



的努力が韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度の成功的定着のカギになるのであろう。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度は、日本の介護保険制度からの影響が大きく、日本型介護保険の応用モデルといえよう。制度の改革及び再構築のためには同じ制度を実施している国との比較・分析を通して対案を作るのが一つの方法であろう。そして、違う国の制度と比較・分析し、制度改革の方案を模索するには、制度の内容だけでなく、制度導入の背景から制度の内容、制度導入による既存のシステムの変化、制度実施後の現状など総合的な比較・分析を通して課題を算出すべきであるが、今までの介護保険（老人長期療養保険）制度改革のための日韓介護保険（老人長期療養保険）制度に関する比較研究は制度内容比較のレベルにとどまっている。

そこで、本論文は、日本と韓国の制度と実態を総合的に比較・分析しながら展開していく方法を使用し作成された。制度再構築の方案を模索するために、制度の内容だけでなく、制度導入の背景から制度の内容、制度導入による既存のシステムの変化、制度実施後の現状など総合的な比較・分析を通して課題を算出した。そして、韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度実施前後のサービス現場の実態を調査・分析することにより、韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度の発展的な再構築のための政策的提言を行った。

本論文は、介護保険（老人長期療養保険）制度導入の背景に関する日韓比較（2章）、制度内容の日韓比較分析（3章）、制度導入による日韓高齢者福祉システムの変革（4章、5章）、日韓の制度実施後の現状と課題（6章、7章）、韓国における制度実施前後の実態調査（8章、9章）を内容に博士論文として体系的に構成されている。そして、4章から9章までの各章は一つ一つが投稿論文として完成されている（投稿し、掲載されている）。

本論文では、日韓の介護保険制度の比較考察から日韓制度両方の問題点と課題を検討するが制度再構築のための提案は、韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度に制限する。

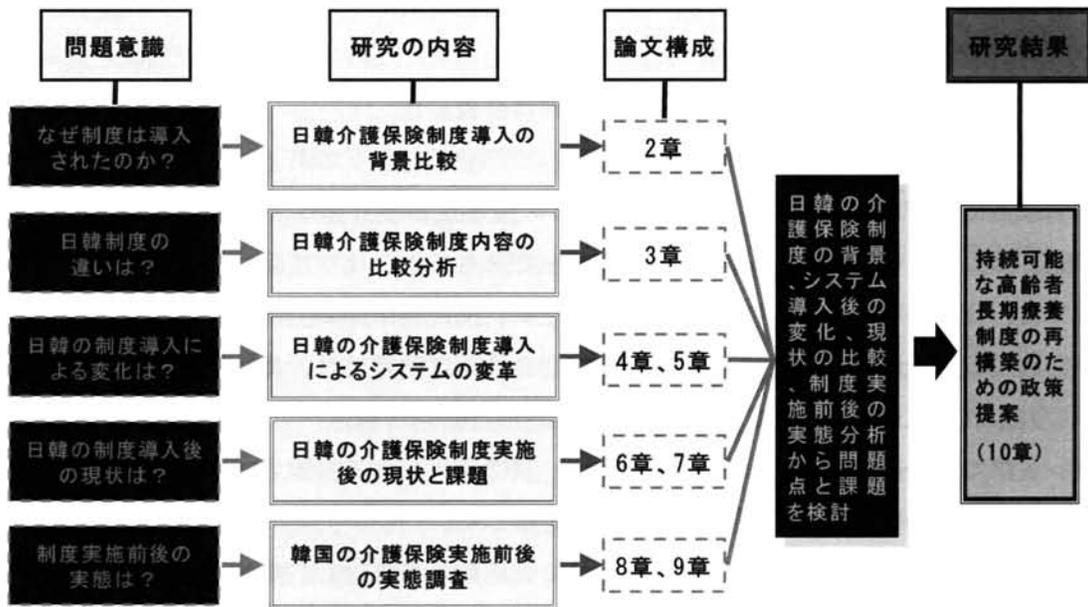
8章と9章の実態調査は、時間的・経済的事情、そしてサンプル確保の困難さにより韓国の首都であるソウル市、都市部と農漁村部が合併されている六つの広域市の中、代表的都市である大田広域市で行ったものである。したがって、本研究の調査の結果が韓国の状況をすべて説明しているとは限りがある。

本論文の全体構造と各章ごとの内容、研究方法、研究の全体的流れを〈図1〉、〈図2〉にまとめて示す。

〈図1〉 論文の全体構造

	各章	研究目的	研究内容	研究方法
制度の背景	2章	日韓の高齢化の現状と介護保険導入の背景を明らかにする。	高齢化の現状や原因、人口高齢化に伴って発生する療養保護の問題に対する社会的な対応である日韓の介護保険導入の背景を考察する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
制度内容の比較分析	3章	日韓の介護保険制度を比較分析し、類似点と相違点を明らかにする。	日本と韓国の介護保険(老人長期療養保護)制度を全面的に比較し、分析する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
制度導入によるシステムの変革	4章	日本の介護保険導入による高齢者福祉システムの変革の現状と課題を明らかにする。	介護保険導入による日本の高齢者福祉システムの変革の現状、問題点、課題を分析し、考察する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
	5章	韓国の介護保険導入による高齢者福祉システムの変革の現状と課題を明らかにする。	介護保険導入による韓国の高齢者福祉システムの変革の現状、問題点、課題を分析し、考察する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
制度実施後の現状と課題	6章	日本の介護保険実施後の現状と課題を明らかにする。	日本の介護保険制度の2005年見直しのポイントである介護予防サービスの実態とその課題を地域包括支援センターの分析を中心に考察する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
	7章	韓国の介護保険実施後の現状と課題を明らかにする。	施行6か月が経過した時点の韓国の介護保険に関して、スタート当時の基本的な計画内容や方向を把握したうえで、現在(6ヶ月の時点)の実施状況を検討し、考察する。	関連論文や文献、資料を収集・総合し分析
制度実施前後の実態調査	8章	介護保険導入前の韓国の高齢者在宅(訪問・通所)サービスの実態や問題点、ニーズを明らかにし、介護保険サービスプログラム開発に基礎的な資料を提供する。	介護保険制度導入の前に、高齢者を対象に実態調査を行う。 ①一日の生活を中心とした対象者の日常生活現状 ②健康状態の把握 ③在宅(訪問・通所)サービスに関する高齢者のニーズ 調査結果に基づき、現状と課題を明らかにし、政策的提案を行う。	韓国のソウル市と大田市の地域高齢者を対象に実態調査 ①高齢者センターを利用している266名 ②調査員による面接調査 ③調査期間1ヶ月間(2008. 3)
	9章	韓国の介護保険実施後、要介護者に認定され介護給付サービスを受けている高齢者の実態とそのニーズを明らかにし、今後の提案を行う。	日介護保険実施後に要介護者に認定され介護給付サービスを受けている高齢者を対象に実態とそのニーズを調査する。そして1年間にわたる施行の現状から、改善すべき問題点を検討し、今後の保険制度と給付サービスの発展方向性について考察する。	韓国のソウル市と大田市の要介護認定者を対象に実態調査 ①給付サービスを利用している108名 ②療養保護士による面接調査 ③調査期間1ヶ月間(2009. 7)
考察と結論	10章	全体的な考察を行い、持続可能な高齢者長期療養制度の再構築のための政策的提案を行う。		

〈図2〉 研究の全体的流れ



## 2. 各章の内容、考察、結論

2章と3章では韓国と日本の高齢化の現状と介護保険（老人長期療養保険）制度の導入の背景、そして両国の制度を詳しく比較しながら考察を行った。

日本の介護保険導入の背景としては、人口高齢化の急速な進展による介護を要する高齢者の増加、介護負担の一般化、産業化と都市化による家族形態の変化、伝統的な家族の要介護能力の低下、既存の高齢者福祉サービスの量的・質的な問題があげられる。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度導入の背景としては、人口高齢化の急速な進展、慢性疾患高齢者の増加による医療費の拡大、健康保険財政の悪化、核家族化、女性の社会進出の増加による家族介護機能の変化があげられる。

日本の介護保険制度の保険者は市町村であり、制度の仕組み立て方が「独立型・地域保険型」となっている。財源構成は公費50%＋保険料50%＋サービス利用額の1割利用者負担となっている。韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度の場合は保険者が国民健康保険公団であり、「医療保険制度活用型」の仕組みである。財源構成は保険料60～65%＋国庫20%＋利用者負担15～20%となっており日本より保険料に依存している傾向が見られる。介護職の養成については、日本のケアマネジャー制度は導入せず国家資格である療養保護士（1級と2級）を育成した。サービスの供給は、既存の社会福祉法人などに加え株式会社や非営利団体、個人等にも被指定権を与え、保険創設後に一気にサービスの供給を急増させた。そして、離島やへき地の663か所では、サービスの供給が困難なことから、家族療養として一律15万ウオンの現金給付制度も導入した。韓国では、介護報酬や介護保険料が全国一律であり、介護サービスを利用できない地域の住民も同率の保険料を全国一律に払っているため、家族療養費といった現金給付が必要であった。日本の場合、介護サービスが少なければ、その保険者の保険料は低くなり、保険料額とサービス水準が相関する仕組みになっている。

要介護者認定については、韓国は中度・重度・最重度の3段階に限定した。利用者比率は、高齢者人口の5.7%であり、日本の現在の16.7%、そして介護保険制度が始まった当初の約1割に比べても、低い状況にある。韓国の政府は、利用者範囲を徐々に広げていく予定であると言っているが明確ではない。2011年に要介護4を新設する計画は公表した。

利用者の1人当たりの予算規模は、日本に比べて25分の1程度である。在宅の支給限度額は、要介護1の最重度者で約114万ウォンであり、日本の最重度の要介護5の支給限度額35万8千3百円に比べて、はるかに低い。利用できる在宅のサービスも日本と比べて少ない。

韓国では、日本のケアマネジャー制度を導入せず、国民健康保険公団が要介護認定結果とモデルプランを利用者に送付することになっている。要介護認定項目には、身体機能状態や認知症の有無に加えて、家族構成や住環境といった社会環境項目も含めている。

4章、5章では介護保険（老人長期療養保険）制度導入による日本と韓国の高齢者福祉システムの変革の現状、そして問題点、課題を分析し、考察した。

介護保険は、介護報酬という公定価格を定めて価格競争を排除し、事業者を行政が指定する方式をとって参入を規制しているが、介護サービスの利用・提供は、基本的には利用者と提供者の間の貨幣を媒介とした売買関係で行われる仕組みであるから非市場ではなく『市場』である。正確に言えば、準市場である。

措置制度は、行政による直接的な財政責任、申請者への実施責任、管理責任を柱にしてきた。しかし、介護保険制度はこうした公的供給構造を、利用者と事業者が直接的な契約によってサービスを利用・提供する「契約型利用方式」と利用者が事業者に直接支払い責任をもつ「利用者個人への給付」のシステムに転換した。

介護保険は、供給主体が多様化され利用者の選択を基礎に競争が行われること、サービスの利用にあたってはケアマネジャーの介在を行わせていること、給付内容が医療保険と比べ統制的・制限的であること、資本の負担がない財政構造になっていることなどの特徴がある。

介護保険導入による福祉の市場化には、公的セクターの介護サービス供給の撤退、福祉サービスに関する公共の財政責任の問題、低コスト体制の強制、事業者による「逆選択」の問題などがある。

韓国では、2008年介護保険（老人長期療養保険）制度が導入され、介護分野の社会化が推進されるようになった。この介護保険制度は、福祉分野への市場原理の導入であり、サービス提供主体が国家主導から市場主導へ転換したことを意味する。

保険方式による財政運営と市場の導入から介護サービスの量の拡充、利用者選択権の拡大などが期待されているが、その一方、民間機関で提供するサービスの管理が難しく、利用者に対する選別（逆選択）が起きやすいこと、情報公開の問題、また、過度な競争は介護サービス提供者の労働条件を悪化させ、サービスの質を低下させることなど多くの問題点を抱えている。

今後、責任ある国家の管理システム構築、利用者個別の特性に相応した総合的 Case 管理のためのケアマネジメント体制導入、誰もが手軽に共有できる情報支援体系構築、介護サービス提供職人に対する安定的な労働条件の提供などへの政策的検討が必要である。

介護保険実施後の日韓両国の現状と課題を分析した6章と7章では、日本の介護保険制度の2005

年見直しのポイントである介護予防サービスの実態とその課題を地域包括支援センターの分析を中心に考察し、施行6ヶ月が経過した時点の韓国の介護保険に関して、スタート当時の基本的な計画内容や方向を把握したうえで、現在（6ヶ月の時点）の実施状況を検討し、問題点や課題について考察した。

日本では、2005年（平成17年）介護保険法の見直し・改正が行われ、予防重視型システムへの転換を目指し、新予防給付・地域支援事業が創設されるとともに、在宅介護支援センターの機能を強化し、「地域包括ケア」を推進していく中核的機関として「地域包括支援センター」を平成19年度末までにすべての市町村で設置されることとなった。

地域包括支援センターは、「地域包括支援体制」の確立実現を目指し、社会福祉士・保健師・主任ケアマネジャー等複数の専門職種が協働し支援体制構築に取り組んでいく。さらに指定介護予防事業者として要支援1・2の新予防給付のケアマネジメント機能を兼ねることとなっている。

地域包括支援センターの現状を分析してみると、介護予防ケアマネジメント業務が中心に機能しており、地域包括ケアの構築に取り組めていないと考えられる。そして介護予防ケアマネジメント業務のうち新予防給付に関する業務が大半を示しており、新予防給付に偏っているといえよう。今後、新予防給付に関する介護予防ケアマネジメントの占める割合負担が一層増え、介護予防ケアマネジメント以外の業務により大きな支障となってくることが予想されている。介護予防ケアマネジメントの受け持ち件数の制限と適正な専門職配置の施策が早急に必要であろう。

地域包括支援センターが介護予防を推進し、地域包括ケア推進を図っていくためには地域活動に割ける時間の確保が必要であり、在宅介護支援センターから引き継ぐべき相談援助技術の習得及び向上を図り、地域の特性や家族の特性に応じた「包括かつ継続的な」支援を行っていく必要がある。そして、行政やサービス事業所のみならず地域の組織とも綿密な連携を図り、協働して地域包括ケア推進に取り組んでいくことが重要であろう。

韓国政府は、介護保険初年度（2008）の要介護認定者数を約16万に予測したが、施行2ヶ月後の2008年8月末で16万4千人を超え、9月に18万2千人、11月に20万人、12月に21万4千人、そして2009年2月現在、要介護認定者数は22万8千人（全高齢者の約4.4%）であり、2008年7月制度施行当初の推計予想を大幅に上回った。

介護認定者のうち、実際給付サービスを受けている者は、認定者の69.4%であり（2008年12月末現在）、在宅サービスを受けている高齢者（91,431人）が施設入所者（56,370人）より多かった。制度施行6ヶ月後の利用率が約70%という実態は、日本の介護保険施行6ヶ月後の状況と比べ同様の水準であり、特に家庭訪問サービス利用件数が早いスピードで増加している状況である。

介護施設の不足が生じており、大都市の場合、要介護認定者に判定されても施設サービスを利用できず、在宅サービスや他地域の施設サービスに回されることが問題になっている。特に、ソウル市は充足率が約57%で最も少なく、40%以上の要介護認定者が適切な施設サービスを受けられない状況である。また、一部の介護施設では、報酬が高い認定1級者を選別して受け入れることや、保護が難しい認知症高齢者などは入所拒否をするという事態が発生している。

療養保護士を取得するための専門養成機関を民間事業者に任じたことで、短期間に多数の養成機

関が乱立している状況であり、療養保護士の専門性に対する不安が大きい。韓国の場合、療養保護士を取得するため必要な教育時間は240時間（1級）であるが、これは日本や先進国の教育カリキュラムの時間数の20%に過ぎないことから、専門的な教育が十分行われていない不安がある。介護専門職の数だけを増やすことではなく、専門性の高い職員を養成することが重要であろう。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度6ヶ月間の実施状況から、要介護認定者の拡大による対応の問題、保険料や利用料増加の問題、給付サービスの質の問題、療養保護士の専門性の問題など改善しなければならない課題が明らかになった。今後、これらの課題を解決するための財源確保と給付サービスの質の向上、さらに、国民意識の広がり介護保険制度定着のカギになると考えられる。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度実施前後の実態調査をまとめた8章と9章では、介護保険（老人長期療養保険）導入前の韓国の高齢者介護サービスの実態やニーズを明らかにし、高齢者のニーズにあった介護保険サービスプログラム開発に向けての課題について考察した。そして介護保険実施後に要介護者に認定され介護給付サービスを受けている高齢者を対象に実態とそのニーズを調査し、1年間にわたる施行の現状から、改善すべき問題点を検討し、今後の保険制度と給付サービスの発展方向性について考察した。

8章の調査の結果から、高齢者のニーズにあった保険給付サービスプログラムの開発のためには、高齢者の日常生活に関する正確な情報を得ることが最も重要であることが分かった。高齢者を対象に、家族構成（独居や夫婦世帯）、健康状態（疾患の有無）、日常生活の状況、生活環境（地域特性）など一人一人詳しく把握、評価することから多様化している高齢者のニーズに対するサービスプログラムの開発が可能になるだろう。

サービスニーズに関する調査の結果では、訪問理学療法、訪問看護、日常生活支援サービス、食事関連サービスに対するニーズが最も高かった。すなわち、医療関連サービスと日常生活支援サービスのニーズが高かったのである。したがって、高齢者のニーズにあった保険給付サービスを提供するためには、健康や疾患に関する相談と診療、リハビリテーションなどの医療関連サービスと、自立した生活をする上でかかせない食事、掃除、洗濯などの日常生活支援サービスの強化が必要であろう。

高齢者のニーズにあった保険給付サービスを効率よく提供するためには、保健、医療、福祉の連携も重要である。韓国の場合、保健、医療、福祉の分離体制であり、高齢者が必要としているサービスの情報を得ることも、選択して、受けることにも困難がある。介護保険実施に伴って保健、医療、福祉の連携サービスを提供する機関の設置やケアマネジャー制度の導入、サービス伝達体制の整備が必要である。

韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度実施後の9章の調査結果から、現行の介護保険（老人長期療養保険）制度と給付サービスに関する改善課題や今後の発展の方向性について得られた示唆点をまとめて考察すると次の通りである。

一つ、要介護高齢者は診療、健康相談、リハビリテーション（PT、OT）、看護など医療関連サービスを強く希望していることである。この結果は介護保険（老人長期療養保険）の実施前の8章の結果とも一致している。医療関連サービスは、今後、希望する在宅サービスのなかでも1位であり、現在より健康が悪化した場合必要とする在宅サービスでも1位であるにもかかわらず、現行の保険

制度のなかでは、医療関連サービスは少ない。訪問看護サービスはあるが、看護師の確保困難で実際の施行率は極めて低い。また、デイサービスの中に、看護、リハビリテーションサービスが含まれているが、デイサービスの利用率も低く、デイサービスを提供できる施設が足りないなどの問題がある。これらのことから、すでに実施されている医療関連サービスを機能させるための環境の整備と医療関連サービスの種類を増やすなど改善が求められる。

二つ、介護予防サービスの実施である。ほとんどの在宅高齢者が介護予防に関する必要性を強く感じ、介護予防サービスプログラムを求めていることが示唆された。

三つ、在宅生活の高齢者の場合、睡眠困難、運動不足があり、これは主観的健康観や日常生活での満足度も低下させることが明らかになった。在宅高齢者が質の高い生活を送るためには、在宅サービスプログラムにおいて、睡眠、運動、食事関連プログラムの支援は不可欠であろう。

四つ、ケアマネジャー制度の導入である。今回9章の調査結果をみると、今後必要とする専門スタッフとして1位が社会福祉士であり、2位は医者であった。まだケアマネジャーという概念や理解がない韓国では、サービスの全体的コーディネーターの仕事は社会福祉士が行うと理解している。韓国は介護保険導入の際、日本と異なりケアマネジャー制度を導入せず、既存の看護師や社会福祉士を再教育し介護管理要員として採用することにしたが、実際現場での介護管理要員の役割は今のところ見当たらない。今後、高齢者の介護サービスを専門とするケアマネジャー制度の導入が急がれる。

以上の考察に基づき、持続可能な高齢者療養制度再構築のための課題のまとめと政策的提言を行う。

①高齢者福祉サービスの狙いは高齢者問題に対応し、その問題が出したニーズに答えることである。したがって高齢者問題の諸構成要素を明確にし、その諸問題要素に対応する体系として、目的システムを明確にしなければならない。介護保険サービスの内容も高齢者福祉の目的システムに合わせ、原因と目的を明確にする必要がある。現在、韓国の介護保険サービスはケアに集中され、予防とリハビリテーションに関するサービスは極めて限定的であるか行われてない状況である（デイサービスの中に、看護、リハビリテーションサービスが含まれているが、デイサービスの利用率も低く、デイサービスを提供できる施設が足りないなどの問題がある）。

②要介護者認定について韓国は中度・重度・最重度者の3段階に限定した。利用者比率も高齢者人口の5.7%であり、日本の現在の16.7%に比べて低い比率であり、制度の社会的効果を考えても要介護者認定の範囲を広げ、利用者を増やす必要がある。

③利用者の1人当たりの予算規模は、日本に比べて25分の1程度であり、利用できる在宅のサービスも日本と比べて少ない。一人当たりの予算規模を増やしサービスの質を上げ、予防サービスを新設したり、看護、リハビリテーションなどの医療関連サービスを増設し、利用できるサービスの種類を拡大する必要がある。

④民間機関で提供するサービスの管理が難しく、利用者に対する選別（逆選択<sup>1</sup>）などが起きやすいことから今後、介護保険システムの中、自治体の役割を強化し、責任のある公的管理システム

<sup>1</sup> 利用契約制度では、利用者がサービスを選べるのと同様に事業者側にも利用者を選ぶ「逆選択」が事実上容認されている。

の構築が必要である。

韓国の場合、制度導入前、設計の段階からサービス管理主体に関する論争が激しくあったが結局、健康保険公団の役割になった。しかし、制度実施から2年が過ぎた現在まで健康保険公団と自治体の役割分担と連携が機能してない状況である。

本論文では、医療保険の管理組織である健康保険公団に権限と責任が集中されることを防ぐために健康保険公団は保険料の徴収、サービスに必要な費用を自治体に給付する役割に限定し、保険サービス全体を管理する役割は自治体が担当することを提案する。

提案の根拠としては、第一、健康保険公団の場合、介護保険実施前には福祉事業に関する経験がなかったため組織作り、職員教育、評価システム作りなどすべてのことをはじめからやらないといけない。第二、健康保険公団の場合、全国178箇所にも事務所があり、地方の行政組織（全国約6,000箇所）と比べ極めて少ない、しかも6箇所の広域地方に集中しているため利用者の立場からみると、不便で公平性にも問題がある。第三、介護保険実施の前から高齢者福祉サービス全般を地方自治体が管理してきたため、管理の継続性の面からも自治体の方が有利である。第四、介護保険の実施後も介護保険対象外の高齢者に関するサービスの管理は自治体が行っているため、管理の二分化による非効率性の問題もあろう。

⑤予測以上の要介護認定者の増加により、介護施設の拡充と在宅サービスの整備が求められている。特に、地域による施設充足率やサービスの質の差が激しく、ソウル市を含む首都圏での介護施設の不足から要介護認定されてもサービスを受けられないケースが増えつつある状況である。従って、今後多様な階層の国民のニーズに対応するためには国家が全面的に責任を持ち、サービスを提供する国家運営施設の拡充が必要であり、社会サービスのすべての領域で多様なサービスが提供できる民間非営利機関の増加が必要である。

⑥保健、医療、福祉サービスを体系的に相談、提供できる機関の設置やケアマネジャー制度の導入が必要である。ケアマネジャー制度導入の際には韓国の事情を考慮し、社会福祉士と看護師を中心とした仕組みを作るべきであり、資格は国が管理する国家資格にするべきである。韓国には20万人以上の社会福祉士の有資格者がいて、看護師の場合、老人専門看護師がすでに制度化されている。

⑦利用者のサービスへのアクセスを可能にし、継続して在宅生活を支える統合的なシステムを推進するためには、各事業者間の情報の流れや連携による伝達体制の整備が求められる。そして誰もが手軽に共有できる情報支援体系の構築が必要である。

⑧経営利益を上げるための過度な競争により介護サービス提供者の労働条件が悪化し、サービスの質が低下することが生じている。そのため介護サービス提供職人に対する安定的な労働条件の提供に関する政策的検討が必要である。

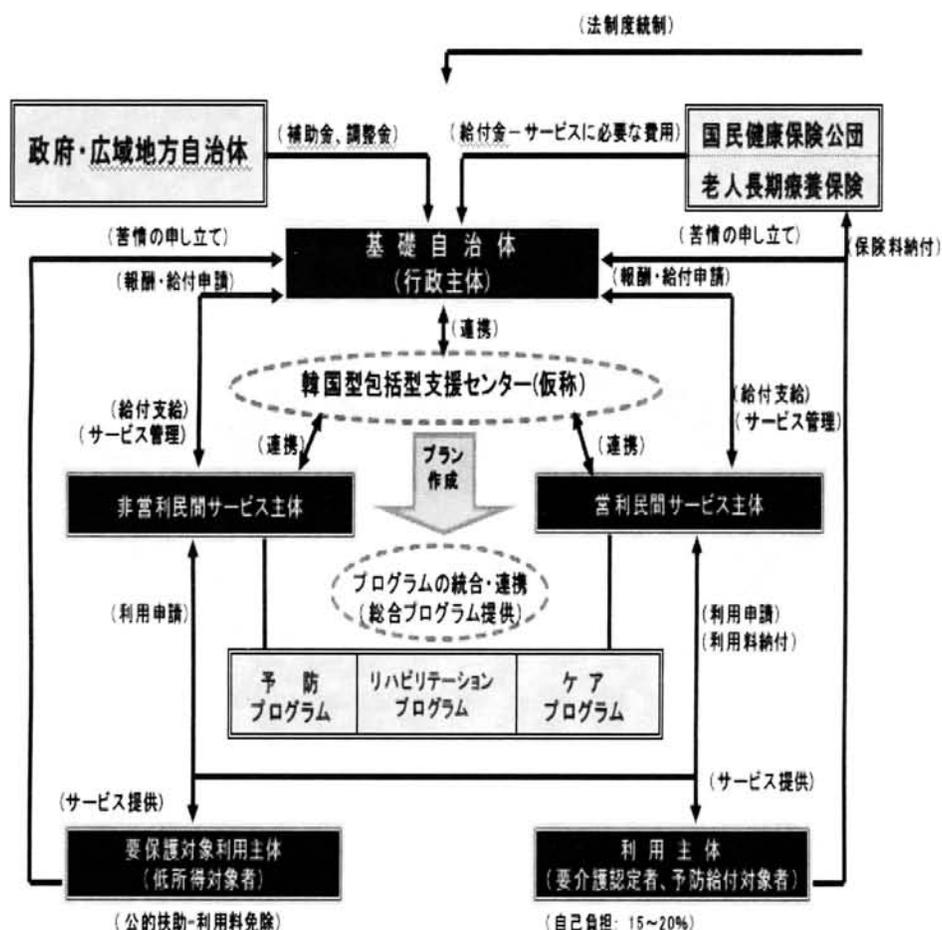
⑨モニタリングシステムの設計及び導入が必要である。モニタリングシステムの目的は、介護の質と介護サービスの質をアセスメントし（事前評価）、継続的に観察してプロセス評価を行い（プロセス評価）、最終的評価時点で評価する（アウトプット評価、アウトカム評価）ことである。モニタリングは評価情報の入手・提供のみでなく、関係者が質の高い介護や介護サービス提供のための改善ができるようなシステムとして考えることが重要である。

⑩韓国型地域包括支援センターの設立が必要である。現在、韓国の介護保険システムには地域を中心とした包括ケアと介護予防を担当する組織が設置されていないため、地域の様々な資源を活用し総合的なマネジメントを行う主体が不在した状況である。韓国の場合、全国約254箇所の高齢者福祉総合センターと、約500箇所の地域総合福祉センターがあり、この数は韓国の最小行政単位である邑面洞（全国約6,000箇所）の10%を超える数字である。これらの施設を利用し韓国型地域包括支援センターを設置すると経済的効率性も図れるであろう（実際、都市部ではほとんどの洞に福祉センターが設置されている）。

韓国型地域包括支援センターが介護予防を推進し、地域包括ケア推進を図っていくためには、地域活動に割ける時間の確保が重要であり、高齢者福祉総合センターから引き継ぐべき相談援助技術の習得及び向上を図り、地域の特性や家族の特性に応じた「包括かつ継続的な」支援を行っていく必要がある。そして、行政やサービス事業所のみならず地域の組織とも綿密な連携を図り、協働して地域包括ケア推進に取り組んでいくことが重要であろう。

以上、韓国の持続可能な高齢者療養制度再構築のための政策的提言を〈図3〉にまとめた。

〈図3〉韓国の持続可能な高齢者療養制度の再構築（案）



## 論文審査結果の要旨

本研究は、日本と韓国の介護保険に関する制度と実態を総合的に比較分析し、制度の内容、制度導入による既存のシステム変化、などの課題を統計分析により明らかにしている。さらに韓国の介護保険（老人長期療養保険）制度実施前後のサービス現場の実態を調査分析して、老人長期療養保険再構築のための政策提言を行っている。論文は10章で構成されており、第4章から9章までは、学会誌等に掲載された6つの査読論文を基礎に構成されている。

第1章では、研究目的、研究方法、先行研究等、第2章、3章では、日本の介護保険導入背景を、厚生労働省等のデータや文献を用いて、統計分析している。要介護認定やケアマネジメントは、日韓は異なる内容・方法であり、相違点が示されている。第4章、5章では、介護保険制度導入による、日韓の高齢者福祉システムの変革が比較され、現状分析と課題が明らかにされている。制度導入により、介護サービスが市場化され、競争が持ち込まれており、日韓いずれも利用者獲得競争による経営悪化と職員給与の低額化が進んでいることが示されている。第6章、7章では、日本の介護予防サービスの実態と課題、地域包括支援センターの分析が行われている。韓国でも施設サービスは不足気味で、問題・課題が多いことが指摘されている。韓国では介護保険制度運用が始まったばかりで、研究が少なく、ここでの課題分析から多くの新しい知見が得られている。

第8章と9章では、韓国のソウルとデジュンで、療護保護士による施設や在宅でのサービス面接調査が行われており、それらの分析から、システムや制度の改善点が明らかにされている。

第10章では、予防プログラムや地域包括支援センターの導入等韓国でのシステム再構築案が示されている。

以上の研究は、日韓の介護保険制度やシステムを、多くの視点から統計的に比較検討し、問題・課題を解明して、韓国でのシステム再構築を提案しており、本論文は、博士（経営学）として合格判定とする。