

# 韓国の老人長期療養施設における サービス提供計画の実態と今後の課題

高橋 明 美

## 1 研究の背景と目的

韓国では2008年から日本の介護保険制度にあたる「老人長期療養保険制度」(以下、療養保険制度)を導入し、既に10年が経過した。療養保険制度発足当初は3等級の認定区分であったが、その後改正が繰り返され、2019年3月現在では5等級および認知支援等級の6区分となっている。2017年12月末では高齢者人口の8%に当たる58万人が認定され、2015年に比べて25%増となるなど(国民健康保険公団；2018a xlvi)、高齢者人口の増加とともに制度が拡大している。

療養保険制度では日本と同様に、在宅における保険給付と長期療養施設における保険給付(筆者注；韓国語では給付ではなく「給与」と表記されるが、日本における給付と同義である)がある。両給付とも保険者である国民健康保険公団の職員が「標準長期療養利用計画書」を作成し、それに基づいて各サービス提供事業者が、日本におけるサービス提供計画書に相当する「長期療養給与計画書」を作成してサービス提供が行われていることから、制度上は公団職員が「ケアマネジャー」の役割を果たすともいえるが、公団職員による利用者への個別支援はほとんど行われていない。

これについて西下(2011：175-195)は、在宅給付での具体的な事例をもとに、公団職員の標準長期療養利用計画書は参考資料となっており、長期療養給与計画書が日本の介護保険にお

けるケアプランに相当し、サービス提供事業者による「見えざるケアマネジメント」があるとしている。

このような現状から、在宅給付においてはサービスの組み合わせが行われにくく、訪問介護やデイサービスなどの単一サービスを利用している利用者が圧倒的に多い。保険者としては、2019年からのデイサービスと訪問型サービスの複数サービス利用を進める「統合在宅給付」を試験的に導入し、公団職員のケアマネジメント機能を強化することで、改善を図ろうとしている。

では、もう一方の施設給付においては、標準長期療養利用計画書(以下、標準利用計画書)と長期療養給与計画書(以下、サービス提供計画書)はどのような関係にあり、サービス提供計画の作成過程や内容はどうなっているのだろうか。筆者は2011年に老人長期療養施設に60日余り滞在し、施設におけるサービス提供計画の作成についてかかわった経験があるが、現状はどう変わったのだろうか。

本研究は、韓国の老人長期療養施設(以下、療養施設)におけるサービス提供計画の実態を明らかにし、今後の課題を探ることを目的とする。

## 2 研究の方法

本研究では、まず療養保険制度の概要とそこ

における「標準利用計画書」および「サービス提供計画書」の関係について見た後、実際にはどのように立案および実践されているのかについて、療養施設における実践を通じてその実態を把握し、課題を考察する。

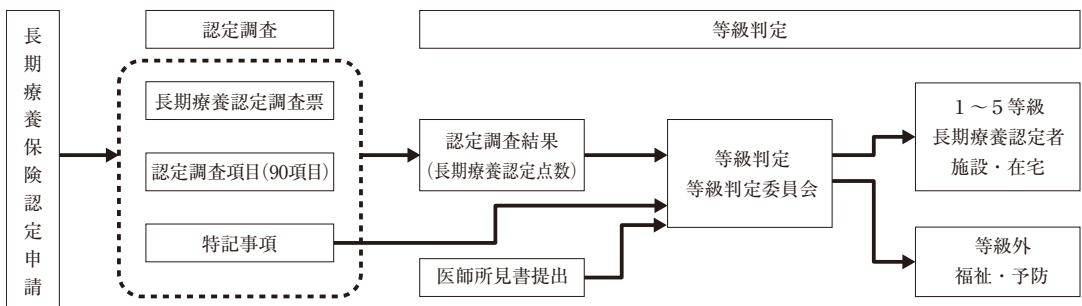
研究に際しては、設立背景や定員が異なるソウル市内の3つの療養施設で研究趣旨と個人情報の遵守を説明し、研究協力の同意を口頭で得て資料提供を受けた。その後、ヒヤリング内容および研究結果を文書で提示して、公表および調査協力の同意を文書で得た。調査期間は2019年2月14日から2月22日、ヒヤリング内容等の説明および文書での同意は2019年9月2日から4日である。

### 3 研究結果

#### (1) 療養保険制度における「標準利用計画書」と「サービス提供計画書」

##### 1) 療養保険制度の概要

韓国では高齢化率が10.1%と低くはあったが、2008年7月から日本の介護保険に相当する「老人長期療養保険制度」を導入した。日本とは違い、国民健康保険公団が全国で唯一の保険者である。療養保険を利用するには国民健康保険公団に申請し、認定調査のあと主治医意見を提出して等級判定委員会等で等級判定を受ける必要がある(図1)。

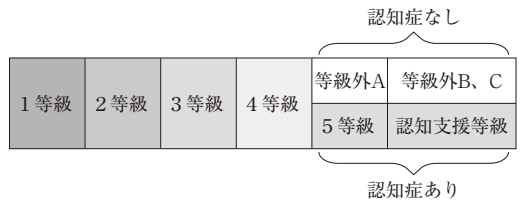


出典：国民健康保険公団 『2017 老人長期療養保険統計年報』 xxxvi(筆者訳)

図1 韓国療養保険の等級認定から利用まで

等級判定後は、長期療養等級認定書とともに「標準利用計画書」が国民健康保険公団から本人に送付される。その後サービスを利用したい場合は、利用者が各機関と利用契約を交わして給付を受けることとなる。

等級は制度発足当初は3段階であったが、2014年7月から軽度者と認知症者を対象とする4、5等級が新設された(筆者注：1等級が最重度である)。その後ムン・ジェイン大統領の公約である認知症国家責任制に関連し、2018年から「認知支援等級」が新設されている(図2)。



出典：国民健康保険公団 報道参考資料(2018.1.3)より筆者作成

図2 韓国療養保険制度 等級表

給付は、在宅給付(訪問介護、訪問入浴、訪問看護、昼夜間保護、短期保護、福祉用具)と、長期療養施設で提供される施設給付に分けられる。在宅給付の場合は、等級ごとに月限度額が設定され、限度額内では本人負担は15%である。施設給付の場合は、等級ごとに1日の支給額が設定されており、本人負担額は20%である。施設給付の利用は2等級以上が原則であるか、3

等級以下でも後述する標準利用計画書に施設給付と記載されていれば利用可能である。

サービス利用前、本人が希望するサービス提供事業者と契約を結ぶ際には、公団職員が作成した標準利用計画書を提出し、各サービス事業者はそれに基づいて「サービス提供計画」(筆者注：韓国の制度上は「長期療養給与計画」という呼称である)を作成してサービス提供を行うこととなっている。

## 2) 老人長期療養施設とは

今回の研究対象である療養施設とは、療養保険法第23条2「施設給付は長期療養機関に長期間入所した受給者に対し、身体活動支援および心身機能の維持・向上のための教育・訓練などを提供する」機関であり、老人福祉法第34条に規定された施設が運営できる。また老人福祉法第34条では、「認知症・痛風など老人性疾患などにより心身に相当な障害が発生し、手助けが必要である老人を入所させ給食・療養とその他日常生活に必要な便宜を提供する施設」であり、日本の特別養護老人ホームに相当する老人長期療養施設(療養院)と入所者が9名までの老人共同生活家庭に分類されている。2017年末現在、療養施設は3431施設で11万643人が入所しており、共同生活家庭は2035施設、1万4957人が入所している(国民健康保険公団；2018a：529)。

また、療養施設の人員配置については、老人福祉法施行規則により表1のように規定されている。

## 3) 標準利用計画書の役割

前述のように、療養保険の認定を受けた受給者に対しては、等級認定書とともに必ず「標準利用計画書」が送付される(図3)。標準利用計画書とは、「受給者が月限度額の内給付を円滑に利用できるように、利用者個人別に機能状態および欲求を反映させて作成した長期療養適正給付計画書」(国民健康保険公団；2018a xxx)で、作成者は社会福祉士や看護師資格をもった公団職員である。保険者である国民健康保険公団が発行した『老人長期療養保険法解説』(2014：97-101)では以下のように説明されている。

一番適合して個別化した長期療養給付計画を策定し、受給者に提供できるように、月限度額範囲内で費用効果的サービスを利用できるように支援する長期療養給付のガイドの役割と機能を持っている。

受給者の立場からは、具体的にどのような長期療養給付をどれだけ利用しなければならないのか、わからない場合が多い。

公団が作成した受給者別の受給者別オーダーメイド型計画書を基礎にして、長期療

表1 長期療養施設人員配置基準

	施設長	事務局長	社会福祉士	医師(韓医含む)/嘱託医	看護師または看護助務士	理学療法士/作業療法士	療養保護士	事務員	栄養士	調理員	衛生員	管理員
老人療養施設 30人以上	1名	1名 (入所者50名以上の場合)	1名 (入所者100名を超える度に1名追加)	1名以上	利用者25名あたり1名	1名 (入所者100名を超える度に1名追加)	入所者25名あたり1名(認知症施設2名あたり1名)	1名 (入所者50名以上の場合)	1名(1回給食人員50名以上の場合)	入所者25名あたり1名	1名 (入所者100名を超える度に1名追加)	1名 (入所者50名以上の場合)
10人以上 30人未満	1名	1名		1名	1名		入所者25名あたり1名			1名		

出典：老人福祉法施行規則 別表4(筆者訳)

長期療養認定番号L00000000-利用計画書番号)					
標準長期療養利用計画書					
本書式は受給者が長期療養給付を円滑に利用できるように発給した利用計画書ですので、長期療養機関と給付契約締結の際に提示してください。					
氏名			生年月日		
長期療養等級			等級		発行日
在宅給付		(月限度額)	1ヵ月あたり	ウオン	在宅： %
施設 給付	老人療養施設	一般	1ヵ月あたり	ウオン	施設： %
		認知症専門型カ型	1ヵ月あたり	ウオン	
		認知症専門型ナ型	1ヵ月あたり	ウオン	
	老人療養共同生活家庭		1ヵ月あたり	ウオン	
	認知症老人療養共同生活家庭		1ヵ月あたり	ウオン	
本人一部負担金(率)					
長期療養問題	長期療養目標		長期療養必要領域		長期療養必要内容
受給者希望給付					
留意状況					
老人長期療養利用計画及び費用					
給付種類	回数	長期療養給付費用			本人一部負担金
	週 回			ウオン	ウオン
	月 回			ウオン	ウオン
合計				ウオン	ウオン
福祉用具					
☎000-0000-0000					
支社		担当者			
国民健康保険公団 理事長 印					

出典：韓国療養保険法施行規則 別紙 第7号書式(筆者訳)

図3 標準利用計画表

養機関が長期療養給付を契約した受給者に、より具体的に給付提供計画書を作成してその計画にともなう長期療養給付を提供することになる。

したがって計画書は、受給者が長期療養機関と長期療養給付を契約する時に提示してオーダーメイド型給付を提供されるように助けるものと考えることができる。

ここからは、標準利用計画書は本人や家族がサービスを選択する際や、事業所がサービス提

供計画を作るための基礎資料として位置づけられていることが、はっきりとわかる。標準利用計画書には、対象者の課題、領域、目標の項目があり、訪問調査時における利用者のニーズ整理が行われている。事業者はこれをガイドラインとして、より詳細なサービス提供計画の作成を行うのである。しかし、標準利用計画書は利用者のサービス選択を制限するわけではなく、日本の介護支援専門員が立案するケアプランのように、サービス種類や回数、内容と直結するわけではない。

## 韓国の老人長期療養施設におけるサービス提供計画の実態と今後の課題

この点について前述の西下(2011:175-195)は、在宅給付における標準利用計画とサービス提供計画について「標準長期療養利用計画書は、参考資料にとどまるのであり、拘束力はない」、「老人長期療養保険制度が、見えざるケアマネジメントに依存している」と、根本的な課題を指摘している。また白澤(2019:175)は韓国のこのプロセスを「ケアマネジメントもどき」と厳しい言葉を使って評している。

現在、韓国には複数サービスを統合的に調整する日本のケアマネジャーに相当する事業はない。ニーズに基づいた複数サービスの調整が制度的に行われていないこと、総合的な相談を受ける職種や機関がないことは、結果として利用者の在宅生活の継続を困難にしている。韓国もこれらの課題に取り組むべく、在宅給付における統合型サービスの導入を制度化しようとしており試行事業が展開されている。だが本研究が対象とする施設給付においては、未だ十分な検

討が行われていないのが現状である。

### (2) 長期療養施設における「サービス提供計画」

#### 1) サービス提供計画立案の指針

療養保険法および施行令等には、施設におけるサービス提供計画について詳細な規定はない。しかし、韓国の療養機関を対象に行われる施設評価ではサービス提供計画が評価対象となっており、『長期療養施設機関施設給付 評価マニュアル』(国民健康保険公団;2018b)に詳細な評価指標の規定がある(表2)。なお、この施設評価は3年に一度実施され、点数により優秀・良好・普通・不十分と公表される。またこの評価が介護報酬加算に結びつくため、各施設はこの指標を満たそうと努力していることから、この評価指標が実際上の立案指針となっていると考えられる。

表2 施設サービス提供計画書の作成の規定

指標番号	項目名	主要内容	詳細内容
評価指標28	統合的視点	受給者の健康状態と個人的特性等を考慮した総合的なニーズ把握を実施する	心身状況、総評、転落危険度、褥瘡危険度、認知機能状態を年一度以上チェック
評価指標29	給付計画策定及び提供	総合的なニーズ把握などをもとに個別給付計画を立て、給付計画に従って給付を実行する。アセスメント結果などに基づいて受給者状態に合う給付計画を立て、給付計画に従って給付を提供するなど体系的な給付提供が成り立つのか評価する。	① ニーズ把握、転落危険、認知機能検査などを反映した個別給付計画を年1回以上作成する。 ② 新規受給者は入所日から公休日を含む30日以内に実施 ③ 確認事項：受給者名、日時、作成者、給付提供目標、給付提供内容回数または時間 ④ 給付計画について、受給者または保護者に説明し確認署名をもらう ⑤ 給付計画にしたがって給付が提供されている ⑥ 給付計画の変更が必要な場合、その事由を記録し、変更した給付計画に基づいて給付が提供される
評価指標30	給付提供結果評価	給付提供に対する結果を定期的に評価して記録する。	給付計画に従って提供した結果を定期的に評価して、給付計画を再作成するなど給付の質の向上に努力する ① 個別給付計画に従って、給付提供結果を分期的に1回以上定期的に評価する(日時、総評または総合所見、作成者) ② 個別給付計画に従って給付提供結果を年1回以上定期的に評価する ③ 給付提供評価結果を反映させて給付計画を再作成する
評価指標31	事例管理	受給者に対する体系的な事例管理を実施する	① 事例会議を周期的に実施する確認事項：日時、受給者名、選定理由、会議内容、会議結果、出席者：職種別給付提供職員各1名以上 事例会議実施周期：30人以上1回、10人以上30人未満分則別1回 ② 事例会議結果を1か月以内に給付に反映 ③ 転院や退所する場合は連携記録紙を作成して提供する

出典：国民健康保険公団『長期療養施設機関施設給付 評価マニュアル』(2018) P86-92から筆者作成

## 2) サービス提供計画立案の方法と過程

今回、ソウル市内の3施設を訪問し、サービス提供計画の立案方法とその内容について調査を行った。これらの施設ではすべての施設がサービス提供計画立案前に標準利用計画の内容や領域を確認し、それを踏まえてサービス提供計画を作成していた。しかし、その立案過程、方法、内容等には差異があった。これらの比較は、表3にまとめている。

A施設(定員21名)においては、入所後10日程度で暫定的なサービス提供計画を社会福祉士が立てたあと、施設独自のアセスメントシートを使用して社会福祉士、療養保護士、看護師、施設長で集まって会議を開きサービス提供計画を確定させる。サービス提供計画書はA41枚程度にまとめている。見直しは、定期的には6ヵ月に一度、入退院など状況変化時は臨時で行っている。ケアの内容や方法変更については、社会福祉士が指示を出している。

B施設(定員90名)においては、民間会社の介護電算システムに入っているアセスメントシートや施設で作った24時間シートを活用し、療養保護士の他に社会福祉士の資格も持った療養主任が主導して計画を作成する。入所後は2週間観察したのちにチームで確認し確定させている。見直しは6ヵ月ごとに一度、入院、状態変化の時は随時作成している。これとは別に困難事例のカンファレンス(筆者注：事例管理という)も、月2、3例行っている。ケア内容や方法変更は、毎朝および毎週の会議で決定している。また施設長も毎朝巡回を行うので、施設長が直接指示を出すこともある。

C施設(定員70名)においては、入所前に社会福祉士と看護師が家庭等を訪問して独自のアセスメントを行い、入所判定会議で2週間の暫定サービス提供計画を確定させる。入所後は、民間会社の介護電算システムに沿って各部門がア

セスメントを作成して入力し、1ヵ月以内にサービス提供計画を確定させる。サービス提供計画は、4ページ程の詳細な内容となっている。見直しは定期的に6ヵ月に一度、入退院など状況変化時は臨時で行っている。

またこれとは別に、困難事例のカンファレンスも1ヵ月に一度1事例ずつ開催している。なお、ケアの内容や方法の変更は、毎朝の会議で報告し合意の上行っている。社会福祉士が取りまとめは行うが、指示を出すという役割ではない。

## 3) サービス提供計画書の内容およびサービス提供との関連

図4から6には、筆者が各施設から資料の提供を受けた標準利用計画書とサービス提供計画書を示した。なお、各計画書は個人情報保護の観点から一部改変している。

各施設とも、サービス提供計画書は詳細に作成され、日々のサービス内容を連動させるようになっている。またB施設、C施設では、食事や洗面の回数まで記されている。これは前述の表3に示した、評価指標29「給付計画に基づいて給付を実行する」という項目を順守するものである。

サービス提供計画書は保護者(筆者注：家族のことをいう)に給付され、確認をもらう。また保護者に対しては、食事や排泄の回数、日々の血圧など毎月のサービス提供状況が送付またはWeb上で示され、サービス提供計画書に即したサービス内容が行われていたか確認できるようになっている。

## 4 考察

以上の研究結果から、韓国においては在宅給付だけではなく、長期療養施設においても標準利用計画書を基礎資料とした「サービス提供計

韓国の老人長期療養施設におけるサービス提供計画の実態と今後の課題

表3 サービス提供計画作成の方法と過程 比較表

施設	作成者	入所までの流れ	プロセス	アセスメント方式	標準計画との関連	職種間共有	ケア内容の変更など	課題と思っていること
A (定員21名)	社会福祉士が中心に行う	保護者が来所相談。その後入所。	〈新規〉入所後1週間から10日観察し、本人と家族の希望を聞いて作成する 〈その他〉6ヵ月ごとに見直し。入院、状態変化の時は随時作成する	公団の様式を参考にして施設独自の様式でアセスメントを行っている	参考資料として内容を反映するが、本人の希望などを考慮して変える(例)プログラム参加など)	毎日の朝礼と週1回の会議で確認	内容によって変える(梅創→看護師、総合的→社会福祉士)	利用者の希望の反映方法
B (定員90名)	療養チーム長が主導し、チーム(療養、看護、理学療法士、栄養、社会福祉士)で作成 ※療養チーム長は、療養保護士+社会福祉士資格	保護者が来所相談。その後入所。	〈新規〉入所後2週間観察し、チームで作成する 〈その他〉6ヵ月ごとに見直し。入院、状態変化の時は随時作成する	市販の電算システムの利用。必要に応じて24時間シートも活用	標準計画を見て、領域を確認してから作成している	毎朝のミーティングの際に各階から報告、個別の入所者の申し送り。院長も朝6時に巡回。月1回の事例会議(2、3例)	療養チーム長が主導ではあるが、各チームで行う	情報をとれただけ収集するかが課題なので、24時間シートも活用している
C (定員70名)	電算システムには社会福祉士が登録しているが、各チームで作成している	来所または電話相談→看護師と社会福祉士が訪問し面談→入所判定委員会(社会福祉士、療養保護士、看護師、栄養療法士、作業療法士、栄養士)で支援計画案づくり	〈新規〉入所後14日以内に2週間提供計画を策定し実施。1ヵ月以内に給付計画確定。 〈その他〉6ヵ月ごとの見直し。退院時や状態変更時は2週間ケアプランから1ヵ月以内に給付計画確定。	市販の電算システムに入っているアセスメントを利用	標準計画をできるだけ具体的、実践的にするようにしている	毎朝の会議で共有するほか、週1回の全体会議。月1回の事例会議	ケアの責任者は各チーム長。朝の会議で変更なども決定する	2週間でとれただけ状態把握をするか。過去を知らないのとケアが難しいが、家族も知らないことが多い

標準利用計画書

長期療養必要領域	長期療養短期目標	長中期目標
■身体機能 ■認知機能 ■行動変化 ■看護問題	■認知障害についての適切な処方法の学習	■身体機能状態の悪化防止及び合併症予防 ■正確な認知機能能力を診断を受けて対処する ■行動変化に適切に対処する ■看護問題について管理状態を維持
長期療養必要内容	■身体活動支援 ■情緒支援 ■救急サービス ■施設環境管理 ■看護処置	
留意状況	■衣服交換、トイレ介助の際は自尊心を守るため、十分な配慮が必要です	
受給者希望給付	老人療養施設	

サービス提供計画書		担当者		施設長			
目標	現在の身体機能状態を増進・維持させる						
細部目標	プログラム名	提供方法	場所	進行者	回数/時間	評価方法	
身体活動支援(転倒予防)	車いすで移動時転落の危険があるので注意しなければならない	移動時転倒注意	移動時注意して観察することが必要	ベッド上・トイレ・リビング	ケア者	随時	過程：移動時注意 評価：転落事故がなく生活する
認知機能	認知機能を維持する	童話口演	プログラムを拒否するときは、積極的に参加するように誘導する	プログラム室	ケア者専門講師	週1回(月)	過程：プログラムに義務的に参加するように勧める 評価：認知機能の低下を予防する
		音楽治療				週1回(火)	
		笑い治療				週1回(木)	
情緒支援	脚のむくみ及び膝の疼痛を緩和させる	疼痛緩和	赤外線または空気圧マッサージの提供	寝室	看護師	随時	過程：治療を長期的にして安定感を感じられるようにする。 評価：疼痛を緩和して健康な生活を図る
	認知的刺激を通して認知症を予防する	話し相手・認知活動	毎日日常的に会話および週一回以上認知活動を通して認知的刺激を提供する	生活室	ケア者ボランティア	随時/週1回以上	過程：毎日日常的に会話および週1回以上認知活動を通して認知的刺激を提供する 評価：認知機能の低下を予防する
機能回復訓練	身体動作訓練を通じて身体機能を維持させる	朝の体操	毎日朝の体操時前で一緒に行う	生活室	ケア者ボランティア	毎日	過程：身体動作訓練を通じ関節拘縮を予防する 評価：身体機能を増進及び維持させ健康な生活を図る
		日常生活動作訓練	毎日、食事やトイレなど日常生活動作を残存機能を最大限活用するように誘導する	リビング生活室 トイレ	ケア者ボランティア	随時	
看護処置	服薬管理を通じて適切な薬物提供をして、健康な生活を維持する	服薬管理(血糖下降剤、認知症、うつ病、パーキンソン、糖尿、便秘、むくみ、など)	薬物を時間を守って適切な量を提供する	食卓及び生活室	看護師 ケア者	食後および就寝前	過程：服薬チェックを通じ、決まった時間に適切な量を提供する 評価：服薬管理を通じ安全に薬物を服薬し健康を増進させる

出典：韓国療養保険法施行規則 別紙 第7号書式(筆者訳)

図4 A施設D氏の標準利用計画書とサービス提供計画書



韓国の老人長期療養施設におけるサービス提供計画の実態と今後の課題

標準利用計画書

長期療養問題	長期療養目標	長期療養必要領域	長期療養必要内容
個人衛生管理が難しい	支援を受けて、個人衛生管理	身体活動支援	衣服交換、清拭、整髪、爪切り
トイレの利用が難しい	支援を受けてトイレの利用が可能		トイレの利用支援
薬剤管理が難しい	規則的な薬剤管理、関節拘縮予防		正確な時間で服薬管理、
認知機能低下、認知支援必要	認知機能向上、認知機能訓練を通じた残存機能の活用と維持	認知活動支援	認知刺激訓練、反復訓練、認知活動プログラム3、日常生活プログラム2、感覚活動プログラム
行動変化で日常生活が難しい	行動変化に対する安全な対処	認知症管理支援	危険要素を減らし、受給者と支援者の安全管理
個人活動が難しい	個人活動と社会活動を維持	個人活動支援	病院同行
不規則な薬物服用	正しい薬物管理	健康管理	投薬管理指導
基礎健康管理が難しい	健康状態維持及び疾病予防	健康管理	観察及び身体機能増進
救急状態発生	救急状態対処	救急支援	救急サービス
生活環境管理支援	きれいで衛生的な環境管理	施設環境管理	寝具リネン交換及び整理
受給者希望給付	老人療養施設		
留意状況	■長期療養給付利用時、自尊心を守るため、十分な配慮が必要です ■一般的な支援よりも残存機能を活用した可能なことは自分でできるような支援が必要です		

サービス提供計画書

受給者 (保護者) ニーズ把握	受給者	家に行くことの他は何もない						
	保護者	施設で良く適応するように手伝ってもらえたらよい						
	ニーズ評価結果と総評	1. ケア	身体機能状態は守られており、大部分の日常生活動作は自立。自力移動およびトイレ使用も可能。遂行力は高いが、認知症から短期記憶障害があり、見当識、判断力低下があり動作遂行時に指導と見守りが必要だ… 家に犬がいて、世話をしなければと繰り返す。意思疎通は円滑であり、プログラム誘導等すれば施設に適応するようだ					
		2. 医療	高脂血症、認知症(詳細不明)、甲状腺診断歴ある。神経科の投薬もある。契約締結後は保護者と協力して病院受診予定。簡易精神検査状態12点、うつ病評価5点、短期記憶の低下が著しく心理的不安感あり。褥創危険度23点で危険なし。					
		3. リハビリ	運動障害及び関節可動域制限はない。転倒危険度10点と高い。自力で動けるが、認知症からくる転落など安全事故を予防するために、見守りと部分介助が必要だ。					
4. 栄養		一般食をよく召し上がっている。身長に対し、低体重の恐れあり。食事量などをチェックして、標準体重へ到達する。						
給付 提供目標	1. ケア	認知症管理および行動変化に適切な対処；認知症管理支援プログラム、日常生活での能力向上訓練						
		個人衛生および清潔管理；個人物品(衣服)管理、トイレ利用後の処理						
		残存能力維持；日常生活動作を通して残存能力を積極的に活用する						
		心理的情緒支援；プログラム誘導および話し相手サービス						
		血圧モニタリング施行する。定期的に認知機能検査と認知症管理						
2. 医療	独立的に日常生活ができるようにする。独立的に安全に歩行移動できるようにする							
	3. リハビリ	疼痛及び不快感を最小化する。転落など安全事故を予防する						
		提供した食事とおやつ食事量を観察する。消化状態によって食事量などを増やして提供する						
4. 栄養								
順番	ニーズ(プログラム)		結果目標/短期目標	サービス提供内容	回数	所要時間 1回/総	提供者	
1	日常生活	身体活動	洗面介助	清潔状態が維持できる 正しい洗面ができるよう指導する	洗面台の位置を教えて自分で洗面できるように誘導する	3回/1日	5分/15分	療養保護士
30	医療リハ	看護	予防管理	健康状態を維持できる 疾病を予防できる	インフルエンザ予防を行う	1回/12月	10分/10分	看護師
38	医療リハ	リハビリ	物理治療	腰と膝の疼痛を最小化できる	温熱治療や電気治療を適用する	必要時	20分/分	理学療法士
41	栄養給食	給食	食事介助(朝)	規定量の栄養で健康を維持させる	食事時見守り、おかずを介助	1回/1日	30分/30分	栄養士
46	福祉事業	認知症予防プログラム	認知および精神機能訓練	認知症と老化による認知機能低下の速度を遅らせる	生活内で記憶力、見当識、計算力、判断力などの認知訓練を行う	受持	5分/分	療養保護士

出典：施設提供資料を筆者訳(サービス提供計画書は一部抜粋)

図5 B施設 E氏の標準利用計画書とサービス提供計画書

標準利用計画書

長期療養問題	長期療養目標	長期療養必要領域	長期療養必要内容
個人衛生管理が難しい	支援を受けて、個人衛生管理	身体活動支援	衣服交換、清拭、整髪、爪切り
移動が難しい。転倒危険	移動能力の維持及び悪化予防、転倒予防		車いす移動、危険要素最少化、安全管理
排尿管理が難しい	尿失禁管理を通じた清潔維持		排尿訓練(規則的排尿練習、排尿刺激、水分管理)
薬剤管理、関節動かすのが難しい	規則的な薬剤管理、関節拘縮予防		正確な時間で服薬管理、関節拘縮予防運動
認知機能低下、認知支援必要	認知機能向上、認知機能訓練を通じた残存機能の活用と維持	認知活動支援	認知刺激訓練、認知活動プログラム2、日常生活プログラム2
個人活動の遂行が難しい	個人活動と社会生活の維持	個人活動支援	外出時同行、病院同行、散歩同行
関節拘縮	関節拘縮予防	機能回復訓練	関節拘縮予防運動
基礎健康管理が難しい	健康状態維持及び疾病予防		関節及び身体機能増進
救急状態発生	救急状態対処	救急支援	救急サービス
生活環境管理支援	きれいで安全な環境管理	施設環境管理	寝具リネン交換、整理、環境管理、物品管理
受給者希望給付	訪問介護		
留意状況	■左下肢麻痺及び気力低下から移動時に転倒の危険があり、注意が必要です ■左足の脱力があり、日常生活が難しく、残像機能を活用して自分のできるよう励まし、支援してください ■関節拘縮と筋力の弱化を防止する手間に、関節運動及び健康管理サービスが必要です		

サービス提供計画書

受給者(保護者)ニーズ把握					
園内の広場に1日に1回散歩に行きたい。ハングルを習いたい。					
カトリック信者なので○○聖堂で1ヵ月に一度ある奉聖体を希望している。					
車いすに乗り、ユニットを自由に行き来できたら良い					
食事は食卓で食べたい。入浴は2日に1回したい					
ニーズ	結果目標	サービス		提供者	回数
		短期目標/給与提供内容			曜日
日常生活/身体活動/洗面	個人衛生の要求に合わせた生活状態を維持する	短期目標	洗面、手洗いなど清潔維持をし、健康に生活できる	療養保護士	4回/1日
		提供内容	自分で清潔が維持できるよう、きれいなタオルを準備して渡す		月～日
日常生活/排便排尿/トイレ(排尿)	清潔な排便排尿ができるようにする	短期目標	トイレを利用して排泄欲求を解決する	療養保護士	随時
		提供内容	自分でできるが、随時観察して手伝う		随時
医療リハ/看護/血圧管理	安定的な血圧を維持する	短期目標	血圧数値が正常範囲になるようにする	看護師	1回/1日
		提供内容	毎日血圧チェック、処方薬の投与		月～日
医療リハ/作業療法/健康体操	身体を活動的に動かし、身体の健康を維持する	短期目標	欠動的な動きや動作を行い、身体の健康と筋力を増進する	作業療法士	1回/1日
		提供内容	朝の体操を行う		月～日

出典：施設提供資料を筆者訳(サービス提供計画書は一部抜粋)

図6 C施設 F氏の標準利用計画書とサービス提供計画書

画書」を施設独自の手法で立案していることが明らかとなった。そして各施設は、サービス提供計画に基づいたPDCAサイクルで実践を行っており、サービス提供計画が日本の施設サービス計画(ケアプラン)に相当することということができる。しかし日本の施設サービス計画を踏ま

えたうえで、このサービス提供計画を見ると、以下の点が課題として挙げられる。

第一は、サービス提供計画の効果が明らかではないことである。各施設のサービス提供計画書を見ると計画はPDCAサイクルで立案し振り返ってはいるが、サービス内容の羅列になって

いる感が否めない。計画がサービス提供の根拠となっているため、仕方のない部分はあるが、どのサービスをどれだけどのように提供するかという点に重点が置かれた手順書ようになっており、問題解決の視点が弱い。また「サービスを提供する」という視点が強く、利用者ではなく支援者の立場からの立案となっているように思われる。

韓国でも利用者主体のサービスを指向しているのであるから、サービス提供計画は、利用者の要介護状態を改善するため、あるいは利用者の望む生活に近づけるために位置しているはずである。各施設でアセスメントの段階では、利用者のニーズ把握はできているのであるから、利用者の希望を実現するため、あるいは生活課題を解決するためにはという視点からの、より具体的な計画立案につなげていく必要があるのではないか。

第二は、ケアの責任者が明確でないことである。日本ではケアマネジャー(介護支援専門員)が制度化され、計画立案から実施まで責任を持ってケアの内容と質を管理する役割を持っているが、韓国ではケアマネジャーが制度上不在のためにここが空白になっている。各施設とも、ケア内容の変更とその方法については、毎朝の会議などを活用して合議で決めるように工夫してはいるが、全体的な進捗管理を行い、ケアの質を客観的に維持向上していくには、全体の責任者を明示した方が効果的ではないだろうか。なお、その際には、立案者をケアの責任者として制度上の位置づけを行い、その教育や養成を行うことも求められよう。

第三は、公団が作成する標準利用計画書の内容についてである。各施設は標準利用計画書で提示された内容を踏まえたうえでサービス提供計画を作成しており、標準利用計画書が指針としての役割を持っている。しかし、利用者の具

体的な生活課題について明示がなく、内容が一般的であり個別性が薄い。指針としての役割を果たすならば、単に「問題」と「目標」を提示するだけではなく、さらに具体性を持たせ、また病気や障害などを記載して、その判断根拠についても情報提供する必要があるのではないか。日本では、これはケアマネジャーが主治医意見書の閲覧をして補足をし、介護支援計画書やサービス担当者会議の中で説明を行っている部分である。なお、公団においても標準利用計画書の内容検討が行われており、2019年7月より、標準利用計画書の「長期療養必要内容」がやや詳しく記述されるようになってきている。

今まで課題を見てきたが、一方で韓国の強みや長所としては以下の点が挙げられる。

筆者は冒頭に述べた通り、2011年に療養施設に60日ほど滞在しサービス提供や計画づくりに関わったのだが、本研究で見た通り計画作成から実施までのプロセスが業務の中に位置付けられ、システムの計画作成が行われていることは当時と比較すれば格段の進歩である。短い期間でここまで到達した背景には、前述した韓国独自の「施設評価」という仕組みが影響していると思われる。施設評価項目の中に、利用者主体が強調されるような評価項目や、効果や成果を問う評価項目が入れば、一気にその方向に動くことができるのではないだろうか。サービス改善の「仕組み」を持っていることは、韓国療養保険制度の大きな長所と考えられる。

また、表1で示した通り、長期療養施設には社会福祉士という国家資格をもった専門職が配置されているのも、韓国の強みである。社会福祉士はその養成課程で、相談援助とケアマネジメントを学んでいる。社会福祉士の専門性を活かす形で、施設におけるケアマネジメントが推進できるのではないだろうか。

韓国では2025年までに「コミュニティケア」

を形にするということが政策および実践課題となっている。コミュニティケアにおける施設の役割、あるいはそこにおけるサービス提供計画を今後の研究課題としたい。さらに、韓国の施設評価についても研究をすすめると同時に、韓国の長期療養施設におけるサービスの質の向上に寄与していきたい。

【引用文献】

- 西下彰俊(2011)「韓国の長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題」東京経済大学現代法学会編,『現代法学』,第20号, pp.175-195
- 白澤正和(2019)『介護保険制度とケアマネジメント 創設20年に向けた検証と今後の展望』中央法規出版
- 〈韓国語文献〉
- 国民健康保険公団(2014)『老人長期療養保険法解説』
- 国民健康保険公団(2018a)『2017老人長期療養保険統計年報』
- 国民健康保険公団(2018b)『長期療養施設機関施設給付 評価マニュアル』