

## 2013 年度 ICSW 北東アジア地域会議 概要

〔会 期〕 2013 年 6 月 21 日（金）～23 日（日）

〔開催地〕 韓国・ソウル 〔会 場〕 COEX インターコンチネンタル ソウル

〔参加者〕 79 名（韓国 32 名／日本 22 名／台湾 15 名／香港 6 名／

ICSW 役員 1 名／地域事務局 3 名）

### 〔内 容〕

6 月 22 日の地域会議では、国際社会福祉協議会（ICSW）のセルゲイ・ゼレネフ常務理事より、「SPF／能力開発」をテーマに講演が行われた。続いて、ICSW 北東アジア地域および韓国社会福祉協議会の車興奉会長より、韓国における社会福祉をめぐる状況・課題等を中心に、基調報告がなされた。

テーマ発表では、「北東アジア地域における長期介護サービス」をテーマに、各国の学識者・福祉施設関係者により、「長期ケア政策」および「ケアマネジメント」の観点から、社会福祉施策や施設における実践等が発表された。また、発表を受け、フロアとの質疑応答も行われた。

※ 次頁以降、特別セッションおよびテーマ発表の資料を掲載する。

### 〔日 程〕

6 月 21 日（金） 歓迎宴

6 月 22 日（土） ICSW 北東アジア地域会議

(1) 特別セッション (SPF／能力開発)

セルゲイ・ゼレネフ・国際社会福祉協議会 常務理事

(2) 基調報告

車興奉・ICSW 北東アジア地域／韓国社会福祉協議会 会長

(3) テーマ発表

<司会> 崔日燮・韓国社会福祉協議会 理事

[テーマ1: 長期ケア政策]

<発表者>

① (韓国) 朴夏政・嘉泉大学 教授

② (日本) 山本たつ子・天竜厚生会 理事長

③ (台湾) 陳伶珠・台湾弘光科学大学 副教授

④ (香港) Grace Chan・香港社会福祉連合会 Chief Officer

[テーマ2: ケアマネジメント]

<発表者>

① (韓国) 鮮于憲・韓国保健社会研究院 研究員

② (日本) 柿本貴之・暘谷福祉会 常務理事

③ (台湾) 游麗裡・財団法人老五基金会 執行長

④ (香港) Rita Wong・社会福祉士、高齢者のための救世軍

ソーシャルワーカー

(4) 交流宴 (ソウル市・三清閣にて開催)

6 月 22 日（日） 文化視察 (昌徳宮)

## 〔資料目次〕

### 【特別セッション（SPF／能力開発）】

- 「社会保護フロア（SPF）の拡張およびNEA地域メンバーの将来のタスク」  
セルゲイ・ゼレネフ・国際社会福祉協議会 常務理事…………… 1

### 【テーマ発表】

- [テーマ1:長期ケア政策]……………13
- 「韓国の高齢者介護サービス政策の成就」  
朴夏政・嘉泉大学 教授……………14
- 「日本における長期ケア政策の現状と課題—介護サービス現場からの視点」  
山本たつ子・天竜厚生会 理事長……………33
- 「長期療養専門人材の養成システムの構築—現状と将来」  
陳伶珠・台湾弘光科学大学 副教授……………55
- 「香港の長期介護（地域社会の介護）：概要」  
Grace Chan・香港社会福祉連合会 Chief Officer……………69
- [テーマ2:ケアマネジメント]……………75
- 「韓国の高齢者介護サービスのケース管理およびサービスの質」  
鮮于憲・韓国保健社会研究院 研究員……………76
- 「日本における高齢者ケアマネジメントの実際」  
柿本貴之・暘谷福祉会 常務理事……………89
- 「台湾療養管理の実務活動」  
游麗裡・財団法人老五基金会 執行長……………98
- 「地域社会のケア：支援ネットワークを通じた虚弱高齢者の健康増進」  
Rita Wong・社会福祉士、高齢者のための救世軍  
ソーシャルワーカー……………108

**【特別セッション（SPF／能力開発）】**

**「社会保護フロア（SPF）の拡張および  
NEA 地域メンバーの将来のタスク」**

**セルゲイ・ゼレネフ**

**国際社会福祉協議会 常務理事**

# Extension of SPF and future task of NEA regional members of ICSW

Dr. Sergei Zelenev  
(Executive Director, ICSW)

来賓の皆さま、そして同僚の皆さま！

著名な皆さまの前で、社会保護フロア計画(SPF)における可能性の増進というテーマで演説する機会を与えていただき、心から光栄に思います。

東アジアは、輝かしい経済的成功を遂げてきました。また、東アジアでのSPFの活用は概念的に重要であり、知的な活力を与えてくれる事案です。もちろん、東アジアの各国と地域の経験がお互いに相違し、社会開発研究者に多くの重要な教訓を与えています。しかし、このように驚くべき多様性は、そのことだけでも興味深いものです。一つの集団として東アジアは社会開発領域で豊かな経験を蓄積し、経済や社会政策を技術的に統合させた成功事例を時に見せてくれます。一般的にエリア内で友好的な経済環境を持った国家は、革新的かつ効果的で効率的な方法で福祉サービスを提供しています。東アジアで有名で強力な地域社会や家族の価値、そして国家の先制的役割こそが、各国の明確で特徴付けされた先進的社会保護システムを築く要因でもありました。引退後の収入の支援や児童中心の福祉、公共住宅の提供など多様な社会サービスを効果的に提供し、東アジアの各国や地域の貧困を大きく減らしてきました。

この数年間でSPFは、東北アジアエリアの広範囲で受け入れられる政策目標となりました。いろんな政府が社会保護制度を一般的に奨励する部分集合としてだけでなく、用語自体が持ち合わせる重要な目標としてSPFの価値を認めています。202の勧告(Recommendation 202)でILOが構想し形にして提案したSPFは、公共補償に基づきこれまで国際連合人権委員会がサポートしてきた人権志向の文書となりました。SPF構想は、普遍主義と社会包容の原則に基づいてすべての国家が採択できるよう、社会保護を必須的社会政策にするにあたって重要な新しい開発課題となりました。それでは、202の勧告に関連する中心的特長を説明した後、SPFデザインと運営についてお話ししたいと思います。

SPFは、統合された社会政策を意味します。このような政策は、デザインはライフサイクルアプローチ (*life-cycle approach*)に基づきいくつかの主な政策目標という形になっています。その目標は、貧困家庭に属する人達に格別の関心を示し、所得の安定性とすべての必須社会サービスに対するアプローチを保障することです。国家が国民的SPFを考案し試行する役割を果たすことは、必須です。それは、国家がこれらを保障すべきことであるからです。

202の勧告(Recommendation 202)によると、SPFは少なくとも次のような基本的社会保障で構成されている必要があります。

- (a) 母性保護をはじめ、国家が指定した必須健康管理を構成する商品とサービスに対するアプローチを確保し、その際に可溶性や水溶性、品質の領域を充足
- (b) 児童のために国家が決定した最小限の基本的所得の安定性を確保し、栄養や教育、保育およびその他の必須商品やサービスを提供

(c) 活動的な年齢であるのに十分な所得を得られない、特に病気や失業中であつたり母親であつたり障害のある人のために国家が定めた最小限の所得の安定性を確保

(d) お年寄りのために国家が定めた最小限の基本的所得の安定性を確保

すべてのための基本的社会保障(水平的局面)とワンランクレベルの高い斬新的試行(垂直的的局面)で構成されるSPFは、ライフサイクルアプローチを利用した必要期間だけでなく、活動および非活動期間を通じてレベルの高い基本所得の安定性と必須社会サービス、特に保健や教育に対するアプローチを提供するようにしています。

政府と市民社会団体は、SPFを国家的次元で考案し試行するにあたり中心的役割を行う必要があります。まず、二つの団体の協力とパートナーシップは、多くの国家で社会保護制度を実施するにおいて、すでに必須的事項として証明されています。このような制度を執行して受給者に現物を伝達し実行計画を可能にするなど、いろんな方面でその例は見られています。全世界でNGOは、時に社会保護の一環と思われる公共事業の考案と試行に重要な役割を行ってきました。NGOに関する情報アプローチの向上とサービスの可溶性と範囲についての認識向上に寄与すれば、そのような協力が受給者にうまく有用してもらえることを証明しているのです。

SPF構想を進展させるためには、国家的次元で支持者による継続した支援努力が必要となってきます。社会保護支援は、これまでの要求が何であるのか、政策やプログラム、行政次元においてどのようなことを達成できるのかをベースに、これに対する明確な将来図を提示するよう努める必要があります。このようなことから、一時期全世界で論議の中心だった普遍的に提供される社会保護制度と資産調査の結果により支給される制度について、少しかいつまんでみたいと思います。二つのオプションどちら

も、国家次元と国際組織の協力的な支持基盤があります。SPFは普遍的制度で、社会援助部門において資産調査が持ち合わせるさまざまな危険性を避けたいと考えています。多数の資産調査制度は、大概は高まる財政圧迫の下、政府が如実に社会支出を減らそうとしてくる制度で、明示された貧困レベルの人達への所得移転を構想しています。しかし、いろんな理由で受給対象のうち極一部の人間だけがサービスを受けています。その上、最貧困層や社会的脆弱層はこのような制度の存在や自らが受給対象だということを知りません。なので、この制度の下では社会保障について知っている一部の人間だけがサービスを受け、制度の意図である最貧困層にはそうできていないのです。SPFのような普遍的制度は、社会の全構成員が一生をかけて基本的レベルの社会保障がされるようにしており、このような方法でSPFは非公式経済におかれている労働者を含め、保護を受けられず貧しく最も脆弱な人達の保護のために会員国を支援しています。

SPFが構想している保障は、国家法と規定が定められているように全住民や子供たちに生かされなければならず、これまでの国際義務を遵守しなければなりません。国家的関係から、最も効果的で効率的なサービスと制度が一つになり提供される必要があります。これはサービスの伝達に融通性を奨励する条項です。子供の保護であれ、家族や母性または医療保護のサービスであれ、このようなサービスを提供する制度は普遍的サービスを提供する制度と社会保険制度およびマイナス所得税制度、公共勤労制度および雇用支援制度を組み合わせることができます。サービスの普遍的提供は、国家福祉サービスを受けてやっと生計を立てている受給者が失敗者としての烙印を押されないようにする別の利点があります。資産調査に基づいた制度が時に高い行政的費用を伴うことを考慮すると、普遍的制度としてSPFがいろんな面で合理的です。

SPFと力量開発の結合について、少しお話させていただきます。UNDPによると、力量開発とは正しい機能遂行で問題を解決し、目標設定してそれを成就するために個人や団体、機関および社会がそれぞれ力をあわせて能力を開発する過程のことをいいます。<sup>1</sup> 社会保護プログラムを実施する適切な力量は、いろんな要因に左右され国家の特定状況にさらに左右されるのをいろんな国家の証拠によりまざまざと見せつけてくれています。しかし、先に解決すべき重要な課題があります。それは、まさに政策と予算決算の過程情報が公開共有され、法律制度のアプローチが全員に広報されるクリーンで責任あるガバナンスです。権限や責任への透明性や保障、サービスに対する資格基準は、また別の次元です。業務の向上や公共サービスの効率性が少しずつ浮上し、共通性質の役割を行っています。また、結果に対する基準の公共政策やプログラムを評価して明示される優先順位により資源配分を行い、政策が証拠に基づくことと密接に関係しています。

保障サービスの格差を解消するために準備された公平性の分析は、優先順位を開発して選ばれたグループにサービスを配分し、プログラムに誰が入り誰が除外されたかを把握するのに役立ちます。社会的排除の原因となりうる性別や高齢、少数民族および他の原因も、所得や消費パターンと共に考慮すべき対象です。貧困家庭を減らそうとする計画の効果的政策アプローチには、国家や地域、家庭次元において主な資源とリスクの分析が伴います。

予測可能で適切な予算移転は、社会保護制度の効果的伝達の必須的国家力量です。社会保護(SP)基金の適正性は、これまでの制度において再分配や保険機能が行われることで発展し社会定義が促進されます。社会保護が持つ他面的本質から起因す

---

<sup>1</sup> UNDP. Capacity Development. Technical Advisory Paper 2, New York 1997, page 3



さまざまな難点の一つは、SPが保健や教育、社会保障、勤労関連サービスの面を含んでいるという点です。これにより、一つの予算ラインでこのような支出を制限することは不可能です。政府は国家の社会保護の目標が充足されているのか、補償のレベルやこれまでの需要は何であったのか、どんな部分を改善すべきなのかを継続して評価すべきです。よって、十分な予算を備えた適切な制度的枠や中心社会分野でしっかりと訓練された専門家集団の可溶性、はっきりと把握された運営および監督責任、モニタリングの条項など、このすべてが全般的な社会保護やSPF構想を特に効果的に伝達するのに必須的要素となります。

SPFは、多くの低所得国家に全国民への基本的社会保護達成への近道を切り開く反面、中高所得国家にこれまでの制度を斬新的に改善させ低レベルからワンランク高いレベルに移行させることを意味します。

これからは、SPFモニタリングにおいて市民社会組織の役割という具体的側面を強調したいと思います。これは、ここにいる全員と関連した重要なイシューです。

自国の価値観や歴史、制度的構造およびこれまでの権力者に一番ふさわしい社会保護システムを確立することは、該当国家の絶対的特権です。SPFも、この規定に該当します。定義上、SPFが保健や教育、所得安定性の中心側面にあわせて進めようとするのであれば、国家の社会保護基盤を確立するために具体的な法律段階が必要です。またこの段階は新しい法が概念化され、通過や新しい規定が採択される際に国家次元で経られる民需的政治過程の一部でもあります。SPFに関する新しい法や規定は、国家組織においてなくてはならない部分だといえます。よって、法的枠の存在がすべてのモニタリングへの努力における最もはっきりとした出発点です。

モニタリングメカニズムの確立は、すべての社会構成員への必須的社会保障提供であるという宣言目標にあわせて、SPFプログラムの信頼性や透明性の確保に役立ち

ます。この必須領域のモニタリングは、優先的に市民社会団体が利用できる上昇参加型アプローチというツールを活用し効果的に進めることができます。この方法は、国家がSPFを確立することで社会保護領域で貧困を減らし、その他の政策目標を達成するための努力を市民社会団体に評価するものです。SPFモニタリングにより、上昇参加型アプローチが与えてくれる利点ははっきりしています。それは定性的方法で、実際の状況をより正確に予想することができるので、今までに政府がセンサスや過程調査を実施した際に使用した定量的モニタリングおよび評価方法を補ってくれます。

ILOの202の勧告(Recommendation 202)によると、国家は定期的に行進状況を評価し、社会保障の水平的・垂直的拡張のための政策を論議して、情報や経験、専門知識を国家同士で共有する国家協議会を開催すべきです。

市民社会団体が行うSPFモニタリングは、政府モニタリングとは別に行われることもあります。政府構造と協力し行われることもあります。これを通じてパートナーとの関係を成立し、今までの問題をさらに理解し信頼を高めるなどの大きな利点があるといえます。また同時に、市民社会団体が独自の行うSPFモニタリングの結果が政府の結果と大きな違いを見せる場合、両方のモニタリングや評価方法を改善する必要があるという合図になります。どんな場合であろうと、考案や施行、モニタリングおよび評価に市民社会のパートナーが深く参加すれば、プログラムが意図する受給者の認識を十分に考慮することができ、さらにSPF制度の信頼性や正確性を高めることができます。市民社会が活動を始める際に発言権があれば、一部の単身世帯の理解や期待がさらにうまく反映されます。このような協力は、社会包容や和合の促進においても重要です。

ICSWIは、国家が行うSPFを市民社会団体がモニタリングできるようバックグラウンドの資料を一部開発してきました。ICSWI関連機関が合意した指標が示されたガイドライン

により、関連情報を作成することができます。そうなれば、調査は統計的に安定し、国際的に比較できるようになります。調査を実施し結果を分析するには技術が必要であることを考えると、ICSW所属機関はデータ収集や分析にすぐれた専門家を追加で向かい入れることができます。そう思うと、とても小さな次元での1次的基礎作業は、大きな統計的不一致とエラーを防ぐのに願ってもないことであり不可避なことであるかもしれません。

アンケートツールを選ぶには、各国において正しく比較するのに使用できる方法開発が伴う必要があります。標本調査されたそれぞれの背景の文化や社会的結びつきは、重要な考慮対象です。調査のアンケートが回答者によって違って解釈されてはならず、質問が公開されて回答率に影響を与えてはいけなからです。他の方法を利用するという事は、アンケートツール自体を変更することを意味します。まずアンケートツールが開発されると、正しい施行戦略を発展させ実行する必要があります。そうするには、位置、タイミング、標本(誰が、何を、どこで)の把握が必要になってきますが、収集されたデータは確実に人口を代表してくれます。もし標本がターゲットグループを代表できない場合、選択バイアスをコントロールする正しい加重値が開発される必要があります。選択されたツールは、小規模デモンストレーションプログラムを通じてテストする必要があり、アンケートの開発のために追加修正が必要になることがあります。アンケートは、質問があまり細かすぎないように努めました。管理が難しくなったり、資源も制限されていたからです。このことから、私たちはICSWガイドラインで制限された数の標準(indicator)グループを提案していますが、このグループはアンケートにあわせて調整されています。例えば、最初の標準は機会を均等にし、このような方法で教育や性別、障害、移住状態に関するデータ収集を提案するのです。他の標準グループは、SPF構想が扱う要素、すなわち保健サービスアプローチ、他の年齢

層の子供や赤ちゃんのいる家族に基本的所得の安定性を提供したり、活発な年齢の人が必要な際に現金や現物で所得支援を提供したり、お年寄りに所得支援を提供するなどが含まれています。貧困家庭に属する人たちのカテゴリーが国家によって違って定義されていることを考えると、国際的に比較される際にデータを調和させる過程が避けられなくなってしまうことがあります。出発点がほぼ同じであれば、ICSW 団体が招待し、ケースによってはとても望ましい国内の専門家チームがデータをずっとスムーズに調和させてくれるでしょう。

地域住民の声を観察させるだけでなく、住民が自らの状況やそれまでの困難な局面を分析できるようにしてくれる方法を含んでおり、参加型モニタリングや評価を通じて地域社会の力量を強化することができます。特定国家がおかれた状況でどのような使用法が一番効果的なのか、社会保護制度が人々にさらに効果を発揮する理由とは何なのかなど核心的質問に答えてくれるには、サンプリングと地域社会アンケートを含んだ幅広い参加型の方法を探究する必要があります。参加型方法は、受給者と当局との間の相互利益となる敏感な対話にしばし寄与するといった別のメリットがあります。どんな場合であれ、受給者がおかれた状況が改善され、社会保護制度の保障範囲が拡大し制度がうまく伝達できるよう対話は進められる必要があります。

ここからは、社会保護と力量協和分野での国際協力という面についてお話ししたいと思います。まず、ICSWは1年前に設置された社会保護省庁間協力委員会(Social Protection Inter-Agency Cooperation Board)業務に参加しています。この委員会は、国家的次元において社会保護を促進する目的で機関同士の協力の重要ツールとして着眼されているものです。委員会議は、専門家が社会保護分野において国際協力の最も重要な事案を論議する重要な場です。現在まで2012年7月のニューヨーク、

2012年10月のインド・ハイデラバード、2013年2月二度目のニューヨークで3回の委員会会議が開催されており、ILOと世界銀行が委員会共同議長を行っています。委員会が今まで到達した協議には、国家次元での協力業務のための臨時行動計画の準備や社会保護評価ツールに関する調整や知識の共有および力量強化などが含まれています。この論議には、国家的次元の技術的協力活動ということから、WBやILOのようないろんな主体が使用する社会保護評価ツールが基本的に無料であるという点を強調しています。社会保護という分野において、協力は必要なものであると思います。1つの団体ではすべては解決できず、社会保護というイシューはいろんな機関による事案だからです。国家次元でさらに大きな影響を与えるためにポスト2015の開発議題について十分に検討し、社会保護の統計分野において協力するということから、社会保護のための共同協力を継続して行っていくことは必須的であると同意しました。委員会は、ポスト2015および継続できる発展枠に関するいろんなトラックや課題において政策的論議を伝え、可能な開発目標やターゲットの決定において会員国の支援のための技術的インプットを提供できることを同意しました。また、貧困退治や良質の職場創出、不平等の解消、食料安保、保健に関する目標を一貫して達成し、さらに包摂的に継続可能な発展方向を見出せるよう、共に力をあわせプラットフォームとして社会保護の役割を奨励することが重要であると同意しました。このような意味において、社会保護はそれ自体が目標であったり目標を達成するための手段(ツール)であるといえます。

制度的定義は違うかもしれませんが、グローバル次元で包摂的社会保護の定義を伝え、制限的解釈にあわせて闘う必要があるという合意は固く強いです。WBとILOは、データ収集や共有において協力潜在力を形とした“国際社会保護データ調和に対する共同提案書 (Joint Proposal on International Social Protection Data

Harmonization)”を公表しました。また、使用されている用語やカテゴリーの標準化事業分野、データ収集の努力およびそれぞれ違ったデータベースの一致化分野、そして信頼できる社会保護データを生成し、国家的社会保護統計システムを確立する力量を強化するために、支援国分野で協力委任事項を用意することを合意しました。この構想の一次的目標は、データのクオリティを高めて制度の効率を拡大し、不必要な重複をなくして社会保護を提供するために、一貫性のある統計状況を開発することです。こうなれば、国家次元のデータ収集にさらに良い方針が提供できるようになります。先にお話した委員会とは別途に、ICSWIはいくつかのNGOと共に2012年に設立されたSPF連合 (Coalition for a Social Protection Floor)の業務に積極的に参加しています。ILO Resolution 202を共に支援する多くのNGOが、今後の共同活動のためモメンタムを維持しこの連合が誕生しました。共通して言えることは、全世界のための人権を基盤、実質的社会保護を達成したいということです。今では、この連合は約60のNGOと一緒に活動しています。近い未来、この連合が提案する共同活動の一つが国際連合会議や社会開発委員会 (Commission for Social Development)で採択されるようSPF決議案の草案を準備し、これに関連し支援やロビー活動を行う予定です。その決議案が採択されれば、SPF議題を国際連合で一層進展させられる重要な政治的一步となることでしょう。

整理: SPFは、社会定義と人権という議題を進展させる重要で新しい動きです。社会保護は、人間の尊厳性を目指し語ります。社会保護は、同時代を生きる人を中心とした核心的開発への努力を意味するだけでなく、浮上する開発戦略やポスト2015議題の必須的要素でもあります。社会保護がなければ、包容的経済社会の開発はただの夢に過ぎません。社会保護は、必ず全国家のいろんな社会政策において、必ず必要な要素となるべきです。

## 【テーマ発表】

### テーマ1：長期ケア政策

「韓国の高齢者介護サービス政策の成就」

朴夏政・嘉泉大学 教授

「日本における長期ケア政策の現状と課題

—介護サービス現場からの視点—」

山本たつ子・天竜厚生会 理事長

「長期療養専門人材の養成システムの構築

—現状と将来—」

陳伶珠・台湾弘光科学大学 副教授

「香港の長期介護（地域社会の介護）：概要」

Grace Chan・香港社会福祉連合会 Chief Officer

# 韓国の高齢者介護サービス政策の成就と課題

## Achievement and Challenge of LTC Policy for the Older Persons in Korea

パク・ハジョン (Ha Jeong Park)

嘉泉大学ヘルスケア学科教授

(Professor, Dept. of Healthcare Business, Gachon University)

### 1. 韓国高齢者介護サービス制度の概要

#### A. 序論

韓国の長期老人療養保険(以下「高齢者介護保険」とする)は2001年から制度導入の検討を始めた。ドイツ・日本の前例を参考に2005年7月から6つの地方公共団体を対象にモデル事業を始めた。モデル事業結果を反映させて引き続き制度のシステムを補完した後、2007年4月、「高齢者介護保険法」を制定し、その後約1年あまりの準備を経て2008年7月から制度が開始され、現在約5年が経過した。

韓国の高齢者介護保険はドイツ・日本に続き、すべての高齢者を対象に介護サービスを社会保険方式に導入した、3番目の国となった。介護保険を開始した時期が、ドイツは1995年、当時高齢者人口の割合が15.5%、日本は2000年、17.4%だったのと比較すれば、2008年開始当時の韓国の高齢者人口の割合は10.3%と相対的に高齢者人口が少なかったにもかかわらず、いち早く導入されたものである。

このように早く制度が導入された理由は<図1>で見られるように、世界のどの国でも見られない急速な高齢化に備えて、高齢者問題を事前に対処するためであった。また、高齢者の生活の質を改善するとともに、家族の介護の負担を緩和し、女性の経済活動への参加を増やし、社会サービス雇用を拡大しようとする社会的、経済的目



的も同時にあった。一方で韓国は全国民を対象に単一保険会社が運営する健康保険制度がすでに運営中にあるため、健康保険運営システムをそのまま活用して、被保険者管理や保険料徴収を容易にできるというのも介護保険制度が容易に導入された理由といえる。

〈韓国と主要国の65歳以上の高齢者人口の推移の比較〉

(単位：%)

区分	2000年	2010年	2012年	2020年	2030年	2040年	2050年
韓国	7.2	11.0	11.7	15.6	24.3	32.5	38.2
アメリカ	12.4	13.0	13.5	16.1	19.3	20.0	20.2
イギリス	15.8	16.5	17.2	19.0	21.9	23.7	24.1
フランス	16.1	16.7	17.3	20.3	23.4	25.6	26.2
ドイツ	16.4	20.4	20.5	22.7	27.8	31.1	31.5
スウェーデン	17.3	18.5	19.2	21.2	22.8	24.0	23.8
日本	17.4	23.1	24.3	29.2	31.8	36.5	39.6

導入後5年目に入っている高齢者介護保険は量的な面でサービス利用者と介護サービス提供施設、そして人材が制度施行前に比べて爆発的に増えた。高齢者とその扶養家族の潜在している介護サービスが社会保険方式でどれくらい需要を満たすことができるのかをよく現している。また、制度導入による社会経済的便益に関する肯定的研究結果も出ている。いま韓国の高齢者介護サービスはある程度安定期に入ったため、実施結果を分析し、検証する介護需要を安定的に取り入れ、サービスの品質を向上させつつ、長期的に健康保険と介護保険の財政の持続可能性を確保していかなければならない課題を抱えている。

## B. 介護保険の主要内容

### 1) 対象者

所得水準に関係なく65歳以上のすべての高齢者が適用対象であり、高齢者でなくとも認知症などの老人性疾患を患っている場合、適用対象になる。

### 2) サービスの対象

ADLを基準に評価判定をして1～3等級に該当する場合、サービスの対象になる。軽症の場合は除外され、地方公共団体が予算で支援する高齢者ケアサービスの対象になる。

( \* 韓国では介護評価を主に1～3等級で表し、1等級が最重度である。 )

### 3) 給付の内容と自己負担

現物給付を原則とし、例外的に島や僻地など介護施設のサービスを利用できない場合、家族に現金を給付する。現物給付は施設サービスと居宅サービスに分かれ、居宅サービスには訪問サービス・訪問入浴・訪問看護・デイケア／ナイトケア・短期ケア・福祉用具の提供・貸与がある。居宅サービスを奨めるために、居宅サービスは自己負担が15%であり、施設サービスは自己負担が20%と差をつけ、残りは介護保険財政から支払われる。低所得者の場合、自己負担が免除されたり軽減される。受給者は月の月給付額の範囲内で介護保険を提供される。

### 4) 管理者

健康保険の保険者である「国民健康保険公団」が同時に高齢者介護保険の保険者になり、保険制度を管理する。地方公共団体は介護機関の指定と管理、介護福祉士の養成と従事者管理に対する責任を負う。中央部署である保険福祉部が制度全体を監督し、公団と地方公共団体を指導・監督する体制である。

## 5) サービスの提供者

地方公共団体が介護機関を指定して、地方公共団体・非営利法人・個人などの多様なサービス提供者が介護機関として参加することができる。入所施設の場合、国立・公立2.5%、非営利法人33.1%、個人64.4%である。

## 6) 保険財政

「12年を基準に見るとすべての国民が負担する保険料を主な財源(全体保険財政収入の約67%)とし、中央政府の負担分、地方政府の負担分、そしてサービス利用者の自己負担分などさまざまな財源で構成される。

中央政府は全体の保険財政収入の約12%(翌年度予算保険料の20%)を負担し、地方政府は保険財政収入の約21%(基礎生活保障対象者など低所得層の介護給付金)を担当する。

介護保険料の徴収便宜のために、健康保険料の一定率(2013年6.55%)を健康保険料と一緒に請求・徴収している。

## C. 介護サービスの利用手順

- ・ステップ1(利用申込み):利用者が公団に申請をすると、公団所属の職員が高齢者の家庭を訪問して身体機能・認知機能など分野ごとの52個の項目を直接調査する。また、申請者は医療機関を訪問して医師の診断書を交付を受け、公団に提出する。医師の診断書は挙動が著しく不便な者、島や僻地に居住する者は提出義務が免除される。
- ・ステップ2(要介護認定):基礎自治体別に構成された「評価判定委員会」で訪問調査結果と医師の診断書などを参考にして認定するかしないかと評価(1,2,3等級および等級外)を判定する。評価に応じてサービスの費用の差が発生し、1級、2級はすべてのサービスを利用できるが、3級は施設サービスの利用が制限され、独居高齢者・認知症患者など家庭での扶養が困難なばあいにはのみ評価判定委員会の議決を経て施設入所が許可される。

- ・ステップ3 (サービスの利用):健康保険公団は介護認定書と判定結果を反映し、推奨されるサービスの種類と頻度、自己負担などを案内する「標準ケアプラン」を送付してサービス利用を案内し、実際のサービスの利用は利用者と介護機関との契約による。
- ・ステップ(費用の請求および給付):介護機関は受給者にサービスを提供し、利用者負担分を除いたサービス別の策定費用を公団に請求して給付を受ける。

#### D. 韓国の高齢者介護保険制度の特徴

第一に、所得水準に関係なく、すべての高齢者を受給対象者として保険料を負担する社会保険方式である。介護のニーズが大きい障害者に対しては政府の予算支援によって地方公共団体が施行する「障害者活動支援制度」が別途に運営されている。

第二にサービスの対象が重症ないし中等度(1級~3級)に限定される。認定者以外の者で一部介護のニーズがある場合は、政府予算支援による地方公共団体が行っている「高齢者ケアサービス」を提供する。これは中央政府と単一保険者が負担を負い過ぎずに自治体と適正な責任と役割の分担をするためである。

第三に、保険管理者は健康保険公団という単一保険者である。地方公共団体は介護施設と人材管理業務を担当する。

第四に、第五の別途の社会保険制度であるが、制度の運営は健康保険と統合、連携して運営される。健康保険公団が健康保険と介護保険の保険者であり、資格の管理・保険料の賦課・徴収が健康保険と一緒に行われる。

第五に、サービスの提供者は地方公共団体が申告を受けて管理するが、主にほとんど民間がサービスの提供を担当する。

第六に、保険の財政は国民の保険料を主な財源とするが、中央政府と自治体が一定部分支援をする方式で多様な財源によってまかなう。

## 2. 高齢者介護保険導入後の5年間の変化

### A. 適用対象者

制度が始まった当時は国民の認識不足などにより申請者が少なく、高齢者の2.9%のみ認定者になったが、2009年下半期以後は申請者が増加して5%を越えるようになった後そのまま増加傾向が緩やかな続き、最近では5.8%に達している。評価別に見ると、1, 2等級の比率は減少する反面、3等級の比率がたかくなっているが、これは制度初期に重症度が高い高齢者がメリットを得られるように大幅に介護に進入し、制度が定着していくにつれて、重症度が低い高齢者の申請が増えたために発生したものと推定される。

#### <年度別高齢者介護保険の認定者の数 >

(単位:人)

区分	計	要介護5	要介護4	要介護3
08年 7月	146,643 (2.92%)	50,209 (1.00%)	39,080 (0.78%)	57,354 (1.14%)
08年 12月	214,480 (4.20%)	57,396 (1.12%)	58,387 (1.14%)	98,697 (1.93%)
09年 12月	286,907 (5.44%)	54,368 (1.03%)	71,093 (1.35%)	161,446 (3.06%)
10年 12月	315,994 (5.81%)	46,994 (0.86%)	73,833 (1.36%)	195,167 (3.59%)
11年 12月	324,412 (5.74%)	41,326 (0.73%)	72,640 (1.28%)	210,446 (3.73%)
12年 12月	341,788 (5.80%)	38,262 (0.68%)	70,619 (1.19%)	232,907 (3.93%)

認定者を年齢別に見てみると、80歳以上の後期高齢者の比率が2008年42.8%から徐々に増加し、2012年には半分の水準の49.6%を占めており、後期高齢者の人口の増加に伴ってこれらの介護のニーズが高まってきていることが分かる。

＜年齢代別認定者の推移＞

(単位:人)

区分	計	65歳未満	65歳～79歳	80歳以上
08年 12月	214,480	14,221 (6.6%)	108,368 (50.5%)	91,891 (42.8%)
09年 12月	286,907	21,576 (8.0%)	138,378 (51.4%)	126,953 (47.2%)
10年 12月	315,994	23,680 (7.5%)	145,491 (46.0%)	146,823 (46.5%)
11年 12月	324,412	24,181 (7.5%)	144,726 (44.6%)	155,505 (47.9%)
12年 12月	341,788	24,324 (7.1%)	148,103 (43.3%)	169,361 (49.6%)

B. サービスの利用

認定者のうち、実際のサービスの利用者の比率は2008年12月68.9%だったが、その後増加し続け、2010年12月には88.1%、2012年12月には88.0%と、サービスの利用が普遍化している。

サービス利用者のうち、介護施設入所者と、居宅サービス利用者进行比较すると、施設入所者の比率が高くなった後、最近では約36%程度に安定している。

＜施設入所者と居宅利用者の比率＞

(単位:人)

区分		'08年 12月	'09年 12月	'10年 12月	'11年12月	'12年12月
評価判定者 (A)		214,480	268,980	315,994	324,412	341,788
利用者 (B)		147,801	228,119	278,396	288,242	300,869
利用率 (B/A)		68.9%	84.8%	88.1%	88.9%	88.0%
施設利用者	人員	56,370	65,450	92,387	96,940	107,656
	比率	38.1%	28.7%	33.2%	33.6%	35.8%
居宅利用者	人員	91,431	162,669	186,009	191,302	193,213
	比率	61.9%	71.3%	66.8%	66.4%	64.2%

\* 各年度の12月の利用者の給付費支給基準(居宅重複給付を除く)

これを評価別に見ると、入所者の比率は1等級は緩やかな増加であるが、2、3等級はやや大きく増加することが分かり、1等級認定者より2等級認定者の入所比率が高い理由は、1等級が病気などにより、介護施設より医療機関(療養病院など)を利用する可能性があり、まだ伝統的な孝子の思想が残っていて、施設より家で見る傾向が残っているためである。

〈評価別施設入所者と居宅利用者〉

(単位:人)

区分		'08年 12月	'09年 12月	'10年 12月	'11年12月	'12年12月
総計		147,801	228,119	278,396	288,242	300,869
1等級	計	38,707	40,499	40,243	35,499	32,496
	入所	16,122 (41.7%)	20,760 (51.3%)	21,980 (54.6%)	18,247 (51.4%)	17,222 (53.0%)
	居宅	22,585	19,739	18,528	17,252	15,274
2等級	計	40,732	58,641	65,981	65,119	62,624
	入所	21,653 (53.2%)	28,987 (49.4%)	36,967 (56.0%)	35,164 (54.0%)	34,882 (55.7%)
	居宅	19,079	29,654	29,014	29,955	27,742
3等級	計	68,362	128,979	171,907	187,624	205,749
	入所	12,132 (17.7%)	15,703 (12.2%)	33,440 (19.5%)	43,529 (23.2%)	55,552 (26.9%)
	居宅	56,230	113,276	138,467	144,095	150,197

\* 各年度の12月の利用者の給付費支給基準(居宅重複サービスを除く)

居宅サービスの利用を種類別にみると、全体居宅利用者のうち、訪問介護が高い比率をしめており、その利用比率は2008年76.9%から2012年84.9%と、継続して増加の傾向にある。

〈年度別居宅サービス種類別利用状況〉

(単位:人)

区分	'08年 12月	'09年 12月	'10年 12月	'11年12月	'12年12月
訪問介護	60,747	132,913	159,496	150,415	150,434
訪問入浴	7,865	31,529	41,124	38,946	38,718
訪問看護	4,659	4,277	3,740	3,822	3,838
デイナイトケア	2,995	10,183	11,805	13,001	13,913
短期ケア	16,862	10,380	1,041	1,421	1,613
福祉用具	11,124	21,664	28,814	46,790	59,838

\* 各年度の12月給付費支給基準(居宅サービスは2個以上重複利用可能)

C. 財政の状況

介護保険料は開始当時、健康保険料の4.05%で始まり、現在6.55%と、緩やかに増加する傾向にある。2012年高齢者介護保険料は地域加入者世代当り5,275円、職場加入者は使用者負担分を含めて11,072ウォン(職場加入者の報酬の0.38%)水準と、比較的少ない負担で制度が運営されていると評価できる。

〈高齢者介護保険料率〉

(単位:ウォン)

区分		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年
健康保険料の対比		4.05%	4.78%	6.55%	6.55%	6.55%
介護保険料	地域	2,690	3,200	4,690	5,027	5,275
	職場	5,200	6,288	9,211	10,351	11,072

介護給付費は2008年6ヶ月分で4,585億ウォン、2010年2兆3,916億ウォンから2012年は2兆7,248億ウォンと毎年平均6.7%づつ増加した。これは、2012年健康保険給与(35



兆7,146億)の7.3%水準であり、GDPの0.26%を占める。入所と居宅に区分してみると、入所者の増加と入所費用が相対的に高いため、入所給与費支出額と比率が高くなり続けている。

〈年度別入所および居宅給付費用の現況〉

(単位:億ウォン)

区分	計	入所	居宅
08年(6ヶ月分)	12,992	6,896(53.1%)	6,096(46.9%)
2009年 12月	22,446	7,861(35.2%)	14,585(64.8%)
2010年 12月	25,603	11,527(45.0%)	14,076(55.0%)
2011年 12月	25,139	12,714(50.6%)	12,398(49.4%)
2012年 12月	27,249	14,040(51.5%)	13,208(48.5%)

### 3. 高齢者介護保険制度の成果

#### A. 介護サービスを通じた高齢者の生活の質の向上

制度の施行前に介護サービスを受けていた高齢者は、当時介護施設入所者が約6万人、政府財政支援による高齢者ケアサービスの利用者が1万9千人に過ぎなかった。制度施行によって12月現在高齢者人口の5.8%の341,788人が介護専門人材(主に介護ヘルパー)を通してサービスを受けるようになることによって、専門的なサービスを受けるようになった。

制度の導入により実際の利用者である高齢者の機能と健康状態が好転したかしないか、そしてその家族の介護の負担が緩和されたかどうかを確認した結果、実際高齢者の健康機能の好転と介護者の身体的・心理的・経済的負担を軽減されていることが分かった。(高齢者介護保険制度の運営による成果の分析、韓国租税研究院、2011)。

2008年度に1,2,3等級を受けた人が156,317人に対し、2010年まで評価の変化を調査した結果、志望・評価脱落を除いて72,284人が続いて受給者として残った。彼らの

評価判定の変化を見ると、2等級から1等級に悪化する場合よりも、3等級または等級外に好転するケースが多く現れるなど、全般的に1等級者が減少し、3等級者が増加する傾向が現れた。

＜ ‘2008年介護認定者の等級変動の現況’ ＞

(単位:人、比率)

区分		2008年		2009年		2010年	
		人員	比率	人員	比率	人員	比率
1 等 級	維持	35,651	100.00	22,512	67.51	6,394	49.24
	2,3等級 等級外(好転)	-	-	10,834	32.49	6,592	50.76
2 等 級	1等級(悪化)	-	-	6,068	15.12	3,148	15.46
	2等級(維持)	40,984	100.00	20,835	51.91	8,815	43.30
	3等級等外(好転)	-	-	13,234	32.98	8,395	41.24
3 等 級	1, 2等級(悪化)	-	-	15,589	20.27	9,367	24.05
	3等級(維持)	78,682	100.00	51,367	66.78	25,834	66.34
	等級外(好転)	-	-	9,959	12.95	3,739	9.60

項目別にみると、身だしなみ・洗顔・歯磨き・食事など、日常生活遂行能力(ADL28点満点)は、居宅利用者が2008年平均24.44点から2010年平均27.67点と、多少向上した形を見せた。また、短期記憶障害・時間不認知など認知症対象者の認知機能領域(10点満点)を現わす項目の向上度は、居宅サービス利用者の場合、2008年6.25点から2010年6.20点に、施設利用者は7.19点から6.86点に向上したことが分かった。看護処置領域(4点満点)では、居宅サービスの利用者の場合、総合点が0.81点から0.86点と、わずかに悪化し、施設利用者は0.84点から0.66点に好転したことが分かった。

B. 介護施設と介護専門人材などのインフラの大幅拡充

介護保険の導入と共に、お年寄りの介護施設が大きく増加した。2002年の論議開始当時は、295ヶ所に過ぎなかった施設の拡大が優先的な課題だった。制度の導入以

前は、主に政府財政支援により介護施設が拡大されていった。しかし、介護保険制度の施行確定後は、民間による市場介入が主に拡張された。入所施設の場合、2012年末現在、4,326ヶ所での定員が131,761名であるのに反し、現在の人数は107,615名(定員の81.7%)

〈介護施設年度別現況〉

(単位: 個、人)

区分		02年	05年	07年	08年	09年	10年	11年	12年
介護施設数		295	583	1,168	1,717	2,627	3,751	4,061	4,326
介護施設定員		23,495	35,172	61,406	68,581	88,266	116,782 <sup>1)</sup>	123,712	131,761
在宅サービス 機関	計	322	848	1,408	10,224	19,074	19,947	19,505	19,240
	訪問介護	143	399	767	4,362	8,446	9,164	8,709	8,500
	訪問入浴	-	-	-	3,006	6,279	7,294	7,162	7,028
	訪問看護**	-	-	-	626	787	739	692	626
	デイナイトケア	142	346	504	806	1,106	1,273	1,321	1,331
	短期ケア	37	103	137	691	1,370	199 <sup>2)</sup>	234	257
	福祉用具**	-	-	-	733	1,086	1,278	1,387	1,498

\* 訪問介護および訪問入浴は、制度施行前はホームヘルパー派遣センターからの家事サポートという形でサービスを提供

\*\* 訪問看護および福祉用具サービスは、介護保険施行と共に導入

注、1) 2010年3月、短期ケア制度の改正で短期ケアから高齢者介護施設になった施設が含まれ、定員数は増加

2) 2010年3月、短期ケア制度の改正で、短期ケアから高齢者介護施設になり機関数は減少

高齢者介護保険制度の施行により、上質の介護サービスを提供する専門的人材として「介護ヘルパー」制度が導入された。制度施行前は約20ヶ所に過ぎなかった専門人材養成教育機関(介護ヘルパー教育機関)が、制度導入により2012年末現在、約837ヶ所に増加し、2012年まで全111万人の介護ヘルパーを養成し、現在約24万4000人の介護ヘルパーが現場で従事している。

### C. ソーシャルサービスでの職場創出

韓国で高齢者介護保険制度がいち早く導入されたのは、社会サービス分野において就労場所を多く増やすことも重要な理由であった。研究結果によると、2011年を基準に介護ヘルパーが17万人、教育機関や福祉用具など的高齢者にやさしい産業での就労者が1万人、社会福祉士などその他の従事者が3万人で、介護関連の就労者が全部で21万人増加していることが分かった。高齢者介護保険の運営で算出された付加価値は、2011年の場合、6.9兆ウォンにおよぶものと推定される。(高齢者介護保険制度の運営による成果分析、韓国租税研究院、2011)

### D. 医療費の節減

租税研究院(2011年)の研究結果によると、介護サービス認定者のうち、サービスを利用しているグループの1人当たりの診療費と利用していないグループとで比較してみたところ、介護を利用していない人の場合、2007年の513万ウォンから2009年の893万ウォン(380万ウォン増加)という反面、介護を利用している人は、2007年の317万ウォンから2009年の285万ウォン(32万ウォン減少)で、結局1人当たりの診療費は412万ウォン(380万ウォン+32万ウォン)減少しているという分析結果が出された。

2009年に長期療養サービスを利用した受給者の場合、利用していない受給者に比べ1人当たりの診療費を412万ウォンまでと、少なく使っていないことが分かり、これを2009年間の介護保険全体の利用者に適用すると、2009年の健康保険給与減少分は8,954億ウォン~9,942億ウォンにいたることが分かった。

## 4. 今後の課題と発展方向

韓国はOECD加入国家のうち最も急速な高齢化が予想され、ベビーブーム世代の引退が始まった位、健康保険制度と共に介護保険制度も継続できるような充実した制度と保障性の強化が同時に推進される必要がある。

### A. 高齢者介護保険の保障性の拡大

韓国の介護保険制度は、国民の保険料負担を最小化し、客観的に受給者を選定を通して、制度の信頼性と財政の浪費を防ぐために、比較的受給者の範囲がきびしい方である。韓国は介護認定者の比率が5.7%であるが、OECD平均は約11%に達している。これにより、受給者の認定範囲を拡大すべきだという主張が提議され続けている。特に、身体機能は良好だが間欠的に問題行動を見せる軽度の認知症の高齢者の場合選ばれないケースが多いため、これに対する改善の必要性が提議されている。2012年 6月基準の認知症の高齢者49万5000人のうち、介護認定者は28%の13万9000人レベルである。

介護保険受給対象から除外された軽度の対象者は、中央政府と地方政府が共に財政を支援して自治体で行っている「老人ケアサービス」を受けているが、サービス支援内容がとても制限されている。これにより、介護受給範囲を拡大して介護保険(保険事業)と高齢者ケアサービス(自治体予算事業)間の役割の成立が必要性だという意見も提示されている。

政府では、室外活動が難しかったり認知症などで介護の負担が常に高い人は原則的に介護保険の対象とし、療養が一時的または特定の必要な場合の介護は地域社会で地方公共団体中心の高齢者ケアサービスを通じて解決するという原則を発表している。保健福祉部では、2017年まで全体の高齢者の7%レベルである50万人まで受給者を拡大していく計画である。

## B. 多様で上質なサービス提供

利用者の多数が「日常の家事支援」中心の訪問介護に偏り、身体または認知機能が悪化し、居宅自立生活支援のための多様なサービス利用が制限されている。

### 〈韓国と日本のサービス利用形態の比較〉

区分	韓国(2012. 6月)	日本の介護保険(2012. 4月)
訪問介護	80.7%*	21.3%
デイナイトケア	7.6%	35.1%

\* すべての居宅サービス中のサービス別利用者基準

訪問介護サービスは、受給者家族の場合でも、介護ヘルパーの資格を持っている場合と、訪問介護機関に雇用され訪問介護サービスを提供できるようにし、その数は全訪問介護ヘルパー12万人のうち35%に達する4.2万人を占めている。家族の介護ヘルパーに対して、介護の質的レベルを下げ、家族の負担を増やすといった反対意見と、家族の絆を強め無差別な施設入所を抑制する機能を持つといった賛成意見が対立している。

料理、掃除、洗濯、農作業のような付随的な仕事を行うべきかどうか、サービスの範囲に対する具体的な基準を定める問題、そして受給者の介護の必要度合いや要求を反映した計画されたサービスが提供されず家族または介護ヘルパーの便宜によるサービスの提供がどのようにして改善されるのかも課題の一つである。

最近、介護機関、特に小規模施設の過剰により、本人負担の免除や不法な受給者の誘致など、過剰経済や不法運営形態が一部発生している。

これに対する改善法案として、2つ以上の居宅サービスを受給者の必要性により利用できるよう、1ヶ月の限度額を上げ、居宅サービスの質的水準を高めるために多様な標準プログラムの開発および普及、送迎サービスの費用値上げ、家事支援より身

体機能の改善により多くのサービスが提供されるようサービス提供内容や時間調整、訪問看護の利用手順や材料費の価格値上げなど、様々な法案が求められている。家族(介護ヘルパーの資格所持)が提供する訪問介護サービスに対する賛否両論の意見が真っ向から対立しているが、サービスの質の向上という側面において中期的・長期的に廃止するか、より管理システムを強化する法案を考案していく必要がある。サービス品質管理の強化のために介護施設に対する評価をサービス提供過程とサービス結果(outcome)を中心に拡大し、優秀施設にインセンティブを前年度の給与請求額の5%とし画一的に支給してきたものを規模別や施設の類型別にランク付けしてインセンティブ対象機関を拡大する必要がある。

また、不適正施設に対しては、療養保険制度介入を制限するなど、管理システムを強化していく予定である。

### C. 介護ヘルパーの受給バランスおよび処遇改善

現在、ホームヘルパーの排出規模は2012年12月で111万人レベルで、絶対規模の面では不足していないが、すでに現場では介護ヘルパーの求人難を訴えている状況である。実際に就労中の介護ヘルパーの年齢代は40～50代以上の中高年女性が多く、長期的人材需給が難しい。

#### <活動中の介護ヘルパーの年齢代別構成>

(単位: 人)

全体	20代未満	30代	40代	50代	60代	70代以上
242,437人 (100%)	3,393 (1.4%)	13,683 (5.6%)	61,994 (25.6%)	115,217 (47.5%)	42,490 (17.5%)	5,661 (2.3%)

特に、報酬レベルなどの待遇や勤務条件が悪く、介護業務を避けて頻繁に仕事を辞めていく要因になっている。今後の急速な高齢化に備え、良い人材の介護ヘルパーを安定して確保することが何よりも重要な課題である。

政府は、介護機関従事者の処遇改善のために賃金の適正化を誘導していく計画である。人数の決定時、機関の経営収支以外にも施設従事者の待遇を考慮して算定し、従事者の雇用安定性や処遇改善の努力程度は機関評価にも反映していく計画である。従事者の勤労時間賃金項目・休憩時間などを詳しく明示して包括賃金制の乱用を防ぐなど、従事者の権益を保護するための標準勤労契約書を準備し、普及させる計画である。

介護施設従事者の人材基準を入所施設の場合、現在の受給者 2.5人当たり1人を長期的に2.0人当たり1人に強化し、居宅施設の場合も常勤人材の比率を上げていくなど勤務環境を改善していく計画である。同時に、介護ヘルパーの職務専門性を向上させていくため一定時間(年に4時間限度)の職務教育を勤務時間として認める法案も推進している。

今後、介護に従事していない人材についての実態調査を3年単位で実施し、人材需給計画の資料として活用し、活動していない労働力の市場流入法案を追求していく。

#### D. 介護機関の適切な拡大と機能成立

2012. 12月現在、居宅機関は約1万9000ヶ所、入所施設は約4000ヶ所で、総供給面では供給が多少過剰ぎみである。

居宅機関の場合、最近は安定した増加傾向にあるが、入所施設は9人以下の小規模施設を中心に継続して増加傾向にある。



〈種類別、規模別介護機関の増加傾向〉

(単位: ケ所)

区分		'2008年 12月	'2009年 12月	'2010年 12月	'2011年 12月	'2012年 12月
居宅	小計	10,033	19,066	19,947	19,505	19,240
	訪問介護	4,271	8,443	9,164	8,709	8,500
	その他	5,762	10,623	10,783	10,796	10,740
入所	小計	1,700	2,628	3,751	4,061	4,347
	9人以下	406	995	1,480	1,667	1,838
	10～50人未満	692	931	1,433	1,543	1,630
	50人以上	602	702	838	851	879

施設分布を見ると、ソウルの場合、入所施設の充足度がわずかに75%に過ぎないが、首都圏以外の地域は収容を控えた入所施設の充足度が約103%と高い状況である。居宅施設も全体的に不足してはいないものの、首都圏以外の地域は訪問療養サービス機関を除く居宅サービス機関はそれほど多くない実情である。

介護保険制度の設計時には、療養病院より介護施設の本人負担が少ないように設計し、受給者の状態により区分して利用されるように誘導するようにした。しかし、療養病院の供給過剰(2003年68ヶ所 ⇨ 2012年1,103ヶ所)でダンピング競争が起こり、本人負担の差が減って類似した対象者が療養病院と介護施設のどの施設にも入所できるようになり、機関間での機能的混乱や資源活用の非効率問題がずっと提議されている。

今後、入所施設は全体利用者の30%前後を維持するようにし、居宅サービス機関の拡大に重点を置き、認知症専門など特性化を誘導していくことが政府の方針である。サービスの供給が不足している農山漁村地域などは、自治体や保健所などの公共機関が主導的に供給を拡大していく計画である。

療養病院と介護施設での役割成立のために介護施設の医療機能を強化し、医療サービス不足の心配で施設入所を敬遠する問題を解消していく計画である。

## E. 財政管理の強化

制度導入後、2010年まで急上昇していた給付費が2011年から受給者増加傾向が鈍るにつれて安定的傾向を維持している。但し、年齢が高くなるにつれて給与費の使用額が増加する傾向があり、後期高齢者の急速な増加による給付費増加の負担を抱えていく。

### 〈年齢別1人当たりの月平均の給付費（2012年基準）〉

（単位：千ウオン）

区分	65才未満	65～74才	75～84才	85～94才	95才以上
月の給与	893	904	960	984	1,037

今後、急速に高齢化が進むにつれて20～30年後には財政支出も急激に増加する展望のため、長期的財政危機に備えて財政運用の予測力を高めていくことが重要である。中長期財政展望のモデルを構築し、この枠内で保障の拡大と財政安定のバランスをうまくとっていく必要がある。

また、受給者の不必要な過剰需要や療養機関の負担請求に対する指導および監督を強化し、制度の効率性と信頼を継続して確保していくことも必要な課題である。

# 「日本における長期ケア政策の現状と課題」

## -介護サービスの現場からの視点-

社会福祉法人 天竜厚生会  
理事長 山本たつ子

### I. はじめに

社会福祉法人天竜厚生会(以下天竜厚生会という。)は 東京と大阪のほぼ真ん中、自動車産業や楽器産業で有名な静岡県浜松市に本部があります。静岡県は、温暖な気候で交通の便も良いところから比較的経済発展を遂げてきた地域であり、県内人口は約 370 万人、高齢化率は 23.8%となっています。富士山、浜名湖、伊豆の温泉地が有名です。

天竜厚生会は本部を中心として、静岡県の西は湖西市から、東は富士宮市と静岡県内全域で事業展開を行っている法人です。

今回与えられたテーマは長期ケアに関する内容ですので、そこに的を絞って説明をしますが、その前に天竜厚生会の概要を簡単にご紹介致します。

### II. 社会福祉法人天竜厚生会の概要

天竜厚生会は、静岡県内をベースとして、社会福祉事業、公益事業、収益事業など 190 余の事業を展開している社会福祉法人です。職員数 2,000 余名、女性が 80% 近くを占める職場ですので、企業として職員の子育て支援には、力を入れています。年次ごと採用者数は、新たな施設整備計画がある場合多少多めになりますが、ここ数年は、資料のとおりです。定年退職者・中途退職者の補充、新たな事業への人員配置等により採用枠を決定していきます。

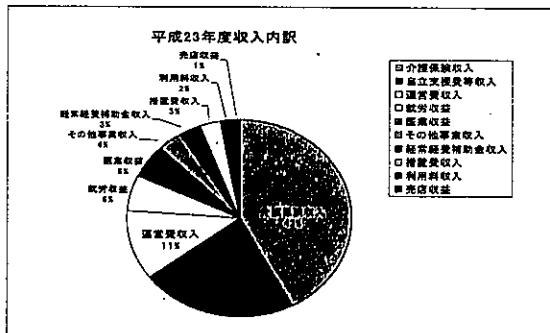
<資料 1> 天竜厚生会職員の概要

- 職員総数 2054 人 (2013年4月1日現在)
  - 正規職員 1021人 男 289人 女 732人
  - パート職員 1033人 男 118人 女 915人
- 子育て支援状況(2013年2月1日現在)
  - 産休中 13名 育休中 38名 短時間労働 19名
  - (前年度 15名 31名 23名)
- 次世代育成手当(就学前児童対象月額3,000円) 193世帯 249人
- 企業内保育所(おやまの保育園) 利用者数 14名
- 年度ごと採用状況
 

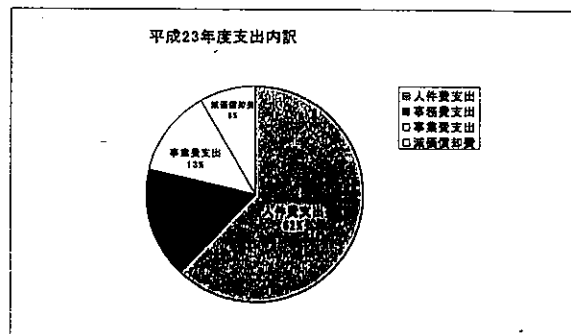
2010年	高校生 9名	短大専門学生 19名	4大学卒者 31名	中途採用者 20名
2011年	高校生 10名	短大専門学生 19名	4大学卒者 23名	中途採用者 4名
2012年	高校生 8名	短大専門学生 16名	4大学卒者 9名	中途採用者 11名
2013年	高校生 6名	短大専門学生 6名	4大学卒者 10名	中途採用者 未定

年間売上高は 127 億円程であり、主な収入源は、介護保険収入、自立支援事業収入であり、支出項目の最も大きいのは、人件費で全体の 60% を占めます。人件費の管理が、法人経営を継続的、安定的に事業を進める上での主要課題であると考えています。

<資料 2> 2011 年度収入状況



<資料 3> 2011 年度支出状況



現在天竜厚生会では、障害者支援、高齢者支援、子育て支援、医療支援の4つの領域と、その他に研修事業、収益事業を行っています。

障がい者支援事業は、天竜厚生会発足から始めた事業です。知的障害者施設、身体障害者施設、さらに身体障害者福祉工場、授産施設等を整備してきました。近年は、入所よりも地域で暮らすことを目的として、暮す場としてのグループホームの整備や日中の過ごす場(就労の場、デイサービス等)を整備してきています。

高齢者の支援は、後ほど詳しく触れますが、日本の老人福祉法制定の折に制度化された特別養護老人ホームを先駆けて整備し、以後、本部敷地内及び静岡県内4市において高齢者支援事業を実施しています。近年では、高齢者の重度化に伴い、介護と医療の連携や、過疎対策に積極的に取り組んでいます。

天竜厚生会では、1960年代より子育て支援事業に積極的に取り組んできています。高度経済成長が進展する中、女性の社会進出も目覚しく併せて保育園設置要望が相次いだことにより整備が進められ、現在4市において幼保園を含めて12園、企業内保育園を2園運営しております。近年日本では幼保一元化に政策が誘導されており、天竜厚生会でも市の要望により、幼保園を2園運営していますが、文部科学省と厚生労働省と二つの省庁にまたがり、全く異なる制度体系を同一建物内で実施する難しさを感じております。この後どうなるのか国の動向及び市の意向を確認しながら検討をしていかなければならない課題です。

多くのご利用者を抱えていますと、医療との関係は非常に重要になります。幸い隣接して病院があったことから、病院の支援によって医療ケアがなされてきましたが、充分とは言えず、その医師が定年後天竜厚生会専任となったことにより、天竜厚生会診療所を立ち上げたのが、1978年のことです。以後受診科目の拡大、有床診療所の開設、過疎山間地診療所の開設、精神科診療所を立ち上げ、現在3診療所の他、老人保健施設、訪問看護ステーション等を運営しています。重篤な高齢者、障害者も入所施設で支援をしていく環境が整備されつつある中、介護と医療の連携

の必要性が強く言われてきており、在宅を含めての医療連携が主要な今日的課題となっています。

<資料4> 天竜厚生会の現況 事業の概要 総事業数 197 事業

- 障がい者支援 ⇒ 1950年結核後保護施設開設  
障害者支援施設、障害者就労支援事業、GH、CH等  
利用者数 836名(居住利用者)⇒地域移行(71床) 就労支援
- 高齢者支援 ⇒ 1964年特別養護老人ホーム開設  
天竜区、浜北区、掛川市、静岡市、富士宮市  
利用者数 718名(居住利用者)⇒過疎対策、医療連携
- 子育て支援 ⇒ 1969年小松保育園開設  
天竜区、浜北区、磐田市、掛川市、湖西市  
保育園10箇所、幼保園2箇所、企業内保育園2箇所  
利用者数 1,654名(保育園利用者)⇒幼保一体化
- 医療支援 ⇒ 1978年天竜厚生会有床診療所開設(19床)  
1997年老人保健施設開設127床(入所+短期入所)  
診療所本部にて2箇所、過疎地域に1箇所開設  
利用者数 127名+37床(入所及び入院)  
⇒在宅医療、医療介護連携

### Ⅲ. 日本の高齢者福祉の歴史と天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み

天竜厚生会は、1950年財団法人を設立し、結核回復者の後保護更生施設の運営を開始しました。天竜厚生会に隣接する当時の国立結核療養所には、戦争によって身寄りや財産をなくし、行き場のない結核患者達が多数おり、自らの生きる道を模索し、またあとから続く同輩達のための生活の場作りと開始したのが天竜厚生会です。生活する糧もない、資産もない状態であったため、療養所地内の土地を借り、廃屋であれば家をたて、農業や養豚、牛乳配達、新聞配達など家族、仲間が協力して取り組み、法人設立資金を作っています。この取り組みは、収益事業として長く

天竜厚生会の資金作りに貢献しています。

結核回復者の後保護更生施設は、社会の安定とともに、利用希望者が徐々に減少しますが、社会には、結核患者以外に保護を必要とする人々が多く存在したことから、二つ目の施設として、生活保護法に基づく救護施設を整備しています。この施設のご利用者は、静岡県下全城市町村内で、最も困っている人から優先的に受け入れています。当時、市町村窓口には、生活困難者を抱える家族からの相談も多く、結果として、ご利用者は、最重度の知的障害者や精神障害者、寝たきりの高齢者、要介護の身体障害者、就労困難な身体障害者等様々な要因による生活困難者であり、異なるニーズを1つの施設での支援は困難を極めました。

こうした課題を克服すべく、天竜厚生会は、困難を抱える人々の求める支援、介護の必要とする人々には適切な介護が受けられる、働きたい人には働ける場をというように体制を整備して今日に至っています。

さて、今回の本テーマで「長期ケア」について、国の施策を、天竜厚生会の高齢者に対する取り組みと連動しながらお話しさせていただきます。

日本が高齢化問題に取り組み、制度化したのは1963年のことです。この当時の高齢化率は7%程度でした。老人福祉法制定に伴って制度化されたのが高齢者の介護施設「特別養護老人ホーム」であり、天竜厚生会では1964年全国で5番目に整備しています。以後、地城市町からの要望に応じて、相次いで施設を整備しています。

<資料5> 日本の高齢者福祉の変遷と天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み 1

- 戦後の混乱期 ⇒ 4.9%(当時の日本の高齢化率)  
天竜厚生会事業開始(結核後保護施設として⇒旧生活保護法による更生施設)
- 1963年 老人福祉法の制定 ⇒ 7.1%
  - 1964年 天竜厚生会特別養護老人ホーム本部敷地内整備 全国5番目
  - 1966年 天竜厚生会特別養護老人ホーム富士宮市内整備
  - 1979年 天竜厚生会特別養護老人ホーム本部敷地内整備
- 1973年 老人医療費支給制度実施
- 1981年 国際障害者年 在宅対策の充実が論議される。⇒ 9.1%
  - 入浴サービス事業(施設の機械浴槽を地域の高齢者に提供)の開始
  - 在宅老人短期保護事業(短期入所事業)
  - 在宅リフレッシュ事業(高齢者介護予防事業)
  - 痴呆老人生活指導事業
  - 給食サービス事業
  - ナイトケア事業
- 1982年 老人保健法の制定
  - 老人医療・健康診査・機能訓練・訪問指導
  - 老人保健施設の整備

1980年代以降、国は入所施設整備もさることながら在宅サービスの充実を手がけ始めました。併せて天竜厚生会でも取り組みましたが、どちらかというとな施設の空きスペースを使ったり、空いてる時間帯に実施するという片手間に実施するようなものでした。

在宅サービスが本格的に導入され、急激に増加したのは、1990年以降のゴールドプラン、新ゴールドプランが出されたのちです。

※10ヵ年戦略「国民が安心してその老後を過ごすことができるようにするため、高齢者の希望を踏まえ、介護が必要となっても、住み慣れた地域や家庭で暮らし続けられるようにするとともに、在宅での生活が不可能となった場合は、適切な施設に入所できるようにすることが必要である。このため、高齢者が必要な時に適切な在宅、

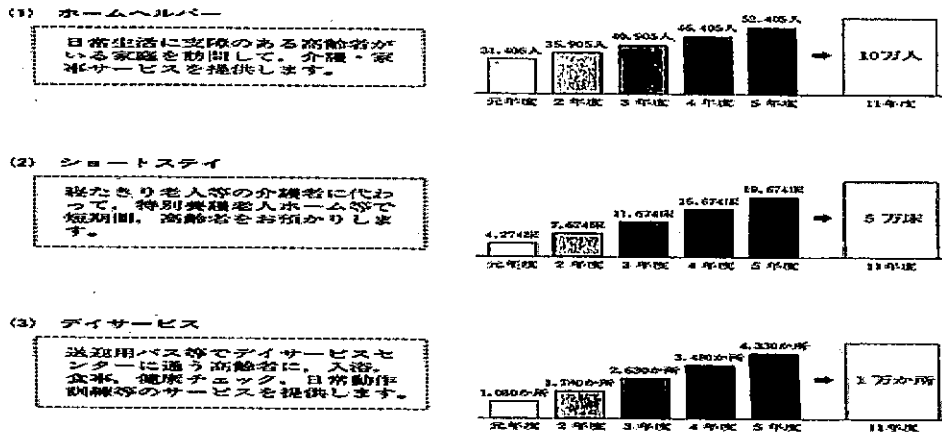


施設のサービスを受けることができるようまずこれらのサービスを大幅に拡充することが必要である。」

<資料 6>

十か年戦略の在宅福祉の目標

十か年戦略の在宅福祉の目標



<資料 7> 日本の高齢者福祉の変遷と天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み 2

- 高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）⇒ 12.1%
  - 1991年 天竜市デイサービス事業開始
  - 1992年 浜北市デイサービス事業開始
  - 1993年 浜北市内保育園にデイサービスセンターを併設整備  
身体障害者施設にて在宅老人入浴サービス実施
- 新ゴールドプラン
  - 1996年 掛川市内在宅サービス併設特別養護老人ホーム開設
    - ・短期入所事業
    - ・デイサービスセンター(重度、認知症)
    - ・訪問介護等
 天竜市内保育園にデイサービスセンターを併設整備  
ケアハウス(経費老人ホーム)本部敷地内に開設
  - 1997年 老人保健施設本部敷地内に開設
  - 1999年 竜山診療所、竜山デイサービスセンター開設(過疎対策)  
くまデイサービスセンター開設(過疎対策)  
掛川市内宮脇地区デイサービスセンター開設

表記のように、天竜厚生会においても、住宅地に近い保育園にデイサービスセンターを併設するなど地域に密着した事業の整備を進めています。高齢者福祉や医療に関する事業をほとんど整備してきていますが、特徴的なのは、入所型施設は本部及び本部敷地外、在宅施設は本部敷地外に多く開設されています。ゴールドプラン、新ゴールドプラン、そして介護保険法の導入によって、日本の高齢者福祉は大きく変化し発展してきていますが、特に在宅福祉サービスの整備は急速に進められ、今日に至っています。

<資料8> 日本の高齢者福祉の変遷と天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み3

- 介護保険法施行 ⇒ 17.4%
  - 2000年 福祉機器センター開設
  - ヘルパーステーション(6箇所)開設(旧来事業所を含む)
  - 訪問入浴事業(3箇所)開設(旧来事業所を含む)
  - 浜松市内デイサービスセンター等事業所開設  
(都市型在宅サービス施設)
- 2003年 2015年の高齢者介護 報告書 ⇒ 20.2%
  - 2003年 掛川市内特別養護老人ホーム増築(70名⇒120名)
  - 2004年 浜北地区内特別養護老人ホーム創設  
本部敷地内特別養護老人ホーム増築(110名⇒160名)
  - 2005年 静岡市内特別養護老人ホーム創設
  - 2006年 掛川市内特別養護老人ホーム短期入所棟増床 (24床⇒44床)
  - 2007年 浜松市内駅前デーサービスセンター等事業開始  
(都市型在宅サービス施設)
  - 地域包括支援センター事業開始(浜松、掛川、静岡 5箇所)
- 地域包括ケア研究会報告 ⇒ 23.1%

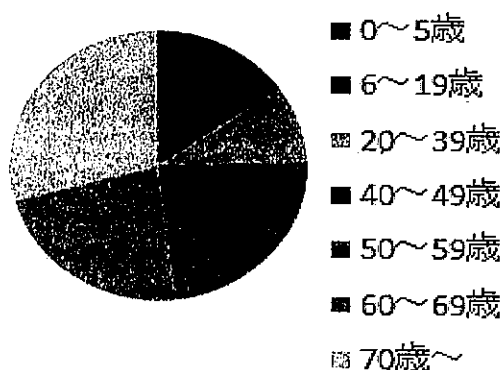
#### IV. 日本における長期ケア政策の問題点

2000年に導入された介護保険法は、これまでの日本の高齢者福祉を大きく変えましたが、我々現場サイドから見ていると、いくつかの戸惑いや懸念がありました。最も大きな問題は、高齢者福祉が見えにくくなってしまったことです。介護保険は、

あくまで介護への支援施策であり、低所得者や生活困難高齢者への対策は必要であり、また支援を必要とする人々も多く存在しているのですが、高齢者施策=介護保険のような印象が色濃く、介護保険の中では問題解決出来ないため、多くの矛盾が生じています。現在日本で生活保護受給者の急増が、問題となっていますが、そのうち高齢者の占める割合は、50%に及びます。無職、疾病、無年金等さまざまな要因がありますが、生活保護費の支給だけでは解決し得ない課題を抱えつつ、現状生活保護支援が最も近道になっていることも否めないと思います。

<資料 9>

### 平成21年度 生活保護 年齢別



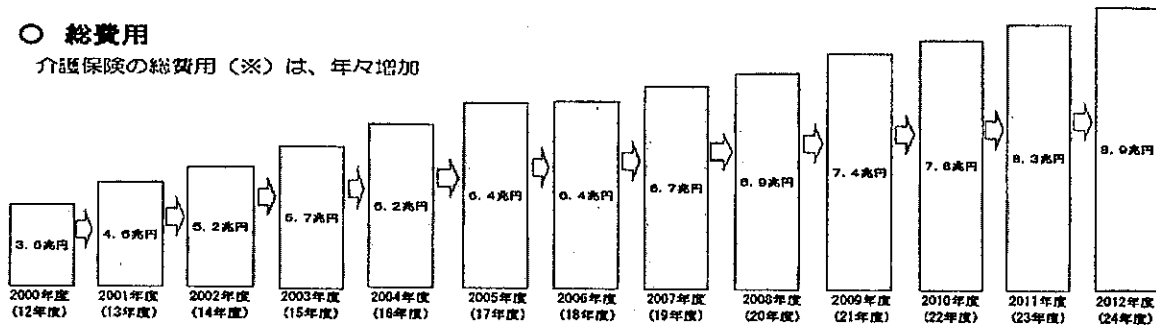
さらに最も大きな課題は、高齢化率がますます進展する中での、財源問題があります。介護費用は、2000年時点から2012年までで2倍近くに膨れ上がっています。45歳以上が負担する介護保険料も当初2911円でしたが4972円になっています。近年保険料負担がかなり重く感ずる高齢者もいますが、5000円を越すと益々負担感が増すと考えられます。

<資料10> 介護費用及び介護保険料の推移

### 介護費用と保険料の推移

○ 総費用

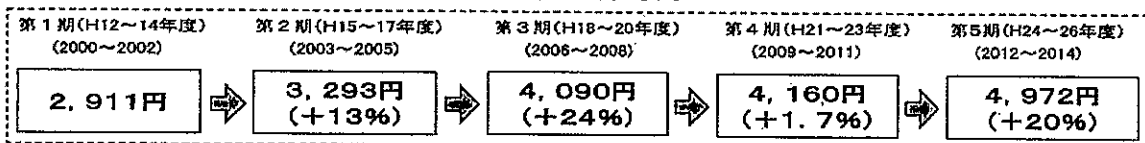
介護保険の総費用(※)は、年々増加



(注) 2000～2010年度は実績、2011・2012年度は当初予算。ただし、2010年度の実績は、東日本大震災の影響により、福島県の5町1村を除いて集計。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない(地方交付税により措置されている)。

○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均(月額・加重平均)〕



介護保険料を納めているのにサービス提供環境に格差があることも最近よく話題になります。特に特別養護老人ホーム入所希望者が、入所できないため施設整備が急がれていますが、果たして現実はどうなのか疑問を感じることがあります。緊急的に入所を要望されながら、実際の入所にいたるまでに1月近くかかることもあり、かつての状況と比べると余裕があるのかなと感じます。しかし、これも地域格差が大きく、地域によっても異なります。浜松市で見ますと、最も過疎化が進展している地域では、40%を越しており、医療系サービスが充実していないとか提供されるサービスに偏りがあると言われていています。が、一方で特別養護老人ホームの整備状況が、過疎地域で1ベッド当り33人に対して、都市部では、1ベッド当り88人と大きな差があります。現在都市部の高齢化率は、22.3%ですが、今後この地域は急速に高齢化が進展していくのですが、過疎地域と違って、独居や高齢者世帯が多く、住民相互の関係が希薄であり、孤立化等の問題も含めて様々な支援体制の構築が必要であると感じます。

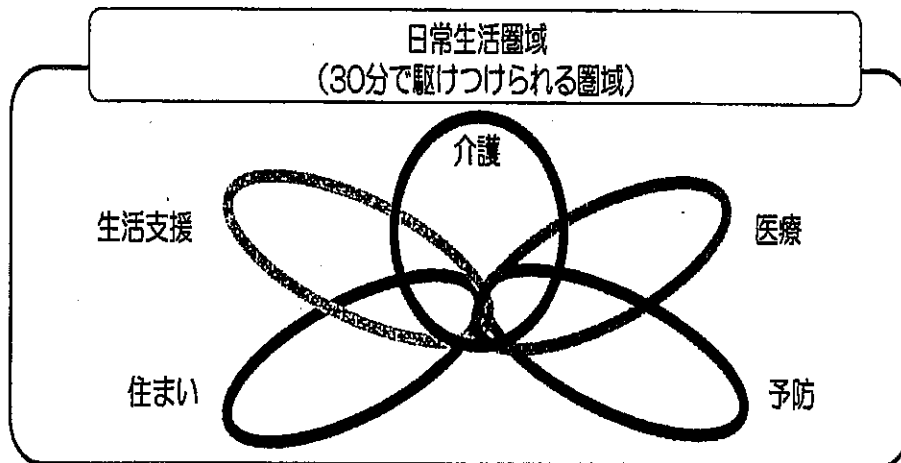
<資料 1 1> 浜松市内における人口と特別養護老人ホームベッド数の割合

区	世帯数	人口	世帯人員	特養 床数	ベッドの 高齢者割り
中区	106,580	242,492	2.2人	406	85人/1床
東区	47,593	129,492	2.7人	390	61人/1床
西区	37,772	115,514	3.0人	810	29人/1床
南区	36,193	105,957	2.9人	385	52人/1床
北区	28,798	95,138	3.3人	530	33人/1床
浜北区	28,528	94,398	3.3人	465	39人/1床
天竜区	11,915	34,013	2.8人	290	34人/1床

国は、新しいモデルとして地域包括ケアシステムの構築を新たな戦略として打ち出してきております。この中で、入所施設に頼らない自立して地域で暮すことや地域の相互支え合い、医療と介護の連携等々これまでとは違った体制の構築を目指しておりますが、いかに自立意識を高め、自助努力を促していくかが、大きな課題でありながら、財源問題もあり、介護保険から一部切り離して市町村事業に移そうとしています。地域によって状況が異なることからの取り組みですが、国以上に財政困難な市町がどこまで担えるのか懸念されます。

また、施設ではなく、高齢者住宅を整備することで、入所依存型から自立型への転換を進めようとしており、浜松市内でも急速に高齢者住宅が整備されつつあります。この分野への企業の参入も目覚しく、今後の動向が気にかかるところでます。居住型施設、介護型施設が今後どのような役割を担い、日本の高齢者福祉にどう貢献していくのか大きな変革の時代に入ってきていると感じますが、私ども社会福祉法人としては、こういったときこそ社会福祉法人の使命と責任をしっかりと果たし行くことが必要であると考えております。

## 地域包括ケアシステムについて



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

#### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ



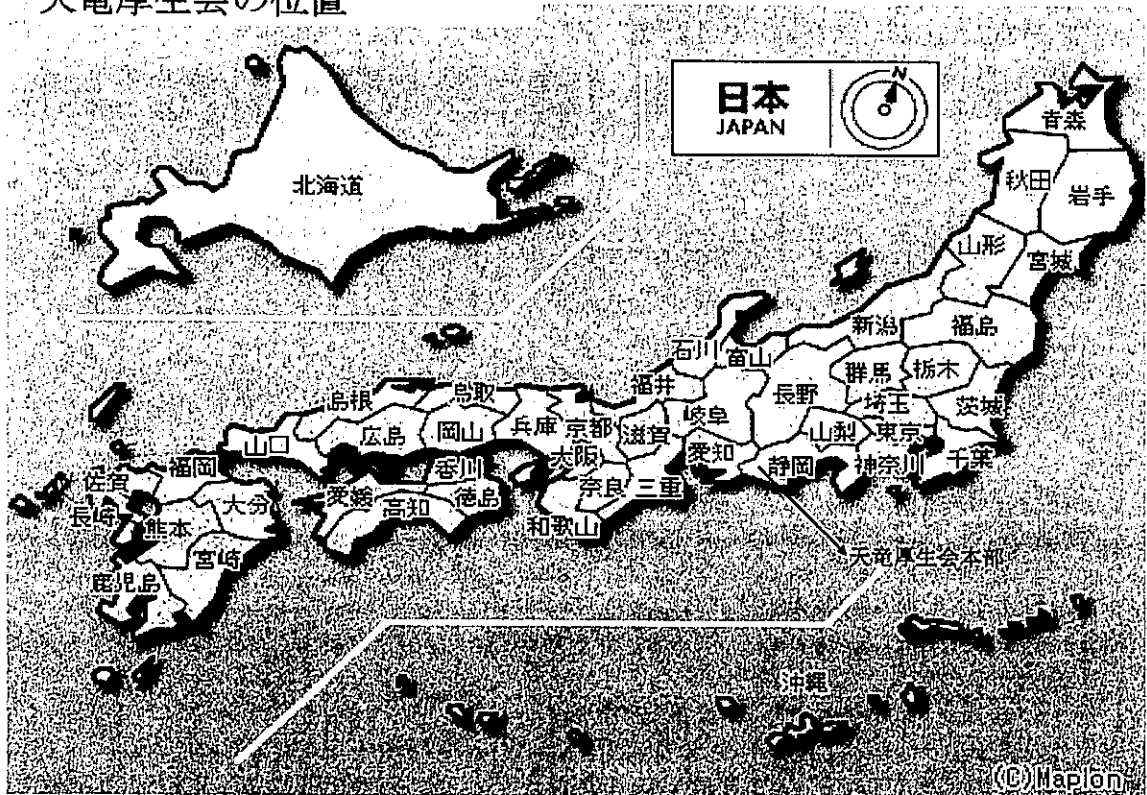
TENRYU-KOHSEIKAI

## 日本の長期ケア政策の現状と課題 ～介護サービス事業からの視点～

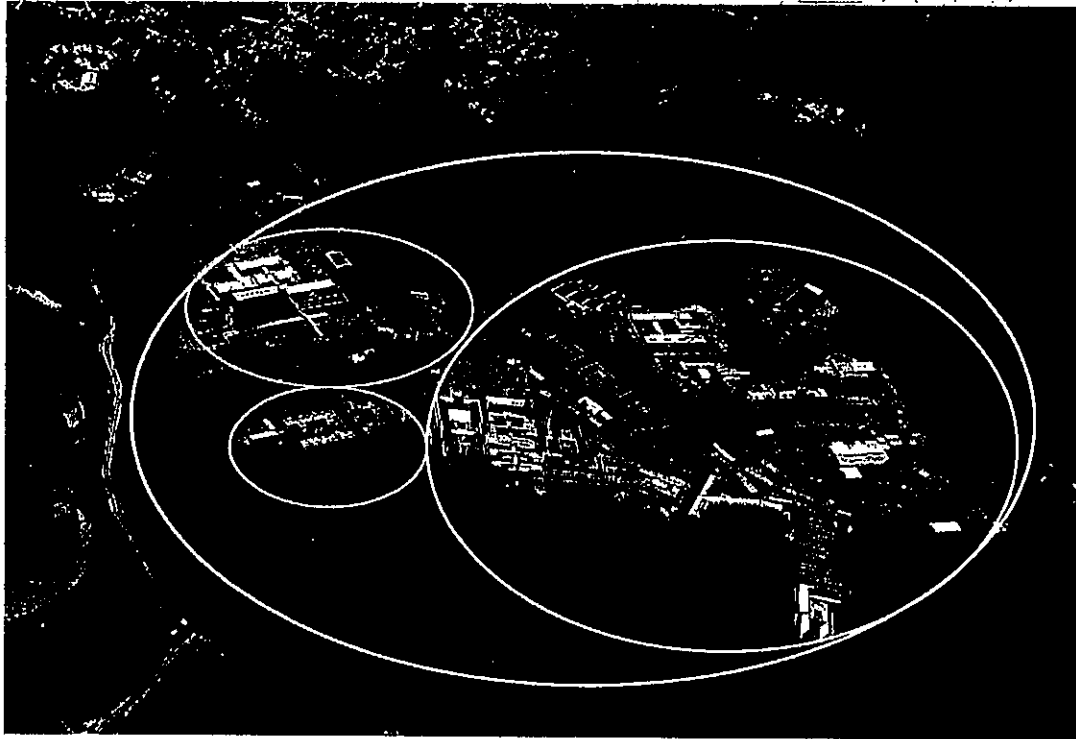
社会福祉法人・学校法人 天竜厚生会  
理事長 山本たつ子



### 天竜厚生会の位置



本部周辺航空写真 エリア内に静岡県特別支援学校・病院がある。大人



## 各施設の所在地

- .....南高尾道路
- .....東海本線
- .....新幹線
- .....遠州鉄道
- .....天竜浜名湖鉄道

**■本部周辺の施設(天竜区・浜北区)**

法人本部  
天龍厚生会第二診療所  
出張センター  
産出部  
浜北製  
浜北製  
天龍ワークセンター  
天龍福祉中心  
天龍福祉中心  
みどり  
みどりの保健作業棟

天龍福祉会児童福祉センター  
天龍福祉会高齢者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター

**■浜松市(天竜区)**

天龍福祉会児童福祉センター  
天龍福祉会高齢者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター

**■浜松市(天竜区)**

天龍福祉会児童福祉センター  
天龍福祉会高齢者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター

**■富士宮市**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■浜松市(天竜区)**

天龍福祉会児童福祉センター  
天龍福祉会高齢者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター

**■浜松市(天竜区)**

天龍福祉会児童福祉センター  
天龍福祉会高齢者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター  
天龍福祉会障害者センター

**■静岡市(駿河区)**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■掛川市**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■湖西市**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■浜松市(南区)**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■浜松市(中区)**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家

**■静岡市**

しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家  
しんぱんの家



天竜厚生会の現況 職員の概  
要



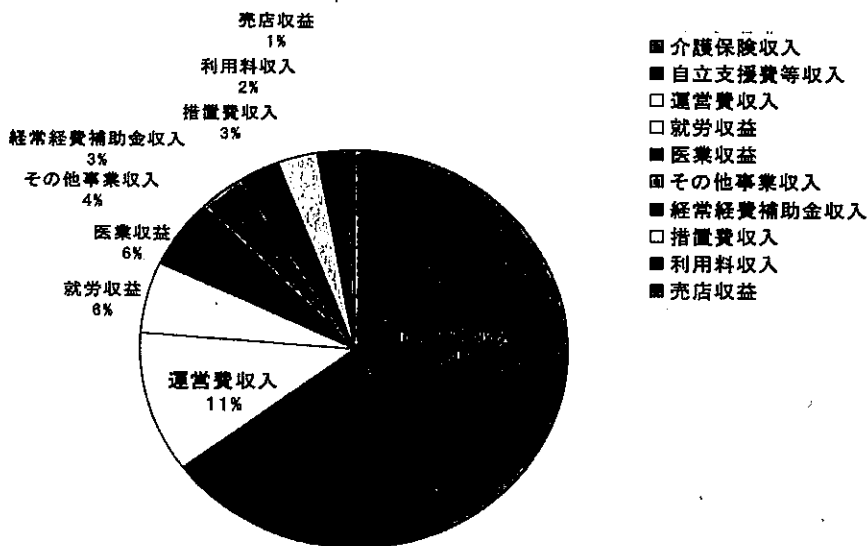
職員総数 2054人 (平成25年4月1日現在)	正規職員 1021人	男289人	女732人
	パート職員 1033人	男118人	女915人
子育て支援状況(25年2月1日現在)			
産休中 13名 (前年度 15名)	育休中 38名 (前年度 31名)	短時間労働 19名 (前年度 23名)	
次世代育成手当(就学前児童対象月額3,000円)		193世帯	249人
企業内保育所(おやまの保育園)		利用者数 14名	
22年度採用状況			
高校生 9名	短大専門学生 19名	4大学卒者 31名	中途採用者 20名
23年度採用状況			
高校生 10名	短大専門学生 19名	4大学卒者 23名	中途採用者 4名
24年度採用			
高校生 8名	短大専門学生 16名	4大学卒者 9名	中途採用者 11名
25年度採用			
高校生 6名	短大専門学生 6名	4大学卒者 10名	中途採用者未定



天竜厚生会収支状況

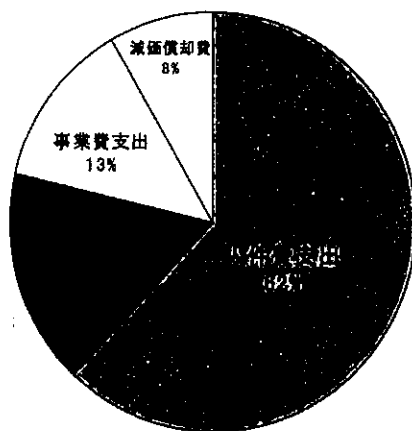


平成23年度収入内訳

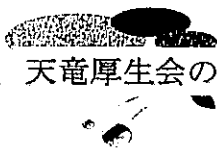




### 平成23年度支出内訳



- 人件費支出
- 事務費支出
- 事業費支出
- 減価償却費

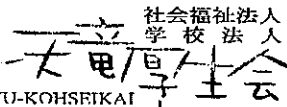


### 天竜厚生会の現況 事業の概要 総事業数 197事業

- ・ 障がい者支援 ⇒ 昭和25年結核後保護施設開設  
障害者支援施設、障害者就労支援事業、GH、CH等  
利用者数 836名(居住利用者)  
⇒地域移行(71床) 就労支援
- ・ 高齢者支援 ⇒ 昭和39年特別養護老人ホーム開設  
天竜区、浜北区、掛川市、静岡市、富士宮市  
利用者数 718名(居住利用者) ⇒ 過疎対策、医療連携
- ・ 子育て支援 ⇒ 昭和44年小松保育園開設  
天竜区、浜北区、磐田市、掛川市、湖西市  
保育園10箇所、幼保園2箇所、企業内保育園2箇所  
利用者数 1,654名(保育園利用者) ⇒ 幼保一体化
- ・ 医療支援 ⇒ 昭和53年天竜厚生会有床診療所開設(19床)  
平成9年老人保健施設開設127床(入所+短期入所)  
診療所本部にて2箇所、過疎地域に1箇所開設  
利用者数 127名+37床(入所及び入院)  
⇒ 在宅医療、医療介護連携

日本の高齢者福祉の変遷と

天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み 1



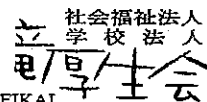
TENRYU-KOHSEIKAI

- 1950年 戦後の混乱期 ⇒ 4.9%(当時の日本の高齢化率)  
天竜厚生会事業開始(結核後保護施設として⇒旧生活保護法による更生施設)
- 1963年 老人福祉法の制定 ⇒ 7.1%  
1964年 天竜厚生会特別養護老人ホーム本部敷地内整備 全国5番目  
1966年 天竜厚生会特別養護老人ホーム富士宮市内整備  
  
1979年 天竜厚生会特別養護老人ホーム本部敷地内整備
- 1973年 老人医療費支給制度実施
- 1981年 国際障害者年 在宅対策の充実が論議される。⇒ 9.1%  
入浴サービス事業(施設の機械浴槽を地域の高齢者に提供)の開始  
在宅老人短期保護事業(短期入所事業)  
在宅リフレッシュ事業(高齢者介護予防事業)  
痴呆老人生活指導事業  
給食サービス事業  
ナイトケア事業
- 1982年 老人保健法の制定  
老人医療・健康診査・機能訓練・訪問指導  
老人保健施設の整備



日本の高齢者福祉の変遷と

天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み 2



TENRYU-KOHSEIKAI

- 1990年 高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン) ⇒ 12.1%  
1991年 天竜市デイサービス事業開始  
1992年 浜北市デイサービス事業開始  
1993年 浜北市内保育園にデイサービスセンターを併設整備  
身体障害者施設にて在宅老人入浴サービス実施
- 1994年 新ゴールドプラン  
1996年 掛川市内在宅サービス併設特別養護老人ホーム開設  
・短期入所事業  
・デイサービスセンター(重度、認知症)  
・訪問介護等  
天竜市内保育園にデイサービスセンターを併設整備  
ケアハウス(経費老人ホーム)本部敷地内に開設  
1997年 老人保健施設本部敷地内に開設  
1999年 竜山診療所、竜山デイサービスセンター開設(過疎対策)  
くんまデイサービスセンター開設(過疎対策)  
掛川市内宮脇地区デイサービスセンター開設  
天竜厚生会ケアサポートセンター  
及びヘルパーステーション開設(市街地対策)



日本の高齢者福祉の変遷と  
天竜厚生会の高齢者福祉の取り組み③

社会福祉法人  
学校法人  
天竜厚生会  
TENRYU-KOHOSEIKAI

- ・ 2000年 介護保険法施行 ⇒ 17.4%  
2000年 福祉機器センター開設  
ヘルパーステーション(6箇所)開設(旧来事業所を含む)  
訪問入浴事業(3箇所)開設(旧来事業所を含む)  
浜松市内デイサービスセンター等事業所開設  
(都市型在宅サービス施設)
- ・ 2003年 2015年の高齢者介護 ⇒ 20.2%  
2003年 掛川市内特別養護老人ホーム増築(70名⇒120名)  
2004年 浜北地区内特別養護老人ホーム創設  
本部敷地内特別養護老人ホーム増築(110名⇒160名)  
2005年 静岡市内特別養護老人ホーム創設  
2006年 掛川市内特別養護老人ホーム短期入所棟増床(24床⇒44床)  
2007年 浜松市内駅前デイサービスセンター等事業開始  
(都市型在宅サービス施設)  
地域包括支援センター事業開始(浜松、掛川、静岡 5箇所)
- ・ 2010年 地域包括ケア研究会報告 ⇒ 23.1%

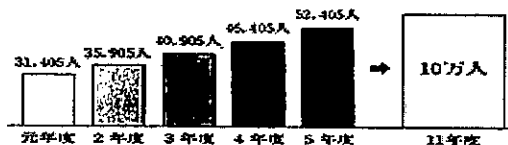
社会福祉法人  
学校法人  
天竜厚生会

十か年戦略の在宅福祉の目標

十か年戦略の在宅福祉の目標

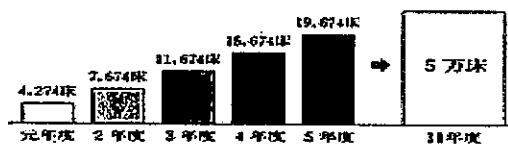
(1) ホームヘルパー

日常生活に支障のある高齢者がいる家庭を訪問して、介護・家事サービスを提供します。



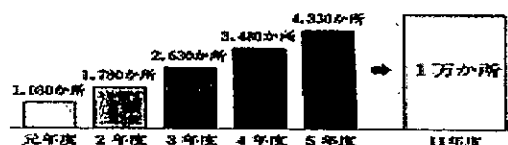
(2) ショートステイ

寝たきり老人等の介護者に代わって、特別養護老人ホーム等で短期間、高齢者をお預かりします。



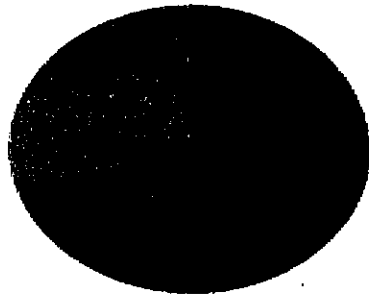
(3) デイサービス

送迎用バス等でデイサービスセンターに通う高齢者に、入浴、食事、健康チェック、日常動作訓練等のサービスを提供します。





## 平成21年度 生活保護 年齢別

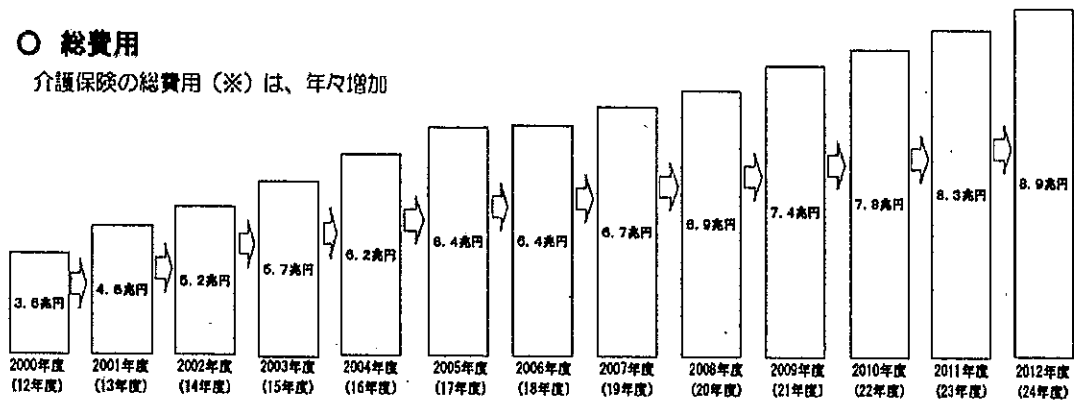


- 0～5歳
- 6～19歳
- 20～39歳
- 40～49歳
- 50～59歳
- 60～69歳
- 70歳～

## 介護費用と保険料の推移

### ○ 総費用

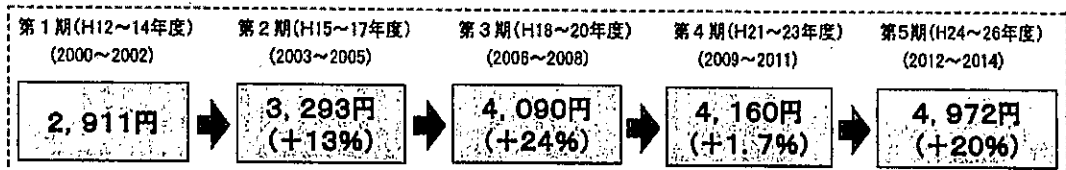
介護保険の総費用（※）は、年々増加



（注）2000～2010年度は実績、2011・2012年度は当初予算。ただし、2010年度の実績は、東日本大震災の影響により、福島県の5町1村を除いて集計。

※介護保険に係る事務コストや人件費などは含まない（地方交付税により措置されている）。

### ○ 65歳以上が支払う保険料〔全国平均（月額・加重平均）〕

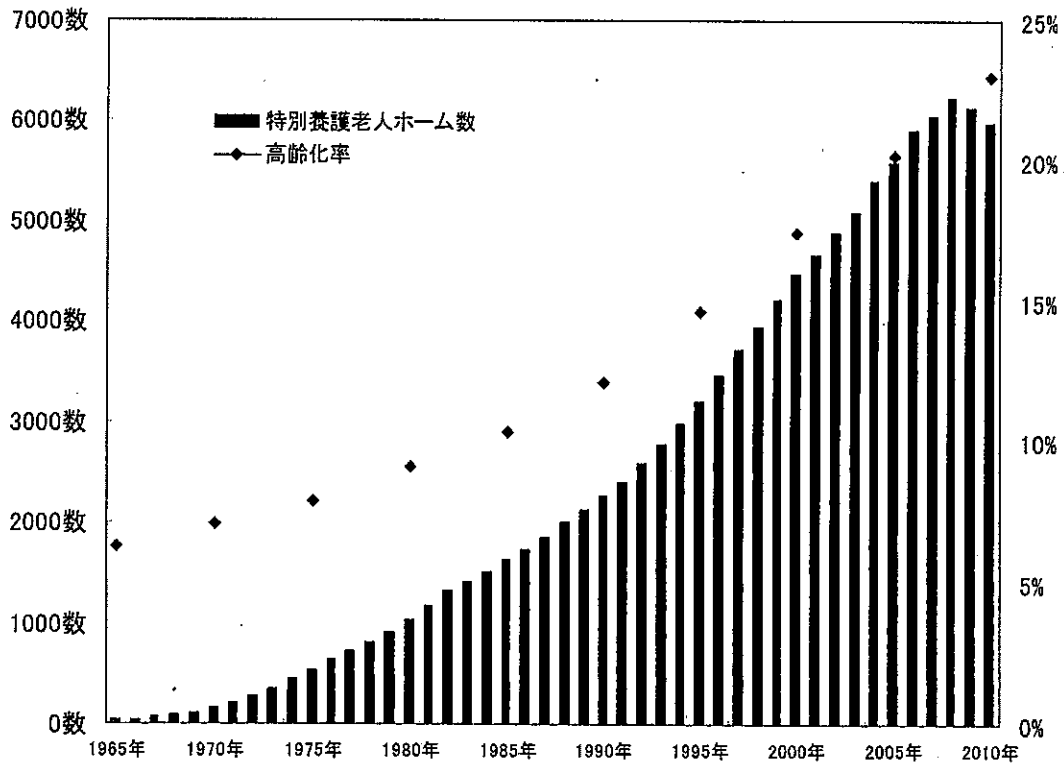


浜松市内の特別養護老人ホーム整備  
と人口割合について

社会福祉法人  
学校法人  
天竜厚生会  
YU-KOHSSEIKAI

区	世帯数	人口	世帯人員	特養床数	ベットの 高齢者割り
中区	106,580	242,492	2.2人	406	85人/1床
東区	47,593	129,492	2.7人	390	61人/1床
西区	37,772	115,514	3.0人	810	29人/1床
南区	36,193	105,957	2.9人	385	52人/1床
北区	28,798	95,138	3.3人	530	33人/1床
浜北区	28,528	94,398	3.3人	465	39人/1床
天竜区	11,915	34,013	2.8人	290	34人/1床

社会福祉法人  
学校法人  
天竜厚生会



## 1. 介護保険制度の見直しについて

### 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案(仮称)の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

#### 1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進。
- ② 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限(平成24年3月末)を猶予。(新たな指定は行わない。)

#### 2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し(平成24年4月実施予定)を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

#### 3 高齢者の住まいの整備等

- ① 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
  - ② 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進(高齢者住まい法の改正)

#### 4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の養成、登録、家庭裁判所への推薦など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

#### 5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

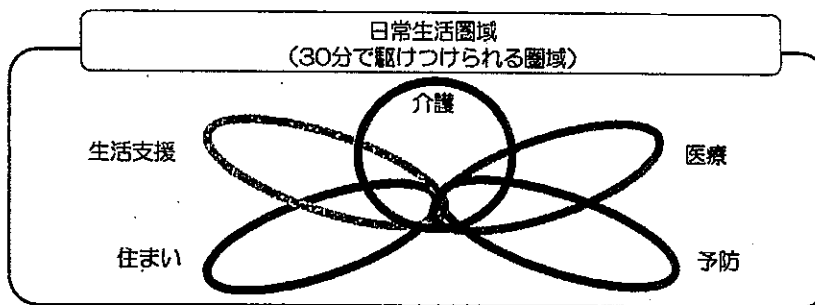
#### 6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1⑤、2②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

## 地域包括ケアシステムについて



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

#### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

#### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

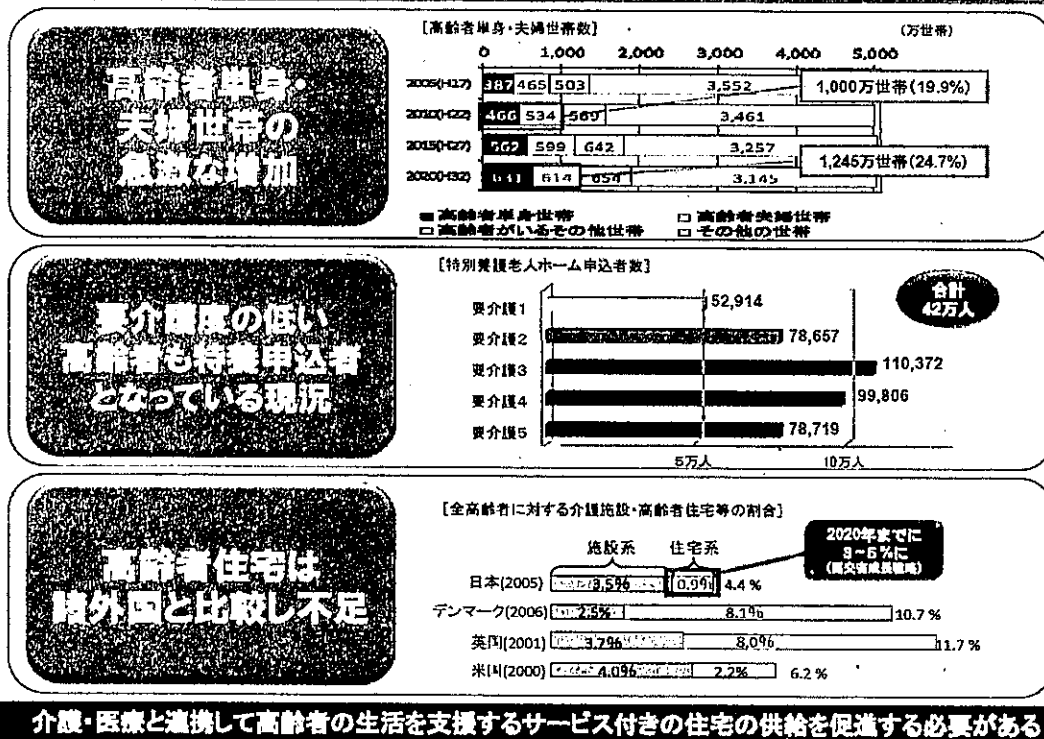
- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

#### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

1

## 高齢者住まい法の改正に至った背景





# 長期療養専門人材の養成システムの構成-現状と将来

Chen Ling-chu (陳伶珠) 副教授  
(台湾弘光科技大学老人福祉事業学科)

## 1. 序言

台湾は 1993 年老人人口 (65 才以上) が全人口に比べて 7% を超過して公式的な老人国 (aging nation) の隊列に進入した。2010 年後半には老年層人口の比率がすでに 10.7% を達成し、今後 2025 年には老年人口が 20% 以上を、2060 年には 39.4% (台湾行政院経済建設委員会、2008、2012) に至ると推定する。台湾と近い日本及び韓国の高齢化進行推移は大体同様で (図 1 を参照) 老人長期療養が家庭と社会に重大な負担になることを防止するために猛スピードで展開していく高齢化時代で長期療養に対する早期的対策が必要である。

長期療養 (long-term care) はかつてヨーロッパとアメリカ国の主な社会政策の議題であった。彼らは長期療養サービス需要者の選択と規制 (OECD、2011) の見直しを 10 年後の目標に置きながら長期療養サービスは対象および運行サービス、療養人材、管理制度の差があって断片的で持続しない問題をよく発生し、健康療養システム間の連動不足 (OECD、2011) などを問題で挙げて OECD に報告書で指摘した。このような点はただ長期療養サービス制度計画の議題としてだけでなく運行サービスに関わるすべてのサービス供給者も克服していかなければならないため、完ぺきな長期療養サービスモデルを構築した水準高い専門家間の協力が求められる。

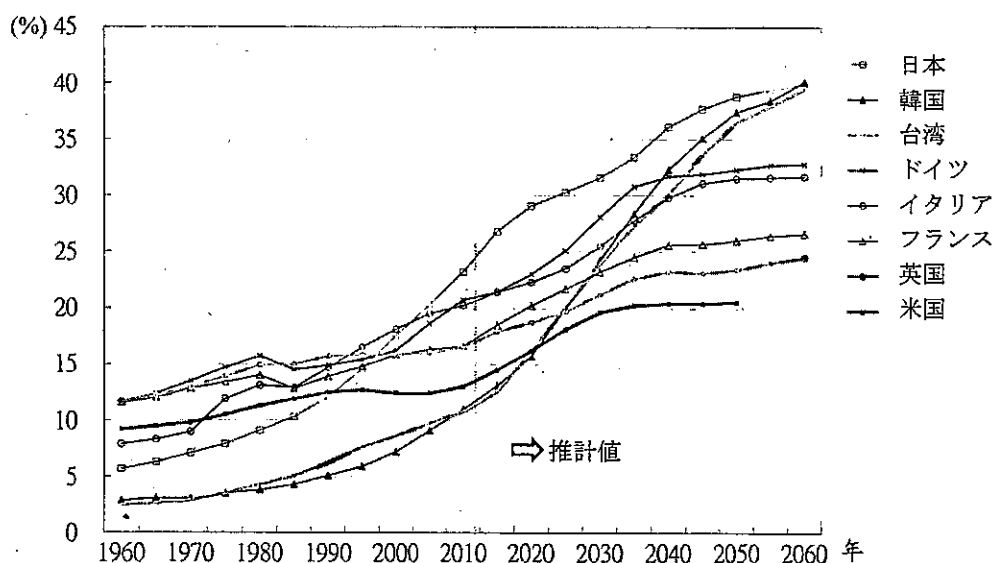


図 1: 主な国の高齢化移行速度の比較 (台湾行政院経済建設委員会、2012)

台湾の例年長期療養政策の発展背景に触れてみれば長期療養サービスはすでに過去から政府と非営利組織を中心にして供給者の社会福祉サービスが要求され、次第に営利組織の参加およびサービス提供エリアが拡大した。サービス対象は社会疎外階層の福祉サービスから一般階層を合わせる誰でも利用できる療養サービスの消費形で発展してきた。

「中華民國の長期療養 10 年企画」の推進の下に台湾の国民は地域社会での訪問療養サービスまたは Daily 療養および機構団体を通じた長期療養サービスを選択できて新しい形の家庭委託式サービス、痴呆老人療養専用、入浴車の配置など多様化したサービススタイルで発展した。社会福祉形の長期療養サービスに関係ない営利追求方式として発展したシルバー世代サービス (范榮靖、2009; Chen Xin Yi、2011) も必要。超高齢社会に進入すると同時に完ぺきな長期療養政策システムの構築済みが急務となるが特に専門人材の数とサービス品質の議題で制度、サービスは存在するがサービス人材欠如による問題を防止するためのもうグレードアップしたシステムの推進がさらに求められる。このため、本稿では専門人材の培養制度を挙げて台湾の長期療養専門人材の現状と将来を研究し、長期療養保険制度の計画参考に関するところを提供したい。

## 2. 台湾の長期療養政策の発展および人材養成の現状

### (1) 長期療養政策の発展

台湾では 20 年余り前からすでに人口高齢化の多様な項目の療養に関する国の政策が絶えず推進されたがより体系的計画の主体を社政体系および衛政体系の二つに分けられる。社政体系は内政府が主導した 1998-2007 年の「老人療養サービス強化案」と 2000-2003 年の「長期療養システムの先導企画の構成」、2002-2007 年の「療養サービス福祉および産業発展案」などがあり、衛政体系は衛生局が主導した 1998-2001 年の「老人長期療養 3 年企画」と 2001-2008 年の「みんなの完全な健康療養企画(医療ネット第 4 期および 5 期企画)」、2009-2012 年の「新世紀健康の道へ導く企画」などがある (Chiu Wen-Ta, 2011)。

数多くの長期療養政策の中で行政院内科部会 (Across Ministries) の共同協力計画である。2007 年 4 月に決定した最も重要な「長期療養 10 年企画」(行政院、2007) と引き続き 2010 年提出した「長期療養 10 年企画～2008-2011 年中期企画」そして従来計画の一部修正して実施した、初期に少々困っていた現在のこと(行政院、2012)がある。これらは現行を分離した社政および衛政体系の長期療養サービスおよび関連資源を調整してサービス人材の質の向上に万全をつくしてより満足な長期療養サービス体系構成で長期療養政策の在り方に最も大きい影響を加えた、今後推進する長期保険制度に関する最も基礎的な政策として述べられる。

「長期療養 10 年企画」は長期療養サービス需要者である (1) 65 才以上の老人、(2) 55～65 才の原住民、(3) 50～64 才の心身障害者、(4) IADLs にだけ限定された痴呆を病む一人暮らしの老人を全部含めて定義をした。(1)-(3) は ADLs 軽度以上の痴呆症状に当たって長期療養サービスを受けることができる。「軽度痴呆」は 1～2 項の ADLs 痴呆患者群であり、IADLs にだけ限定された痴呆を病

む一人暮らしの老人もこれに属する。「中等度痴呆」は3～4項のADLs痴呆患者群を、「重度痴呆」は5項(含む)以上のADLs痴呆患者群(行政院、2007)を指し示す。

「長期療養10年企画～2012-2015年中期企画」は49才以下の心身障害者および痴呆を体験している国民を対象により広く計画したがこれは彼らの将来の長期療養保険制度の準備につながるとみて良い(行政院、2012)。長期療養サービス項目は1.療養サービス(訪問、昼間療養、家庭委託)、2.訪問看護、3.地域およびリハビリ訪問、4.生活オーダーメイドヘルパー(生活必需品の購買、家賃の補助および住居環境の改善)、5.老人の栄養献立プログラム、6.喘息管理、7.運行ヘルパー、8.療養機関サービスで総8種類項目に分かれている。「長期療養管理センター」の療養管理は二人の担当職員を通じて痴呆症の程度および経済力を計算して賦課した結果により長期療養サービスが必要な国民に70～100%の費用を支援する。このように「長期療養10年企画」推進経歴は今後長期療養保険制度の基礎として位置づけると考える。

## (2) 長期療養の専門人材の現状および今後要求される事項

長期療養サービスは多様な分野の専門人材が共に業務を進めて医師、看護師、社会福祉士、療養保護士などがメインである。しかし長期療養人材はそれぞれ違った視点を持つ。Hsin Ping-Lung (2004)の定義によれば長期療養業を遂行する彼らは主な人材と関係があった補助的なサービス供給者を含むが主な人材は看護師、社会福祉士そして療養サービス要員などでその他の専門人材は全部補助的なサービス供給者とは相反して長期療養サービス中である医師と理学療法士、栄養士などを挙げた。

しかしChen Huey-Tzy(陳惠姿、2005)は他の見解を打ち出した。直接専門的サービスを提供する者は関連専門人材および政府あるいは団体に教育トレ

ーニングを履修した準専門人材、教育トレーニングを受けていない非専門人材、関係機関内の行政支援の人材と定義した。 Stone(2000)は正規と非正規人材と区分して正規雇用人材は医師、看護師、社会福祉士、療養保護士(care manager)、理学療法士、作業療法士、言語療法士、栄養士、薬剤師など専門家(professional)で構成され、準専門家(paraprofessional)は看護補助者(certified nursing assistant)、訪問療養補助員(home health aides)、訪問療養サービス要員(home care of personal care workers)等で非専門家は家族、介護人およびボランティアなどであるがそのうち最も重要な療養人材で準専門家を挙げた。 とりまとめれば療養する者の熟練度および長期療養サービスに参加する水準は長期療養の主な専門人材、主な準専門人材、補助専門人材、補助準専門人材そして非専門人材(表1)と区分される。 後続人材の業務システム教育は他循環参加者の専門属性および長期療養サービスの必要度に合わせたそれぞれ違った計画がなければならない。

表1:長期療養にともなう各類型の専門人材およびサービス参加水準

専門度 参加 水準	専門	準専門	非専門
主な人材	看護師、社会福祉士、療養保護士(療養管理者)、 療養管理指導	療養サービス要員、看 護補助者(看護助手)	ボランティ ア、家族、
補助人材	医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、 栄養士、薬剤師…など	行政員	親戚、友人 など

長期療養の多様な要求に合わせるため、国内ではすでに長期療養の主なサービス人材に対するリクエストを推算し、これは療養サービス、社会福祉、看護、作業治療、理学療法、療養保護、療養管理指導の人材を含めている。 それぞれ推算した規模は推定結果別に差がある。

「長期療養 10 年企画」では痴呆患者数を通じて推定した各専門人材の要求数字を示し、2015 年から 2020 年まで必要とされる人員は最低 21,296-29,740 人、最高 83,373-102,363 人で観測される(行政院、2007)。しかしチェン・フエイジ(2009)は長期療養保険制度の推進後には上記の各項のサービス配置図に比例した推定から推察する時、2018 年度に既に準備された専門人材が約 56,161-68,795 人(表 2)程度必要とされると見込んだ。現在の現場にいるサービス人材を比べれば(Chen Huey-Tzy、2009 年)看護人材の他に長期療養サービスに必要な各準専門および専門人材は 2-10 倍に近い格差を補わなければならないがそのうちの療養サービス、社会福祉、理学療法および作業治療に関する人員が最も不足すると見込んでいた。

表 2:台湾長期療養サービス各分野の人材推定

分野人材		年度	実際人材 2008 年	Chen Huey-Tzy (2009)		台湾 10 年長期療養企画(2007)			
				推定		推定			
				2018 年		2015 年		2020 年	
			最低推算	最高推算	最低推算	最高推算	最低推算	最低推算	
準専門 人材	療養サービス	17561	36,211	46,730	12,067	62,464	14,610	73,514	
	行政	-	10,918		-	-	-	-	
専門 人材	社会福祉	443	867		1,590	3,768	2,363	5,682	
	看護	7202	5,119		4,575	7,551	7,083	11,430	
	作業治療	106	723	1,085	794	2,586	1,566	3,193	
	理学療法	230			1,288	5,368	2,921	6,553	
	療養保護	508	1,972	3,287	818	1,363	998	1,659	
	療養保護指導	244	351	789	164	273	199	332	
需要人材総計		26294	56,161	68,795	21,296	83,373	29,740	102,363	

説明:2018 年採用した「訪問/地域および機関の供給量は 7:3」の推定値(Chen Huey-Tzy、2009)。

### 3. 長期療養の専門人材の育成および問題

#### (1) 専門人材の養成システム

長期療養の専門人材養成システムは「学校教育」と「在職中後続教育」の二種類と分けられる(Chen Ling-chu, 2011)。直ちに専門人材のニーズと供給の差および適当な人材の必要性を考えれば学校教育および在職中後続教育の長期療養人材の様相はできる限り同時に進行されなければならない。

#### 1. 学校教育

学校教育は専門人材養成の重要なしくみである。高等教育(一般大学)および職業教育システム(職業学校、科技大学)中心の長期療養の専門人材の養成が要求されるが両者ともに必要な方法は相異なる脈絡で進行される。高等教育システムのメーンは専門学科の本来の学位または単位の履修過程で学生に学期間老人に親しくなれるように長期療養はシステム性授業に関して学期の間機会を作る。例えば看護科に老人または長期療養カリキュラムを作っればしばしば接する内容の授業を開設することで卒業後長期療養の分野に従事したい学生のために長期療養に関する知識と技術を強化できる。しかし大体単位数による制約がある関係で大部分は2-3科目だけを計画するが「死亡と臨終」、「地域療養」、「長期療養」、「慢性病気」などの科目名で最高12単位(Chen Ling-chu, 2011)を開設する。職業教育システムは逆に新しい学科を開設して人材を養成できるが例えば高校職業科目に「老人療養科」を開設して科技大学に老人療養に関する学科を2-4年の授業年限で開設して手続きを踏んで適切に配分し、潜在的な人材を養成すること。しかし現在の老人療養に関する学科の発展は非常に多様化している。Chen Ling-chu(2011)がその間帰納した老人福祉および社会福祉の人材培養そして老人看護および療養に関する人材、最後にシルバー

産業およびレジャーサービス人材などこのように三つで大分類したがこの中で第一と第二は長期療養サービス専門人材に属する。

## 2. 在職中後続教育

専門家の専門知識および技術水準の維持は学校教育だけでない維持力を持った在職中の後続教育(Chen Ling-chu, 2011)にある。現在の長期療養専門家の在職中後続教育の大部分は職務上の在職訓練(on-the-job training)中心で機関内部指導および特殊な性格の会議、一部職務以外の在職訓練(off-the-job-training)機会は内政部および市と現の政府または専門団体が主管した主題性が明確な訓練と討論会議を挙げられる。長期療養専門家の在職中後続教育は三つと分類できる。その第一に個別的な専門証明は必要な後続教育の累積点数に基づく。社会福祉士は「社会福祉士法」に従い、6年内180点である教育累積の認証点数は業種資格免許事項で設ける(社会福祉士は後続教育および業種資格免許の新しい規定に従う、2009)。第二に社会福祉法規はサービス要員に毎年在職中後続教育訓練を命じている。「老人福祉サービス専門家資格および訓練方法」は関連職業人が毎年最小限20時間を在職訓練に参加すべきで、老人福祉概説、老人療養サービスに関する法令、老人療養サービス倫理、老人療養サービス内容および業務方法、その他老人療養サービス科目<sup>1</sup>を含む。第3に長期療養専門家の個別専門科目の訓練。衛生署は長期療養の専門医療スタッフに対する3段階教育である「長期療養の専門人材の養成訓練」計画で先ず(1) Level I:基礎および幅広い長期療養理念の中心、(2) Level II:各専門領域の明確な授業過程で専門療養の能力強調、(3) Level III:専門性

<sup>1</sup>内政府が公告した「老人福祉機関長(主任)社会職業である療養サービス職業活動の訓練注意」の中で提示した色々な項の社会福祉士の在職訓練教育の名称で特定業務、団体業務、老人保護など59種類教育単元を含めて総153時間に老人社会職業人は在職訓練の教育計画を主管し、老人社会職業人は1年の中で最小20時間の研究証明を取得しなければならない。



を乗り越えたり能力コントロール中心に強化する。その他にも衣服着用の指導要員および療養管理専門家(療養保護士)、療養サービス要員などやはりさらに高い段階を在職訓練の授業過程で学習する(表3参考)。

全体を言及してみれば各専門家が在職訓練過程をすでに完成度がある計画をしても長期療養の専門家に対応できるくらいの能力とサービス質を考えて後続教育計画でより全般的で実践可能性が要求されて追加で深みあって広い教育過程を計画すべきである。特に領域を越えたり創造性サービスタイプおよび新しい形のサービス学習と実務を扱う上位にある基礎的長期療養の管理フォーマット、痴呆老人療養、家庭委託サービス、多様化した治療ヘルパーなどを挙げられる。

表3:長期療養専門家の主な在職訓練一覧表

類型別	トレーニング対象	教育対象	主管機関
専門家	医療スタッフ(医師、看護婦、理学療法士、作業治療士、栄養士、薬剤師、社会福祉士及び臨床心理士、聴力及び言語治療士)	Level I 共通教育: 18 時間 (職務前又は半年内完成) Level II 専門教育: 24+8 時間 (医師 16 時間) (2 年内完成) Level III コントロール教育: 24 時間 (6 年内完成)	衛生署
	衣服指導要員	基礎訓練: 42 時間 (1 年内完成) 入門訓練: 42 時間 (3 年内完成) 成長訓練: 23 時間 (4 年内完成) 毎年最小 20 時間 在職訓練	内政府、直轄市及び市又は現の政府
	療養管理士 (療養保護士)	第一職務の前教育: 40 時間 第二核心教育: 40 時間 第三実習訓練: 40 時間	衛生署、直轄市及び市又は現の政府
準専門家	療養サービス要員	職務前の訓練(学科 50 時間、実践実習 40 時間) (90 時間) 毎年最小 20 時間 在職訓練	行政院勞工委員会作業訓練局、内政府、直轄市及び市又は現の政府

## (2) 専門人材養成の問題

### 1. 参加教育の人員および実際に投入される長期療養サービス人員間の大きい乖離

学校の専門教育制度の主な点は長期療養の専門人材養成のしくみでもし関連学科の出身学生が卒業後全員長期療養の分野に従事すれば人材不足の現象問題は発生しない。しかし関連学科を卒業した学生は就職の選択の幅が広いいため、長期療養領域に対する支援はきわめて低いので(行政院、2007)長期療養の専門人材の養成過程を通じた人材配置において解決課題が急務である。学校教育の多方面への発展で老人療養に関係があった学科を作って老人療養とサービス人材の中心養成で目的を置かなければならない。しかし現在こういった学科出身の学生が「療養サービス要員」という職務を担当し、「衣服指導員」または行政員の中心に勤めていて明確な専門資格証書が存在しない(Chen Ling-chu、2011;内政部、2012)。このように専門証書を優先する長期療養の分野で関連大学を卒業した学生の殆どは他の専門家証書または資格関連招へいを受け、看護師または社会福祉士の場合、療養サービス要員が珍しい状況でこれは結局高等教育資源の浪費につながる。

長期療養人材の養成のまた違う問題として職務前教育を履修した人材が長期療養サービスに投入される十分な能力を備えていないこと。人材供給中に不足した現象が発生する状況にあつて特に療養サービス要員の突大人材損失が最も大きい問題。療養サービス要員は長期療養分野の主な人材であり(Stone、2000)、将来の人材ニーズに最も大きいウエイトを占める専門人材である。しかし各種長期療養人材のニーズが増加してきた過程からすれば療養サービス要員の需要及び供給に深刻な差があるわけである。筆者は2002年から2013年までの訪問サービス分野と看病機関および長期療養機関のサービス要員の人員成長の推移を示したが数多くの養成企画推進の下に(行政院、2007)療養サービス要員の数は大幅増加したが(図2)長期療養保険が誕生した以降必要な要員の数は依然として大きい差があり、これに努力を傾けるべきである。

療養サービス教育に既に参加していたり単一級療養サービス資格を取得した要員は90%を越える流失率を記録したが要員養成の過程に参加した潜在的な人材資源をどのように実際の現場に投入していけるのかについてさらに積極的な政策が求められる。

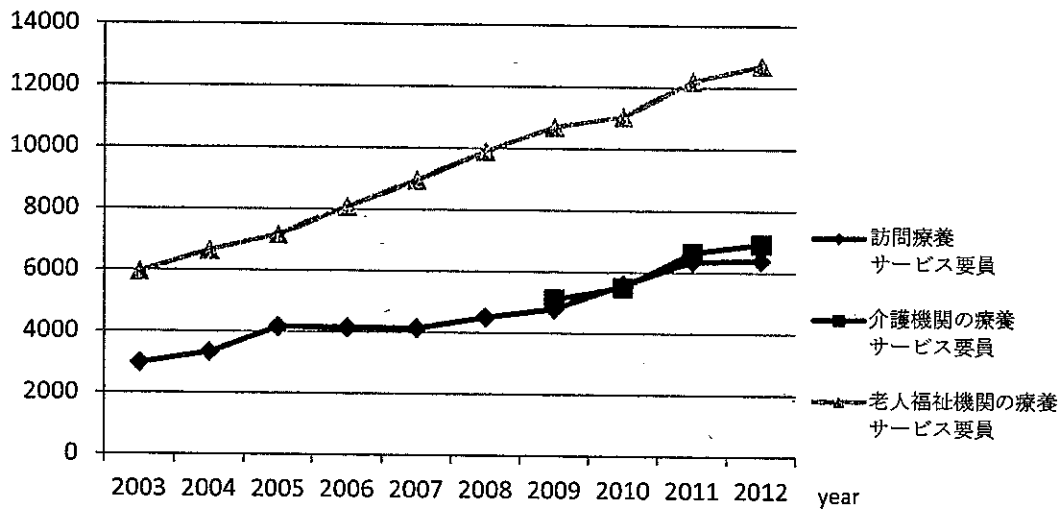


図2:台湾の療養サービス人員数10年間成長の推移

## 2. 専門人材の着実な業務遂行に困る

台湾は長期療養の専門人材の養成において難しさの議題に対し、数多くの議論と改善措置を提起して養成課程の計画と行動に最も焦点を合わせた<sup>2</sup>。「中華民国長期療養10年企画」は療養サービス人材の業務を強化するために療養サービス要員の業務能力を等級制とし、ひいて療養サービス要員の教育を正規技術学校および専門大学などで正常に施行しなければならないという内容である

<sup>2</sup>「中華民国長期療養10年企画～2012年から2015年までの中期企画」は長期療養の人材決定の必須問題で中央府は傘下の教育府、衛生署、労働府、原民会と指導部が共に訓練人員を増やしてサービス要員およびサービス応用能力を一層引き上げられるように各種長期療養人材を通じて職務前と在職中教育制度を幅広く参加する方向を大綱とした長期療養人材養成企画を立案した。詳しくは療養サービス要員の教育訓練の過程内容の修正、療養サービス要員の専門知識と能力向上で実実習教育時間および現場実習と訪問サービスを提供する機関新設、療養サービス要員の在職教育時痴呆老人療養訓練(内政府)、長期療養専門家の訓練および該当管理センターで療養保護士訓練(衛生署)、療養サービス業の勤務を控えたこういう教育および参観教育そして資格試験費の補助(労働府)を挙げられる(行政院、2012)。

(行政院、2007)。しかし今まで建白してきたところですので老人療養に関する学科部署を取り除けば意見が関した療養サービスが該当組織の原価と人材運営で全部提供されただけで実際に然したる改善はなかった。

台湾の長期療養の専門人材が粘り強い業務遂行が難しい原因を把握すれば先ず、非常に低い賃金<sup>3</sup>と業務中福祉が他の業種に比べて競争力がない。とりわけ福祉公務員は資格基準がかなり低く<sup>4</sup>業務関連の待遇が「準専門家」程度がすべて。これらは主に必要な人材で長期療養サービス中労働条件が最も劣悪な職群に分けられて現在、従事中の彼らに励ます、良質の労働人材が長期療養サービス業務に興味を持てるようにした方が良い。

#### 4. 長期療養の専門人材の質向上

長期療養専門人材の養成の要求および現状、難しさに関する研究を取りまとめれば専門人材レベルでの議題は教育の不足またはサービス質の低下でない、専門家養成の教育参加以降、療養サービスという職業に付ける能力がまだであるためではあるが経験して長期勤務を望まないこともある。したがって本稿では将来長期療養の専門人材養成のしくみに対して参考にしても良い三つを述べるので満足するほどの長期療養保険法を推進して専門人材の質向上の要求に応じた方が良いと考える。

##### (1) 多様化した人材教育訓練は雇用と直結する。

将来の長期療養専門人材の質と量を見直すために政策上の着実した推奨が要求されて予算支援はもちろん、専門教育学科を設置した学校および人材養成の任務に責任がある職業訓練の担当機関に要フォロー。学校教育は現存する老人療養科目、老人社会職業過程など老人関連学とまたは副専攻系の授業開設

<sup>3</sup>療養サービス要員の賃金補助の例として長期は毎時間NTD180を基準として賃金が今まで上昇したことはなかった。たとえ一部の市と県で物価上昇を考えてNTD225に調整したがこれも非常に低い待遇。

<sup>4</sup>療養サービス要員の賃金補助の例として長期は毎時間NTD180を基準として賃金が今まで上昇したことはなかった。たとえ一部の市と県で物価上昇を考えてNTD225に調整したがこれも非常に低い待遇。

の他にも、特定の長期療養専門人材に対する国費教育方式で若者の興味を引き込んで、特に島嶼地域の療養サービスを強化し、政策予算方式を利用することによって非都市出身の専門人材の帰郷および発展を促進させる。現段階では着実した政策予算をベースに人材を活用する機関単位で専門資格証書および関連証明または教育証書の所持者を雇用すれば専門人材で専門的な運営ができ、長く勤務できる環境が提供されるのではないか。評価または保険支払う方法で長期療養保険の特約機関が必ず一定比率の専門人材が備わっていて保険特約あるいは高信用の資格を備えるのと同じく専門人材教育の成果とサービスの質、サービス収入は連動している。

(2) 職業の難易度にとまなう補助(保険支払い)費用計算および政策性推奨の小規模地域の療養パターン

最近地方政府は標準化基準として差別されたサービス費用を支援するが各職業のサービス水準の難易度に合わせて差別された収入を得るようにしている。実質的な収入を備えた効果および利益の他にも療養サービス職業は伝統的に愛情と忍耐を通じた相互協力現象に差別性を保持させ、サービス要員が持つ専門性および効率性を徐々に認められてきて社会的価値と地位を直し、粘り強いサービス提供動機と要望を引き上げることができる。しかし大多数の長期療養サービス要員は被雇用者の身分で最低条件が前提するので雇用者の少ない労働条件にサービス要員の職業への貢献および苦勞の価値は最低に反映されるだけ。特に療養サービス要員の低賃金、低い地位、きつい労働強度は衣服指導士ではないかぎり昇進の道と自我実現の目標までは非常に不足し、固定的有用不可である人材問題から抜け出すにも難しい。最近法令政策を改正して社員の福祉と収益を増進して家庭委託(Adult Foster Care)の形への療養サービス要員も備えている療養サービスに関する労働協力社を開設した。それぞれの努力で収益を発生させ、機会がある時、フリーランサーでも活動でき、

現在の業務能力を向上してサービスの専門性を確保して自我発展を実践できるようにする。

### (3) 台湾および海外の療養サービス人材整合と向上した人材資源の管理システム

台湾療養サービス要員の就職を保障するために人員管理、就職または労働条件の議題を中心に海外の療養サービス要員に対する議論がしばしば行われて療養サービスの質に関する議題は別に注目をあびていなかった。実際に台湾本国または海外の療養サービス要員は全部同じサービス人材で療養サービスの質の要求に対しては国籍にともなう差はない。後日、長期療養保険の支給標準は質として誘導した人材資源の管理システムを作って外国語能力と療養現場、職業属性そして専門的に水準で関わって質の議題を言及した点に対する個別能力養成と管理制度を計画して長期療養保険が保険人のサービス権益や要員の質を確保しなければならない。

参考文献(省略)

## 香港の長期介護（地域社会の介護）：概要

Ms. Grace Chan

Chief Officer (高齢者サービス)

香港社会福祉連合会(The Hong Kong Council of Social Service)

香港は、人口の高齢化による挑戦課題に直面している。2010年、65才以上の人口は925,900人で、全人口710万人の13.1%を占めており(センサスおよび統計部、Census and Statistics Department、HKSARG、2011)、この比重は2006年の全人口の21.9%に達し、約180万人になるものと予想されている。老人扶養比率(elderly dependency ratio)は、1991年の124から2006年の168に増加し、2036年には425にいたるものと予想される。これは、男性79.4才、女性85.5才という期待寿命がさらに延びることを意味する(C&SD、HKSARG、2011)。

1997年から香港特別行政区政府(HKSARG)は、高齢者のための長期介護(LTC)サービスを開発し、“住み慣れた街で年を重ねる(ageing in place)”という原則を固守し続けている。この原則は、高齢者が年を重ねてもできるだけ家族と暮らしたりそれに類似した環境で暮らすべきであるという点を強調している。このようなことから、この論文では施設介護サービス(RCS、residential care service)と同時にLTCサービスの重要な部分を占める地域社会介護サービス(CCS、community care service)を重点的に扱う。

現在、LTCサービスとして政府から補助金を受けるCCSには3種類があるが、強化型在宅介護サービス(Enhanced Home Care Service (EHCCS))と統合在宅介護サービス(Integrated Home Care Service (助けを必要とする高齢者の場合) (IHCS (FC))、高齢者デイケアセンター(Day Care Centre for the Elderly (DE))がそうである。

サービスの機能の面において、2011年2月現在、香港ではEHCCSチームが24チ

ーム、IHCS チームが60チーム、DEが59チームあり、サービスの利用者総数はEHCCSが3,268人、IHCS(FC)が1,056人、DEが3,142人である。

### 具体的なサービス範囲

EHCCSは、助けを必要とする高齢者(65才以上および立証された60～64才の高齢者)が家庭やそれに類する環境で時間を過ごせるようにし、介護人をサポートする目的の下で介護や介護用具を提供する統合形態のサービスを提供する。

高齢者のための標準化された介護要求評価メカニズムサービス(Standardized Care Need Assessment Mechanism for Elderly Services(SCNAMES))では、中度以上の障害があると判断された高齢者に療養管理、基本および特別介護サービス、個人看病、リハビリ、デイサービス介護者支援サービス、デイ休息サービス、24時間救急サービス、環境リスク評価および家庭環境の変更、家事および配食サービス、送迎およびエスコートサービスなどの他、必要なニーズにより家庭や地域社会の支援サービスが提供される。

IHCSは、教育された人材と共に地域社会のサービス単位ネットワークを通じて地域社会に暮らす高齢者にさまざまな地域社会支援サービスを提供する。IHCSチームは、介護とサポートをターゲットにしたサービス利用者に提供し利用者が地域社会にずっと暮らしていけるように手助けする。SCNAMESが中度以上の障害を持っており包括的サービスが必要だと判断した60才以上の高齢者には、“助けを必要とする高齢者”(IHCS(FC))のカテゴリーとしてIHCSが提供される。IHCS(FC)の範囲は、EHCCSとおおよそ同じである。

DEは、中重度以上の障害のある60才以上の助けを必要とする高齢者と認知症の高齢者が最適な機能を維持して自らの潜在力を開発し、生活の質を改善してできるだけ自宅で生活できるよう、日中はセンターに基づく介護と支援サービスを提供する。DEサービスリストには、個人介護や看護、リハビリ、保健教育、介護者支援サービス、紹介(referral) サービス、食事、社会およびレクリエーション活動、センター往復送迎サービスなどがある。また、介護者が自らの義務を続けていけるような支援を行っている。



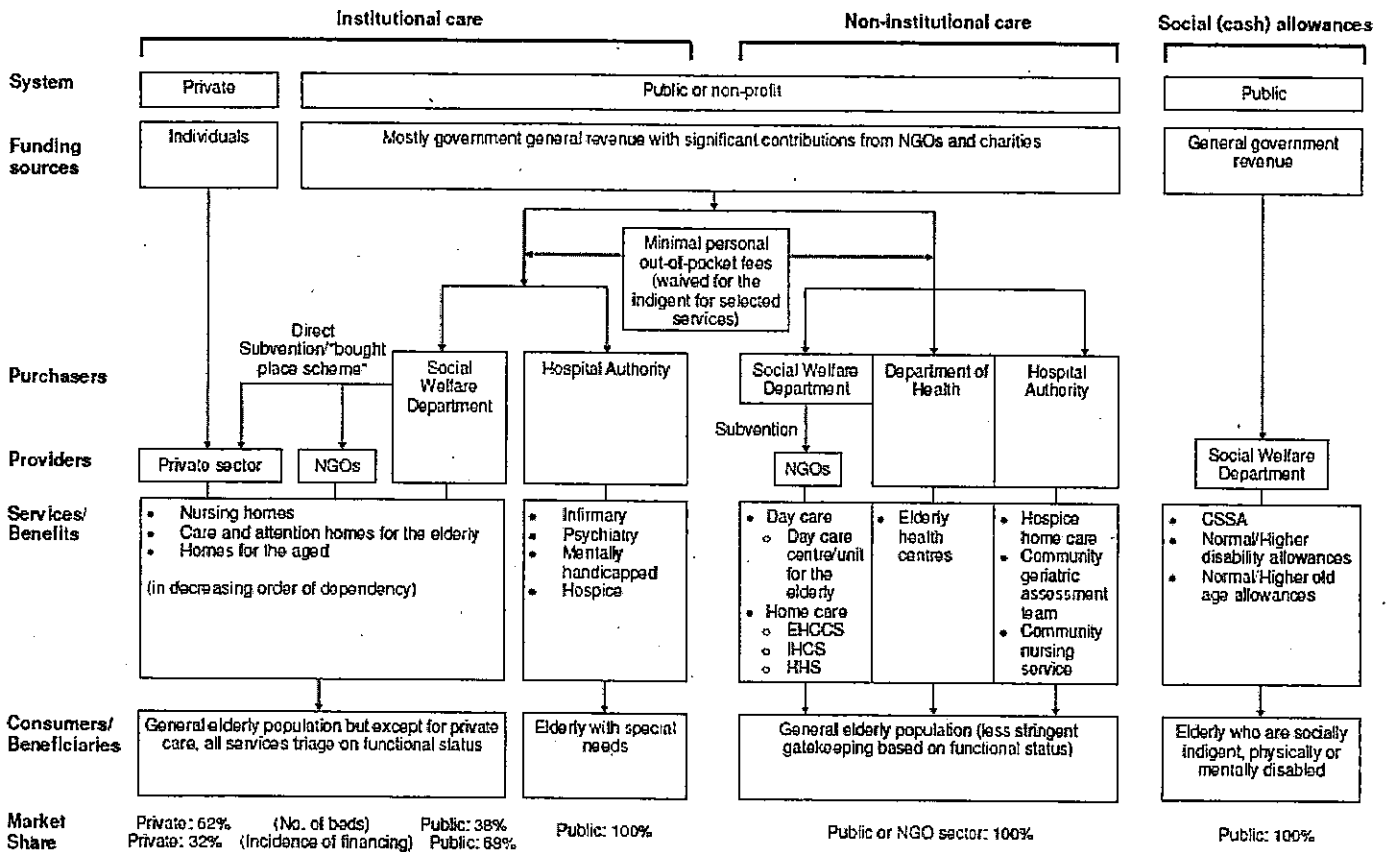
## 原則

高齢者LTC政策は、3つの原則からサポートされている。

- (a) “**住み慣れた街で年を重ねるを中心に、施設介護をサポート**”を奨励 – 親しんだ空間で年齢を重ねることが、高齢者の共通した願いであるということは否定できない。反面、一部の助けを必要とする高齢者は、健康や家族のため施設介護が必要となる。そのような理由で、HKSARGは“住み慣れた街で年を重ねる (ageing in place)を中心に、施設介護(institutional care)をサポート”という原則を奨励している。
- (b) **補助金が支給される施設介護(residential care) サービスで介護の連続性を増進** – 継続して介護を行う介護施設は、高齢者の健康が悪化した場合でも同じ介護施設においてくれる。社会福祉部(Social Welfare Department)は、2005年 6月、補助を受けながらもLTCエレメントのない75家庭の介護施設を継続ケア(Continuum of Care(COC))の受けられる施設として段階的に変えていくプログラムを実施した。2013-2014施政演説において、COCの受けられる7,000の介護施設に支援金を増やし、同様の介護施設7,850をグレードアップして高齢者に選りすぐりのサービスをさらに提供していけるよう1億6400万ドルの追加基金が割り与えられた。
- (c) **最も生活難の高齢者に援助提供** – 人口の高齢化と制限された公共資源を考えると、補助金を受けている老人介護サービスは、最も生活難である高齢者が優先的に利用されるべきである。このことから、政府は政府補助で運営されているLTCサービスへの申込者の介護要素を評価し資格を審査するために、2000年にSCNAMESを導入した。2012年 12月までに全224,557件の評価が完了し、そのうち196,861件、87.7%がLTCが必要であることが確認された。(LEGCO、2010)

## 香港の長期介護の構造的状態

香港では、高齢人口の散発的需要問題が歴史的に出てくるたびにこの問題への対処サービスが必要となってくる反面、LTCサービスが備わっていないという話が常に聞かれる。香港の長期介護の構造的状態が、現在認められている。(Chung et al, 2009)



NGOs = non-governmental organisations; EHCCS = enhanced home and community care services; IHCS = integrated home care services; HHS = home help services; CSSA = comprehensive social security assistance scheme

Institutional care 施設介護

Non-institutional care 非施設介護

Social(cash) allowance 社会保障支援

System システム private 民間

Public or non-profit 公営または非営利 public 公営

Funding source 資金源 individual 個人

Mostly government general revenue with significant contribution from NGOs and charities

NGO もしくは慈善団体からの大きな寄付による政府一般歳入

General government revenue 政府一般歳入

Minimal personal out-of-pocket fees (waived for the indigent for selected services)

個人の最小自己負担(選りすぐりのサービスに対する貧困層の免除)

Direct subvention/bought place scheme 直接補助金 / 市営介護施設

Purchasers 購入者

Private sector 民間部門

Social welfare department 社会福祉部

Hospital Authority 医療管理局

Subvention 補助金  
Department of Health 保健部  
Provider 提供者  
Service/benefits サービス/特典  
Nursing home 介護施設  
Care and attention home for the elderly 高齢者のための介護施設  
Homes for the aged 高齢者のための施設  
In decreasing order of dependency: 依存度の多い順  
Infirmary 附属診療所  
Psychiatry 精神科  
Mentally handicapped 知的障害  
Hospice ホスピス  
day care centre/unit for the elderly 高齢者のためのデイケアセンター /部署  
home care 在宅介護  
elderly health center 老人保健センター  
Hospice home care ホスピスホームケア  
Community geriatric assessment team 地域社会高齢者評価チーム  
Community nursing service 地域社会介護サービス  
Normal/higher disability allowances 一般障害/高度障害支援  
Normal/higher old age allowances 非高齢者/高齢者支援  
Consumer/beneficiaries 消費者/ 受益者  
General elderly population but except for private care, all services triage on functional status  
民間介護を除く一般高齢人口。機能状態により全サービスを選択し提供  
elderly with special needs 特別要求のある高齢者  
General elderly population (less stringent gatekeeping based on functional status)  
一般高齢人口(機能的状態に基づく厳しくない選別過程)  
Elderly who are socially indigent, physically or mentally disabled  
社会的に貧困または身体/知的障害を持つ高齢者  
Market share 市場占有率  
Private 民間、Public 公営  
NGOs =非営利団体、EHCCS=強化された家庭および地域ケアサービス、IHCS =統合ホームケアサービス  
HHS= ホームヘルプサービス、CSSA=包括的社会安全保障制度

---

長期介護の必要性における3つの問題は、至急解決すべきである。

まず、規模や政府支出の面でRCSとCCSとのアンバランスが存在する。政府補助を受けるRCSは約25,000ヶ所も存在するが、CCSは7,100ヶ所にとどまる。予算も2011-2012の会計年度予算報告書において、それぞれ25億4900万香港ドルと3億81万香港ドルという格差が見える。現在、施設の入所率(65才以上の高齢者のうち、約7%)と施設の非入所率(65才以上の高齢者のうち、まずか0.5%)には、大きな差が現れている。次に、公共LTCサービスと民間LTCサービスのアンバランスが大きい。香港のLTCサービスは、主にHKSARGが提供する税金により運営されている形態である。それだけでなく、資力調査(means test)以外ではHKSARGが最も必要な高齢者への補助金で、運営されているサービスを個人にあわせて提供できる効果的メカニズムが存在しない。共同負担(co-payment)と手頃さ(affordability)の原則をさらに論議する必要があり、それぞれ違う分野で高齢者のさまざまな要求を解決できる取り決めを導出する必要がある。最後に、人材資源や全体の開発計画&サービス企画標準を参考にできる包括的LTC計画メカニズムの欠落をあげることができる。LTC政策およびサービスにおいて、主な構成要素となるCCSを全体論から見つめてみる必要がある。このためには、医療サービスや住宅、経済的安定性、さらには介護者支援のような全関連政策を再検討する必要がある。そうなれば、高齢者の介護責任分担を再調整する可能性も排除することはできない。

Reference:

- C&SD, HKSAR. (2009). Socio-demographic Profile, Health Status and Self-care Capability of Older Persons. Thematic Household Survey Report No. 40.
- Chui, E.W.T. et al. (2009) Elderly Commission's Study on Residential Care Services for the Elderly Final Report. Hong Kong: Elderly Commission.
- C&SD, HKSAR. (2011). *Population by Age Group and Sex. Hong Kong Statistics.*
- Chui, E.W.T. et al. (2009) Elderly Commission's Study on Community Care Services for the Elderly Final Report. Hong Kong: Elderly Commission.
- Roger Y Chung et al. (2009), Long-term care cost drivers and expenditure projection to 2036 in Hong Kong. *BMC Health Services Research* 2009, 9:172.

## 【テーマ発表】

### テーマ2：ケアマネジメント

「韓国の高齢者介護サービスのケース管理  
およびサービスの質」

鮮于恵・韓国保健社会研究院 研究員

「日本における高齢者ケアマネジメントの実際」

柿本貴之・暘谷福祉会 常務理事

「台湾療養管理の実務活動」

游麗裡・財団法人老五基金会 執行長

「地域社会のケア：支援ネットワークを通じた

虚弱高齢者の健康増進」

Rita Wong・社会福祉士、高齢者のための救世軍

ソーシャルワーカー

# 韓国の高齢者介護サービスのケース管理およびサービスの質

The establishment of case management program for the good quality of care  
in Korea's long-term care insurance system for the elderly

ソヌドク

Duk SUNWOO

韓国保健社会研究院研究委員

Research Fellow, Korea Institute for Health and Social Affairs

## I. 序論

韓国の老人長期療養サービス（以下「介護サービス」と称する）は2008年7月から社会保険制度である老人長期療養保険（以下「高齢者介護保険」と称する）で提供され始めた。その制度を導入する前は低所得層に国家予算で介護サービスを提供しており、中間層は療養病院などの医療期間に入院したり介護人を雇用して家庭でケアを受ける状態だった。

このような状態で人口社会的な環境が変化することでこれ以上持続する事が困難になり、介護保険制度を導入せざるを得なくなった。すなわち少子化と核家族化の深化により家庭でのケアが難しくなり、医療期間に入院せざるを得なくなったが、これが医療機関間の役割とアイデンティティーが曖昧になり、入院医療費用の支出が健康保険財政を圧迫する水準になった。また、個人的な介護人によるケアも中間層が気軽に利用できる方法ではなかったが、これはサービス職種の人件費が上昇するにつれて個人や家族が負担できるケア費用を越えたためとみられた。

たとえ韓国が欧州諸国や日本に比べて人口の高齢化率が低いのは事実だが、長期介護 (long term care) と関連した社会的費用支出の増加速度や国民の要求 (needs) はすでに欧米のレベルに近づいていたのである。このような時代的背景をもとに先進国型の介護保険制度を構想し、施行するようになった見ることができる。これを契機に政府の予算によって提供される最少レベルのサービスだけを受ける方式から抜け出し、利用者が自律的で最少以上のサービスを選択して利用できるようになった。

これに関連して現在、韓国と同一の社会保険方式で介護サービスを提供しているドイツと日本をはじめとするヨーロッパ諸国の介護政策は利用者中心 (consumer's oriented, or user's centered) と良質のケア (good quality of care) システムを構築するところに集中している (Colombo, 2011; OECD, 2012)。このような国々の政策の方向を見ると、利用者に良質のサービスが提供されるように支援するシステムを構築すること

が必要なことが分かる。そのような支援システムが必要な理由は利用者の大部分が高齢者でありながら身体的または認知的機能の障害者であり、サービスの利用に対する判断力に欠けたり、脆弱であるからである。

本稿では良質のケアを受けるためには良質のケアに対する情報が提供されなければならない、そういった情報が利用者に適切に作成され活用されるようにするためにサービスの提供者 (supplier) と利用者 (consumer) 間の仲介の役割をしながら、これをサポートできるシステムがケース管理 (case management) システムとみて、これを構築するために必要な政策法案を講じ、提示してみることにした。

## II. 韓国の介護保障制度の構造的特性

韓国の介護保障制度は3種類で構成されているが、これは高齢者介護保険制度・障害者活動支援制度および高齢者ケアサービス制度である。

第一に、各制度の性格を加入者の側面で要約してみると、高齢者介護保険制度は65歳未満の法定障害者を除いた全国民を給付対象者に策定しており<sup>1)</sup>、障害者活動支援制度は高齢者介護保険制度の対象にならない法定障害者に障害者(入所)生活施設以外の地域社会活動に必要なサービスを支援している。そして高齢者ケアサービス制度は高齢者介護保険制度から保険給付の対象者にならない軽度の要介護者にサービスを提供しているが、政府予算の制約により低所得層に集中している。このように現行の介護サービスは加入者の特性と療養が必要な程度に応じてほかの制度から提供されているという。ここで3つの制度の介護サービスを統合的に案内して利用を支援するシステムは備わっていないため、利用者が自分で判断せざるを得ない実情である。

第二に、同一の介護サービスであっても、各制度を管理している主体がそれぞれ国民健康保険公団(高齢者介護保険制度)、国民年金公団(障害者活動支援制度)、地方公共団体(高齢者ケアサービス制度)とお互いに異なり、相互の業務連携もなされていない実情である。このように管理運営主体がそれぞれ異なるのは、それなりの背景が存在している。すなわち、高齢者介護保険制度の給付対象者のほとんどが認知症や中風など老人性疾患を患っているため、常に慢性的に医療ケアのニーズがあり、高齢者介護保険制度が健康保険制度と緊密な関係を維持しなければならないという点が作用した。そして障害者活動支援制度は国民年金制度の給付の種類に障害年金があり、障害年金の受給対象者を判定してきたため、他の公共機関に比べてノウハウの面で優位にあるという点が作用した。高齢者ケアサービス制度は介護サービスが高齢者福祉法により、地方公共団体が提供してきた上、軽度の要介護者は高齢者介護制度の給付対象者から除外されるため、地方公共団体がこれ

<sup>1)</sup>但し、65歳未満の法定障害者であっても、認知症や中風などの老人性疾患を持つ場合は、高齢者介護保険給付を受けられる。

らを継続的に支援する必要があるという点が作用したと見ることができる。結果的に同じ介護サービスであってもケアの必要の程度に応じてサービスの提供（provider）主体が異なるという点は利用者である国民としては不便でしかない。そのため、介護サービスに限っては最小限調整の役割をする仲介者が必要にならざるを得ないだろう。

第三に、介護サービスを直接的に提供する施設と人材の側面で3つの制度の間で差がある。高齢者介護保険制度と高齢者ケアサービス制度では、ケア専門人材として養成された介護ヘルパーを活用しているが、障害者活動支援制度では介護ヘルパーの資格を所持しているかどうかに関係なく、ケアを提供できるようにしている。但し、同じ介護ヘルパーであっても重度の要介護者をケアしなければならない場合と軽症の要介護者をケアしなければならない場合、互いの業務の強度が異なるという点があり、ケアを提供する機関も両制度間でかなりの差が現れている。このように介護の必要の度合いに応じてケアの人材の専門性やサービス提供機関の専門性が異なる点を消費者は知ることが難しく、現在のシステムではサービスの利用による試行錯誤によってしか知ることができない実情だ。

全般的に各制度が本来の役割を発揮するようにして、利用者が自分の身体および認知的機能の変化によって発生する介護のニーズを適切に解決できるように導くためには、これを調整・連携できるシステムが必要であることは当然である。

### Ⅲ. 韓国の高齢者介護保険制度でのケース管理（care management）方式：現況と問題点

#### 1. 現行の介護サービスの利用状況と問題点

韓国の高齢者介護保険制度では、保険サービスが施設サービスと居宅サービスに区分されているが、施設サービスは入所定員の規模をもとに長期入所生活施設である高齢者介護施設と高齢者介護共同生活家庭で提供するサービスを基準にしており、居宅サービスはケア人材の訪問を通して提供される介護（身体介護および家事支援）、入浴および看護サービス、デイケア・ナイトケアサービス、短期ケアサービス、そして福祉用具貸与購入支援サービスを基準としている。このような保険サービスの種類をみると高齢者介護施設入所者は居宅サービスに該当する各種サービスを施設内で統合的に受けることができるが、居宅居住者は多様な居宅サービスを特定のサービス事業者から統合的に提供されるよりは、自分の意思なり他人の意思なり、希望するサービスを選択して連携的に提供を受けることになっている。

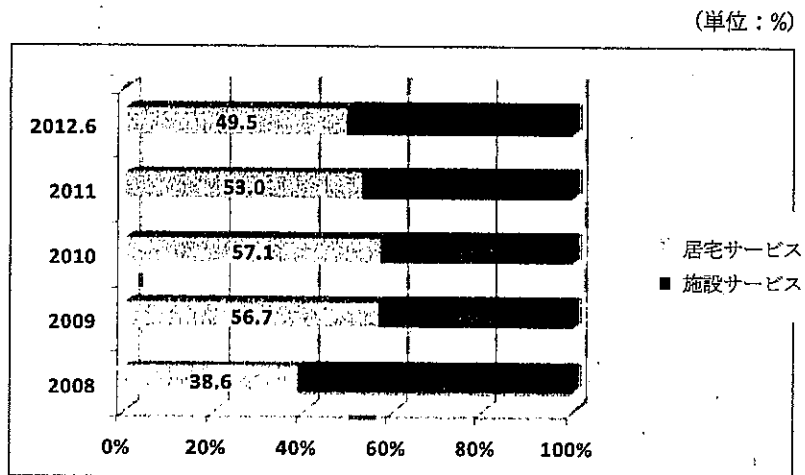
これまで高齢者介護保険制度が導入された以後、施設サービスと居宅サービス間の支出の割合の推移を見ると、居宅サービスの割合が2008年度には38.6%を占めていたが、2010



年まで徐々に拡大され、約60%に及ぶ水準まで達した。しかし、その後から最近までの統計をみると、居宅サービスの割合が徐々に縮小し、2012年6月末の統計では、施設サービスの割合よりも小さくなった。一般的に在宅でケアすることが難しい重症であればあるほど施設入所が増えるはずだが、最近の介護認定者の推移をみると、制度初期の2008年度末には1等級（最重度）の割合が26.8%であったのが、2012年6月末には11.8%と、半分以下に縮小された反面、3等級の割合がそれぞれ46.0%から66.5%と大幅に拡大された。これは重度よりも相対的に軽度該当者の割合が高くなっていることを現わしているものであり、韓国の施設サービスの割合の増加現象はすこし特異だといえる。

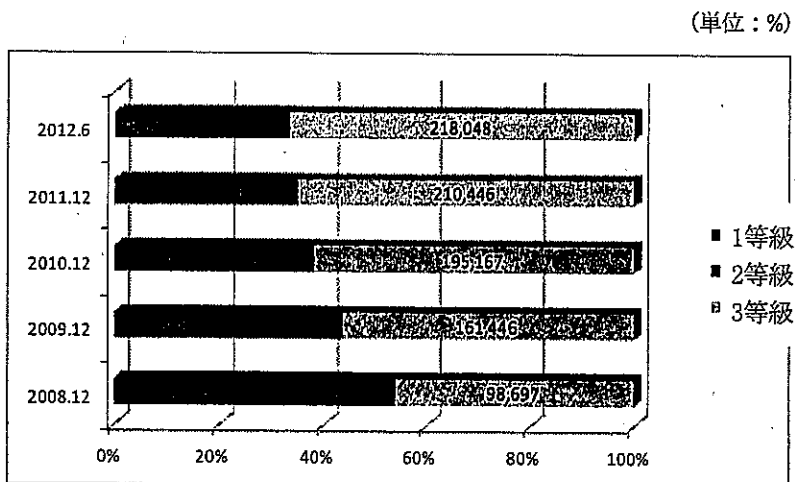
(\*韓国は介護評価が1~3等級で区分されており、1等級が最重度である。)

[図1] 保険サービスの割合の推移



資料：国民健康保険公団

[図2] 介護認定者数の推移



資料：国民健康保険公団

このような介護認定者の割合の推移で類推してみると、低い認定者の割合が高くなるということは、身体介護 (self-care, or personal care) より家事支援サービス (domestic services) ニーズが高い対象者が増えていることを意味する。特に、韓国制度の内容をみると、3等級の場合は認知症のような特別なケースを除いては施設入所が不可能になっているが、それにもかかわらず施設入所の割合が高くなっているということは、施設退所による在宅でのケアが負担になるためか、在宅で適切なサービス利用の支援を受けられないためと考えることができる。

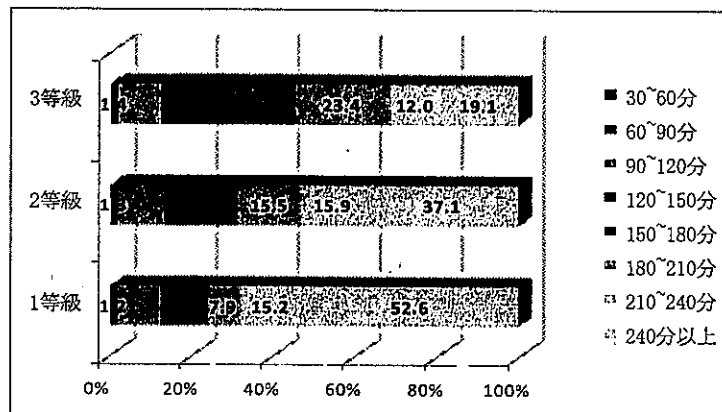
一方、保険サービスの支給形態をみると、大まかにサービスの利用支援がどのように行われているかを判断できるだろう。まず、施設サービスは前述したように高齢者療養施設サービスと高齢者療養共同生活家庭サービスに区分されるが、利用者の立場では両サービス間のサービス内容の違いを知ることができない実情である。法的には施設の設置および職員配置基準で少なからぬ違いを示している。すなわち、寝室 (room) の面積は施設の規模と関係なく同じく適用しているが、職員配置基準は施設規模に応じて異なって適用しているため、ケアと関連した提供プランを適切に立てていない施設が発生しているとみている。例えば、韓国の10人以上規模の高齢者介護施設ではケア提供プランを立てるために専門といえる社会福祉士が最少1人は配置されねばならないが、9人以下の規模の高齢者共同生活家庭では社会福祉士の配置が義務化されていなく、ケア専門人材 (介護ヘルパー) の配置水準も少ない現状である。たとえ社会福祉士が配置されていたとしても、30~99人規模の施設では1人配置されても構わないとされている。このような状況では1人の社会福祉士が99人に対するケアプランを立てなければならないということになり、良質のケアプランを立てることが不可能と見られる。結局、中間規模以上の施設の場合、小規模施設に比べて相対的な人材配置が脆弱になる可能性があるため、むしろケアの質的水準が低下する可能性も排除しがたい。しかし利用者はそういった施設間の構造的な違いを知っている場合はごくまれで、現在ではサービスの質的水準よりも費用水準がサービスを利用するのにより大きく作用している。

そして、居宅サービスには訪問サービス・通院サービス・短期体制サービス・福祉用具貸与など、多様なサービスが含まれているが、利用者が適切に選択して利用すればよい。ところでどんなサービスをどの程度利用するのが適切なのかに対する決定は、全面的に利用者またはその家族の判断に委ねられている実情である。最近の政府の資料によると、訪問介護サービスに大きく偏っており、訪問看護やデイケア・ナイトケアサービスは非常に不十分なものと示されている<sup>2)</sup>。また、訪問介護サービスを利用する形態を見ると、1回の訪問に3時間以上サービスを利用する割合が要介護のレベルに応じて差があるものの、半分以上を占め

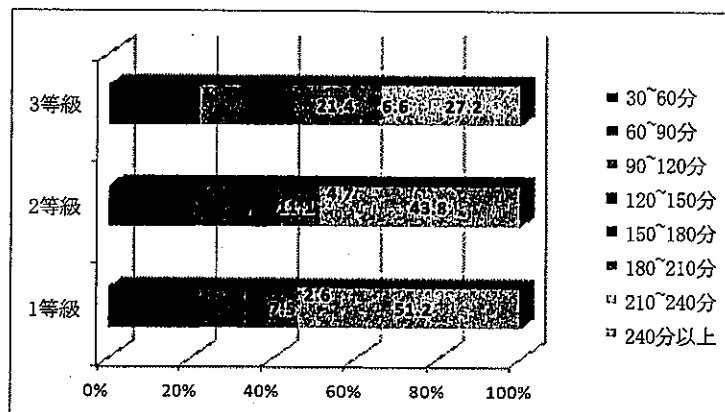
2) 例えば、2011年度の居宅サービス支出の約70%を訪問介護サービスが占め、訪問看護は2%、デイケア・ナイトケアは6%程度を占めていることが分かる。(保険福祉部資料)。

ると分析されている。さらには1等級の場合には半分以上が一日4時間以上サービスを利用することが示されている。このような現象は居住地域に各種類別の在宅サービスを提供する施設が適正に設置されていないため、特定の施設に限定してサービスを利用するしかなかったり、または訪問介護サービスが対一の個人的サービスであるため、利用者が自分の機能状態などを考慮せずに選ぶためであると見ることができる。このような点を考慮するとき、居宅サービス分野では適切なケアプランを立てる支援が必要だとする。

[図3] 訪問介護サービスの利用時間の分布  
(2008.12月)



(2011.12月)



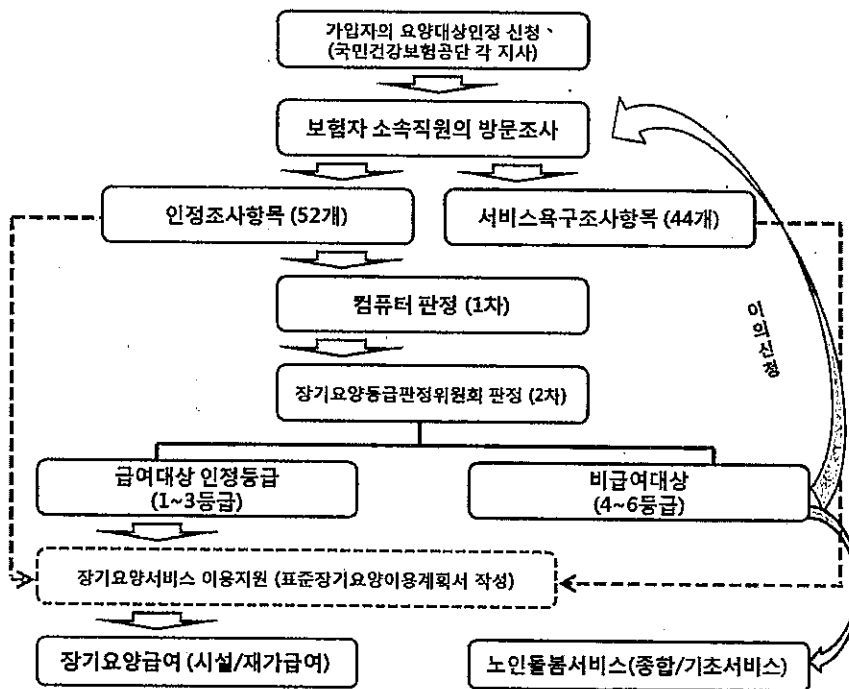
## 2. 現行介護サービス対象者のサービスの手順と問題点

現行システムで介護サービスを受けるためには、介護対象者に選定されなければならない。そのため、介護の必要度が低く対象者に選定されなかった認定外者達は介護保険制度により、なんの支

援も提供されていない。但し、本人の意向に従って前述したことがある高齢者ケアサービスを地方公共団体からサービスを申請して利用することはできるが、ケアプランに対する支援は提供していない実情である。特に彼らはいつかは介護対象者になるため、介護保険サービスの待機受給者と見ることができ、保険財政の安定のためには適切な管理が必要な対象である。すなわち大きな範囲で見ると介護対象者への編入時期に差があるだけで、介護サービスが必要な人といえるので、管理されなければならないということである。

一方、韓国の介護対象者は機能状態およびサービス必要水準に応じて3つのレベルに区分しているが、同じレベル内でも機能状態およびサービス必要水準に差が出ている。その中でも相対的に低い機能状態の障害度を表す3等級では個人個人によってニーズ水準の差が大きく現れている実情である。さらに2012年下半年期からはに3等級で評価される基準を緩和することにより、個人個人のニーズ (needs)の偏差がさらにひどくなったのである。このような状況には個人個人が必要とするサービスの内容も異ならざるを得ないが、現在は適切にケアプランを立てて支援できていない実情である。

【図4】 介護給付対象者の選定およびサービスの手順



가입자의 요양대상인정 신청  
(국민건강보험공단 각 지사)  
보험자 소속직원의 방문조사  
인정조사항목 (52개)  
서비스요구조사항목 (44개)

加入者の療養対象認定の申請  
国民健康保険公団の各支社  
保険者所属職員の訪問調査  
認定調査項目 (52個)  
サービスのニーズ調査項目 (44個)

컴퓨터 판정(1차)	コンピューター判定 (1次)
장기요양등급판정위원회 판정(2차)	要介護度判定委員会の判定 (2次)
급여대상 인정등급(1~3등급)	給付対象認定等級 (1~3等級)
비급여대상(4~6등급)	非給付対象 (4~6等級)
장기요양서비스 이용지원(표준장기요양이용계획 작성)	介護サービスの利用支援 (標準ケアプランの作成)
장기요양급여(시설/재가급여)	介護サービス (施設サービス/居宅サービス)
노인돌봄서비스(종합/기초서비스)	高齢者ケアサービス (総合/基礎サービス)
이의신청	異議の申請

#### IV.介護サービスの質の管理のためのケース管理システムの構築法案

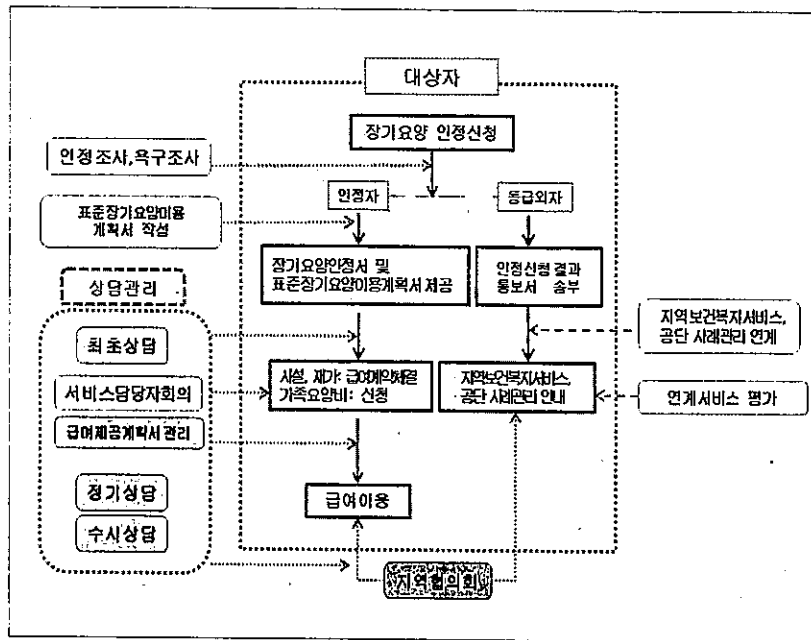
##### 1. 現行介護サービスの利用支援システムと問題点

現在の高齢者介護保険制度で行われているサービスの利用支援手順を図で説明すると以下の通りである。つまり介護認定を申請した者の中から受給対象者と認められた者にケアプランを作成して提供することから始めている。この時、ケアプランを作成するためにはサービスニーズ(needs)を査定(assessment)し、プランを立てているが、査定項目は介護認定するかどうかを判断するために実施される認定調査項目とケアプランを作成するとき使用される、ニーズ調査項目<sup>3)</sup>で構成されている。このようなケアプランには介護サービスの種類と量、受給者に必要なサービスの具体的な内容などが含まれており、これを考慮して月のサービス限度額の範囲内で情報を提供している。

ここで標準ケアプランを作成して、利用者に提供する者は保険者(国民健康保険公団)に所属する職員であり、これらは認定調査をするだけにとどまらずサービスの利用支援に対する相談・適正サービスに対する支援・標準ケアプランの作成・サービスの相談支援・非認定者に対する地域社会サービスの連携支援などを行っている。ここで注目すべきことはサービス利用支援対象の範囲が介護認定者だけでなく、非認定者も含まれており、非認定者は保険給付対象者ではないにもかかわらず保険者が部分的ながら管理しているということだ。

3)ニーズ調査項目は、全37個に構成されており、認定調査項目を含めると全体102個の項目である。

[圖5] 介護サービスの利用支援の手順



대상자	대상자	장기요양 인정신청	介護認定の申請
인정자	認定者	등급외자	認定外者
장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 제공		장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 제공	介護認定書および標準ケアプランの提供
인정신청 결과 통보서 송부		인정신청 결과 통보서 송부	認定申請の結果通報書の送付
시설 재가: 급여계약체결		시설 재가: 급여계약체결	施設 居宅: サービスの契約締結
가족요양비: 신청		가족요양비: 신청	家族介護費: 申請
지역보건복지서비스		지역보건복지서비스	地域保健福祉サービス
공단사례관리안내		공단사례관리안내	公団ケース管理案内
급여이용		급여이용	サービスの利用
지역협의회		지역협의회	地域協議会
인정조사, 욕구조사		인정조사, 욕구조사	認定調査、ニーズ調査
표준장기요양이용 계획서 작성		표준장기요양이용 계획서 작성	標準ケアプランの作成
상담관리		상담관리	相談管理
최초상담	최초의相談	서비스담당자회의	サービス担当者会議
급여제공계획서관리	給付提供プランの管理		
장기상담	長期相談	수시상담	随時相談
지역보건복지서비스, 공단 사례관리 연계	地域保健福祉サービス、公団ケース管理の連携		
연계서비스 평가	連携サービスの評価		

이러한 서비스의 이용 지원과 관련하여 제기될 수 있는 주요 문제점으로서 다음의ように指適している (한·웅진 2012)。

第一に、標準 케어 플랜 (care plan sheet) 을 작성하는 직원의 업무가 全般的に重すぎる点だ。これは 플랜 작성자가 保険者に所属する職員であるため、固有의 업무に該当する認

定調査業務・相談業務以外にも保険者の各種の一般業務も行わなければならないのである。ある調査研究によると（ハン・ウンジョン他、2012）、利用支援プランの作成業務を担当する職員は、現業務に対する満足度が低いか、利用の実効性が低いと答えている。第二にサービス受給者のニーズに一致するケアプランを立てている程度の資料が不十分である点だ。現在のように100余りの項目に基づいてケアプランを立てているが、利用プランのフォームに制約があるため、多くの情報を含むのが難しい実情である。このような点は利用者のサービスニーズが適切に把握できないようになり、利用者にとつぽをむかれる結果を生んでいる。第三に利用者や家族の立場で見るときに、ほとんどの利用者はケアプランがもっている機能を十分に理解しておらず、それさえも標準ケアプランを実際に活用するというよりも、一つの参考資料としてのみ認識している点である。その理由は強制的な履行義務がなく、実際にサービスを購入・利用するにはあまり役に立たないためだと調査された。（ハン・ウンジョン他、2012）

全般的に見ると、現在介護サービス支援システムで問題になっている根本的な原因に対して整理すると次のとおりである。

まず、ケアプラン（care planning）を立てる上で考慮しなければならないニーズ査定（needs assessment）項目が非常に不足しているところにある。韓国では介護対象者としての認定可否を評価するために申請者の家庭を訪問して調査することになっているが、1回の訪問時にすべての事項を把握しなければならないため、調査項目数に制約がある。すなわち認定調査とサービスニーズ調査を一度に実行することが難しいため、サービスニーズ調査は簡略に実施するラインで終わるため、対象者のニーズを適切に把握できないということだ。

第二にケアプラン（care planning）を立てる者の専門性が欠如しているところにある。保険者に所属する職員が介護サービス利用支援という形式の下、ケアプラン（care planning）を立てているが、これらの職員は社会福祉士または看護師資格を所持してはいるが、介護サービスの現場の分野で従事した経験が少なく、ケアプラン（care planning）の作成と関連した専門的な教育を受けた経験もほとんど無い実情である。一方では介護サービス機関内にもケアプラン（care planning）を立てる専門家が不在だということだ。高齢者介護施設（nursing home）にはケアプラン（care planning）を立てた経験がある社会福祉士が従事してはいるが、小規模施設では社会福祉士さえも配置されていない。さらにデイケア・ナイトケア施設や短期ケア施設を除いた訪問サービスを提供する事業所にも同様に社会福祉士が配置されていない実情である。そのため、訪問介護（home-help service）、訪問入浴（home-visiting bathing service）、訪問看護（home-visiting nurse service）事業所間の連携がなされていなく、一つの事業所が多様な居宅サービスを複合的に扱うばあいにもみ多少サービス連携がなされているということだ。

第三にケアプラン（care planning）を立てるのに必要な介護機関に対する具体的な情報が不足なところにある。ケアプランは利用者のニーズとサービス提供機関間の連結（matching）を前提において作成される必要があるが、現在介護機関は入所生活施設が約4千ヶ所、居宅サービス事業所が約2万ヶ所にもなるため、総量的には需要に比べて過剰に設置されているという指摘もあるが、地域的に見ると設置の不均衡に設置されている。このような場合、利用者はサービスのアクセシビリティが低くならざるを得なくなり、適切なサービスの購入が行われな可能性もある。

結果的に見ると、これは適切になされたケアマネジメント（care management）システムを別途に導入していないために発生するものと考えられる。韓国は過去の普遍的な公的介護サービスを提供したことがないために介護サービスに対する実務経験をした専門家が不足している状態で、普遍的な高齢者介護保険制度を導入した。そのため、制度初期から実務経験と専門性を必要とするケアマネージャー（care planner）を養成することが難しく、サービスの標準化も適切に形成されていない状態でケアマネジメントシステムの導入は無理であったと判断される。

## 2. 現行介護サービスの質の管理と利用支援間の関係

ケアプラン（care planning）を立て、支援する目的は介護対象者が介護認定の申請を容易にできるように案内し、受給者が心身機能の状態とニーズに応じて、不利益や不便なく適正かつ円滑に介護サービスを利用できるように案内・調整および支援をし、地域社会資源を活用して効率的で費用対効果なサービスが提供されるように支援するところに目的をおいている（ハン・ウンジョン他、2012）。この時、利用支援者は良質のサービスが提供できるようにすることを前提とする。その理由は利用者にとって良質のサービスを通じてサービスの満足度を向上させることができ、効率的なだけでなく、費用対効果のサービスを受けられるようにすることにより、財政の安定にも役立つ可能性があるからだ。

そのため、韓国では2年に一度ずつ介護サービス機関を対象にサービス評価を実施しているが、入所生活施設に対しては2010年につづき2012年度に2次評価が実施された。今まで実施された施設評価で現れた問題点としては、第一に、2年ごとに評価が行われており、それも一回で済むというものだ。すなわち、評価が行われる時点でだけサービス提供に神経を使えば、次の評価が行われる前まで約2年間は評価が無いということだ。このような方法では良質のサービスが継続しにくいということだ。第二に、評価の方法が書面による評価に依存しており、サービス提供に伴う書類準備のみ適切に準備できれば、ほぼ良好な評価を受けることができるのだ。これにより、施設ではサービス提供よりも書類作成に多くの時間を割くしかないのである。第三に施設評価以後の結果に対する公開が制限的であ



り、結果が継続されるようにするための事後管理が適切に行われていないということである。現在では評価結果をレベルで区分し（grading）提示するだけで、評価内容に対する詳細の情報は公開できていない実情である。また、不十分な評価結果を受けた施設に対する指導監督も適切に行われておらず、サービス利用者は提供機関を変更しない限り、適切でないサービスを継続的に受けざるを得ない実情である。

このような施設評価方式では良質のサービスを提供する施設を適切に把握・選択しづらく、利用者に適切にサービス利用を支援しにくいといえる。もし良好な施設を利用するようにしたり、サービスを組み合わせて支援してくれるという時、サービスの評価結果が良好な施設が不足か不在な場合には効果的な利用支援が不可能である。

### 3. 現行の介護サービスの質の管理のためのケース管理システムの構築の方向

もともとケースマネジメント（case management、ケース管理）はケース別に個人個人のための適切で連続的なケアを保障するために、既存の資源を調整するのに必要な一種のサービス機能として定義している（Evashwick、1996）。これらの概念の定義の要点は資源の連携調整というもので、このためには連携調整が必要な対象者（需要者）とサービスを提供できる施設資源（提供者）が必要で、対象者と施設資源を中間で連携調整できる代理人（調整者）が必要である。

基本的に利用者（需要者）は良質のサービスを購入して利用することを望むだろうし、提供者は良質のサービスを提供するように努力することにより、継続的な入所者の確保で施設を安定的に運営することができるだろう。しかし、利用者はほとんどが特性上サービスの購入判断力が欠けていたり、脆弱な状態にあるため、良質のサービスを適切に把握して購入できない可能性が高い。提供者も自主的に自分の施設で提供するサービスを一般大衆に宣伝して提示することに限界があるため、大規模施設を除いては入所者の確保問題で常に施設運営上で困難な可能性が高い。

従って利用者や提供者の便宜のためのサービスプランおよび支援システムを構築する必要がある。これを整理して法案を提示すると次のとおりである。

第一に、ケース管理の対象は介護対象者の認定を申請したすべての者としなければならない。現在では高齢者介護制度と障害者活動支援制度に二元化されているため、高齢者介護に限定してみると、介護ニーズの大きさに応じて適用される制度が介護保険と高齢者ケアサービスに区分されるだけである。第二にケースマネージャーを養成するシステムを備えなければならない。これらは少なくとも高齢者介護分野で一定期間（約5年）以上従事した経験がある者でなければならない、一定の教育時間を履修した者でなければならない。た

だし、介護福祉士の教育養成システムと別に公信力のある国家や公共機関で教育するものであればこそ、専門性を確保することができるだろう。第三に、ケースマネージャーは介護機関をはじめとする高齢者福祉館・居宅高齢者サービス支援センターなど、各種の高齢者福祉施設に配置するものでなければならないだろう。これらの施設は地域社会内で利用者が接近しやすく、介護サービス以外の地域福祉サービスも扱っているためである。第四に、ケース管理が適切に行われるためには、利用者に対するサービスニーズ調査が正確に行われなければならない。施設に対する評価情報を透明に公開すべきであろう。特に、介護機関に対する情報の公開内容は、単純な認定区分でなく評価内容別に区分して、それぞれレベル化 (grading) したものを公開するべきであるだろう。

結局このようなケース管理システムを構築することは、良質のサービスを提供する上で役立つことができると判断される。その理由は良質のサービスを提供する施設を利用するように誘導することが優先されるからである。

## V. 結論

韓国の介護保険制度は、施行以来今日まで受給対象者の量的な拡大と制度の運営メカニズムの定着に集中してきたといえる。現時点で見ると、受給対象者数は人為的な適用範囲の拡大がなされない限り、自然な増加は微々たるものと現れており、インフラの確保や給付費用の支給審査システムも無理なく作動している。したがって、被保険者の保険料と国家支援金に当てられる公的な保険財政を安定的に維持し、サービス支出の価値性 (money for value) を確保するためには、効果的で効率的な部分に財政を投入しなければならない。そのため、これから介護保険制度が利用者や提供者から信頼される制度に発展するためには、ある種のケース管理システムを構築することが必要であるとする。

## 参考文献

- Duk SUNWOO et al.(2012), Latest Long Term Care Insurance System for the elderly: Current status and Challenges, Elderly Information Center
- Han Eun-jeong et al. (2012), Measures to Improve Support System for Long Term Care Service Use, Health Insurance Policy Research Institute of National Health Insurance Service, Research Report 2012-20.
- Colombo, F. et al. (2011), *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy.
- OECD(2012), *OECD Expert Meeting on Long-Term Care Quality*, 14 Nov. Paris.
- Evashwick, C.J.(1996), *The continuum of long-term care: an integrated systems approach*, Delmar Publishers.

# 「日本における高齢者ケアマネジメントの実際」

## ～介護サービスの現場からの視点～

社会福祉法人 暁谷福社会  
常務理事 柿本 貴之

今から17年後の2030年には、ベビーブーム世代、日本では「団塊の世代」と呼んでいます。この「団塊の世代」が80歳を超える年を迎え、65歳以上の高齢者が人口の3分の1を占める「超高齢社会」が到来します。これからの17年を新しい状況に応じた新たな社会を構築し、高齢者とその家族が安心して暮らせる社会を作れるか、私たちはいま、その重要な転換点に立っていると言えます。そして、皆さまもご存じのように、我が国では2000年に導入した介護保険制度が、「超高齢社会」を支える基本となる制度です。この介護保険制度の中核で重要な役割を果たしているのが、ケアマネジャーであり、そのケアマネジメントの質を高めて行くことが、“成熟した”介護保険制度を導く原動力でもあります。今日は、我が国の介護保険をとりまく現状とともに報告させていただきます。

それでは、現在、我が国で進めている「地域包括ケア」についてご説明申し上げます。お手元の資料では図1、2になります。

➤まず始めに日本における介護保険をとりまく状況とこれまでの経過についてお話しします。

我が国では、65歳以上の高齢者は、2025年には3,658万人となり、2042年には3,878万人とピークを迎えると予測されています。全人口に占める75歳以上の高齢者の割合は増加して行き、2055年には、25%を超える見込みです。

また、65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加し、2010年に280万人でありましたが、2025年には470万人と推計されています。そして、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯は、2010年には1万世帯超であったものが、2025年には1万4千世帯まで増加して行くことが予測されています。地域間格差も問題で、75歳以上の人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加すると予測されています。例えば東京のお隣の埼玉県のように2010年と比べて2025年には、ほぼ2倍になる県もあれば、島根県や山形

県のように約 1.15 倍の増加に留まる県もあります。したがって、高齢者数における地域間格差だけでなく、介護を支える介護・看護人材の地域間格差も大きな問題となって行くでしょう。

これらを背景に今後、高齢者の生活の質 (quality of life) の維持・向上と、高齢者医療・介護費用の適正化の両者を如何に達成するかが重要な政策課題となってきます。少し過去を振り返ると、2006 年 6 月には、平均在院日数の短縮化等による医療費の適正化や社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成および後期高齢者医療制度の創設等を含んだ医療制度改革関連法案が成立し、また、2005 年 6 月には、「自立支援」「尊厳の保持」という制度の基本理念はそのままに、予防重視型システムへの転換や地域密着型サービス・地域包括支援センターの創設等といった新たなサービス体系の確立を通じ制度の持続可能性を高めることを目的とした介護保険法改正案が成立しました。これら両制度の見直しの根底にある基本的方向性は、「地域」という枠組みの中での、医療機関や医療・介護間の「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進とそれに伴う費用の適正化」であり、「施設間及び職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供とそれによる利用者の QOL 向上」です。地域連携パスの構築や退院前ケアカンファレンスの実施に対する報酬設定、在宅療養支援診療所の新設、介護保険へのケアマネジメント手法や専門職間の機能分担と連携の仕組みを備えた多職種協働システムの導入、地域包括支援センターの創設なども、これらの考え・目的を実現するための支援ツールです。

その後、地域という枠組みの中での互いの機能分担の明確化と連携強化をもとに、適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図ってはいるものの、医療・介護関係者にとっては大きな意識改革・業務改革を同時に求められるものであったために、今なお十分に機能しているとは言い難いと思います。

そこで、2012 年の診療・介護報酬同時改定に伴い、介護保険法改正法に基づき地域包括支援センターを中心に、地域の医療介護福祉関連団体が連携し、在宅高齢者に対して 24 時間途切れないサービスを提供する支援体制の構築を推進するために「24 時間定期巡回・随時対応サービス、及び複合型サービスの新設」「介護予防・日常生活支援総合事業の新設」「地域包括支援センターと地域ケア関係者の連携強化」が盛り込まれました。また要支援・要介護認定の非該当者の介護予防を強化する目的で、一次予防事業として、「栄養改善を目的した配食」「定期的な安否確認・緊急対応」「その他介護予防・日常生活支援に資するサービス」を実施することになりました。また、二次予防事業として、「運動機能の向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」のメニューを組み合わせるようになりました。

これらの制度が有機的に機能するためにも、ケアマネジャーだけでなく医療や介護従事者は複雑な介護保険制度全体の理解と協力が今後強く求められます。

➤次に、「地域包括ケア」が目指すところです。

住み慣れた「地域」で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み作りが必要です。そのためケアマネジメントや多職種協働などのツールを活用した形での地域包括ケアシステムの確立が必要であり、それまでのように「施設」か「在宅」か、といった二元論を中心とした各々の世界での最適化を図るのではなく、介護施設、居住系サービス、いわゆる「サービス付高齢者向け住宅」をはじめとする高齢者住宅そして自宅を含んだ、地域における「多様な住まい」に居住する高齢者に対し、療養場所を問わず、必要な医療・介護・生活支援サービスを継続的・包括的に提供するシステムの構築を目指したものが「地域包括ケア」です。

➤さて、その「地域包括ケア」におけるマネジメントの拠点ですが、

地域包括ケアを支える中核機関として、地域包括支援センターが、「総合相談・支援」「虐待防止・早期発見および権利擁護」「包括的・継続的ケアマネジメント支援」「介護予防ケアマネジメント」などの機能を担うために設置されました。特に、包括的・継続的ケアマネジメント支援機能では、医療機関、在宅主治医、ケアマネジャーの連携体制構築を支援することにより、退院前ケアカンファレンスなどを通じた円滑な退院支援が行なわれることが期待されます。

また、高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには、利用者や地域住民、介護サービス提供者、医療関係者だけにとどまらず、各種関係団体、民生委員、NPO法人、インフォーマルサービス関係者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用が必要となります。これらのネットワーク構築も、地域包括支援センターの重要な役割です。

これら期待される役割を、センターの構成員である社会福祉士、保健師等、主任ケアマネジャーがチームアプローチで対応するという形をとっています。

➤次に多職種協働の目標の明確化についてです。

地域医療連携は、主に医療従事者間の連携であり、治療目標の共有化を図りやすい状況にあります。一方、多様なニーズを抱えた高齢者の地域生活を支援する地域包括ケアでは、保健・医療・福祉などによる多職種協働が求められます。しかし、使用用語やその用語に対する理解度、これまでの教育体系などが大きく異なるため、目標の共有化を図ることは容易ではありません。そこで、地域包括ケアでは、高齢者に対するサービスやケアマネジメントが目指す目標に「生活機能の維持・向上」と設定されています。これは、心身機能・身体構造、活動や参加で構成される「生活機能」と、これに影響を及ぼす健康状態、環境因子、個人因子を包括的に評価した上で、阻害因子除去やサービ

ス介入を行い、生活機能が維持・改善されたかをモニタリングしながら、サービスやケアマネジメントの質の向上を継続的に目指すことを意図しています。

➤では、地域包括ケアにおける医療連携強化のポイントです。資料 3、4 をご参照ください。

まずは、「地域」という概念を提示し、その空間での療養の継続性を確保するため、包括的かつ継続的なサービス提供体制の構築」です。次に、「平均在院日数の短縮化」です。またこれに伴い、患者・家族の退院後の生活に対する不安の軽減を図るために、退院を行ないやすい環境整備が必要となることから、地域包括支援センターやケアマネジャー、在宅療養支援診療所の医師などを活用し、退院前のケアカンファレンスの実施などによりサービスの継続性・包括性の確保を通じて円滑な退院を支援し、24 時間対応が行なえる体制を強化します。三番目に、「今後の後期高齢者や一人暮らし高齢者の急増、療養病床の再編成などに対応するために、多様な居住の場を確保する必要がありますが、そこで必要な医療は、外部から提供可能とする仕組みの導入」です。最後に「多様なニーズを有する高齢者の生活を支援するための、保険以外のサービスを含む人的ネットワークの拠点づくり」があげられます。

このように 2025 年に向けて地域包括ケアシステムは、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指し、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにすることが目的です。そして、認知症は超高齢社会の大きな不安要因でもあり、今後認知症高齢者の増加が見込まれることから認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築は大変重要です。人口が横ばいで 75 歳以上の人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は緩やかでも人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差も生じていますが、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づいて、地域の特性にあったシステムとして作り上げて行くことがとても重要になって来ます。それには、行政、医療・介護保険事業所関係者に留まらず地域住民と共に地域における介護の将来像を真剣に描いて行く努力が求められています。

2. 続いて、私が運営する施設がある日出町ひじまちにおけるケアマネジメントの現状と課題についてお話しします。

➤日出町は九州の北東部に位置する大分県にあります。大分県の人口は約 120 万人で、日出町は人口約 2 万 8 千人の小さな町です。町全体が海に面していて、温暖な気候と水の美味しいところとして有名です。人口減少傾向にある地方において、若干ですが増加

の傾向が続いている町でもあります。

この日出町における介護保険事業計画において、2006年から2008年までの第3期以降の介護被保険者の推移は資料5の表の通りで、第1号被保険者数、65歳以上の人数、第2号被保険者にあたる40～64歳の人数ともに、増加しています。第1号被保険者数と65歳以上の高齢者数については、2007年度までは第1号被保険者数が若干多く推移して来ましたが、2008年度に65歳以上の高齢者数が多くなり、年々その差は大きくなってきました。資料6をご覧ください。昨年度2013年3月末現在、65歳以上の第1号被保険者数7,252人のうち、3,772人が75歳以上の後期高齢者であり、第1号被保険者数の半数以上を占めるようになりました。また認定者数を見ると昨年度末で1,448人と前年度とほぼ横ばいとなっています。一方、介護予防サービスの受給者は927人と増加傾向にあります。これは、地域包括支援センターの職員、各居宅介護支援事業所のケアマネジャーと住民の介護予防に対する意識が高まって来た現れだと推察されます。

➤続いて利用者のニーズの多様化について、お話しします。

デイサービス、デイケアをはじめとする居宅サービスへの利用者ニーズが多様化して来たことが近年の大きな変化としてあげられます。これまでの町内における事業所を見ると、どこもサービス内容に大きな変化はありませんでしたが、昨年度から3時間半のサービスを午前午後の日2回で提供したり、リハビリのみを目的にしたデイサービスが開設されたり、家庭的な雰囲気の中、認知症高齢者の脳活性化に特化したプログラムを提供するデイサービスができたこと、また比較のお元気な介護予防対象者の選択肢が増えたことが利用増に繋がっていると考えられます。また、介護保険外のサービスでは、配食サービスや移送サービスの利用者も年々高まっています。このようなニーズの多様化に伴い、ケアマネジャーは生活機能を如何に上げて、自立支援に繋げるかが重要になってきています。そのため、ケアマネジャーは高齢者の自立支援を目的とした生活機能向上のためのアセスメント力がますます大事になってきました。

そこで日出町では今年度、「自立支援に向けた支援と連携づくり、要支援認定からの卒業を15%に」を掲げ、以下のような実施目標を立てています。

一つ目は「自立に向けた支援と連携の強化」

具体的には、まず、介護ネットワーク会議の実施：町内介護保険関係事業所、保健所、地域リハビリテーション広域支援センター、地域福祉室との連携、月1回研修会等の会議の開催

次に、地域包括ケア会議の実施：新規や更新の要支援認定者に対して、運動・栄養・口腔の専門職種より助言を活かしながら、自立に向けた支援内容を検討して行く会議を9月から隔週、1回に5事例の検討で開催

そして、居宅介護支援事業所との主任会議：各事業所で関わっている認知症、権利擁護、虐待の疑い等困難な在宅高齢者の支援会議を月1回で実施

二番目に「自立に向けた普及啓発」です。

昨年度末には91人だった要支援認定者の未利用者に対して、すぐに更新手続きをするのではなく、サービスが必要になった時に申請をするように啓発して行くことを実施目標に立てています。

➤次に、ケアマネジャーの質の向上についてです。

高齢者の状態に応じた適切なサービスを公正・中立の立場で調整する役割を担うケアマネジャーは、高齢者が多様なサービスの中から必要なサービスを選択できるように、介護保険サービスのみならず、介護保険対象外サービスを含めて地域の資源を把握しておく必要があります。2011年の調査結果によると、「ケアプラン内容に対する満足度」は全体では、「十分に満足している」が前回2008年の25.3%から18.6%へ、「まあ満足している」が前回44.8%から47.6%へ、合計は前回の70.1%から66.2%への減少でした。一方「やや不満がある」と「不満である」の合計は前回2.6%から5.5%に増加しています。満足度は低下し、不満足度は増加しており、特に「十分に満足している」が前回より6.7%低下していました。

日出町では、より良質な介護保険サービスの提供に向けて、ケアマネジャーが幅広い視野に立ち、的確なケアプランが立てられるよう、地域包括ケアシステムの核となる地域包括支援センターのケアマネジャーを中心に、ケアマネジャーの相談・支援の充実を図っています。とりわけ、ケアマネジャー個々の育成には、スーパービジョンのできる人材が必要であり、今後その能力と経験を有する人材の育成も併せて重要な課題となっています。

➤最後にまとめとして、ケアマネジャーに求められるスキルについて申し上げます。

これまで述べて来ましたように、医療機能の再編に伴い、介護機能も歩調を合わせた対応が求められています。介護保険制度において、重要な役割を担うケアマネジャーには、今後さらに医療・看護ニーズへの対応、認知症高齢者へのより専門的なマネジメント、医療機関との連携強化などが必要となっています。しかし、ケアマネジャーの基礎資格は様々であり、医療系と福祉系では、その専門知識や臨床経験にも大きな違いがあります。今後は医療系のケアマネジャーには、「生活を支援する」という視点から、福祉系のケアマネジャーには、医療・看護が持つ「療養環境を整える」という視点を各々補って行くことが重要と考えます。地域包括ケアの中核を担うケアマネジャーには、ケアマネジメント機能を適切に且つ効果的、効率的に発揮して行くことが期待されています。世界に類を見ない「超高齢社会」に直面している我が国において、介護保険制度が継続的に安定した保険制度として持続すること、そのためにも地域の中で、ケアマネジメント機能に関して更にイノベーションを起こし、より専門的なマネジメントを中核に、これからの新しい時代のニーズに柔軟に対応していけるような現場を作って行きたいと思えます。

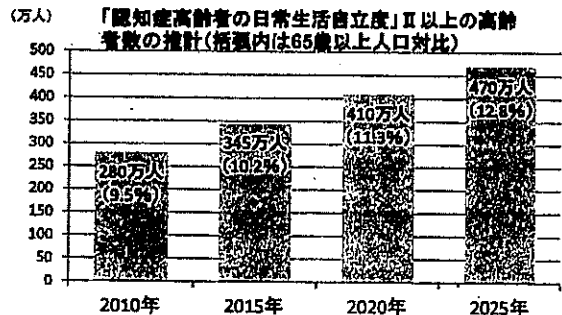
ご清聴頂きありがとうございました。



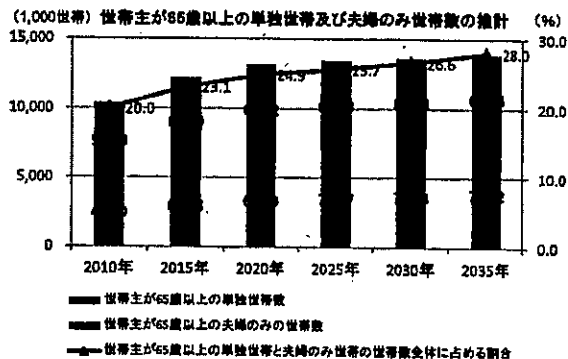
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,658万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,658万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

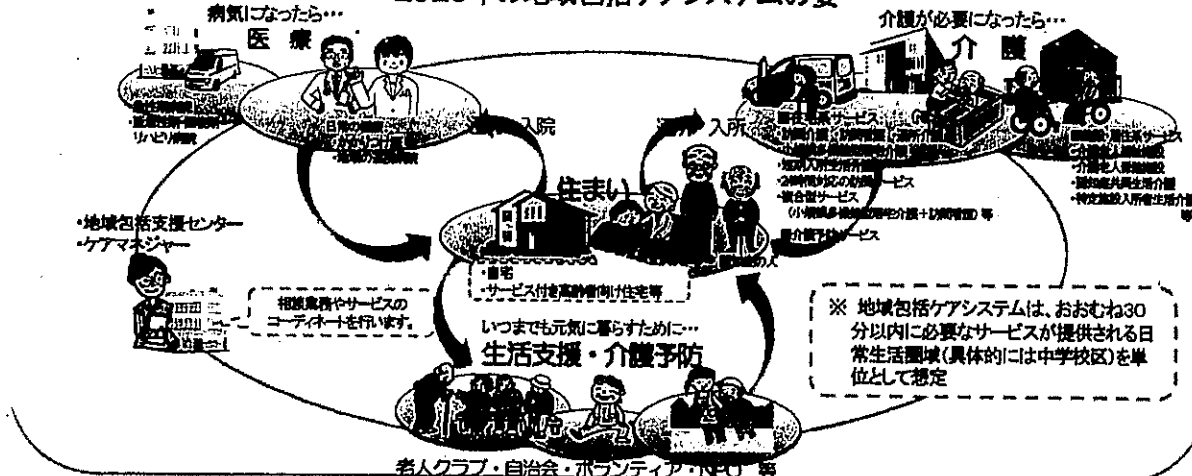
	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	鳥取県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.54倍)

## 介護の将来像(地域包括ケアシステム)

資料2

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。  
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

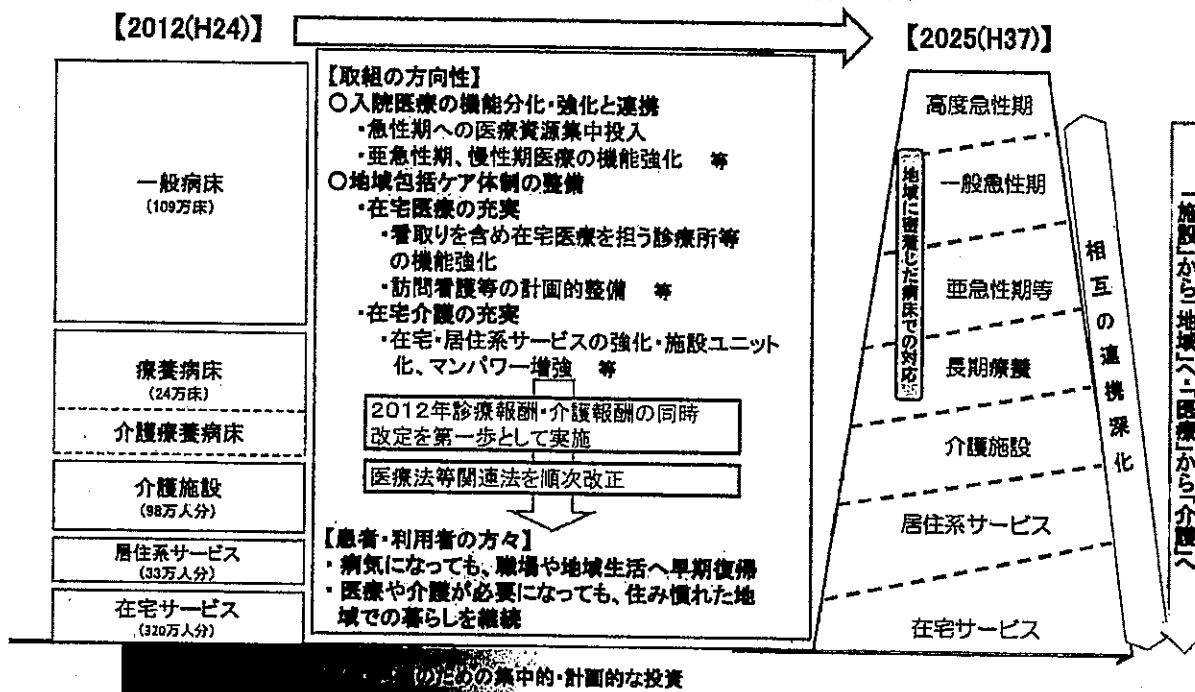
### 2025年の地域包括ケアシステムの姿



## 医療・介護施設の再編（将来像）

資料3

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



## 在宅医療・介護の連携推進の方向性

資料4

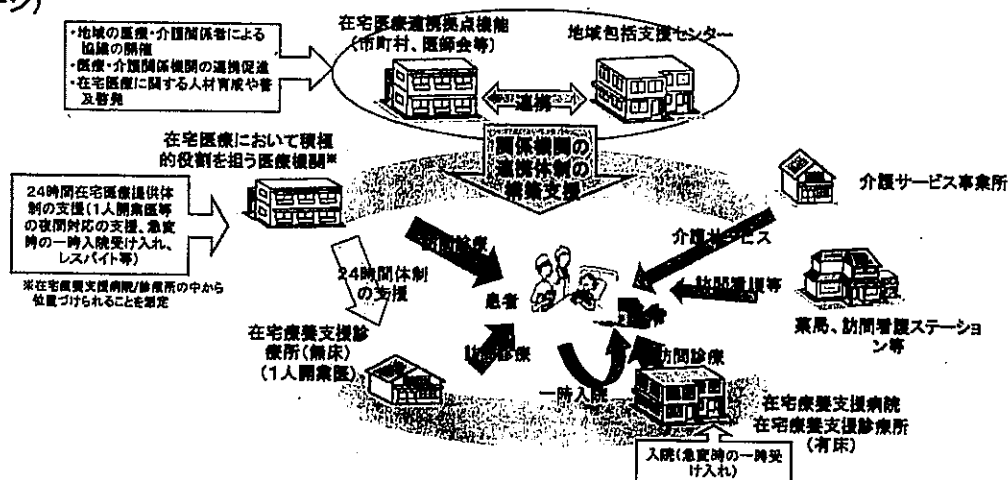
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(\*)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(\*)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所（有床）（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、洗腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)

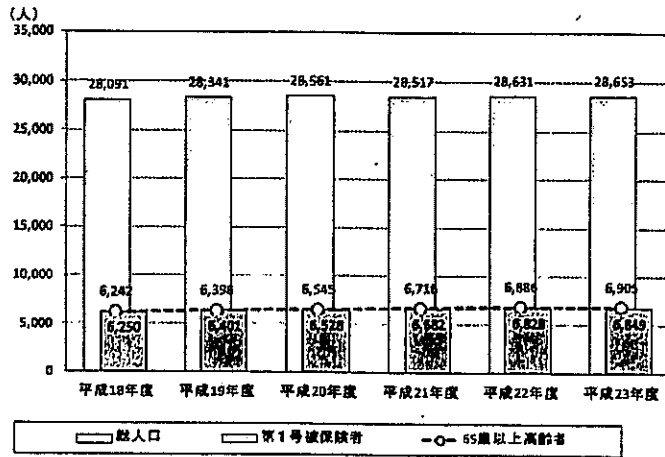


資料5

■ 被保険者数の推移 ■

	総人口(人)	40~64歳(人) 第2号被保険者	65歳以上(人) 高齢者	第1号 被保険者	(再掲)住所地 特例被保険者
平成18年度	28,091	9,213 32.8%	6,242 22.2%	6,250	65
平成19年度	28,341	9,244 32.6%	6,398 22.6%	6,401	62
平成20年度	28,561	9,296 32.5%	6,545 22.9%	6,528	58
平成21年度	28,517	9,300 32.6%	6,716 23.6%	6,682	52
平成22年度	28,631	9,351 32.7%	6,886 24.1%	6,828	45
平成23年度	28,653	9,525 33.2%	6,905 24.1%	6,849	45

資料：住民基本台帳、介護月報、各年度9月末



資料6

日出町介護保険事業状況

健康増進課 介護保険係

	平成15年度末	平成16年度末	平成17年度末	平成18年度末	平成19年度末	平成20年度末	平成21年度末	平成22年度末	平成23年度末	平成24年度末
第1号被保険者(65歳以上) (うち、後掲高齢者)	6,002人 (2,801人)	6,037人 (2,933人)	6,149人 (3,032人)	6,348人 (3,138人)	6,458人 (3,272人)	6,636人 (3,381人)	6,763人 (3,487人)	6,827人 (3,592人)	6,973人 (3,642人)	7,252人 (3,772人)
高齢比率	21.70%	21.68%	21.97%	22.53%	22.76%	23.36%	23.88%	24.06%	24.00%	25.45%
要介護(要支援)認定者数	1,243人(20,713) 男350人・女893人	1,198人(19,453) 男339人・女859人	1,177人(19,155) 男334人・女843人	1,128人(17,635) 男322人・女806人	1,217人(18,855) 男361人・女856人	1,286人(19,455) 男370人・女916人	1,342人(19,845) 男375人・女967人	1,397人(20,355) 男371人・女1,026人	1,449人(20,855) 男401人・女1,048人	1,448人(20,015) 男414人・女1,034人
後掲高齢者	1,015人	1,000人	989人	965人	1,061人	1,111人	1,165人	1,227人	1,272人	1,268人
要支援者数	161人	140人	139人	271人	296人	299人	353人	393人	386人	384人
要介護者数	1,082人	1,056人	1,038人	857人	921人	987人	989人	1,004人	1,063人	1,064人
居宅介護(予防)サービス 受給者数	711人	751人	722人	669人	709人	735人	832人	879人	906人	927人
地域密着型(予防)サービス 受給者数				18人	59人	71人	88人	91人	91人	97人
居宅介護サービス受給者数	229人	223人	272人	255人	268人	280人	262人	251人	253人	259人
老人福祉施設(特養)	(94人)	(86人)	(109人)	(104人)	(99人)	(99人)	(98人)	(91人)	(89人)	(94人)
老人保健施設(老健)	(114人)	(111人)	(135人)	(132人)	(147人)	(157人)	(145人)	(144人)	(147人)	(148人)
療養型介護施設	(21人)	(26人)	(28人)	(19人)	(22人)	(24人)	(19人)	(16人)	(18人)	(17人)
サービス受給者合計	940人	974人	994人	942人	1,036人	1,086人	1,183人	1,221人	1,250人	1,283人
認定者の内、サービス 未受給者数	303人	222人	183人	186人	181人	200人	159人	176人	190人	105人
受給率	15.7%	16.1%	16.2%	14.8%	16.0%	16.1%	17.5%	17.7%	17.9%	17.7%
第2号被保険者数	9,176人	9,286人	9,288人	9,195人	9,257人	9,264人	9,303人	9,443人	9,480人	9,375人
第1号被保険者 保険料金/月	3,867円			4,692円			4,692円			5,774円
介護給付費/千円	1,603,121	1,680,203	1,722,957	1,675,777	1,694,442	1,803,298	2,025,363	2,068,057	2,131,160	2,212,030

# 台湾療養管理の実務活動

Yu Li-Li(游麗裡)  
(CEO, Old Five Old Foundation)

## 1. 序言

発表者は数年間長期療養の実務現場で観察と反省をしてきた。また、療養者および該当家庭が資料の不一致、分散した情報ネットワーク、その他能力不足などの問題に直面すれば療養申請者は完ぺきで連続性ある療養サービス提供がスムーズに行えないことを痛感した。そしてサービス需要者の立場で述べれば関係がない他機関および専門業者をわざと調べる現象を防ぐために療養管理または適切なニーズを明らかにするようにパッケージ形のサービスを提供すべきである。供給者の立場からすれば療養管理は減少したサービスの重複および不完全化のために調整されたサービス供給を通じて今、台湾の療養管理制度として長期療養管理サービス供給の主な事業方法とする。しかし療養管理制度の運用は必要な部分に対する専門家間団体協力だけでない自身が信頼する情報ネットワークを十分に提供すべきである。したがって「専門団体」及び「社会情報ネットワーク」は療養管理の実務活動で不可欠たり不足した重要なベースとも言える(Hwang Yuan-Shie, Chen Ling-chu, 童伊迪, 2004)。

台湾の長期療養情報は機関関連の療養類型の他にも地域および訪問形の類型があるがサービスを提供する側はほとんど地方政府が委託した民間非営利組織であり、療養サービス(訪問サービス、昼間サービス、家庭委託療養)から老人栄養献立、訪問(機関)喘息管理、訪問看護、訪問(地域)リハビリなどのサービスを提供している。たとえ現行の長期療養サービスシステムが効果があるとはいえ、まだ数多くの情報不足、アクセシビリティおよび利便性不足、専門団体の協力不足など療養管理およびサービス提供に関する問題が存在している。

## 2. 台湾の療養管理

### 1. 療養管理の沿革

Liou Li-Fan(劉立凡、2007)は三つの段階で区分した。以下はそのサマリーである。

#### (1) 第1期(1998-2000年)

1. 根拠:老人長期療養3年企画
2. 成立:長期療養管理モデルセンター
3. 名称:事例管理士
4. 特色:療養管理類型の発展

毎年2-3市と県を選んで長期療養管理モデルセンターを設立して該当市と県の地方衛生局が直接市または県関連病院に依頼する権利を与えた後、長期療養専門協会が衛生署の委託を受けながら老人長期療養の事例管理の業務類型を構成・推進する。

#### (2) 第2期(2001-2004年)

1. 根拠:長期療養システム先導計画
2. 成立:城(Chia-yi City)および郷(Taipei Country San-Hsia Town、Ying-Ko Town)実験地域
3. 人材:療養管理
4. 特色:
  - (1) 社政および衛政情報の専門担当
  - (2) 長期療養情報ネットワーク構成
  - (3) 地域および訪問形情報の拡張
  - (4) 2002年経済建設会が「療養福祉サービスおよび産業発展方案」に同意し、これに対し「療養管理センター」が成立した。

#### (3) 第3期(2005-現在)

1. 根拠:計画調整→長期療養10年企画

2. 成立:長期療養管理センター
3. 名称:療養管理士
4. 特色:2005年名称を「長期療養管理センター」で統一した。社政および衛政業務を調整したが実務上調整に関する事項は状況によって異なる。

## 2. 療養管理の実務活動

### (1) 療養サービスの戦略発展

台湾の療養管理度の発展現状は行政院の経済建設会が推進した療養福祉サービスおよび産業発展の案の中で主な戦略の二つは次のとおりである。

1. 療養サービス管理システムを建設してサービス提供を強化する。詳しい措置の中で一つは療養管理センターを開設する。
2. 民間参加システムを導入し、豊富で多様化した療養サービスシステムを運営する。具体的な措置として補助規定を研究決定して適当な補助で低所得層の痴呆患者が訪問療養を利用できるようにする。

### (2) 療養サービス提供過程:

1. 長期療養管理センター:現行の長期療養10年企画(行政院、2007:69)は長期療養管理センターのサービス提供過程は約11段階で詳しく分析できる。サービス専門担当の申請;(2)案件にともなう専門担当;(3)資格確定;(4)評価要求;(5)サービス資格および等級判定;(6)療養企画の樹立;(7)判定結果;(8)通知サービス;(9)サービス提供および監督・評価;(10)療養企画の再評価および変更;(11)終結
2. サービス提供部署:先述した長期療養管理センターの療養管理過程ではサービス連結および段階提供に対して紹介した。主要なサービス提供機関に関する各機関部署の事例管理の過程は次を含む。1. 問題の定義;2. 問題の深刻性と優先性の区分;3. 目標設定;4. 発展とサービス進行の関与計画;5. サービス関与の効果評価;6. 終結;7. 関連追跡

公共部門の両者関係において療養管理はどのように区分するのか。任務に重複はないのか。実際に施行の際に色々な盲点および重複は確かに存在する。その主な原因で長期療養管理センターでの総括管理の機能を発揮するのがまだ難しいことであり、この中で一番大きい問題は人材配置の不足にあるといっても過言ではない。療養管理の施行過程の中で療養管理士は行政過程を早く処理できるとはいえ、他の方面に気付く余裕がないわけである。したがって療養管理士は樹立した既存の療養計画がサービス提供部署へ転じる時、修正が必要である。特にサービス内容および多様で複雑な訪問サービス計画が本件に当たる。

(3) 現在の必要な評価システム:

1. センターの自主評価;
2. 委託実施評価
3. 長期療養管理センターおよび委任された外部の並行機関など  
三つ類型

(4) 療養管理士の機能

療養管理士の任用対象は看護の経験に富む者が総人員の77%を占め、社会福祉の経歴者などが14.9%、その他経歴者は8%程度を占める (Hwang Yuan-Shie, Wu Shu-Yun, Chen Zheng-Yi, 2011)。現在の市と県所属の療養管理士は看護経歴を備えた者が相当数であることがわかる。

1. 療養管理の業務項目

- (1) 療養管理の業務進行;
- (2) 療養管理業務の施行現況の定期評価
- (3) 各項の直接サービス質に対する監督
- (4) 地域人材およびニーズ及び供給情報の調査および把握
- (5) 地域長期療養資源の開発、調整および管理
- (6) 教育訓練

2. 療養管理士の資格:

- (1) 大学で長期療養関連学問を専攻した者は次のとおりである:  
社会福祉士(資格証書を取得しない場合、社会福祉学を専攻

した修士2年以上の療養関連業務経験者または4年制大学の社会福祉学科出身の療養関連業務経験者)、看護師、作業治療士、理学療法士、医師、栄養士、薬剤師など長期療養関連専門家として2年以上の療養分野経験者

(2) 公共衛生学を専攻した修士2年以上の療養関連経験者

#### (5) 療養管理士の人材配置

衛生局(2011年)が進めた国民長期療養は人材消滅率を調査して長期療養人材の必要とする報告案の推定が要求される。療養管理士の人材推定方法を1:350、1:300および1:250とした時、台湾は行政院の長期療養保険の推進部署を通した第8次委員会の決議で既存の1:150から1:200に訂正する。しかしこのような比率は現在の長期療養関連サービスを提供する基盤である「長期療養10年企画」の事項に類似してこれは既存比率である1:200になる。日本のケースをあげれば2000年直接療養保険(介護保険)が施行された時の比率は1:50であり2006年には1:35に改正された。このように台湾の療養管理士の人材推定に関して実際に低く評価された場合がたくさんであることが分かった。

会計監査部の調査報告(2012)の中で台湾各地域の長期療養管理センターの療養管理士は一人当たり平均サービス回数が相互間大きい差があった。最小は103件から最大432件まで、平均対応件数は193件か200件を超えて遂行した職員が多く、その間38.1%を達成した。療養管理士は療養管理に対する業務を専門担当・遂行しなければならないことが当然なのに平常主に文書作業にだけ没頭する傾向で他の部署との円滑な協力の期待が若干難しくなるのは仕様がでない。

#### (6) 療養管理士の教育訓練

台湾の療養管理士は3段階の教育過程を必ず経なければならない。地方の市と現の政府の職務前教育および見習、参観訓練過程をはじめとして衛生署が主管する統一招集訓練(第2、3段階)を履修すべきであり、フリーランサーまたは委託部署の場合、段階別核心課程および実習訓練をそれぞれ40時間履修しなければならない。曾惠姫(曾惠姫、2010)の調査・研究によれば療養管理士は従事する療養管理の専門的資質を満足すべきだと語っている。



各市と県の長期療養管理センター(新入/在職)療養管理の専門家の教育方法

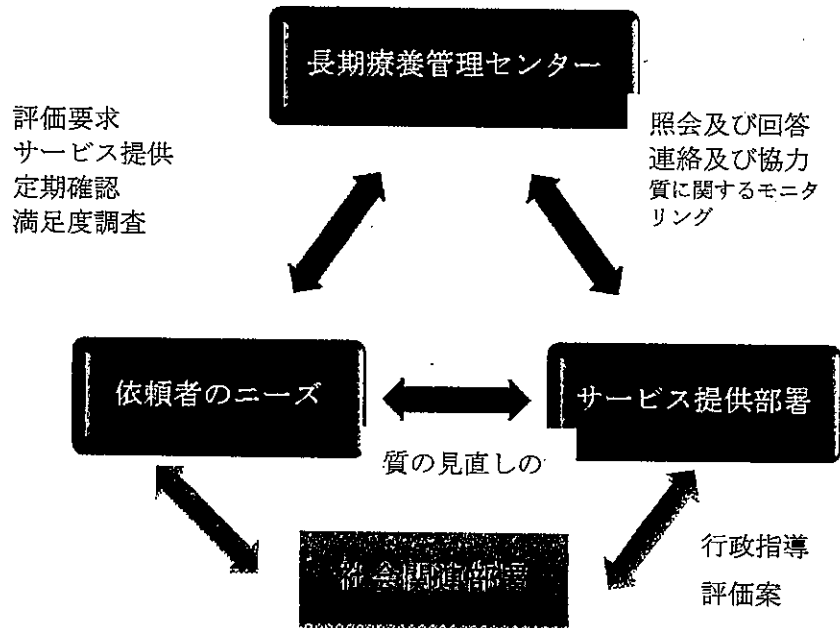
	第1ステップ	第2ステップ	第3ステップ
主管部署	市又は現の政府	衛生署 (又は委託部署)	衛生署 (又は委託部署)
教育時間	1. 職務前教育 8 hrs 2. 見習い 16 -20 hrs 3. 参観 16 hrs	核心課程 40 hrs	実習訓練 (40hrs)
参加訓練	訓練参加者は在職部署の部署長またはセンター主任の訓練推薦承認を得て実習関連部署の承認を受けて第2段階の教育名簿に載せる。	統一招集訓練	統一招集訓練

3. 療養管理の職業構造の関係:管理主体

1. 療養管理職業の構造

台湾は十年間余り福祉多様化主義の影響を大きく受けて政府は契約委託または支払いサービス方法で国民に対するサービスを施行し、委託された民間非営利組織の出現で役割サービス供給を中止したのである。この他にも人口にともなう高齢化速度やサービス質の向上に対するニーズは幅広い福祉要求および多様性を提供し、近い距離にある療養サービス施行のために地方政府およびサービスを提供する部署間の努力と協力関係をより強化できるようにした。長期療養管理センターとサービスを提供する部署の療養管理の業務構造は各機関部署での不可または未熟な関連業務の処理も責任を負っている。

## 療養管理の業務構造



しかし実際の現場ではちゃんと計画のとおり成り立っているのか。実はそうでもない。サービスを提供する機関部署と政府協約の関係にある機関は決して想像したように順調に業務を進めない。たとえサービスを提供する機関部署は組織の使命と経費資源の要求、正当性と合法性などに基づいて考えてはいるが珍しくあって順調でない協力関係で政府側の協力が拒絶される場合もある。療養管理の業務協力過程は各種問題と法令などで本当はしばしば大変な状況に置かれている。

### 2. 療養管理の業務関係発展の制約

次により緊密な関係に対する内容で本稿は公共機関および民間機関の相互やり取りの頻度が最も高い訪問サービスの例をあげ、療養管理関係での公と私の相互間関係を追加して述べたい。

(1) 相互平等のパートナー関係不足:我々公共機関の下請け業者なのか。

政府は自主的な公共サービスを遂行できない時、民間団体と平等な地位に立って共に国民の満足のために多様化されたサービス要求およびこれに対する努力を傾いている。しかしサービス供給に関する協力だけでない、相互協

力するサービス参加提供および方法の計画の下に政府と民間非営利組織は互いにサービス提供関係のパートナーである点を強調すべきである。パートナー関係とは文字どおり対等な関係として権利を要求するのを意味する。しかし実際に非営利組織はただ長期療養サービスのみ提供する役割でいつも「不公平な同僚」(Unequal partner)、「幼い配偶者」(junior partner)、「制限的關係」(marginal role)、「疎遠な者」(peripheral insiders)または「陰性的仲間」(invisible partners)等などの表現でつまらない役割(Craig & Taylor、2000;Chang Ying-Chen引用、2009:489)などと言われる。CHAN, Hou-sheng(詹火生、2009)の見解のとおり、療養管理センターとサービスを提供する部署間権威的な姿勢は不要である。

療養管理業務の類型を言及すれば担当衣服管理部署はまず直接的な療養サービスを提供することによって必須任務を遂行する。このような過程であれば療養管理センターとの照会および回答、連絡および協力、質関連モニタリングなど相互任務の共助を引き出せる。療養管理センターだけでない該当機関(社会関連部署)と直接的に接して多様な規定および即座行政的対応要求をすることもサービスを提供する部署職員の時間をただ無駄にする。そして民間非営利組織は契約を締結するために組織を増設する時、より多くの経費で契約義務のための行政事務業務を遂行しなければならないのみならず、より小さい資源で直接業務を遂行するしかないという現状である。それでサービスを提供する部署は行政院を配置したりより多くの専門人材を要請時ますます多様な項目および内容でより複雑な行政フォーマットとそれによる要求もたくさんである。このように政府委託を施行しながらサービスを提供するサービス部署は大体「赤字を脱する最低費用で業務ができるのか」と「政府委託サービスの目的を達成できるのか」のクエスチョンによって業務を進めるのが常である(Hwang Yuan-Shie、2011)。

(2) 療養管理業務という重い荷物を担って絶えず任務を遂行する。:

先述したように本来規定しておいた業務量に関する標準はすでに療養管理士に深刻な負担で作用したが実際行うサービスの件数が規定した標準よりも多かつた実態をよく見る。療養サービスの質を同時に見直しにくだけでなく負担になる絶え間ない業務量は部署の業務にも影響を及ぼ

す。訪問サービスを一例であれば療養管理士は評価に対する責任と膨大な業務量で時間に追われる現状は極度の負担を引き起こして訪問サービス業界の自ら手を引き、訪問サービス指導士が療養管理の責任まで負い悪循環が発生する恐れがある。因って訪問指導士は療養管理士および訪問サービス要員の二種類の役割として彼らを効果的に管理でき、サービス業務に対する責任を果して療養サービス要員を導くべきである。

(3) 専門団体間協力の経験不足や専門的視点での評価および適切な処遇

療養管理士としての資質をたとえ満足しても訓練と協力で積んだ経歴を越えるには非常に足りない。したがって療養管理士の個人が持っている専門的経験および視点の差により評価されて処遇が調整される。

しかしこのような現象が療養管理センター内部で発生すれば個人別に違う段階の評価結果で処遇がそれぞれ異なってくる。これは療養管理センターとサービスを提供する部署間にも施行され、センター内部の療養管理士は大体看護経歴が多いのでそれにとまなう評価および処遇は看護分野を中心に偏りしやすくなる。これは社会福祉経歴を重視する家庭と社会の視点で見た時、サービスを提供する適切性にも影響を及ぼすだけでなく公共機関および民間機関に正しくない現象を齎してしまう。

i. 長期療養サービスの商品化:費用を支払う者が最も多いので望むことより大きい必要性が要求される。

福祉資源の要求のためにより効率ある使用が従うべきであり、福祉資源の乱用を減らすために使用者を通じた費用支払い方法の計画が要求される。これで療養サービスを商品化し、サービス拡大の期待として療養者および家庭に良質のサービスが提供されるようにしたい。因って療養サービスの商品化過程で競争としての長期療養の潜在的市場サービスが部署に提供されて絶え間ない調整部署内の構造および管理が必要である。しかし使用者の家庭では望むサービス内容と品質が時にはサービス提供の範囲を越えたり不合理な費用支払いが要求された時、一部費用を支払わなくても済むらしい。とりわけ療養サービスは不合理な点が最も多く発生する項目でサービス現場である使用者の家庭内での間に合わせの要求がしばしば相次ぐ。この時、療養サービス要員はぶ

つかった突然状況に適切な対応をしなかったりあるいは使用者の期待に及ばない時、結局クレームがつけられる運命に陥る確率も高い。

適切なサービスは療養管理士の処遇と直結する。このような状況で療養管理士は専門的な判断により行動できないため、相当なストレスを受ける。無理に使用者の要求に従わなければならない時はサービスを提供する立場で非常に大変な時間になるかもしれない。

#### ii. 組織の自主性制限

台湾は現在様々な種類のサービスは委託契約および支援形で提供・採用している。委託部署は財政慣習に基づいて募集規格および経費金額を制定するがその過程では民間非営利機関は入会または未入会しかを選べない。まず入会を選択すれば政府は生成された割当に対する機関の方案推進、審査削除、評価は全部割当の権利をもたせ、実質的に政府の割り当てられた部署に属する。すると民間機関の自主性にダメージを与えるが特に毎年評価および再契約で評価委員は政府がサービス質の向上の各種改善要求に対して応じる資源に伴わないことである(辜焜偉、Liu Shu-Chiung、2007)。このように組織の自主性制限は機関のサービス負担を加重させるのと同様である。

#### 4. 代替結論

療養管理を長期療養サービスに活用した最近の10年間余り殆どの民間非営利組織は長期療養サービス質の要素で一定以上水準の要求に相応しいこととしている。特に公開、保証性、持続性および効果側面で療養サービスの質を向上させる点を証明しなければならない。しかし公共機関および民間機関の関係成立および保持部分は要改善である。専門性や部署を越えて造られた資源ネットワークは相互専門性または権利の不公平による悪感情を作ってサービス供給の質に影響を及ぼし、公共部門と民間部門および使用者を問わず皆良くない影響を与える。したがって互いに尊重をベースにプロ意識またはチーム意識で相手方に損害を与えないように一緒に協力と支持を通じてパートナー関係を構築してほしいのである。

# 地域社会のケア: 支援ネットワークを通じた虚弱高齢者の健康増進

Rita Wong グリーン

社会福祉士、高齢者のための救世軍  
(キリスト教のプロテスタントの一派)のタイポ(Tai Po)統合サービス

香港で介護サービス提供は、医療・保健・社会サービス分野に影響を及ぼしている。そのため、既存に提供された患者サービスを含めて、全体のシステムを再設計するよう圧力が高まっている。これは、高齢者保健医療支援のような特定のサービス分野の格差を最小限に抑え、システム全般にわたる問題を解決するためである。

救世軍は過去25年以上介護者と高齢者を含むタイポ地域社会に奉仕してきた。我々はそれぞれ健康状態が異なる高齢者を介護するとき、医療社会インターフェースが重要であることを十分に認識し、様々な分野の協力を図ろうと地域の病院でいくつかのモデル事業を開発した。その例としてHigh Risk Registry (2006)と呼ばれるWellness Hospitalと、Community Orthopedic Clinicを挙げることができる。このような努力を傾ける理由は、退院した高齢者のために、サービス協力システムを増進し、彼らの心理的安定と生活の質を高め、地域社会内の落傷の発生を減らそうとするものである。

自宅管理教育を骨の健康管理に統合することによって、高齢者は慢性疾患を管理し、生活の質を改善するところに主導的な役割をすることができる。私たちは家庭のようなセッティングで高齢者が団体活動や個別活動を通じて慢性疾患を効率的に管理できるよう慢性疾患の自己管理プログラムで導出された包括的なパッケ

ージを擁護して開発した。1次的予防段階では、運動授業と健康カーニバルを通じて、認識を増進することである。2次的にはPrevention Outreach Fall Clinicが医療相談のために毎月高齢者センターを訪問した。最後に3次予防では、骨折後に退院支援サービスを提供することである。私たちは高齢者が自分の病気を管理する能力と自信を高めることができるように、自己管理プログラムを実施してきた専門外の高齢者指導者を含めて、トレーナーを成功的に教育している。

このような自己管理プログラムは医療—社会のパートナーシップとともに、より満足かつ効果的に患者—提供のパートナーシップの基盤の役割をする潜在力がある。このプログラムを通じて、高齢者が慢性疾患の症状を管理できるようにサポートすることにより、彼らの精神的/肉体的健康を増進し、早期に施設に入所することを予防し、医療サービスの利用を最小化することができる。