

韓国における老人長期療養保険制度の 政策評価に関する研究 —プログラムセオリー評価に着目して—

崔 銀珠 (チェ ウンジュ)

福山平成大学 福祉健康学部
(福祉学科)

E-mail : choi@heisei-u.ac.jp

【要旨】

介護保険制度のサービス供給体制の市場化で注目が集められている「政策評価 (=プログラム評価)」に着目し、2008年導入された韓国の老人長期療養保険制度を一つのプログラムとして考え、プログラムセオリー評価を分析枠組みに、インプット、活動、アウトプット、アウトカムについて評価を実施した。まず、老人長期療養保険制度をプログラムロジックモデルに添って評価すると、制度導入の時、社会的ニーズを反映した制度であり、短期アウトカムである「利用者の健康状態の向上」や「家族の介護負担の軽減」については2009年から2017年までの満足度調査の結果から制度に対して肯定的に評価することができる。

次に、インプットの人的資源については、療養保護士の数は肯定的に評価できるが、介護現場という労働市場における療養保護士の供給と需要のミスマッチが生じていることを考えると今後の課題としては療養保護士の労働条件の改善が必要である。また、財政資源については、法律では「国は、毎年予算の範囲内で長期療養保険料の予想収入額の100分の20に相当する金額を国民健康保険公団に支援する」と定められているため、国の負担の仕方を明確する必要がある。これによって質の高い介護サービスの提供と老人長期療養保険制度の最終目標である「国民の生活の質の向上」につながると考えられる。

キーワード：韓国、老人長期療養保険制度、プログラムセオリー評価

1. はじめに

近年日本では、介護サービスに関して、様々なタイプの「評価」の取り組みが始まるとともに、「評価」に制度化が実現してきた。「評価」の展開を決定的なものにしたのは、介護保険制度の実施に伴うサービス供給体制の市場化であった(平岡2005)。

2008年に日本の介護保険制度をモデルに導入された韓国の老人長期療養保険制度も、市場化されたサービス供給体制のもとで、施設・事業者を選択する際に必要となる情報を、利用者に提供することが必要になったため、保険者である国が施設を評価して公表している。また、老人長期療養保険制度は、健康保険加入者である全国民を対象にした社会保険方式であるため、健康保険加入者である全国民にその成果を見せる一連の作業は、まさに政策評価が必要な研究領域であると言える。

本研究では老人長期療養保険制度を一つのプログラムとして考え、プログラムセオリー評価を分析枠組みに設定し、成果測定項目と指標を作成し、インプット、活動、アウトプット、アウトカムを段階ごとに評価を進めた。その評価結果を根拠として仮説を検証し、その結果を解

釈することと同時に制度導入から13年目を迎える老人長期療養保険制度について総合的に政策評価を試みる事が本研究の目的である。

2. 分析の枠組み

(1) 研究対象と方法

本研究の対象は、老人長期療養保険法に基づいてある老人長期療養保険制度である。老人長期療養保険法に明示された老人長期療養保険制度の最終目標である「国民の生活の質の向上」を本研究の仮説とし、これを検証するとともに、プログラムロジックモデルを分析枠組みにして老人長期療養保険制度の主要要素をインプット、活動、アウトプット、アウトカムで区分し、各段階別に分析と評価を進める¹⁾。また、時間的には、老人長期療養保険制度が施行された2008年7月から2018年まで作成された公開資料を主な分析対象とする。

(2) 老人長期療養保険制度の概要

老人長期療養保険制度は2008年7月1日から施行された制度で、老人長期療養保険法をその根拠とする。老

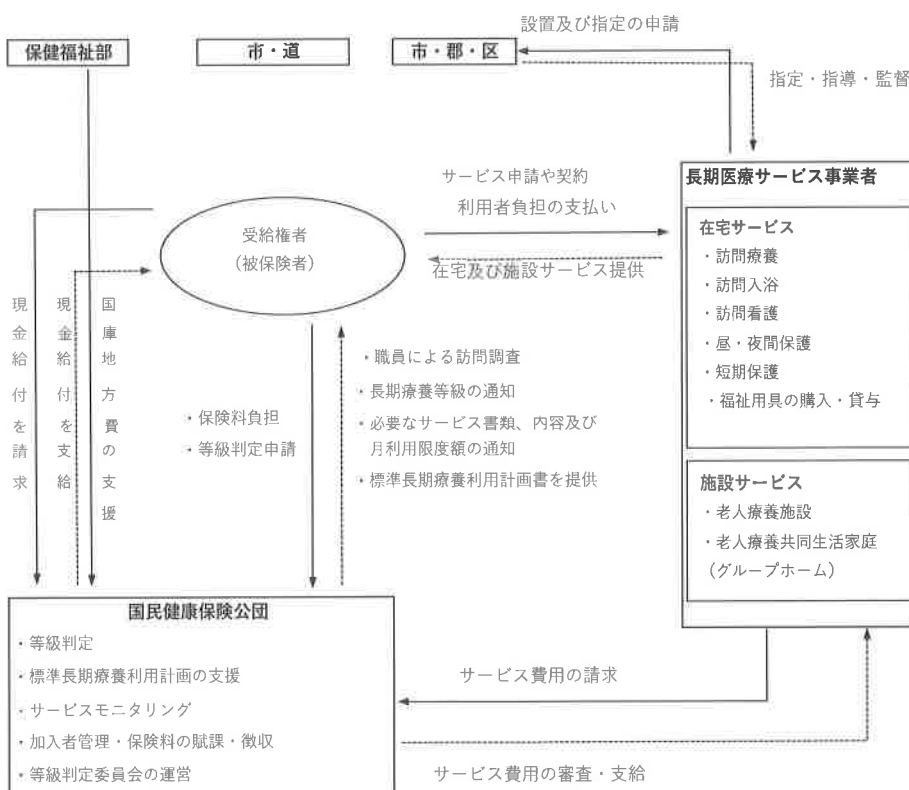


図1 老人長期療養保険制度の仕組み

出所：老人長期療養保険制度ホームページより作成

http://www.longtermcare.or.kr (2020年7月1日アクセス)

人長期療養保険法第1条によれば、老人長期療養保険法の目的は、「高齢や老人性疾病などの理由で日常生活を一人で遂行できない老人などに提供する身体活動または、家事支援などの長期療養給付に関する事項を規定して、老後の健康増進および生活の安定を図り、その家族の負担を減らすことによって国民の生活の質を向上することを目的とする」とされている。

図1は老人長期療養保険制度の管理・運営体系を示している。指導監督は主に保健福祉部と地方自治体が担当する。保険者である国民健康保険公団は、等級判定やサービスモニタリングの実施、加入者の管理・保険料の賦課・徴収、等級判定委員会の運営などを担当している。また、被保険者は保険料を納める義務があり、老人長期療養保険制度によるサービスの利用を希望する場合は、等級判定を申請し、認定された場合、サービスを利用することができ、利用者負担も発生する。

サービスの種類としては、在宅サービスと施設サービスがある。在宅サービスとしては、訪問療養、訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護、福祉用具の購入・貸与がある。施設サービスとしては、老人療養施設や老人療養共同生活家庭（グループホーム）を利用することができる²⁾。

(3) プログラム評価とは

プログラム評価は、①プログラムニーズ評価、②プログラムのデザインとセオリー評価、③プログラムのプロセスと実施評価、④プログラムのアウトカム・インパクト評価、⑤プログラムのコストと効率の評価の5段階で構成されている (Rossi, Lipsey and Freeman 2004)。

セオリー評価は、5段階からなるプログラム評価の2段階目であり、プログラムのデザインとセオリーを評価する。ここでいうセオリーとは学問的な意味での「理論」ではなく、「こうすればこうなるはずだ。」という論理上の仮定である。一定の資源を投入し、活動をすれば、予想していた結果が出て、それが成果につながり、目的を実現できるはずであり、すべてのプログラムは、このように仮定に基づいてデザインされている。この仮定に基づくデザインをプログラム理論といい、プログラム理論の妥当性を検討するのがセオリー評価である。

また、セオリー評価は、一般的にロジック・モデルを用いて行われる。ロジック・モデルは、プログラムの一連の流れを「インプット」「活動」「アウトプット」「アウトカム」等に分解し、どのような道筋で目的を実現す

るかを図式化したものである。プログラム理論をロジック・モデルで表現し、それを検証するのがセオリー評価であるとされている (龍・佐々木2010)。

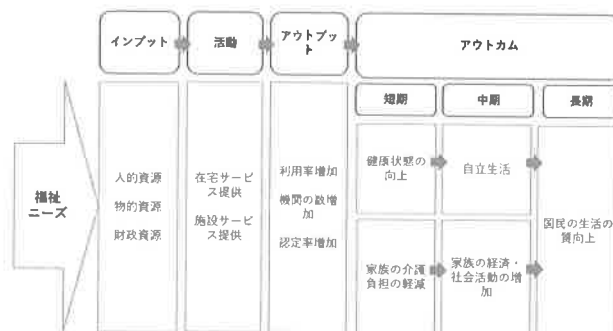


図2 長期療養保険制度のプログラムロジックモデル
出所：筆者作成

3. 分析の結果

(1) 社会的ニーズと政策目標との関係

韓国においては、2000年に高齢化社会（7%）、2018年には高齢社会（14%）に突入した。急速な高齢化はさらに進み、2026年には超高齢社会（20%）の到来が予想されている。これは、他の国々と比べ、非常に速いスピードであると言える (韓国統計庁、2006)。このように、高齢化のスピードが非常に速いため、高齢化率が10%にも満たない段階で老人長期療養保険制度の導入を計画したのである。また、核家族化や女性の経済活動への参加、扶養意識の変化により、家族による介護は限界に達した (徐ほか、2005) と言われている。さらに、高齢者が利用できる療養施設の不足と費用の問題があった (徐ほか、2006) と言われている³⁾。

このように、介護問題は、国民の老後における最大の不安要因であるため、老人の自立生活支援および家族負担軽減と、増加する老人療養費および医療費問題に効率的に対応するためには、従来の選別的な福祉から普遍的な福祉への転換が必要であった⁴⁾。

このような社会的ニーズは、政府が実施した各種社会調査結果にも現れていた。2005年保健福祉部が全国民を対象に実施した世論調査では、回答者の84.7%が高齢者の介護問題が深刻であると答えおり、2004年に実施した調査と比べ、4.1%増えている。そして、回答者の72%が本人や家族が直接恩恵を受けることができなくても毎月一定金額の保険料を負担する用意があると答えた。

そして、2008年1月に実施された世論調査でも回答者の83.6%が介護の問題が深刻であると答えている。ま

た、介護は、社会全体で担うべきという意見が81.6%に達した。統計庁が2008年11月に発表した2008年度社会調査資料でも両親の介護については、回答者の43.6%が「家族、政府、社会」が連携して世話すべきであると答えており、2006年の26.4%から大きく増加している。一方、「家族が世話すべきである。」という答えは2006年の63.4%から40.7%に急減した。このような一連のアンケート調査の結果から分かるように、高齢者の介護問題は、社会全体で責任を持って担うべきであるとの認識と関連法律の施行への期待が国民全体に広がっているため、高齢化対策の一貫としての老人長期療養保険制度が国民の期待に答えるための適切な制度の一つであると言える(朴、2008)。

(2) インプット段階

1) 人的資源

①保健福祉部

保健福祉部の老人長期療養保険制度関連業務は、人口政策室傘下の老人政策官所管である。老人政策官の傘下には老人政策課、老人支援課、療養保険制度課と療養保険運営課、そして、痴呆政策課があり、この中で、療養保険制度課と療養保険運営課が老人長期療養保険制度関連業務を主に担当している。

療養保険制度課は、民間専門家を含め、合計11人で構成されている。また、療養保険運営課は、民間専門家を含め、合計10人である(2020年7月現在)。

②国民健康保険公団

老人長期療養保険の保険者としての国民健康保険公団は、老人長期療養保険加入者およびその被扶養者と医療給付受給権者の資格管理、長期療養保険料の徴収と財政運営、申請者に対する調査、等級判定委員会の運営およ

表1 長期療養認定者1,000人当りの療養保護士の数 (単位:人)

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
人数	1,290	1,683	1,451	683	667	627	630	602	655

出所: 国民健康保険公団(2018)『2017年老人長期療養保険統計年報』

表2 長期療養認定者1,000人当り老人療養施設のベッド数 (単位:床)

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
数	341	432	381	385	369	354	340	323	298

出所: 表1と同じ

表3 長期療養認定者1,000人当り在宅長期療養機関の数 (単位:ヶ所)

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
数	73.8	73.8	60.1	56.3	52.1	48.9	49.0	48.3	45.4

出所: 表1と同じ

表4 国庫予算(国庫支援金)投入比重 (単位:%)

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
割合	17.0	18.1	18.1	17.5	18.1	18.6	17.9	17.9	17.8

出所: 表1と同じ

表5 長期療養等級認定者数(全体老人人口対比認定率) (単位:%)

年度	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
割合	4.9	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6	7.0	7.5	8.0

出所: 表1と同じ

び長期療養等級判定等の業務を担う。国民健康保険公団の傘下には療養企画室、療養基準室、療養給付室、そして、療養審査室があり、職員の総人数は238人である。また、老人長期療養保険の申請および等級判定業務は国民健康保険公団の支社が担当しているが、全国的に6カ所の地域本部とその傘下には、240カ所の支社がある（2020年7月現在）。

③療養保護士⁵⁾の数

表1の通り、長期療養認定者1,000人当りの療養保護士の数は、2010年までは1,683人まで増加したが、2012年から大幅に減少して、毎年600人程度で推移している。これは制度施行初期に短期間に人材を確保する必要があったため、民間教育機関を中心に資格取得のプロセスを簡単にすることによって療養保護士の数が過剰になったと言える。また、制度導入当時は、簡単な療養保護士の資格取得要件と老人長期療養保険制度に対する期待感、すなわち、該当制度によって良質の仕事が生まれるという期待感により療養保護士資格取得希望者が多かったと考えられる。しかしながら、療養機関と療養保護士の過剰な供給によって賃金が低下し、勤務環境も劣悪であるため、実際現場で働く療養保護士の数は、資格取得者数に比べ、少ないのが現状である。

2015年時点における療養保護士資格取得者数は約123万人に上る反面、実際現場で働いている人は約31万人に過ぎない。療養保護士の離職率も約41%で非常に高く、療養保護士の年齢も50代以上が約71.9%である（韓国療養保護士協会、2015）。

このような一連の状況は、サービス提供の最前線で働く療養保護士による良質のサービス提供を妨げる要因の一つであると考えられる。実際に多数の先行研究において、療養保護士のサービスの量と質によって利用者の満足度および健康状態が変化する（ホンセヨン、2011）、さらには療養保護士が提供するサービスの質によって長期療養保険制度の成否が左右（チャンウシム、2009）される可能性が高いとされている。そのため、対策が必要である。

2) 物的資源

①老人療養施設のベッドの数

長期療養認定者1,000人当りベッド数を調べると、2009年全国平均値が341床であったが、2017年には298床に減少しており、制度導入当初は増加したが、最

近は減少傾向であると言えよう。老人長期療養保険認定者数には、施設サービス利用する認定者と在宅サービスを利用する認定者が混在している。そのため、認定者1,000人当りの適切な施設のベッド数についての明確な判断は難しいが、関連先行研究（キムジンス、2018）や各種報道資料などにおいては、老人療養施設は量的な側面、すなわち施設の数だけで評価した場合は過剰供給されているとされている⁶⁾。

②在宅長期療養機関の数

在宅長期療養機関の数も、入所施設数の推移と同じように制度導入当初はその数字が増加傾向にあり、一定水準を維持しているのが分かる。特に、老人長期療養保険制度導入と定着のために、施設インフラを短期間に拡充する必要があった。そのため、既存の老人福祉法（1981年施行）とは別に長期療養保険法に在宅機関の設置のための根拠が用意された。そして、長期療養保険法による施設は、社会福祉施設としての法的義務（財務、会計規則、責任保険への加入など）が全くないため、営利の追求を目的とする民間機関が多く参入できた（キムジンス、2018）のである⁷⁾。このように在宅機関の供給は全国的に過剰供給であると言われている（ソクジェウン、2016）。また、ソンウドク（2016）の調査によると訪問看護と短期保護サービスは不足しているが、サービス提供者は訪問療養に82.4%が集中していることが分かる。要するに、サービス需要と供給のミスマッチが起きていて、まさに供給者を中心にサービスが提供されていると考えられる。

3) 財政資源

老人長期療養保険の財源は、保険料、国庫支援金および利用者負担で成り立っている。この中で、国庫支援金は医療給与への国家負担金を除いた、管理・運営費などに充てるために国から支援を受ける財源であり、老人長期療養保険法には保険料収入額の20%に相当する金額と定められている。しかしながら、2009年から2017年には毎年約18%程度で、20%に満たないため、老人長期療養保険制度の最終目標である「国民の生活の質の向上」の実現のためには、老人長期療養保険法に明示された20%の支援は必要であると考えられる。

(3) 活動およびアウトプット段階

表5のように、高齢者人口に占める認定率は2009年

には4.9%であったが2017年には8.0%で大きく増加した。また、認定者数も、2017年には58万人に達した。

長期療養基本計画は5年ごとに保健福祉部で策定する。第1次長期療養基本計画(2012)では、2008年の制度導入から2012年までの成果を評価している。そして、認定者数が安定していて、サービス利用者の側から、長期療養認定者数を増やすべきとの要望があることも言及されたため、それを基に、今後の利用対象を適正な水準にまで拡大することを今後の推進課題の一つとしている。高齢者人口の何%を目標受給者にすべきかについては絶対的な目標や基準はないが、保健福祉部で策定した第2次長期療養基本計画(2018)では、2022年までに高齢者人口の9.6%まで認定者を増やしていく方針であるとされている。これを基に評価すると、老人長期療養保険認定者数においては十分な成果が出ていると言えよう。

(4) アウトカム段階

アウトカムは短期、中期、長期に分けることができる。

短期的アウトカムは、利用者本人の健康状態の改善、利用者の生活の安定、家族の介護負担の減少である。中期的アウトカムは、利用者の自立した生活、家族の社会・経済活動の機会の増加、長期的なアウトカムは、国民の生活の質の向上である。

本研究では短期的アウトカムの中で利用者の健康状態と家族介護負担に限定して分析を行う。短期的アウトカムに関する分析は、健康保険管理公団が毎年実施している、サービス利用者満足度及び意識調査結果を用いる。この調査は毎年扶養者1,000人を対象にした電話調査、利用者700人を対象にした訪問面接であり、2008年から2018年までの調査結果を用いる。

1) 利用者の健康状態について

扶養者を対象に行った調査で、老人長期療養保険を利用した後、利用者の健康状態について「すごく良くなった」、「良くなった」と言う回答を合わせた割合である⁸⁾。

表6 利用者の健康状態について

(単位：%)

	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	平均
1 等級	38.2	34.0	74.8	73.3	77.2	77.1	69.4	77.8	73.8	61.9
2 等級	38.8	34.5	79.0	71.0	78.4	66.0	79.2	67.5	67.9	61.9
3 等級	42.3	39.9	79.7	81.1	81.0	79.0	75.6	80.1	63.1	69.4
4 等級					69.6	76.2	79.3	80.4	59.2	73.2
5 等級						83.4	78.7	66.7	51.5	67.7
認知支援									50.0	50.0
平均	40.2	37.5	79.0	78.3	78.0	75.6	76.7	77.0	63.9	

出所：老人長期療養保険満足度調査報告書

表7 介護を行う家族の身体的負担と精神的(心理的)負担減少の有無

(単位：%)

	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	平均
1 等級	89.5	88.6	92.2	88.9	81.9	92.8	86.8	94.8	93.0	89.8
2 等級	91.3	89.9	91.4	90.7	87.2	89.0	92.2	88.2	90.3	90.1
3 等級	93.2	87.6	88.0	93.8	93.1	91.3	90.3	92.6	89.8	91.0
4 等級					92.3	88.9	92.8	91.2	93.8	91.6
5 等級						100	93.9	85.7	87.9	90.9
認知支援									92.9	92.9
平均	91.7	88.4	89.2	92.7	90.5	90.3	91.0	91.6	91.3	

出所：表6と同じ

健康状態についての回答結果を年度別で見ると、2009年と2010年に比べ、2011年からは健康状態が「良くなった」という回答が増え、その後は安定した傾向を示している。これに対する評価は難しいが、制度導入後3年が過ぎて試行錯誤を経て、制度がある程度安定して持続的な改善があったのではないかと推測できる。等級別には平均的に3～4等級の回答率が高い。これについては、相対的に健康状態が良好な3～4等級の利用者が老人長期療養保険で大きな効果を感じているのではないかと考えられるが、年度別で見れば2等級に比べて1等級の回答率が高い場合もあるため注意が必要である。

特に、満足度調査では家族介護者を対象に、利用者の健康状態について調査したが、これはあくまでも家族介護者が感じる主観的な健康状態であるため、より正確な評価のためには利用者本人の身体機能を実際に測定した後、これを基に健康状態の好転の有無を評価する必要があると考えられる。

2) 家族介護負担の減少

老人長期療養保険制度の主な目標の一つは家族の介護負担を減らすことである。介護負担は、大きく経済的負担、身体的負担、精神的（心理的）負担に分けることができる。老人長期療養保険制度の満足度調査では、家族の身体的負担と精神的（心理的）負担の減少の有無について調査している。経済的負担は、長期療養保険の短期的目標の中の一つである生活安定と類似の項目であるため、生活安定項目を基に経済的負担減少の有無を推測できる。

利用者が長期療養保険制度を利用された後、介護を行う家族の疲労感、過労、憂鬱感、ストレスなど介護負担はどのように変化したかの質問に対して、「減少した」、「非常に減少した」という回答を合わせた割合は、左記のとおりである。

表7のように、家族の介護負担は、年度、等級を問わず非常に減少しつつあることが分かる。これは、家族の介護負担の軽減を制度導入の目標の一つとして掲げている老人長期療養保険制度の成果であることを意味すると言えよう。また、老人長期療養保険制度導入前においては、高齢者介護の負担経済的、身体的、精神的負担は、個人と家族が背負うしかなかったが、老人長期療養保険制度は、家族の介護負担の軽減と言う観点から効果的な制度であると考えられる。

4. 終わりに

本研究では、韓国の老人長期療養保険制度を一つのプログラムとして考え、分析枠組みとしては、プログラムセオリー評価に着目し、分析を行った。老人長期療養保険制度をプログラムロジックモデルに添って評価すると、制度導入時には、社会的ニーズを反映した制度であり、設定した短期的アウトカムは達成できたと言えよう。

しかし、今後の検討課題としている中期的アウトカム、長期的なアウトカムを達成するためには、インプットの見直しが必要であると考えられる。まず、財源である。法律では「国は、毎年予算の範囲内において長期療養保険料の予想収入額の100分の20に相当する金額を国民健康保険公団に交付する。」と定められている。しかしながら、実際には予算の範囲内と言う制約もあり、実際の交付率は20%に満たない年もある。そのため、安定した財源確保のために国の負担の仕方をより一層明確にする必要がある。長期療養保険制度への公的資源の投入は、国民との約束であり、普遍的サービス実現の第一歩でもあるためである。これによって質の高い介護サービスの提供が可能であり、老人長期療養保険制度の最終目標である「国民の生活の質の向上」につながると考えられる。

次に、療養保護士の数においては肯定的に評価できるが、療養保護士の離職率の高さ、介護現場における療養保護士の供給と需要のミスマッチ（崔、2019）が生じていることを考慮すると療養保護士の処遇を含む労働環境の改善が必要である。

最後に、本研究の短期的アウトカムについては、満足度調査結果を用いて分析を行ったが、満足度は非常に主観的であるため、利用者本人と家族の満足度は区別して調査する必要がある。また、調査としての精度を高めるためには、利用者が利用するサービスの種類別、地域別（市道別）、そして、在宅の場合には、利用者のサービスの利用時間、判定等級別に区分するなど、より細かく調査する必要がある。

今後においては、本研究で得られた知見を基に、中期的アウトカム、長期的アウトカムについても統計を用いたプログラムセオリー評価を試みたい。

注

- 1) 論文全体の文字数の制限があるため、本稿では短期的アウトカムのみ分析することを断っておきたい。
- 2) 日本の介護保険制度との比較については、崔（2019）

参照。

- 3) 中間層老人が利用できる施設が絶対的に不足して、有料施設を利用するとその費用が重い負担になっており、例えば2年間療養施設利用すると約1,680万ウォン～6,000万ウォンの費用が発生すると推定された。
- 4) 老人医療費は1990年2391億ウォン(10.8%)で1995年には7281億ウォン(12.2%)、2001年には3兆6356億ウォン(19.3%)まで増加して、老人比率10%水準である2010年には全体医療費の約30%近くを占めると予想された。
- 5) 療養保護士は、日本の介護福祉士とホームヘルパーが行う業務を担当する。また、療養保護士資格は、2010年4月から導入されて国家資格である。市・道知事の指定を受けた専門教育機関である療養保護士教育院において、理論と実技、実習などにわたり、240時間の履修が必要であり、筆記と実技試験からなる資格試験において6割以上得点すれば合格となる。
- 6) 韓国の老人長期療養保険制度は、インフラの整備が不十分なまま、制度が導入されたため、インフラの整備が急務であった。そのため国の基準を緩和し、営利・非営利関係なく入所、在宅サービスの提供者として参入できるような制度設計が行われた。これが、現在の施設、在宅サービス提供機関の過剰供給の一つの原因であると言われており、また、これまでの申告制から許可制への転換も検討すべきであるとの意見もある。
- 7) 2016年基準で全体在宅機関(11,658ヶ所)のなかで、長期療養保険法による機関は86.1%(10,037ヶ所)である。
- 8) 5段階評価で、「すごく良くなった」「良くなった」「変わらない」「悪くなった」「すごく悪くなった」である。

参考・引用文献

- 1) Rossi, P.H., Lipsey, M.W. and Freeman, H.E. (2004) Evaluation: A Systematic Approach, 7th Ed., Sage publications (=2005、大島 巖・平岡公一・森俊夫・他訳『プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド』日本評論社.)
- 2) Smith, M.J. (1990) Program Evaluation in the Human Services, Springer Publishing Company.
- (=2009、藤江昌嗣・矢代隆嗣訳『プログラム評価入門—行政サービス、介護、福祉サービス等ヒューマンサービス分野を中心に』梓出版社.)
- 3) Bent Greve (2017) Handbook of social policy evaluation, Edward Elgar publishing
- 4) 平岡公一 (2005)「介護保険サービスに関する評価研究の動向と課題」『老年社会科学』第27巻第1号、65-73
- 5) 平岡公一 (2008)「介護保険の政策評価の動向」『社会政策研究8』155-165
- 6) 平岡公一 (2013)「ヒューマンサービス領域におけるプログラム評価と政策評価」『社会政策』第5巻第2号、144-155
- 7) 源 由理子 (2013)「政策評価におけるセオリー評価の実践—実践家協働型探索モデルの可能性—」『ガバナンス研究』No.9、17-30
- 8) 源 由理子 (2015)「社会福祉領域における実践家が参画する評価の意義と可能性—参加型評価方式からの考察—」『ソーシャルワーク研究』Vol.40 No.4、35-43
- 9) 長澤紀美子 (2012)「ケアの質の評価指標の開発と課題—国際的な動向とイギリスにおけるアウトカム指標を中心に—」『季刊社会保障研究』Vol.48 No.2、133-151
- 10) 大島 巖 (2012)「制度・施策評価(プログラム評価)の課題と展望」『社会福祉学』第53巻第3号、92-95
- 11) 龍慶昭・佐々木亮 (2010)『増補改訂版「政策評価」の理論と技法』多賀出版
- 12) 崔 銀珠 (2019)「韓国における老人長期療養保険制度の現状と課題—10年の成果と今後に向けて—」『社会政策』第11巻第2号、39-53
- 13) 朴イン (2008)「老人長期療養保険制度の立法過程と内容」韓国法制研究院資料
- 14) 韓国療養保護士協会 (2015)「長期療養保険制度セミナー資料」
- 15) 徐東敏・張炳元 (2005)「老人療養保障制度の導入による財政推計基本モデル開発及び関連変数に関する研究」『社会保障研究』21 (4)、161-198
- 16) 徐東敏・李龍宰 (2006)「老人スバル保険制度導入による老人医療福祉施設の地域分布と利用に関する研究」『老人福祉研究』33、127-154
- 17) 韓国統計庁 (2006)「将来人口推計」
- 18) チャンウシム (2009)「老人長期療養保険制度にお

- ける療養保護士教育及び管理に関する研究』『老人福祉研究』43、263-286
- 19) ホンセヨン (2011) 「老人療養施設の療養保護士が認識するケア労働の意味と特徴」『老人福祉研究』51、165-190
 - 20) キムジンス (2018) 「韓国老人長期療養保険制度の評価と発展課題」韓国長期療養学会2018春季学術大会資料集、64-80
 - 21) ソクジェウンその他 (2016) 「長期療養在宅サービスの改編方策研究」韓国老人福祉学会資料
 - 22) ソンウドクその他 (2016) 「老人長期療養保険の運営成果評価及び制度の再設計方策」韓国保健社会研究院資料
 - 23) 国民健康保険公団各年度版『老人長期療養保険 統計年報』
 - 24) 保健福祉部 (2012) 第1次長期療養基本計画
 - 25) 保健福祉部 (2018) 第2次長期療養基本計画

A study on the policy evaluation of the long-term care scheme in Korea
—Focused on program theory evaluation—

Eun Ju CHOI

Department of Welfare Science,
Faculty of Welfare and Health Science,
Fukuyama Heisei University

E-mail : choi@heisei-u.ac.jp

Abstract

12 years have passed since long-term care scheme was introduced in Korea. In this article, I attempt to analyze the long-term care scheme in Korea, as one of programs. I focus on inputs, activities, outputs and outcomes in program theory evaluation.

Outcomes such as health improvement, relieved from burden of family as care givers, I can get positive results.

But, when improvement of QOL, the policy goal of long-term care scheme is concerned, Korean government needs reforms of human and financial resources distribution as inputs to the long-term care scheme in Korea. Firstly, mismatch between supply and demand of care workers as labor force could be an obstacle. One of possible solutions to this problem is to improve labor conditions of care workers. Secondly, it should be clear that government would be more responsible for financial resources distribution.

KEYWORDS : Korea, long — term care scheme, program theory evaluation