理番号	*****	氏 名	*****
長期療養担当者	*****	作成日時	2010 年 4 月 8 日 (注)

日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
				14:00-18:00	14:00-18:00	09:30-18:00
11	12	13	14	15	16	17
09:30-18:00	09:00-13:00				14:00-18:00	09:00-13:00
18	19	20	21	22	23	24
09:30-18:00	09:00-13:00				14:00-18:00	09:00-13:00
25	26	27	28	29	30	
09:30-18:00	09:00-13:00				14:00-18:00	

■サービス提供の現況

サービス提供者名	電話番号	担当	給付内容	回数	サービス提供日
*****	*****	*****	訪問療養	週 4 回	*****

■長期療養給付費用

給付報酬	サービス回数	長期療養給付費用	本人負担額 (15%)
39,500	12	474,000	71,100
39,500 × 1.3 × 2 回	3	308,100	46,215
合 計	15	782,000	117,310

(注) 架空の年月日である。

示した資料である²⁾。

表2の上部には、まず、標準長期療養利用計画書の役割に関して注意書きが記載されている。すなわち、「本計画書は推奨事項であり、本人（家族）の希望により、自律的に長期療養機関と協議し、適切な長期療養サービスが利用できるように手助けするための案内書である」と³⁾。この断り書きのうち、推奨、協議、手助け、案内書というキーワードから容易に判断できるように、標準長期療養利用計画書は、そもそも日本のケアプランに示されるような機能を果たすことは期待されていない。老人長期療養保険制度の唯一の保険者である国民健康保険公団が理事長名で発行する「標準長期療養利用計画書」は、あくまで参考資料でしかないのである。強制力のある利用計画書でないことは明らかである。

金貞任は、標準長期療養利用計画書に関して、「健康保険公団の職員が、要介護高齢者と相談せず一方的に標準ケアプランを作成し送付している。そのため、要介護高齢者はサービスを提供する機関と直接連絡を取っており、サービス提供機関は陰に陽にその機関のサービスを含むケアプランを新たに作成して要介護高齢者に提示する場合が少なくない。要介護高齢者は、介護に関する情報の非対称によってその機関が提示するサービスを利用し、公団職員が作成する標準ケアプランが無視されているという問題が指摘されている。」と述べている（金貞任、2009、p. 75）。

しかし、健康保険公団の訪問調査を担当する看護師、社会福祉士等の国家資格を持つあるいは専門職としての職員の主な役割は、長期療養保険のサービスを希望する高齢者宅を訪問し、等級判定および標準長期療養利用計画書を作成するのに必要な94項目を調査することである。その後、等級判定委員会が判定した等級の給付限度額以内で、利用希望者本人の希望する給付に基づき、サービスの回数を設定する。あわせて、長期療養の必要領域および主な機能の領域、長期療養の目標、長期療養の必要な内容、注意事項を明記し、標準長期療養利用計画書を完成させる。結局、等級判

定が行われた後に、健康保険公団の訪問調査員は申請者を再度訪問することはない。

つまり、日本におけるケアマネジャーの役割は始めから公団職員に期待されていないのである。当然の帰結として、そもそも標準長期療養利用計画書は、参考資料にとどまるのであり、拘束力はないということになる。金は、公団職員が作成する標準ケアプランが無視されているという問題があると指摘しているが、もともと性格上参考資料なのであるから参考にとどまるのであって、それ以上でもそれ以下でもない。

とはいえ、標準長期療養利用計画書には多くの重要な情報が含まれているので、無視することはできない。例えば、訪問調査で明らかになる申請者の身体や精神の状態像は詳しく記述されている。その意味で、長期療養の必要領域および主な機能の領域および長期療養の必要な内容は無視することはできない。当然のことながら、受給者（申請者）の希望給付も必要不可欠な情報であり無視することはできない。これらの点について、無視されることがあるとするならば、それこそ問題となる。

おそらく標準長期療養利用計画書の情報で本当に参考程度にされるのは、給付の種類と回数であろう。長期療養認定調査票の1. 一般事項の⑧で希望給付を複数チェックできるようになってはいるが（西下彰俊、2009、pp. 1-14；林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、p. 229）、例えば、在宅給付として提供しうる6種類のサービスを申請者が申請前に熟知しているとは到底考えにくい。実際に等級判定の結果を受けた後に、訪問療養サービス事業者（療養保護士派遣事業者）にコンタクトを取る中で、どのようなサービスがどの程度の自己負担額で受けられるかについて情報を得ることが多いと思われる。つまり、標準長期療養利用計画書に示された在宅サービスの種類以上のサービスが、実際には利用されることとなる可能性が高いと言うことである。

(3) 標準長期療養利用計画書と長期療養サービス提供計画書の関係性

前述の2等級の判定を受けた男性高齢者の事例で、標準長期療養利用計画書と長期療養サービス提供計画書の関係性を吟味してみる。表3は、訪問療養サービスを提供しているある事業所が作成したサービス計画書である。同表では、問題領域が、身体機能、認知機能、行動変化に区分され、それぞれに短期目標と長期目標が設定されている。短期目標はより具体的であり、身体機能については、歩行訓練と外部散策を行うこと、認知機能については福祉館への外出を積極的に進めること、行動変化については、他人と交流をサポートすることが目標として設定されている。この男性高齢者は、表3の下欄にある長期療養給付の費用が示すように、訪問療養サービスを利用しているが、何故か2種類に分けられている。2種類に分けられた理由は同表からは不明である。その疑問は表4を確認することで氷解する。すなわち、4月8日（架空の月日である。以下同様）から在宅サービスを利用し始めたこの男性高齢者は、平日だけでなく、日曜日も利用していることが判明する。このことに関して、当該男性高齢者の介護者である配偶者にインタビューした結果、「毎週日曜日は仏教施設にお参りに行きたいので、8時間連続して訪問療養サービスを利用している」とのことであった。加えて、夫の認知症に由来する問題行動により、老夫婦二人暮らしをしている妻は、激しくストレスを蓄積し、介護による疲労が激しい。妻自身のリフレッシュのために日曜日にはお参りをするとのことである。日曜日であるから深夜帯と同様30%加算される。そのため、表3下部には、給付の点数が、 $39,500 \times 1.3 \times 2$ と別に記載されている（4時間のサービスを連続して2回利用していることになるので $\times 2$ と表記されている）。

家族介護者である配偶者が毎週日曜日に仏教施設に是非お参りに行きたいという生活ニーズは、公団職員による訪問認定調査では、全く得られることのない情報である。療養保護士派遣事業所が長期療養保険の等級判定

を受けた利用者およびその家族と面談する中で、こうした生活ニーズが把握され、長期療養サービス提供計画書が作成されるわけである。日本の介護保険制度のケアプランに相当するものは、韓国においては、こうした療養保護士派遣事業所が作成する長期療養サービス提供計画書であると見るのが妥当である。

なお、表3において、中段に提供サービスの周期が週4回と記載されているが、実際の療養保護士の訪問回数は、表4で確認しなければならない。特にこの男性高齢者のケースでは、8日からサービスが提供されているため（そのような架空の設定をした）、回数の確認には注意を払わなければならない。

上記の男性高齢者の場合は訪問療養サービスだけを利用するシンプルなケースであった。韓国の老人長期療養保険制度は、日本の介護保険制度をモデルにしており、在宅サービスに関してもほぼ日本と同様の多種類のサービスが提供されている。制度がないために提供されていないのは、既に述べたように、訪問リハビリテーション、短期入所療養介護、住宅改修など少数のサービスに限定される。

従って、例えば、訪問療養サービスを中心にしつつ、訪問入浴サービスや昼間・夜間サービスを利用する場合も一般的であろう。複数の種類の在宅サービスを利用する場合に関して、先の表3のような長期療養サービス提供計画書をどのサービス機関が作成するのか、利用者の判定等級のサービス限度額を超えないようにサービス利用料の上限管理をどのサービス機関がどのように行っているのか、あるいはサービス利用料の上限管理がどのサービス提供事業者によってもなされない場合には、保険者である国民健康保険公団は、どのように対応しているのか等多くの疑問が残る。

(4) サービス供給主体の過剰化問題

在宅サービスのうち最もニーズが高いのは、訪問療養サービスである。

韓国の保健福祉部は、長期療養保険制度をスタートさせる前に、それまで様々な名称で呼ばれ養成方法も異なっていたホームヘルパーを「療養保護士」として一本化した。療養保護士の資格を得るために研修を受けなければならない（西下彰俊、2008、p. 24）。また、療養保護士を養成するために、療養保護士養成機関が数多く設けられた。その結果として、療養保護士を派遣する事業所も数多く作られた。

療養保険制度がスタートしてみると、特にソウル市のような大都市部で、療養保護士の過剰供給問題、療養保護士養成機関過剰供給問題、療養保護士派遣事業所過剰供給問題という3つの過剰化問題が噴出した。このうち、療養保護士については質を高めるために、2010年より国家試験が導入されている。また、療養保護士派遣事業所についても、開設条件を2010年より厳しくしており、質を高めるための対応策が講じられている。

日本の介護保険制度に比べて、韓国では、長期療養保険制度を利用できる要介護高齢者の数が制限されている。日本では、要支援1・要支援2、要介護1～5までと幅広く介護保険制度を利用できるが、韓国では現在、1等級から3等級までしか療養保険を利用できない。従って、サービス利用の有資格者が日本に比べて著しく少なくなっている。日本での利用率は13.3%であるのに対し、韓国での利用率は3.9%と3分の1にも満たない。ニーズ（需要）の量に比較して、サービス供給主体が過剰化しているため、結果として過当競争が、療養保険制度スタート以来生じている。

過当競争は、いわゆるモラル・ハザードを招く元凶であり、在宅サービスの現場では、例えば、療養保護士派遣事業所間の競争が激しい。利用者の取り合いである。自分の事業所を利用すれば、自己負担分の15%を無料にする、療養保護士に農作業など無関係な仕事を手伝わせる、おまけとしてテレビをプレゼントする等のサービスをすると口コミで伝え、不正な行為をするなどかなり深刻な事態である。

訪問療養サービスに関しては、予め届けられているサービス提供計画に

従ってサービスが提供されているかどうかを確認するために、サービス提供開始時間の 10 分後と終了時間の 10 分前に、国民健康保険公団が利用者宅に電話をかけ療養保護士が勤務しているかどうかをチェックしている。あるいは、抜き打ちで公団職員が直接利用者宅を訪問し、勤務の有無をチェックしている。

日本では、コムスンのような大手の事業者が大規模な不正を行い廃業に追い込まれた。韓国での不正は小さな事業所で行われているのが現状である。韓国において、コムスンのような社会的に大きな影響を及ぼす民間大手の長期療養保険サービス提供組織が、組織的な不正を行わないように保健福祉部は対策を講じていかなければならない。

4 見えざるケアマネジメント

韓国の老人長期療養保険制度には、前章で既に述べたような構造的問題点がいくつか内包されていることが分かった。

しかし、同制度は瓦解することなく現在も存続し続けている。ということは、ケアマネジャーという制度化された専門職が存在しない状況の中でも、「見えざるケアマネジメント」と呼べるような過程が首尾よく進行しているということである。

日本の介護保険制度におけるケアマネジャーの大きな仕事は、サービス利用者のニーズに合致したケアプランを作成することに加えて、介護保険利用高齢者の要介護度ごとに設定される介護報酬限度額の上限管理である。介護報酬限度額までの自己負担は 10% であるが、介護報酬限度額を超える部分については 10 倍に相当する全額自己負担となる。この上限管理も重要な仕事である。

韓国においても日本同様、介護報酬限度額を超えれば 100% の自己負担となる。介護報酬限度額を超えないようになされる「見えざるケアマネジ

メント」とはいったいどのように行われるのであろうか。

既に確認したように、韓国の保険者である国民健康保険公団が作成する標準長期療養利用計画書には、具体的なケアプランは示されていない。

実際のサービスを提供する前に、療養保護士派遣事業所等の在宅サービス提供事業者は、利用者に提供するサービスの翌月分の計画書を、電子情報として国民健康保険公団に提出する。利用者氏名、社会保障番号、長期療養被保険者番号を国民健康保険公団の登録システムに入力した後、翌月分のサービス提供計画量を入力する。

利用者が単一のサービスを単一のサービス提供事業者から受ける場合は問題がない。当該事業者が、判定された等級に合わせて療養報酬の上限額管理をするわけだから問題は発生しない。

構造的な問題が発生するとするならば以下のような場合であろう。すなわち、ある事業者が公団の登録システムに入力しようとした時に、すでに他事業者の他種サービスが登録されている場合である。こうした場合、後から登録しようとした事業者も利用者のニーズに応じて契約をしているのであるから、利用者本人および家族と再度ニーズ全体の確認をした後、先に登録している事業者と「利用時間帯および頻度に関する調整」をすることになる。訪問療養サービスと訪問看護サービス、訪問入浴サービス、昼間・夜間サービスとの間でこうした「競合に対する調整」が図られる。

以上が公団の登録システムを使った場合の調整であるが、それ以外のアナログ的な調整方法も当然用いられる。サービスを提供する療養保護士派遣事業所が、当該利用者の標準長期療養利用計画書で認定された等級を確認し、当該事業所で提供できないサービス、例えば、訪問看護サービス、訪問入浴、昼間・夜間サービスと言った他種サービスの利用ニーズを当該高齢者および家族が有している場合には、各サービス提供事業所に連絡を取り、また利用者のニーズの強弱を確認し、サービスの提供回数、提供時間数、提供時間帯などを、サービス事業提供者間で「調整」の上決定する

のである。あるいは、相談による調整という時間的コストを回避するために、電話で他種のサービス提供事業者に1か月間の長期療養給付費用を確認し、その費用を減額した上で（つまり妥協した上で）、当該サービスの提供計画書を作成することもある。

以上のことから日本におけるケアマネジャーの役割は、利用者が最も多く利用したいと考えているサービスを提供する事業所が、結果的に遂行していると言ってよい。サービスを提供する当事者同士で相談の上、あるいは一方的に相手機関が提供するサービスの長期療養給付費用を確認しその費用を減額した上で、確定されたサービス提供計画書に基づくケアプラン（表3および表4の情報）が国民健康保険公団へ電子情報として登録される。

以上、在宅サービスを提供する事業者が、国民健康保険公団の登録システムで確認した後、あるいはシステムに登録する以前に自分達で連絡を取り合い情報を得ながら、等級判定を受けた各高齢者のケアマネジメントについて、主体的・自発的に行っていることが分かった。さらに、老人長期療養保険制度が、「見えざるケアマネジメント」に依存しているという現実そのものを浮き彫りにすることができた。

5 結論と今後の課題

本稿では、韓国の老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの現状と課題について、在宅ケアを中心にしつつ、実際に使われている資料を論拠に分析してきた。

ここで実証的に明らかにできたことは、以下の2点である。まず第1に、保険者である国民健康保険公団が作成する標準長期療養利用計画書はあくまで参考資料にとどまるのであって、日本のケアプランとは全く異質な性格のものであるということ、そして第2に、老人長期療養保険制度が、「見えざるケアマネジメント」に依存しており、これが大きな構造的な問題と

なる可能性があるということである。見えざるケアマネジメントは、首尾よく機能する場合もあれば、そうでない場合もある。成否は、在宅サービス事業者の善意と在宅サービス事業者間の情報交換に基づく調整の有無に完全に依存しているのであって、社会保険制度としては問題を孕んでいると言わざるを得ない。

本研究に関する今後の課題としては、さしあたり以下の5点を挙げることができる。まず、ここで考察した資料の組み合わせ（表2～表4）をさらに整え、本稿での制度に対する評価が妥当であることのエビデンスを強化することである。

第2に、短期保護サービス（日本のショートステイサービスに相当）が2010年3月1日付けで、老人長期療養保険制度上の位置づけが劇的に変わった背景を探ることである。短期保護サービスは、日本と同様、在宅ケアの要である。ところが韓国においては、給付認定期間が180日と極めて長く、延長することも可能であった。その結果、入所施設と同じような機能を果たしており、在宅給付の月額限度額に含められてはいなかった。それを、短期保護給付日数を1か月に15日以内とすることにより、本来の短期保護の機能を持たせることとなり、その結果在宅給付の月額限度額に含まれることになった。このような劇的な変更を何故することになったのか、そもそも短期保護という名前とはおよそかけ離れた制度設計に何故したのかということが問われなければならない。実は日本の介護保険制度の場合も、2000年のスタート時には、ショートステイサービスについて変則的な扱いであった。関連性を調べる必要がある。

そして第3に、老人長期療養施設や老人長期療養共同生活介護といった施設でのケアに関して、本研究での方法論と同様、各入所者に関して、国民健康保険公団が作成する標準長期療養利用計画書と当該施設が当該入所者に関して作成するサービス提供計画書がどのような関係にあるのかを明らかにすることである。

第4は、「4等級」の設定の問題である。現行制度は、日本の介護保険制度における要介護認定のランクに対応させるならば、要介護3から要介護5までをカバーしているに過ぎない。要介護2に対応すると考えられる4等級は、在宅ケアサービスで自立支援をサポートするADLの段階である。4等級は、主として財政的な理由から現在棚上げになっているが、医療保険と併せて徴収されている保険料をどの程度上げることで、4等級を設定することができるのかを検討することが必要不可欠である。

そして最後に、これはかなりマクロで長期的な課題であるが、老人長期療養保険制度に、日本と同様の位置づけで、あるいはより優れたシステムの一部として、ケアマネジャーの専門職を組み込むことについて、長期療養保険の財源確保の観点からも専門職確保の観点からも実現可能な方法を提示することである。林・宣らは、日本のケアマネジャーに対応する「療養保護管理士」(仮称)の創設を提案しているが、検討に値する考え方である(林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、p. 90、p. 99、p. 109)。

註

- 1) ここでいうADLの項目は、長期療養認定調査票にある2.長期療養認定・ニーズ事項のうちa.身体機能(基本的日常生活機能)領域の1)にある12項目のことである。具体的には、①衣服着脱、②洗顔、③口腔清潔、④入浴、⑤食事摂取、⑥体位変換、⑦立ち上がることおよび座ること、⑧移乗、⑨部屋の外に出ること、⑩トイレの使用、⑪排便の調節、⑫排尿の調節である。各項目について、機能自立度として、完全自立であるか、一部介助であるか、全介助であるかが調査される。加えて、各項目について、一部介助、全介助の場合に、障害の原因が、身体なのか認知・行動変化なのかが調査される(西下彰俊、2009、p. 11)。

なお、13番目の⑬整髪は、調査はなされるが、等級判定の情報としては

除外される。

- 2) 表2から表4の標準長期療養利用計画書およびサービス提供計画書等は、個人が特定できない形で研究論文に掲載する旨説明した上で、利用者ご家族から、拝借した資料である。
- 3) この部分を、「本利用計画書は、勧告事項として本人（家族）が自由に介護保険指定事業者と契約して適切な介護保険給付サービスを利用できるように支援するための案内書です」と訳している文献もある（林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、p. 28）。勧告事項という訳はニュアンスが異なるが、他の部分はほぼ同じである。

【引用参考文献】

- ・株本千鶴、2009、韓国の老人長期療養保険制度、健康保険組合連合会・社会保障研究グループ編、健保連海外医療情報、No. 83、pp. 22-27
- ・金貞任、2009、韓国の介護保険制度、国立社会保障・人口問題研究所編、海外社会保障研究、No. 167、pp. 67-78
- ・林春植・宣賢奎・住居広士編、2010、韓国介護保険制度の創設と展開、ミネルヴァ書房
- ・西下彰俊、2008、韓国の高齢者長期療養保険の概要と課題、高齢者住宅財団編、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 84、pp. 17-25
- ・西下彰俊、2009、韓国老人長期療養保険制度の現在—開始1年2か月後に見えてきた課題—、高齢者住宅財団編、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 93、pp. 1-14

[付記]

本研究は、2009年度東京経済大学国内研究費の研究助成に基づく研究成果の一部である。記して感謝する次第である。