
特集：韓国の社会保障・急速な少子高齢化の下での制度改革

老人長期療養保険制度の進展と地域社会統合ケアの普及の模索

金 貞任*

要 約

韓国では、老人長期療養保険制度が施行され15年である。老人長期療養保険制度は、介護の市場化によりサービス供給量を増やししながら、介護の社会化と介護の質の向上を目指しているが、いくつかの注目すべき点がある。個人経営者の介護市場の参加により、療養事業所の小規模化と供給量が拡大されたが、サービスの質と介護人材の確保に問題がある。介護の質の評価と専任療養保護師の配置のメリットは、利用者規模が大きい事業所に偏りやすく、小規模事業所に対する改善策が講じられていない。地域社会統合ケアのパイロット事業の持続可能性は、大統領政権の交代により影響を受けやすいが、自治体、利害関係者、住民との連携と社会福祉のリテラシー向上により可能性が高い。それぞれのパイロット事業の普遍化は、所得によってサービス対象者を排除せずサービス費用の自己負担により実現可能であると考えられる。認知症予防対策は国の責務であると宣言しているが、国民の不安は高いことが示唆された。

キーワード：療養保険制度，小規模事業所，介護の社会化

社会保障研究 2023, vol. 8, no. 2, pp. 131-145.

I はじめに

高齢者の介護リスクを社会が担うために韓国では、2008年7月から老人長期療養保険制度（以下、療養保険制度）が施行されて15年目を迎えた。入所施設と在宅事業所がほとんど整備されていない中で、韓国老人会の「完璧な制度はなく、制度を運営しながら改正する」などにより、見切り発車で療養保険制度が実施された。高齢者の介護の社会化を目指して、療養保険制度が実施された翌年から度重なる療養保険料や療養給付費の改正が行

われており、療養保険制度が社会保障制度の1つとして国民が認知している。

人口の高齢化が進んだことにより、介護が必要な要介護者（介護が必要な高齢者やその他の要介護を含む）は、右肩上がりが増え続けている。介護予算は2021年度に約100.957兆ウォン（約10.096兆円）となり、高齢者人口に占める要介護高齢者は、2021年に10.7%伸び（国民健康保健，2021）、サービス利用者数も2021年には95万人となった（国民健康保健，2021）。療養サービスの供給量の拡大と質の向上を図るために準市場の市場原理を導入した結果、小規模営利企業が介護サービスの

* 東京福祉大学 教授

量の拡大の役割を担っているが、経営難と介護の質が問題となっている。雇用の流動性が高い介護職は、療養報酬単価の設定の問題により低賃金水準を維持しているため介護離職問題に直面している。

政府は、介護の質の向上と療養等級認定から除外された者に対して認知症対策、在宅医療センターパイロット事業、ヤングケアラーと中壮年層のケアのパイロット事業などを実施している。一方で、6カ月以上一人で日常生活が困難な者でないと療養等級認定が難しい。しかし、60歳以上が高齢者を介護する老々介護世帯は、2017年に202,622世帯となり、2010年に比べ60%増加した(老人人力開発院・国民健康保険公団, 2017)。子どもによる65歳以上の老親への経済的支援は、70%であり(統計庁, 2019)、60歳以上による高齢者虐待は、46.7%を占めており、介護の社会化の必要性や重要性に対するニーズが増大している。他方で、超高齢社会への対応として、住み慣れた自宅と地域社会にて生活を続けることを目指して、地域社会統合ドルボム(以下、地域社会統合ケア)パイロット事業が2026年から全国的に実施を目指している。しかし、大統領政権の交代により、2023年度に地域社会統合ケアの予算削減と事業所が縮小され、地域社会統合ケアの再検討が求められている。

療養保険制度に関する先行研究では、療養保険制度の導入をめぐる研究(金, 2005; 宮城・宣, 2007)、療養保険制度の現状と課題に関する研究(増田, 2008; 金, 2009; 崔, 2019; 小島, 2016; 西下, 2022)が多い。介護の質と介護の社会化を目指して実施されているパイロット事業に着目した研究は限られている。

そこで、本稿では、韓国の療養保険制度が実施され15年が経過し、療養保険制度の改正が頻繁に行われている中で、まず、2010年以降の療養保険制度の現状と課題を介護の社会化の観点から検討した。次に、多様なパイロット事業の実施による介護の質の向上と介護の社会化の実現可能性を検討した。最後に、現地調査により地域社会統合ケアの現状と今後の普遍化の可能性を検討した。

II 療養保険制度の2010年以降の成果と課題

1 保険者と被保険者

療養保険制度の運営にあたる保険者は、国民健康保険公団(1カ所)であり、市区町村が保険者である場合の課題が長所である。特に、要介護高齢者や要介護者(以下、要介護者)は移住先に住民票がなくても療養サービスが利用可能であり、高齢化率の高低による療養保険料の地域差がない。

療養保険制度の保険料の担い手である被保険者は、国民健康保険加入者であり、国民全員が療養保険料を支払う義務と介護が必要な要介護者を支える仕組みである。65歳以上の被保険者は、2021年17,826,000人となり、2014年よりも72.5%伸びたが(国民健康保険, 2022)、今後も増加が予想されている。

2 療養保険財政、療養等級区分及び療養給付

療養保険料は(国民健康保険料に療養保険料率を掛けて決める)、毎年改正が行われており、2023年には12.81%となり(保健福祉部, 2022)、2008年よりも約2倍伸び、2021年に1人当たり平均7,413ウォン(約740円)であった。保険料徴収額は2022年に9,180,069百万ウォンとなり、療養サービス給付費は、2022年に12,575,689百万ウォンとなった(国民健康保険公団, 2023)。療養保険料の毎年引き上げは、臨機応変に療養サービス給付費に対応しやすいと考えるが、国民の意識を高めるために今後は計画的に改正が望ましい。

療養サービスを受けるための療養等級判定対象者は、65歳以上の療養等級者と65歳未満の認知症・脳血管性疾患などの老人性疾病を有する者であり、2023年度から65歳未満のALS、多発性硬化症(multiple sclerosis)を有する者が対象となった。ただし、このような状態が「6ヶ月以上1人で日常生活が困難な者」に規定されている。一人で日常生活が不可能であっても6カ月が経過しないと療養等級判定申請の窓口から門前払いされる傾向がある(女性政策研究院, 2022)。しかし、一人暮らし高齢者の増加、介護する家族の高齢化、仕

事と介護の両立などの状況を考慮し、療養等級判定申請が可能な対策の検討が望ましい。

療養サービスを利用する際の療養等級区分は、療養等級1（要介護5に類似）から療養等級5（要介護1に当たる）、認知支援等級の6つに区分される（国民健康保険，2023）。療養等級が低いほど要介護状態が重度であり、療養等級が高いほど要介護状態が軽い。療養保険制度が導入された2008年度には、1等級から3等級だったが、2014年7月より3等級は3等級「60点～75点未満」と4等級（「51点～60点未満」）に区分された。問題行動と認知機能障害者（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）を対象に5等級の認知特別等級を設け、療養認知点数が45点以上である者が療養対象となった。さらに、2019年度から軽度の認知症の者を対象に認知支援等級（「45点未満」）が追加された。しかし、療養等級4の点数が高く、移動が不自由でないと療養等級認定を受けることが難しい状態である。

療養等級区分に基づく自己負担額は、入所施設が20%、在宅サービスが15%であり、限度額を超えた部分と食事代・上級ベッド代（1室1人～3人使用）は全額自己負担となる。入所施設の2023年限度額は、1等級が2,347,500ウォン（約234,750円）、2等級が2,178,000ウォン、3等級～5等級が2,008,500ウォンとなり、2012年よりも約70%伸びており、毎年見直しが行われている（国民健康保険，2019・2023）。老人共同生活家庭（以下、共生家庭）の療養区分利用限度額は、2023年の1等級68,780ウォン、2等級が63,820ウォン、3等級は58,830ウォンとなり（国民健康保険，2019・2023）、2012年に比べそれぞれ1.4倍高くなった。

療養施設の療養等級区分限度額は、療養施設の方が共生家庭よりも高い。個人化した小規模事業所の共生家庭が直面している介護人材不足や経営難と介護サービスの質の向上のためには給付費の検討と職員の教育に務めることが重要である。

現金給付として、(a) 僻地などの療養事業所がない地域の等級者の家族介護者に提供される特例療養費は、月150,000ウォンだったが、2023年度から月223,000ウォン（約22,300円）と伸びた（健康保険公団，2023）。しかし、特別療養給付件数は、2017年度9,396件から2022年に10,5547件に伸びたが（健康保険公団，2021・2023）、受給者が非常に少ない。(b) 療養保護士の資格がある家族療養士に対する現金給付の療養給付時間は、①1日60分、月20日以内、②65歳以上の配偶者の家族療養士は、1日90分、月31日以内である。家族療養士の給料は、所属事業所により異なるが、20日間給料は約30～40万ウォン（3～4万円）、30日給料は約70～90万ウォンである。家族療養士による介護は、2008年度2,651名から2019年67,091名に伸びた。2020年に訪問療養サービスの利用者は321,021名であり、その中で約20%が家族療養士からの介護であり、要介護者との続柄は配偶者が34.5%、きょうだいが2.2%、両親が0.9%の順である（ヤンなど，2020）。家族療養士の介護労働なし介護報酬の受領、サービスの質の問題などが指摘されている（ヤンなど，2020）。合計特殊出生率の減少と介護給付費の増加、介護人材の不足や離職などの問題を考慮し、家族療養士の育成のために給付の適切な評価や対策が重要であると考えられる。

表1 療養等級申請者と療養等級認定者

(単位：人数，%)

	2012	2015	2017	2018	2019	2020	2021
高齢者人口	5,921,977	6,719,244	7,310,835	7,611,770	8,003,418	8,480,208	8,912,785
申請者	643,409	789,024	923,543	1,009,209	1,113,093	1,183,434	1,281,244
判定者（等級+等級外）	495,445	630,757	749,809	831,512	929,003	1,007,423	1,097,462
認定者（対判定者）	341,788 (69.0)	467,752 (74.2)	585,287 (78.1%)	670,810 (80.7%)	772,206 (83.1%)	857,984 (85.2%)	953,511 (86.9%)
高齢者人口対比認定率	5.8%	7.0%	8.0%	8.8%	9.6%	10.1%	10.7%

出所：国民健康保険，2017・2021、「2016老人長期療養保険統計年報」・「2021年老人長期保険統計年報」を基に筆者が作成。

表2 療養給付費の推移

(単位：億ウォン)

	2012	2015	2017	2018	2019	2020	2021
療養サービス受給者（人数）	368,587	475,382	578,867	648,792	732,181	807,067	899,113
在宅給付費（億ウォン）	14,170	19,375	26,417	34,344	43,702	52,302	61,907
訪問療養	10,724	14,809	18,916	24,364	30,071	35,889	42,145
訪問入浴	707	723	892	1,003	1,162	1,362	1,631
訪問看護	70	89	132	177	221	261	315
週夜間保護	958	2563	5,119	7,361	10,444	12,726	15,366
短期保護	955	154	134	123	112	88	73
福祉用具	756	1037	1,223	1,315	1,692	1,976	2,377
家族療養							16
施設給付費（億ウォン）	13,874	20,441	24,520	28,648	33,661	36,525	39,040
老人療養施設	11,348	17,892	21,971	25,879	30,634	33,416	35,917
老人療養共同生活家庭	1,571	2,548	2,549	2,769	3,027	3,109	3,123

注：老人療養施設には、老人療養施設（新・旧）、老人専門療養施設（旧）が含まれる。2012年の短期保護には、老人療養施設の短期保護が含まれる。

出所：健康保険公団，2017，「2016老人長期療養保険統計年報」・「2021年老人長期療養保険統計年報」を基に筆者が作成。

3 療養等級申請者と認定者

療養等級申請者は（表1参照）、2021年に128万人となり、2012年よりも約2倍増加し、療養等級認定者も2021年に953,511人となり（国民健康保険，2017・2021）、2012年よりも約2.8倍増加した。療養等級判定者に占める療養等級認定者は、2021年に86.9%となり、2012年よりも17.9%高く、高齢者人口に占める療養等級認定率は、2021年に10.7%となり、2012年よりも1.8倍伸びた。高齢者に占める療養等級認定者が増加し、療養保険制度が社会保険として国民の間に認知度が高くなっていくことを意味する。しかし、介護の社会化の視点から、一人暮らし高齢者等の療養等級認定の非該当者（要介護期間が6ヵ月未満）に対する支援が必要である。

4 在宅療養給付費と施設療養給付費の拡大

療養サービスの受給者は（表2参照）、2021年に約90万人となり、10年間で約2.4倍増加し、施設給付費は、2021年に39,040億ウォンとなり、10年間で2.8倍増加した。10年間で療養施設の給付費は、約3.2倍増加したが、共生家庭の給付費は、約2.0倍増加しており、療養施設よりも共生家庭の給付費の増加率が低い。共生家庭は、療養施設よりも療養等級限度額が低く設定されており、小規模のスケールメリットが少ないことなどが問題であ

る。

在宅給付費は、2021年に61,907億ウォンとなり、2012年よりも4.4倍増加し、短期入所サービス以外の在宅給付費は増加した。特に、訪問療養受給額は、2021年に42,145億ウォンで、受給費が最も高い。週夜間保護サービス給付費は増加率が最も高く、2017年に比べ2021年に3倍増加した。訪問入浴給付費は、2021年に1,631億ウォンとなり、2012年よりも2.3倍増加したが、日本と異なり韓国の週夜間事業所では入浴サービスが提供されていない。訪問看護受給費も、2012年に比べ2021年に2.4倍増加しており、今後も増加することが予想される。一方で、短期入所給付費は、2012年に比べ2021年に13倍減少しているが、家族介護者のレスパイトケア、独居高齢者の対応などの日本の経験を活かした体制の整備が重要である。

統計庁によると（2019）、高齢者の中で経済的に自立した生活が2018年に55.8%、子ども支援が44.4%である。保健社会研究院によると（2021）、高齢者の社会参加は、生計費のためが73.9%で最も高く、2018年に43.4%で、日本よりも2.2倍高い（OECD,2022）。介護ニーズがあっても経済的な理由で療養サービスの利用が難しい療養者への対策が重要である。

表3 長期療養サービス提供事業所と運営主体推移

(単位：カ所)

年度/経営主体	老人療養施設	共同生活家庭	療養訪問	訪問入浴	訪問看護	週夜間保護	短期入所
2018	3,390	1,897	12,335	9,357	21	2,795	218
2019	3,595	1,934	15,305	11,121	60	4,179	162
2020	3,844	1,881	15,412	11,086	795	4,587	148
2021	4,057	1,764	16,214	11,506	801	4,832	137
2022	4,346	1,723	16,850	11,789	828	5,090	126
地方自治体 (2021)	109	6	23	17	3	122	3
法人 (2021)	1,217	137	1,761	1,213	122	1,060	32
個人 (2021)	2,797	1,706	14,380	10,243	675	3,635	102
その他 (2021)	9	7	50	1	1	15	0

出所：国民健康保険，2023，「長期療養機関の現況」，KOSIS，2022，「市道別設立区分別給付種類別長期療養機関現況」。
保健福祉部・eなら指標，「老人福祉施設現況」により筆者が作成。

5 療養サービスの量の拡大と供給の個人化

療養サービス供給に市場原理が導入され、個人経営者によるサービス供給の量が拡大している。療養施設は2022年に3,300カ所となり、2018年よりも1.3倍増加したが、共生家庭は、2022年1,723カ所であるが（保健福祉部，2022）、2018年よりも174カ所減少している。共生家庭は慢性的な人手不足であり、抜本的な対策を講じないと倒産と設立の繰り返しにより、サービス利用者が被害を受けるようになる。一方で、療養病院¹⁾は、2012年に1,103カ所だったが、2017年に1529カ所となり、入院ベッド数は、2017年に281,000ベッドとなった（保健福祉部，2017）。2017年の療養施設のベッド数は156,000ベッドであり（保健福祉部，2017）、療養病院の方が療養施設よりも125,000ベッド多い。療養施設数は大都市郊外で増加しており、農村部の入所施設数はサービス利用ニーズよりも少ない（保健福祉部，2022）ことが課題である。

在宅サービス事業所の5年間伸び率は（表3参照）、療養訪問サービスが1.7倍、訪問入浴が1.8倍、週夜間保護サービスが1.8倍の順である。訪問介護サービスは、2017年度から実施されており、5年間で38.8倍伸びた。しかし、短期入所は、1.7倍減少した。事業所の数は、2022年に療養訪問事業所が16,850カ所で最も多く、次に訪問入浴が11,789カ所、週夜間保護施設が5,090カ所、訪問

看護が828カ所、短期入所事業所が126カ所である。

韓国では、療養保険制度に準市場（quasi-market）の市場原理の要素が導入され（表3参照）、個人経営は、共生家庭が92%で最も高く、療養施設が68%である（国民健康保険，2023）。在宅サービス事業所の経営主体に関して、訪問療養と訪問入浴は個人経営がそれぞれ89%、88.6%で最も高く、訪問看護の事業所は個人経営が84%である。

療養サービスに参加している個人経営者は、財政が劣悪な小規模事業所が多く、事業所同士の競争が激しい。サービス利用者の自己負担免除、サービス利用料の削減などの不適切な方法でサービス利用者の奪い合いなどが問題になっている（ソヌ，2012）。サービス利用者のサービスの質の確保のために、個人経営者の介護市場参加の制限やインセンティブなどをどのようにするかが課題である。

6 介護従事者の現状と課題

韓国では、療養事業所の介護労働者は、2010年度から療養保護士の国家試験に合格することが求められている。療養サービス事業所に勤務している療養保護士は、2020年には503,983人となり（国民健康保険，2022）、8年間で約2倍伸びた。療養保護士合格者は、2021年に2,206,730名であり、10年

¹⁾ 療養病院とは、65歳以上高齢者が治療を目的に入院する病院であり、国民健康保険法に基づき自己負担額の上限があり、食費が医療保険法の対象であるが、療養保健制度では療養サービスの自己負担上限額がなく、食費は全額自己負担である。

表4 療養事業所の介護人材の現況

(単位：人数)

区分	2012	2015	2016	2017	2019	2020	2021
社会福祉士	6,751	13,923	14,682	18,535	26,395	30,268	33,803
療養保護士	233,459	294,788	313,013	340,624	444,525	450,970	513,840
療養保護士資格者	1,111,793	1,331,868	1,415,203	1,512,750	1,786,186	1,935,229	2,206,730
医師（嘱託含む）	1,142	1,415	1,683	2,198	2,358	2,312	2,410
看護師	2,735	2,719	2,675	2,791	3,312	3,504	3,694
看護師補助	6,560	9,099	9,080	9,845	12,054	13,221	15,084
歯科衛生士	7	4	5	7	7	14	12
OT・PT	1,626	1,952	1,974	2,024	2,350	2,558	2,857
栄養士	835	1,046	1,130	1,160	1,131	1,136	1,152
在宅							
	2016	2018	2020	2021	2018	2020	2021
社会福祉士	9749	16,314	22,642	25,509	6,052	7,685	8,294
療養保護士	259,595	319,498	381,359	434,041	68,216	76,011	79,799
医師（嘱託含む）	129	112	99	88	2,179	2,283	2,322
看護師	1249	1,584	1,940	2,100	1,472	1,623	1,594
看護師補助	2730	3,671	5,185	5,589	7,806	8,932	9,495
歯科衛生士	5	10	14	12			0
OT・PT	243	294	407	441	1,937	2,276	2,416
栄養士	50	58	72	77	1,080	1,069	1,075

出所：国民健康保険，2017，「2016老人長期療養保険統計年報」・「2020年老人長期療養保険統計年報」，KOSIS，2022，「市郡区別長期療養機関専門人力現況」を基に筆者が作成。

間で2倍増加したが、介護現場には、療養保護士合格者4人中1人しか参加していない。療養保護士の大部分は、50代～60代の女性であり、50.5%が生計維持のために介護労働市場に参加しているが、収入に対する満足度は、療養施設と在宅訪問事業所がともに20%弱で低い（全南非正規職労働センター，2018）。療養保護士は、最低賃金が適応されており、時給は2011年に4,320ウォン（約430円）、2018年に7,530ウォン、2023年に9,620ウォンと伸び、13年間で2.2倍増加し、給料は月平均22,010,580ウォンである（雇用労働部，2022）。療養保護士の給料が高いと離職率が低く、療養保護士に対する教育はサービスの質の向上に関連があるが、政府の勤労条件の規制は療養保護士の離職率に対して有効ではない（フォン・ホン，2016）。療養保護士の離職予防が可能な給料や福利厚生の体制が課題である。日本では、介護離職が増加すると、企業の人材流出と労働力不足の問題を一層深刻化させ、経済の減速につながる懸念されており、介護離職に伴う経済全体の付加価値損失は1年当たり約6,500億円に上ることが指摘されて

いる（経済産業省，2018）。超高齢化社会における介護問題の解決を図るため、療養保護士の給料アップと労働環境整備、ロボットやAIシステム導入が不可欠である。

社会福祉士は、次の表のように2021年には30,268人となり、2012年よりも約4.5倍増加した。在宅療養事業所では、2021年の在宅療養福祉施設の施設基準及び職員配置基準の改正により、サービス利用者10人以上の施設では社会福祉士1名以上が職員配置基準である（国民健康保険，2022）。社会福祉施設の社会福祉士給料は、2014年度から社会福祉専門公務員給料の95%以上とし、2015年度から給料の遵守が市郡区に拡大された（保健福祉部，2022）。なお、2019年度に「社会福祉士などの処遇と地位向上のための法律」改正により、2020年度からは国庫支援の社会福祉士施設も人件費ガイドライン遵守が明示された（保健福祉部，2022）。さらに、2021年には、「社会福祉士などの処遇及び地位向上のための法律」が改正され、2022年から処遇改善委員会が構成された。

社会福祉士の給料や待遇が改善される中で、療

養護士には最低賃金が明示されており、療養保護士の介護労働力不足をどのように解決していくかが課題である。

Ⅲ 療養サービスの質の向上と 介護の社会化の取り組み

1 高齢者虐待現状と虐待防止対策

高齢化率の増加とともに高齢者虐待件数は、2021年に6,774件となり（保健福祉部、2022）、2017年に比べ2,000件以上増加した。特に、家庭内での虐待件数は、2017年に4,622件だったが、2021年に6,774件で最も多く、次に、生活施設（療養入所施設と老人医療施設）がそれぞれ327件から536件と伸びた（保健福祉部、2022）。

虐待対策に関して、2004年老人福祉法改正と、2023年「老人福祉法」の一部改正により虐待の現場調査を拒否や業務を妨害する場合は、1千万ウォン（約100万円）以下の罰金に課するようになった（保健福祉部、2023）。

CCTV設置・管理関連の「老人長期療養保険法施行規則」の一部の改正により、療養入所施設（老人療養施設、共生家庭）では、2023年6月から12月の間にCCTV設置が義務付けられた（保健福祉部、2023）。療養入所施設におけるCCTV設置場所は、共有スペース、廊下、理学療法室・作業療法室、食堂、エレベーターなどであり、それぞれの場所に1台以上設置しなければならない。2人部屋以上の居室では、共有部屋の利用者からの同意が必要であり、CCTVの録画は、60日間保存が必要である。CCTV設置に必要な費用は、国が40%、自治体が40%、施設が20%を負担する仕組みである（保健福祉部、2023）。

高齢者虐待防止策として療養施設では、罰金とCCTV設置などが義務付けられているが、今後は、療養保護士の介護労働時間や賃金などの労働環境の改善や情緒的サポート、研修や教育実施、地域住民向けのシンポジウムの開催も重要である。

2 認知症高齢者への対応と課題

認知症患者登録者は、2012年219,414名だった

が、2021年に502,933と伸び、その中で女性が71.5%で最も高い（保健福祉部、2022）。認知症治療にかかる予算は、2017年に13兆6,000億円であり、GDPの約0.8%を占めており、5種類の慢性疾患よりも費用が高いことが報告されている（中央認知症センター、2016）。保健福祉部は（2022）、認知症患者の介護と家族の介護負担は、国の責務であり、負担軽減のために、2017年度に「認知症国家責任」の宣言と、2020年に第4次国家認知管理総合計画（2021-2025）が実行された。

療養施設における認知症専門室は（以下、認知症ユニット）、2014年度からパイロット事業として実施され（老人福祉法施行規則改正、2016年7月）、療養施設、共生家庭、週夜間保護施設では、認知症ユニットの設置が可能となった。サービス利用対象者は、2等級～5等級と認知支援等級者である。療養保護士配置基準は、療養施設が2:1、共生家庭が2.5:1、週夜間保護施設が4:1である。認知症ユニットの定員は、16名未満であり、個室または多床室が提供され、週夜間保護施設は定員が25名未満である（保健福祉部、2023）。

認知症ユニットの国の目標は1,450カ所だが、2017年42カ所、2019年175カ所、2022年283カ所と伸びたが（国民健康保険公団、2022）、国の目標の20%しか達成されていない。認知症ユニットは、利用ニーズが高いが、1人当たり面積が広く、療養保護士の配置基準が高いことで介護事務所の参加率が低い（DementiaNews、2022.3.25）。

認知症高齢者のためのサービス量は増加したが、療養高齢者や家族の認知症に対する不安は高い。そのため、民間保険会社の認知症保険加入者は（生命保険・損害保険）、2016年に250,000人だったが、2018年度に553,000人と伸び、認知症保険料は、2018年に233億4千万ウォンとなり、2016年よりも3.5倍増加した（鄭・文、2019）。このような現象は、国の対策のみでは、認知症ニーズの解決が難しく、認知症予防は国民の最大の脅威となっている。

3 独居高齢者対策

独居高齢者の中で経済的に余裕がない高齢者を

対象に、多様なサポートが提供されている。(a) 火災アラームなどの応急装備を設置し、緊急時に119および地域センターと連携し、独居高齢者の生命を保護するために「独居高齢者の応急安全安心サービス」が提供された(保健福祉部, 2022)。(b) 公的機関, 民間企業, 一般のボランティアが独居高齢者を対象に、愛のネットワーク電話と愛のボランティア活動サービスを提供する(保健福祉部, 2022)。愛のネットワーク電話とは、定期的に電話で安否確認や話し相手をするボランティア活動である。愛のネットワークボランティアとは、サービス対象者の自宅に訪問し、必要な介護と必需品を渡すボランティア活動である。愛のネットワーク事業は、2011年度から実施されており、公的機関, 民間機関, 及び団体の136カ所が参加している(保健福祉部, 2022)。(c) 日常生活を一人で行うことが困難な高齢者を対象に身体機能や健康状態の悪化を予防する老人マチュム・ケア・サービスがある。本サービスは、既存の6種類サービス(老人ドルボム基本サービス, 老人ケア総合サービス, 短期家事サービス, 初期独居老人自立支援, 独居老人社会関係活性化, 地域社会資源連携)を統合しており、2020年から実施され、サービス利用者は、2021年約50万人である(保健福祉部, 2022)。

(a), (b) と (c) の対象者は、65歳以上の独居高齢者の中で介護が必要な低所得者と、老人マチュムケアサービス対象者である。(a) は認知症や認知症高リスク, 老人マチュムケアサービス対象者の中で常時安否確認が必要な者, (c) は介護が必要な者である。低所得者は生活や介護ニーズを無料で解決することが可能であるが、サービス費用の支払いが難しく、経済的に余裕がない独居高齢者のリスクの解決が課題である。

4 療養サービス事業所の介護の質の向上対策

保健福祉部では、2009年から療養サービス機関を対象に療養サービスの質の標準化及び向上に関する評価を行なっている。健康保険公団が療養事業所の評価の主体であり、評価者は3年以上介護現場経験を有する社会福祉士と看護師から構成さ

れる。評価領域は、5領域(機関運営, 環境及び安全, 権利及び責任, 給与提供過程, 給与提供結果)から構成される。療養機関に対するサービス評価は、2年ごとに実施されていたが、2015年から3年ごとに実施されており、サービス評価結果は、保険公団のホームページに公開されている。審査結果、サービス評価が下位機関には随時評価を実施しており、上位機関(A等級)には公団負担金の1-2%のインセンティブが提供されている(ソほか, 2018)。療養サービス事業所のサービスの質は、サービス利用者の定員が少ない小規模事業所が低い(保健福祉部, 2012)。

ソウル市と釜山市もサービスの質の評価を独自に行なっており、評価対象の療養機関は、入所施設(療養施設, 共生家庭)と週夜間保護施設であるが、ソウル市では療養訪問施設も認証評価の対象である。ソウル市では、3年ごとに認証評価が行われており、評価領域は3領域(良いサービス, 良い職業, 良い機関)からなる(イム, 2023)。認証評価が高い上位機関について、ソウル市では、運営補助金, 環境改善費などのインセンティブが提供され、釜山市では(ソほか, 2018)、300万ウォン(約30万円)が支給される。ソウル市では、認証評価が高い上位機関に「良いドルボム認証」マークを与えており、電話102で「良いドルボム認証」の療養施設の確認が可能である(I・SEOUL・U, 2023)。2016年に「良いドルボム認証」マークが与えられた52カ所の中で24カ所が区立・市立機関であった。2023年には、262カ所が「良いドルボム認証」マークを受けた(I・SEOUL・U, 2023)。サービス事業所に対する認証評価は、いずれも介護の質が高い事業所にインセンティブが与えられているが、今後は、認証評価が低い事業所に対するサービス質の向上への指導や教育など対策が課題である。

5 療養保護士の昇級制(専任療養保護士)

パイロット事業

療養保護士の専門性とサービスの質の向上のために、専任療養保護士の昇級制パイロット事業が実施された。対象者は、療養施設に60ヶ月以上(5

年間、月160時間以上)の勤務経験者である(保健福祉部, 2023)。パイロット療養事業所とは、利用者定員50人以上の施設であり、療養保護技術、認知症、感染症、状況別事例に関する昇給教育を40時間受けた療養保護士100人が対象者である。

専任療養保護士配置基準は、入所定員50人~99人が2人、100人~149人が4人、150人~199人が6人、200人以上が8人である。パイロット事業の実施期間は、2023年4月から9月までの6カ月間であり、本パイロット事業の事後評価により療養保護士の昇級制を導入する予定である。パイロット事業実施地域は、ソウル3区、キョンキ3市、それぞれ市(忠南道、忠北道、全北、済州)である(保健福祉部, 2023)。専任療養保護士は、療養ケア、療養保護士(実習生)の教育・指導、苦情相談、受給者ケース管理の役割を担う。専任療養保護士の手当は月15万ウォン(約15,000円)であり、パイロット療養事業所には月に100,000ウォン支給される(保健福祉部, 2023)。

本パイロット事業の加算は、療養保護士と介護事業所に配分されるため、介護人材の離職防止の対策として評価できる。しかし、利用定員が50人未満の施設、特に小規模施設の介護人材の確保策が今後の課題である。

6 長期療養在宅医療センターパイロット事業

住み慣れた地域社会に住み続けるための居住支援を目標に、「長期療養在宅医療センターパイロット事業」が実施された。本モデル事業は、2022年12月から2023年11月までの1年間であり、利用者の満足度などの評価を行い、本パイロット事業を拡大する予定である(保健福祉部, 2023)。サービス対象者は、移動が不便である療養等級1-4等級者であり、第1次サービス対象者は450人である(保健福祉部, 2023)。

本パイロット事業は、サービス提供者に所得による排除がないのが特徴である。サービス給付費は、健康保険と療養保険から支給される。サービス内容は、訪問診療が月1回、訪問看護が月2回以上、社会福祉士による随時訪問である。サービス利用者の自宅訪問は、包括評価であり、医師、看

護師、社会福祉士の3人がチームを作りサービスを提供する。訪問診療給付費は月に1回であり、国民医療保険から約15万ウォン(約15,000円、サービス利用者の自己負担が30%)と療養保険制度の在宅医療基本料(月14万ウォン、利用者負担無し)の合計により支給される(保健福祉部, 2023)。訪問診療と訪問看護の給付費は、訪問回数により設定され、在宅医療基本料と継続管理費は月に1回支給される仕組みである。サービス提供は、12地域(ソウル、キョンキ、仁川、光州、大田、カンウォン、忠北、忠南、全北、全南、慶南、済州)の28カ所医療機関である。本パイロット事業は、療養保険制度と同じくサービス対象者を所得によって限定せず移動が不便な高齢者が対象である。自宅で最期を迎えたい場合は、本人の希望通りになる可能性がある。

7 ヤングケアラーと中壮年者を支援するパイロット事業

療養保険制度では、主に高齢者を中心に療養サービスが提供されており、疾病や孤立などで介護が必要な中壮年層やヤングケアラーの支援が除外され、保険あり療養サービスなしの状態であった。保健福祉部は、家族に世話や介護を行う13歳から34歳(以下、ヤングケアラー)と疾病と孤立などにより一人で日常生活が困難な中壮年層(40歳~64歳)を対象にパイロット事業を実施する。保健福祉部によると(2023)、ヤングケアラーは、家族ケアに週に21.6時間従事しており、要介護期間は平均46.1カ月であり、一般青年よりもうつ状態が7倍高い。介護の対象者は(複数回答)、祖母と祖父がそれぞれ39.1%、22.0%で最も高く、次に母・父がそれぞれ24.3%、22.0%、兄弟姉妹が24.3%順である。ヤングケアラーは、医療費と生活費受給がそれぞれ36.1%で高く、次に居住費受給者が32%、奨学金受領者が26%で順であり(保健福祉部, 2023)、経済的に余裕がない階層が多いことが読み取れる。

パイロット事業は、6,000人を対象に2023年7月から実施される。実施地域は、ソウル、京畿道、中南、大田などの12市道の37市郡区である(保健

福祉部, 2023)。

サービス内容は、基本サービス（在宅ケア，日常生活支援，家事サービス）と，自治体に特化したサービス（情緒的サポート，病院同行付き添い，食事などの営業管理，ソーシャルダイニング（料理教室と食事会の支援））からなる。サービス費用は，所得に応じて1カ月分の自己負担金が前払金となり，居住地域のサービス事業所からサービスを利用する。サービス利用時間は，月に12時間～72時間である（保健福祉部・政策プリピング，2023）。

本パイロット事業の特徴は，利用料金の前払い制度であり，所得高低によるサービス利用に制限がないことである。しかし，本パイロット事業は，療養保険制度と異なる利用料金と自己負担額が二重構造であり，今後は本パイロット事業の位置付けが課題である。

IV 地域社会統合ドルボムモデル事業の普及の模索²⁾

高齢者が住み慣れた場所で老後の生活を維持するために住居・医療・療養・ドルボム（以下，ケアと称する）を総合的に地域単位で提供するために地域社会統合ケアのパイロット事業は，2026年に全国的に実施を目指す。しかし，大統領選挙により文政権から尹政権へ政権が交代され，地域社会統合ケアの全国実施の普遍化の予測が難しい状態である。

パイロット事業の第1段階（2019～2022）地域は，安山市，南ヤンジュ市，光州市西区などの16市郡区であった。サービス対象者は，高齢者が13カ所で最も多く，障害者が2カ所，精神疾患（統合失調症）が1カ所である（保健福祉部，2020）。地域社会統合ケアには，1,892カ所が参加しており，領域別では福祉サービスが最も多く（公的機関が740カ所，民間が482カ所），次に保健・医療（公的機関260カ所），研究（公的機関45カ所，民間が75カ所），住居（公的機関6カ所，民間が62カ所）の

順であり（ユ・バック，2022），公的機関の参加率が高い。サービス対象者は，療養病院の入院患者，入院退所予定者，療養等級認定者と非該当A・B，老人マチュムケアの高リスク群であり，サービス種類は，主に訪問医療，訪問療養，病院同行，住宅改修や提供などである（ユ・バック，2022）。

パイロット事業の第2段階（2023.7～2025.12）地域は，光州市西区・北区，安山市，大田広域市などの12市郡区であり（保健福祉部，2023），第1段階よりも4カ所少ない。サービス対象者は，医療と介護ニーズが高い75歳以上であり，訪問健康管理，療養サービス，日常生活支援サービスなどが提供される（保健福祉部，2023）。本事業では，地域に特化した訪問医療サービスの拡大が重点事業であり，介護リスク群は既存のサービスを利用し，不足サービスを提供する。

第1段階の予算は，2020年177億ウォン，2021年181億ウォン，2022年158億ウォンだった（キョンヒャン新聞，2022.9.8）。第2段階の2023年の予算は32.4億ウォンであり（1カ所当たり2.7億ウォン，6カ月間，保健福祉部，2023），2022年予算の20.5%水準である。

第2段階事業は第1段階事業よりもサービス対象者の年齢が制限され，サービス内容が医療に偏っており，予算が少ない点が特徴である。

以下では，地域社会統合ケア事業の現状と今後の対応について，2022年7月に実施したA市，安山市，光州西区の事例を中心に検討した。

サービス対象者について，A市と光州市西区は，所得制限（基礎年金受給者，国民基礎生活給付者）と独居高齢者であるが，安山市では所得による対象者の排除がなく，精神障害者にもサービスを提供している。すなわち，安山市では，サービス対象者を所得により排除せず普遍的に対処しているが，A市と光州市西区では，所得の高低によってサービス対象者が排除されている。対象者の療養区分等級では，A市では非該当者に限定されているが，光州市西区（非該当者と療養等級認定者を対象に含む）と安山市（他人のケアがないと日常

²⁾ 地域統合ドルケアパイロット分析は，科研（課題番号：20K02229，代表：小島克久）により実施した研究の一部分である。

生活が困難で者)では、介護ニーズが高い者に制限せず普遍化を目指している。一方で、3地域ではともに療養病院退院予定者と病院退院予定者が自宅の生活が難しい高リスク群が対象になっており、サービス利用者の自己負担がなく、所得を理由にサービス対象者が制限されている。今後、本サービスを全国的に拡大する場合、サービス利用者の自己負担なしで本事業の持続が可能であるかが課題である。

サービス内容は、3地域ともに訪問介護、病院移動同行、安心ケアが提供されている。一方で、地域医師会の理解がある安山市では、訪問医療が積極的に行われており、地域の利害関係者のネットワークが構築されている。しかし、光州市西区では地域の医師会の協力が得られず近隣地域の医師の協力により訪問医療を行っており、本事業の普遍化のためには、地域の医師会とのネットワーク形成が課題である。居住環境に関して、自宅内での移動が不変であり、住宅環境が悪い方を対象に安山市と光州市西区では、IH公社の協力により高齢者専用住宅を提供しているが、A市では低所得者を対象に住宅改修を行なっている。自治体と住宅関係者との信頼やネットワーク構築が重要であることが示唆された。

人事配置に関して、A市では担当公務員の交代が4回もあり、福祉に関する理解不足により、村面洞(行政区画の最小単位)の担当者との信頼関係構築に時間がかかっている。しかし、安山市と光州市西区では、サービスに関する問題発見や対処のために村面洞の担当者との会議が定期的であり、光州市西区では週に数回会議が行われるなど平等な立場での意見交換がある。安山市では、本パイロット事業の実施により、利害関係者や地域住民の社会福祉に関するリテラシーが高くなり、福祉都市をスローガンとする都市再構築が可能となった。

本パイロット事業の持続可能性は、大統領政権の交代により影響を受けやすいが、安山市と光州市西区では、本事業の予算が削除されても自治体のリーダーを中心に本パイロット事業を継続する意思が強い。しかし、A市では、市長の交代によ

る次期市長の社会福祉に関する意思の確認ができないため本パイロット事業の継続性が不透明な状態であった。

本パイロット事業の継続とサービスの普遍化のためには、1)大統領の政権が代わってもパイロット事業が持続可能になるように法律の施行、2)自治体リーダーの社会福祉に関するリテラシーを高めるための教育や現場体験、3)サービス対象者の所得による制限の廃止、4)地域の利害関係事業者と自治体との信頼関係に基づくネットワークの構築と問題解決のための平等な関係構築、5)地域住民の社会福祉に関するリテラシー向上を目指した取り組みが重要であることが示唆された。

V おわりに

本研究では、2010年以降を中心に療養保険制度の成果と課題、多様なパイロット事業の実施による介護の質の向上と介護の社会化の実現可能性を検討し、地域社会統合ケアの普遍化の可能性を検討した。介護の社会化を目指している韓国の療養保険制度の課題は、以下の通りであり、韓国のみならず日本に示唆する点が多いと考えられる。

第1に、介護サービスの市場化の導入により小規模の個人経営者がサービス量を拡大しているが、小規模施設はサービスの質の評価が低く、介護職員に対する福利厚生が不十分であるため介護人材が定着しにくい。小規模施設は、経営維持や専任療養保護士の配置によるメリットから除外されており、介護の質の改善対策が皆無に近い。介護人材が不足する中で、療養保護士資格所有者が小規模施設に円滑な参入と確実な定着を図ることを目的とする対策が課題である。

第2に、療養等級認定を受けるためには、6カ月以上一人で自立した生活が困難な者が対象であるが、療養介護者が緊急を要する場合に備えた療養等級認定の検討が望ましい。独居高齢者や老々介護が増加しており、介護が必要になっても住み慣れた場所で看取りたいが、自宅で看取ることが難しい(金ほか、2014)。療養病院では、軽度の療養高齢者が多いことが指摘されており、介護が必要

表5 大統領政権交代による療養保険制度の改正

	朴槿恵政権 (2013-2016)	文在寅政権 (2017-21)	尹錫悦政権 (2022-)
療養制度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1次療養保険基本計画樹立 (2012.9.) ・ 3等級認定基準点数の範囲を狭くし、4等級新設 (2013.7.) ・ 5等級新設 (認知症特別等級) (2014.7.) ・ 第3次認知管理総合計画樹立 (2015.12.) 17市道広域認知症センター設置 (2012-16) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症国家責任導入 (2017.9.) ・ 認知症インフラ整備：センター運営 (256カ所) ・ 認知専門療養施設開始 (2018-22) ・ 療養等級：認知支援等級新設 (2018.1) ・ 生活保護上位階層の自己負担軽減 (2018.8) ・ 認知症親和社会：行方不明者予防、安心町助成 ・ 認知症後見人事業実施 (2018.9) ・ 第4次認知管理総合計画樹立 (2021-2025) 	
療養入所施設	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症専門室パイロット事業 (2014) と実施 (2016) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 公立認知専門型療養施設130カ所追加 (2018) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養施設のCCTV設置義務 (2023.6)
在宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護サービス実施 (2017) ・ 一人暮らし高齢者の緊急連絡サービス (2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第1段階地域社会統合ドルボムパイロット事業実施 (2019) 在宅老人福祉施設の運営基準と職員配置基準改正：社会福祉士配置と認知症専門室設置基準 (2021.6) ・ 高齢者マチュム・ケア・サービス施行 (2020)：6種類を統合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 療養在宅医療センターパイロット事業 (2022.12-23.11) ・ ヤングケアラー・中壮年ケアパイロット事業 (2023.7) ・ 第2段階地域社会統合ドルボムパイロット事業縮小 (2023)

出所：保健福祉部，2022，「2021 保健福祉白書」と既存の資料を基に筆者が作成。

な期間が6カ月未満であっても、介護が必要になったときは療養等級認定の申請が可能なシステム作りが課題である。

第3に、介護の質の向上と療養サービス利用から除外されている階層を対象に介護の社会化を目指し、多様なパイロット事業が実施されている。既存のパイロット事業では、サービス対象者が底所得層に限定されているが、現政権のパイロット事業では利用者の所得による自己負担を求めており、全国的に拡大しやすいが、療養保険制度との位置付けが課題である。

第4に、全国実施を目指した地域社会統合ケアのパイロット事業は、大統領政権が交代しても持続可能にするための法律の施行が課題である。地域社会において、介護と医療の連携により高齢者の在宅生活を支援する「地域社会統合ケア」の構築の意義は大きい。自治体、利害関係者、地域住民が福祉に関するリテラシーを高め、平等な関係で意見交換とネットワークを構築するにより、本事業が福祉都市再生をうながすトリガーとなることが発見された。特に、本パイロット事業の持続可能性は、自治体リーダーの社会福祉に関するリ

テラシー高上が重要な鍵であることが示唆された。

第5に、認知症は国家の責務であると宣言し、認知症に特化した療養特級が設けられており、療養事業所の認知症ユニットに対する療養報酬を支給するなどの認知症予防に積極的に取り組んでいる。一方で国民は、国の認知症対策が不十分であり、介護の社会化の実現が難しいと認知し、民間生命保険の認知症保険に加入するなどの自ら対策しているが、経済的に余裕がない者は対策が困難であり、認知症予防対策に格差が生じている。軽度の認知症高齢者に対する予防給付の基準や給付費に対する抑制効果の結果の公開などにより、国民の認知症に関するリテラシーを高め国民が認知症になっても地域で生活可能な町づくりが重要であると考えられる。

本研究では、韓国の療養保険制度の効果、介護の社会化と介護の質の向上のために取り組んでいるパイロット事業に対して療養サービス事業者とサービス受給者の限定的な視点から検討したが、家族介護者や専門家などの多角的な視点で議論を深めていくことが重要である。

引用文献

(日本語・英語)

崔 銀珠 (2019) 「韓国における老人長期療養保險制度の現状と課題—10年の成果と今後に向けて」 社会政策学会誌『社会政策』11 (2) : pp.39-53.

金 貞任 (2005) 「韓国の高齢者の状況と老人療養保障制度 (介護保險制度) の導入」 『AGING』 社団法人日本エイジング総合研究センター, 秋号, pp.42-49.

———— (2009) 「韓国の介護保險制度 (特集 韓国の社会保障—日韓比較の観点から)」 『海外社会保障研究』167 : pp.67-78.

小島克久 (2016) 「韓国の社会保障 (第3回) 韓国「老人長期療養保險」 (介護保險) について」 『社会保障研究』1 (3) : pp.670-673.

増田雅暢 (2008) 「日本, ドイツ, 韓国の介護保險制度の比較考察」 『上智大学社会福祉研究』32 : pp.17-33.

宮城好朗・宣賢奎 (2007) 「韓国の介護保險制度に関する研究」 『岩手県立大学社会福祉学部紀要』9 : pp.31-42.

西下彰俊 (2002) 『東アジアの高齢者ケア 韓国・台湾のチャレンジ』 新評論.

OECD (2022) Income Distribution (2022.6). (韓国語)

DementiaNews (2022) 「치매전문기관 283개소 전체 장기요양기관 대비 2%뿐이다」 [認知専門型機関283カ所, 全体長期療養機関対2%だけである] (2022.3.25).

중앙인지증센터 [中央認知症センター] (2016) 「2016년 전국치매역학조사」 [2016年全国認知症疫学調査].

정승희·문혜정 [チョンソンヒ・ムンヘジョン] (2019) 「최근 치매보험시장의 문제와 과제」 [最近認知症保險市場の問題と課題] KIRI보험연구원 [保險研究院].

보건복지부 [保健福祉部] (2012) 「요양보험기본계획 (안)」 [療養保險基本計画 (案)].

———— (2020) 「지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북」 [地域社会統合ドルボム推進ガイドブック].

———— (2022) 「2021년 노인학대 현황보고서 가이드북」 [2021年老人虐待現況報告書ガイドブック].

———— (2022) 「2022 보건복지통계연보」 [2022保健福祉統計年報].

———— (2022) 「2021 노인학대현황보고서」 [2021年老人虐待現況報告書].

———— (2022) 「2022 가족돌봄 청년실태조사」 [2022 家族ドルボム青年実態調査].

———— (2023) 「보도자료 노인장기요양시설에 전문요양사를 배치하다」. [報道資料老人長期療養施設に専任療護士を配置する].

———— (2023) 「보도참고자료 노인의료돌봄 통합지원 사범사업 참여차단체신청」 [報道参考資料老人医療ドルボム統合支援師範事業参与自治体選定].

———— (2023) 「치매전담형 장기요양기관 운영매뉴얼」 [認知専門型長期療養機関運営マニュアル].

———— (2023) 「보도참고자료 노인학대 현장조사 거

부하거나, 또는 방해한 사람에게 1천만원 이하 과태료 부과」 [報道参考資料 老人虐待現場調査の拒否, または業務を妨害すると1千万ウォン以下の罰金賦課].

———— (2023) 「보도자료 장기요양기관 CCTV설치 의무화로 어르신에게 더욱 안전한 요양서비스 제공 기반 마련」 [報道資料 長期療養機関のCCTV設置の義務化により高齢者に最も安全なサービス基盤づくり].

———— (2023) 「중장년, 가족돌봄 청장년 일상돌봄 서비스 시작」 [中壮年の家族ケア, 青壮年の日常ケア サービス・スタート].

———— (2023) 「보도참고자료 노인 의료·돌봄통합지원 시범사업의 참가 지자체 선정—2023년7월부터 시군구에서 시범사업 실시」 [報道参考資料 老人医療・ドルボム統合支援のモデル事業の参加自治体選定—2023年7月から市郡区にてモデル事業実施—].

I・SEOUL・U·서울시 [I・SEOUL・U・ソウル市] (2023) 「우리부모님, 안심하시고 요양해 줄 시설은 있는가」 [我が両親, 安心して介護してくれる施設はあるのか] (<https://news.seoul.go.kr/welfare/archives/50498.2023.7.20>)

임 정 [イムジョン] (2023) 「복지이슈Today」 [福祉イッシュToday].

여성정책연구원 [女性政策研究院] (2022) 「가족중에서 노인돌봄 현황과 지역사회 통합돌봄 지원법안」 [家族の中で老人ドルボム現況と地域社会統合ドルボム支援法案, 2020 연구보고서 (13) [2020 研究報告書 (13)].

보건사회연구원 [保健社会研究院] (2021) 「2020 노인실태조사」 [2020年老人実態調査].

국민건강보험 [国民健康保險] (2017·2021) 「2016·2021 노인장기요양보험통계연보」 [2016·2021 老人長期療養保險統計年報].

———— (2019·2023) 「장기요양급여비 지급현황」 [長期療養給付費支給現況].

———— (2022) 「2021 노인장기보험통계연보」 [2021年老人長期保險統計年報].

———— (2022) 「2023년 재가급여 평가매뉴얼」 [2023年在宅給与評価マニュアル].

———— (2022) 「치매전담형 장기요양기관 현황」 [認知専門型長期療養機関現況].

———— (2023) 「장기요양기관 현황」 [長期療養機関의現況].

황현준·홍경준 [フオンヒョンジョン, ホンキョンジュン] (2016) 「요양보험사의 근로조건과 장기요양서비스 질에 관한 연구」 [療養保險士の勤務条件と長期療養サービスの質に関する研究], 사회정책연합공동학술대회 [社会政策連合共同学术会议], pp.589-611.

경향신문 [キョンヒョン新聞] (2022) 「정부과제라더니 돌봄사업 예산 80%삭감」 [国政課題だといひながらドルボム事業の予算を80%削減] (2022.9.28).

고용노동부 [雇用労働部] (2022) 「2023년 적용 최저임금 고시」 [2023年適応最低賃金告示].

- 노인인력개발·국민건강보험공단 [老人人力開發院·国民健康保險公団] (2017) 「노노부양세대현황」 [老々扶養世帯現況]。
- 선우 덕 [ソンウ トク] (2015) 「노인장기요양시설의 설치 현황 분석과 정책적 시사점」 [老人長期療養施設の設置現況分析と政策的示唆点] 『보건복지Issue & Focus』 [保健福祉Issue & Focus] 한국보험사회연구원 [韓國保險社会研究院]。
- 서윤정·이승선·서덕민 그외 [ソユンジョン·リスンソン·ソドンミンその他] (2018) 「해외 사례 고찰을 통한 자치체의 노인요양시설 인정 체계 및 조사원 고도화 방안」 [海外事例考察による自治体の老人療養施設の認証体系及び調査員の高度化方案] *Perspectives in Nursing Science*, 15 (2) : pp.81-91.
- 통계청 [統計庁] (2019) 「2018년 사회조사」 [2018年社会調査]。
- 양난주·김운경·김사현 [ヤンナンジュ·キムウンジョン·キムサヒョンなど] (2020) 「가족인 요양보호사 제도 운영 개선 연구」 [家族療養保護士の制度改善研究] [保健福祉部·デク大学校産学協力団]。
- 유애정·박현경 [ユアイジョン·バックヒョウンキョン] (2022) 「지역사회 통합돌봄 추진현황과 앞으로의 과제」 [地域社会統合ドルボム推進現況と今後の課題], *대한공공의학잡지* [大韓公共医学会誌], 6, pp.75-98.
- 전남비정규직노동센터 [全南非正規職労働センター] (2018) 「요양보호사 근무실적분석, 및 처우개선법안 토론회」 [療養保護士勤務実態分析及び処遇改善法案討論会]。

(KIM Jung-nim)

Progress in Long-term Care System and Search for Community Integrated Care Dissemination in Korea

KIM Jung-nim*

Abstract

The public long-term care insurance system (LTCI) has been running for 15 years in Korea. The public LTCI aims to increase the quantity of care services by expanding the care market supply and enhancing the socialization and quality of care. However, there are some notable issues. The increased participation of private care providers in the care market has led to a rise in small-scale facilities and a significant increase in care services. However, this expansion has brought about challenges concerning the quality of service and the availability of qualified care workers. Assessing the quality of care and securing care workers tends to favor large-scale businesses, while small-scale facilities have not received adequate improvement measures. However, collaboration with local governments, stakeholders, and residents and improved social welfare literacy have shown promise in ensuring continuity. Making the pilot programs universal is feasible by managing the out-of-pocket costs of services without excluding the target population. Although dementia prevention has been declared a national responsibility, there is prevalent public anxiety surrounding this issue.

Keywords : Long-term Care Insurance, Small-scale Facilities, Socialization of Care