

類のサービス、地域密着型サービスはなく、介護サービスの種類は少ない。

表3 施設・在宅サービスの給付の種類	
施設サービス	介護療養施設(老人療養、軽費療養、有料療養、老人専門療養、有料専門療養施設を統合) 老人療養共同生活家庭(グループホーム)
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴、デイサービス、ショートステイ、福祉用具の貸与・購入
家族介護者への現金給付	
特別現金給付	家族療養費:山村、離島等の僻地の在宅サービスにアクセスが困難な者など:月15万ウオン 特例療養費:介護給付施設ではない老人施設などで施設・在宅サービスを相当期間受給した場合 療養病院付添費:療養病院に入院した時の療養費用の一部
現金給付:家族が ケアワーカー資格有	同居家族:月36万～87万ウオン 別居家族:月56万～87万ウオン
資格取得支援	職業能力開発口座制により、ケアワーカーの資格取得に必要な費用の80%政府支援、20%自己負担
注:老人療養共同生活家庭には、日本のグループホームに当たるが、認知症高齢者と身体的障害ある要介護高齢者の入所が可能である。筆者が作成	

2. 介護保険制度をめぐる政策動向

介護保険制度は2008年7月から実施されたが、介護保険制度の改正は、表4の通り、毎年のように行われている。

2009年度は、低所得者のサービス利用の自己負担額を50%削減し、低所得者の保険料負担の軽減を図った。韓国の高齢者の中で70歳以上の大部分は、国民年金の受給対象外になっている。介護保険料は、4.05%から4.78%に上昇した。短期入所の入所期間は、1回90日、年間180日利用だったが、2009年で月15日以内と変更された。

健康保険料＝報酬月額×国民健康保険料率

介護保険料＝健康保険料×介護保険料率

＝報酬月額×国民健康保険料率×介護保険料率

2010年度は、認知症の3等級の者が、施設入所が可能となった。認知症状がない要介護高齢者の入所施設は、1等級と2等級に限定されている。

ケアワーカーの国家資格制度が導入され、試験に合格することが必要条件となった。ケアワーカーの養成機関は、設置基準が認可から申告制と変更されるなど、養成機関のケアワーカー教育の質の向上を目指し、設置基準を強化した。

2011年度は、認知症対策を強化し、要介護度の等級外Aの認知症の要介護者が3等級となるように要介護認定基準を緩和した。サービス利用に関して、訪問看護と訪問介護は、同時に60分以内で可能とする内容の改正があった。その反面、ケアワーカー資格保有者の家族介護者に関しては、サービス提供時間とサービス利用期間を短縮する改正が行われた。例外的に、認知症の高齢者を介護するケアワーカー資格所有者の家族と老々介護者は、既存のサービス基準に基づきサービス提供が認められた。

2012年改正では、要介護3の認定基準点数が55点から53点となり、3等級の基準が緩和された。さらに、介護保険の中長期5カ年計画が発表され、2017年まで高齢者に占める要介護認定者の割合を7%とし、介護サービスの対象者を拡大する予定である。

2013年度には、3等級の認定基準点数が53点から51点に下がり、要介護認定者の中で3等級の占める割合が非常に増加した。

2008年7月	介護保険法施行
2009年	サービス給付の加減制を導入;人材配置基準に違反は減額、追加は加算 低所得者のサービス自己負担額を半額 ショートステイの入所期間を短縮(1回90日180日→月最大15日) 介護保険率;4.05%→4.78%(2700→3,090ウォン)
2010年	3等級の認知症のみ施設入所が可能 ケアワーカーの国家資格導入 ケアワーカーの育成機関の認可が申告制から指定制に変更 訪問サービス事業所の人材基準強化(3人→15人) 15人以上の事業所:常勤ケアワーカー20%を確保 介護保険率4.78%→6.55%(3,090→4,439ウォン)
2011年	軽度認知症の要介護認定を緩和(等級外→3等級) 訪問介護と訪問看護の同時提供可能(60分以内) 家族介護資格者のサービス制限(90分→60分、30日→20日;認知症除外) 家族資格者が仕事と介護を両立する場合、1日8時間、月20日未満(月160時間)まで現金給付
2012年	3等級の点数→55点から53点 介護保険の中長期5カ年計画→2017年まで要介護高齢者7%(対高齢者)
2013年7月	3等級の点数→53点から51点

注:筆者が作成

3. 認知症対策

高齢者人口は、2008年から2012年の間に502万人から589万人と増加し、認知症高齢者は42万人から53万人となり、認知症高齢者が2025年には100万人となる見通しである。認知症による社会・経済的にかかる合計費用は、2010年8兆7000億ウォン、2020年で18兆9000億ウォン、2030年で38兆9000億ウォンになることが予想されている。年間一人当たりかかる費用は、重度認知症の高齢者が2341万ウォン、軽度認知症高齢者が1351万ウォンであり、認知症が重いほど治療などにかかる費用が高くなることが予想される。

「認知症管理法」が2012年2月に公布・制定され、首都圏の総合病院の1カ所を中央認知症センターとして指定し、全国すべての保健所で地域認知症相談センターを設置・運営する等の基準が規定された。現在、2012年7月にプンダンソウル大学病院は、中央認知症センターに指定され、第2次国家認知症管理総合計画に基づき、2013年には11カ所で広域地域認知症センターが設置された。

広域認知症センターの運営は、保健福祉部の広域認知症管理事業で支援しており、予算は2013年で61億955万ウォンだったが、2014年度は11カ所で事業を展開する。広域認知症センターは、今後も拡大する予定であり、2015年度は全国16カ所で事業を展開する予定である。

1) 第1次認知症総合管理対策

保健福祉部は、2008年9月に認知症に積極的に取り組むことを宣言し、認知症の高齢者と家族を支援するために2010年4月から「第1次認知症総合管理対策」が実施された。

① 認知症治療薬剤支援

対象者は、世帯所得が平均世帯所得の50%未満の60歳以上の者である。4人家族を基準にした時の収入は月195.6万ウォン、健康保険料が月52,706ウォン未満である世帯が対象である。

認知症薬剤代支援金は、月3万ウォン（約3千円）以内である。

② 認知症及びその家族は、2010年3月から全国253カ所の保健所で随時認知症治療薬剤代を申請することが可能である。一般健康診断者は、年齢が66歳、70歳と74歳になると、認知症選別検査項目が追加される。60歳以上の者は、全国の保健所で無料で認知症選別検査を受けることが可能である。認知症の診断を受けた者は、2010年4月から77カ所の保健所で事例管理を受ける。

③ 認知症薬剤代の対象者は、約5.6万人であり、予算は約122億ウォンである。認知症高齢者は、2010年47万人（高齢者人口の8.8%）、2030年には100万人以上に増加すると予測している。

	(単位:1000人)						
	2008	2009	2010	2020	2030	2040	2050
65以上人口	5,016	5,193	5,357	7,701	11,811	15,041	16,156
認知症高齢者	421	445	469	750	1,135	1,685	2,127
認知症高齢者/65歳以上	8.4	8.6	8.8	9.7	9.6	11.2	13.2

資料：『2008年全国認知症有病率調査』、2009

2) 第2次国家認知症総合計画（2013~2015）

第1次認知症総合対策（2008年）は、「認知症管理法」の制定（2011.8）と早期検診及び管理（薬剤費支援など）であった。しかし、認知症に対する国民の理解が不足しており、認知症の理解および検診の実行性を検討する必要性が生じた。家族の介護負担を緩和するために、社会的支援システムを継続的に拡充する必要がある。

第2次国家認知症管理総合計画は、早期発見及び予防強化、認知症状に応じた治療・予防強化、効果的な治療のためのインフラ整備、家族支援及び社会的意思疎通を図ることである。

そのために、政策目標として、①認知症予防のための早期発見、治療、保護のための体系的な基盤構築、②認知症及びその家族の生活の質の向上及び老後の不安解消、③認知症に対する正しい理解と社会的関心の向上を取り上げている。

推進課題として、①認知症の早期発見及び予防を強化するために、「認知症の検診者の増加」、「認知症の危険要因の事前管理の強化」を推進することである。

②適切な治療と保護の強化のために、「治療支援強化」、「要介護認定者の拡大」、「家族の見守り支援」、「認知症拠点病院指定運営」を挙げた。

③インフラ設備を充実するために、「認知症の管理伝達体制の確立」、「認知症の総合DB高度化」、「認知症の専門人材養成」、「認知症の研究開発強化」を推進する。

④家族支援及び社会的意識疎通を図るため、「認知症ケア相談及び家族支援の強化」、「認知症に対する意識改善及び情報提供」を示した。

4. 介護保険サービスの現状及び実態

1) 要介護申請者と認定者

要介護申請者と要介護認定者は、毎年増加しており、要介護申請者が高齢者に占める割合は、2013年で10.7%である。要介護認定者が要介護申請者に占める割合は、2009年で55%、2013年で54%となっており、要介護認定基準が厳しいことが読み取れる。サービス認定者が高齢者に占める割合は、2010年から現在まで5.7%を維持している。要介護認定者の介護サービスの利用率は、2009年で82%、2010年から現代に至るまで約9割を維持しており、要介護認定者のサービス利用率が非常に高いことがわかる。要介護度別にみると、1等級（要介護5に当たる）と2等級（要介護4に当たる）は、2010年以降からその割合が減少する傾向があるが、3等級の割合が毎年増加している。すなわち、3等級は、1等級と2等級を合計した人数よりも高くなっており、1等級と2等級が非常に少ないことが読み取れる。

	(単位:人数、%)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013.4月
高齢者人口	5,069,273	5,267,708	5,506,232	5,700,972	5,980,060	6,064,521
要介護申請者	265,371	390,530	465,777	617,081	643,409	651,550
要介護申請者/高齢者	5.2	7.4	8.5	10.8	10.8	10.7
要介護認定者	214,480	286,907	315,994	320,261	320,261	349,814
1等級	57,396	54,368	46,994	41,326	38,262	37,011
2等級	58,387	71,093	73,833	72,640	70,719	70,254
3等級	98,697	161,446	195,167	210,446	232,907	242,549
認定者/要介護申請者	60.3%	54.9%	50.8%	52.3%	52.2%	53.7%
認定率/高齢者	4.2%	5.4%	5.7%	5.7%	5.7%	5.70%
サービス利用率/認定者	65.6	82	89.9	89.1	88.2	

資料: 国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険主要統計』
、2013.4『老人長期療養保険の等級判定結果現況(2013.4)』

2) サービス利用とサービス供給

介護サービスの利用に関して、在宅サービスの利用が6割、施設入所が4割である。要介護度別にみると、1等級と2等級は在宅サービスの利用がそれぞれ約4割、施設入所がそれぞれ約6割であるが、1等級よりも2等級のほうが施設入所が高くなっている。3等級は、在宅サービスの利用が74%、施設サービス利用が26%であり、3等級の施設入所の制

限と3等級の認定基準の緩和による結果であると言える。

	合計	在宅サービス	入所施設
1等級	55093(100.0)	39.6	60.4
2等級	99080(100.0)	36.5	63.5
3等級	244283(100.0)	73.9	26.1
合計	360073(100.0)	59.8	40.2

資料: 国民健康保険公団、2012『老人長期療養保険統計年報』

介護サービスの供給施設は、2009年から2010年の間に非常に増加しており、4年間の間に老人療養施設(特別養護老人ホームに当たる)が1000カ所、家庭療養同居生活家庭(認知症高齢者のみならず身体的に介護が必要な者が居住しているが、日本のグループホームに当たる)が700カ所開設された。在宅介護は、サービスの種類によってサービス供給施設の開設事業と閉鎖事業が異なる。すなわち、4年間の間に、訪問介護は約100カ所が閉鎖したが、短期保護施設は入所施設への転換などの措置により約200カ所が入所施設に転換され、デイサービスは約130カ所が開設、訪問入浴は約170カ所が開設された。

		2009	2010	2011	2012
入所施設	合計	2,712	3,852	4,079	4,352
	老人療養施設	1,642	2,429	2,489	2,610
	老人療養共同生活家庭	1,009	1,346	1,590	1,742
	老人専門病院	61	77	-	-
	合計	2,696	2,496	2,750	3,003
在宅介護	訪問介護	1,228	1,118	1,180	1,113
	デイ夜間サービス	714	786	842	840
	短期保護サービス	288	67	95	94
	訪問入浴	466	525	633	633
	在宅支援サービス	-	-	-	323

資料: 保健福祉部、『老人福祉施設現況』

介護施設の従事者に関して、2011年で28.6万人が勤務しており(2011.6)、ケアワーカー資格保有者は、1,005,043人(2011.2月)であった。その中で、入所施設の従事者が14.8%、在宅サービス機関の従事者が85.2%であった。年齢階級別では、50代が42.4%で最も高く、40代が29.7%、60代以上が15.0%、30代未満が12.9%の順であり、40代以上が介護労働を担っているのが確認された。

国民健康保険公団の調査によると(2011.5)、ケアワーカーの賃金は、100万ウォン未満が68.7%で最も高く、次に100-150万ウォンが28.9%であり、賃金の水準は農村が最も高く、次に中小都市、最後に大都市の順であり、大都市であるほどケアワーカーの賃金が安く、日本とは対照的であることが推察される。ケアワーカーの入所施設の就業形態は、正規職が41.9%、非正規職が40.4%であり、在宅介護は、非正規職が95.5%であった。すな

わち、訪問ケアワーカーのほとんどは、非正規職であり、施設従事者も半分が非正規職として勤務しており、ケアワーカーの勤務環境、労働条件が厳しいという現実は否定できない。

資格保有の家族ケアワーカーは、60代が35.1%を占め、資格保有の家族介護者は60代以上が85%を占めており、韓国の平均寿命から考えると、配偶者が配偶者を介護していることが読み取れる。

3) 介護保険の収入と支出

介護保険料が健康保険料に占める割合は、2008年7月に4.05%だったが、翌年に4.78%に上昇し、2011年で6.55%となった。介護保険料は、2011年で5,000ウォン（約500円）で非常に安く、介護保険予算がGDPに占める割合は、2009年で0.19%、2011年で0.26%であり、非常に低い水準である。

介護保険財政に関して、2009年で収入が2兆849億ウォン、支出が1兆9,084億ウォンとなり、2011年で収入が3兆2,631億ウォン、支出が2兆7,677億ウォンであり、介護保険制度が実施され現在に至るまで、介護給付費よりも介護保険収入のほうが高いのである。介護給付の中で、在宅給付と施設給付が毎年増加しており、施設給付よりも在宅給付の割合が若干高い。家族療養費は、2009年が1兆6,561億ウォンで最も高くなっているが、2010年度から現在に至るまで減少を続け、2010年で1億486億ウォンとなった。

国庫補助金（保険料の20%）と国庫支援金を見ると、2008年のみ国庫補助金よりも国庫支援金が低くなっており、介護財政に対する国の補助金が全額支払われていないことが察知される。

		(単位：100万ウォン、%)			
		2008	2009	2010	2011
介護保険料/健康保険		4.05%	4.78%	4.78%	6.55%
介護保険料	(ウォン)	2700	3,114	3,114	5,069
保険予算/対GDP比		0.07	0.19	0.26	0.26
収入	合計	868,975	2,084,929	2,877,741	3,263,145
	保険料	477,011	1,199,551	1,831,554	2,142,331
支出	合計	554,901	1,908,463	2,589,135	2,787,757
	在宅給付	165,136	986,677	1,375,351	1,375,543
	施設給付	262,858	754,498	1,033,623	1,221,075
	家族療養費	563,575	1,656,125	1,316,395	1,048,855
支出/収入(%)		63.9	91.5	90.0	82.0
国庫補助金(保険料×20%)		95,402	239,910	366,311	428,466
国庫支援金		120,747	204,351	332,318	388,311

資料：国民健康保険公団『老人長期療養保険統計年報』各年度

5. 介護保険制度の課題と展望

韓国の少子・高齢化と家族を取り巻く環境は、先進諸国が経験したことがないスピードで進行している。高齢者の介護は、公的サービスが不十分だったので、「同居は福祉の含み資産」と表現されたが、高齢者の子どもとの同居率も、非常に速いスピードで低くなって、それらのプロセスが圧縮されている。

介護保険制度の現状と実施状況を中心に検討した結果、次のように介護保険制度の課題をまとめた。

第 1 に、介護保険の健全な財政を維持していくことが、今後迎える超高齢社会における大きな課題である。介護サービス利用者は、原則的に 65 歳以上になっているが、20 歳以上の被保険者の中で介護が必要な者に対して介護サービスが受けられるシステム作りが必要である。健康保険制度と同じく、介護保険制度の被保険者が介護ニーズがある時、誰もが介護サービスを受ける権利があるという安心感を与えることにより、介護保険財政を健全に維持することが可能である。

第 2 に、要介護認定の評価基準の点数のバランスに配慮した区分が課題である。要介護度に応じて、受けられる介護サービスの種類や時間が決まるため、1 等級と 2 等級についても適切に評価する必要がある。現在のシステムでは、3 等級のみ人数及び割合が非常に高くなっており、1 等級と 2 等級を合計した人数及び割合よりも高くなっている。3 等級のみ評価基準を低くすることは、制限されたサービスを多数の要介護者に提供することであり、要介護者に適切なサービスを提供しているとは言い難い。

第 3 に、ケアワーカーの介護の質の向上と福利厚生について検討が必要である。現在ケアワーカーの就業形態、賃金の水準では、若年者が専門家として従事することは困難な状況である。現在は、中高年の女性が介護労働を賄っているが、女性の高学歴化と社会進出が急激に進んだ状況を考慮すると、今後も中高年者が介護労働に参加するという保証はない。専門教育を受けた若年者が介護労働に参加できるように介護労働環境を整えることにより、介護サービスの質の向上も可能である。

第 4 に、介護サービスの種類について検討が必要である。現在の介護サービスは、身体的に自立ができない部分について介護を提供することが基準になっている。しかし、身体的機能の維持や向上のためには、リハビリテーションの効用に着目する必要がある。要介護認定者と家族は、モデルケアプランを無視して介護サービスの供給者と契約している。現在の公団の職員は、書類上の状況を考慮しながらモデルケアプランを作成しているが、サービスが必要な要介護者の自宅でケアプランを作成すると要介護者に適切なケアプランになる。

<参考文献>

保健福祉部家族部、2010、『2010 年認知症薬剤費支援事業 報道資料 (3.5)』

保健福祉部、2013、『報道資料 (7.30)』

保健福祉部、2012、『第 2 次 (2013～2015) 国家認知症管理総合計画』

保健福祉部、韓国保健社会研究院、2012『第 1 次長期療養基本計画樹立法案研究』

金 貞任、2009「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』、第 167 号、国立社会保障・人口問題研究所

_____、2008「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』法律文化社

金 貞任、2013「韓国の介護保障システムの現状と課題」『東アジア介護保障セミナー』
(2013.11.16、内部資料(於;岡山県立大学))

鮮于 トク、2013「長期療養制度の発展方向」『保健福祉フォーラム』

高キョンファン、2012「2012OECD公表で見る我が国の社会福祉支出の特性と示唆点」『保健福祉フォーラム』

国会予算政策庁法案費用推計2課、2013「認知症管理法一部改正法律案(鄭チョンレ議員代表発議)」2013.11.29

増田雅暢、2007「韓国における介護保険制度の創設」1・2・3回『月刊福祉』

鄭 ヨンホ、2012、「我が国の国民の期待余命及び健康寿命」、『保健福祉フォーラム』

尹 ソンジュ、2013「老人長期療養保険制度現況及び今後の課題」『保健福祉フォーラム』

4. 韓国の家族介護療養保護士の現状と課題

<分担研究者>

岡山県立大学保健福祉学部教授

増田 雅暢

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と

わが国の影響の評価等に関する研究」

平成 25 年度報告書

韓国の家族介護療養保護士の現状と課題¹

増田 雅暢（岡山県立大学）

はじめに

韓国の介護保険制度（老人長期療養保険制度）は、日本やドイツの制度を参考にして創設されているが、「日本の制度の良い点は取り入れ、悪い点は回避する」という「後発のメリット」を生かそうとして創設された。したがって、似た点もあるが、違いも多い。

保険給付の内容面でも違いが多い。韓国の制度では、在宅・施設サービスともその種類は限定的である。それに比べて、日本の保険給付対象サービスの種類は極めて多い。地域密着型サービスを含めると、居宅サービスだけで 20 数種類となる。他方、日本になくて、韓国にあるものが、現金給付の制度化である。日本では、介護手当の創設をめぐる喧々諤々（けんけんがくがく）の議論があり、結局導入されなかった。韓国では、ドイツの介護手当の影響もあるが、ドイツほど本格的ではないが、「韓国的な制度」として導入されている。

韓国の現金給付としては、2 種類がある。ひとつは、家族療養費支給制度である。これは、島やへき地など訪問介護サービス提供機関が著しく不足している地域、または、身体的・精神的な理由等から外部のサービスを利用できず家族などから介護を受けている場合、その家族に療養費を支給する制度である。一番重い 1 等級の要介護者の場合、月額 15 万ウォン（約 1 万 5 千円）となっている。実際の利用者は極めて少ない（2010 年 7 月現在で 747 人）。

もうひとつは、「家族介護療養保護士」である。後述するように、これは正式名称ではなく、筆者が便宜上つけた名称である²。2012 年時点では、全訪問ヘルパーの 35%は、家族介

¹ 本論文は、標記研究の平成 25 年度事業の一環で行った韓国でのヒアリング（平成 26 年 1 月 24 日～1 月 26 日以下、韓国ヒアリングとする）の他、平成 25 年度に収集した資料などをもとにまとめたものである。「韓国ヒアリング」では、韓国保健社会研究院のソヌ＝ドック氏をはじめ、さまざまな方のご協力をいただいた。これらの方々に、この場を借りてお礼を申し上げる。今回は、2 名の家族療養保護士の方の事例をもとにした研究であるが、「人の疾病の成因及び病態の解明並びに予防及び治療の方法の確立を目的とする疫学研究」及び「社会の理解と協力を得つつ、医療の進歩のために実施される臨床研究」ではなく、氏名・住所等の個人を特定できる情報は排除しているので、倫理面の問題は生じない。

² 家族介護療養保護士とは、療養保護士（日本のホームヘルパーに類似）の資格を取得して訪問療養事業所に登録し、同居または別居の家族に対して介護サービスを提供して、介護保険から報酬を受ける者をいう。同居家族介護療養保護士とよぶ研究者もいるが、別居家族の介護も対象となる。

護療養保護士となっている。

この制度については、創設当初から議論があり、途中、評価方式が変更されて現在に至っている。そこで、これまでの動向と最近の現状についてまとめることとする。

1. 家族介護療養保護士について

韓国では、資格を持ったヘルパーを「療養保護士」という。老人長期療養保険制度に合わせて2008年1月に創設された資格であるが、人気を集めたことは言うまでもない。韓国保健福祉部（日本の厚生労働省に相当）では実施1年目では、療養保護士の必要人員を約4万8千人と推定したところ、実際には33万4千人が養成された。教育機関の乱立、教育水準の質などが問題となり、2010年には国家試験が導入された。その後も人数は増加し、2012年6月時点では、109万人に達している。

老人長期療養保険制度では、その療養保護士が同居または別居の家族に介護を行う場合にも、介護報酬の支払いを認めている³。算定対象時間を実施当初で見ると、同居家族に対する場合は、1日最大90分まで、別居家族に対する場合は、1日最大4時間までとされた。これにより、毎日介護を行うと、同居家族の場合は月66.2万ウォン、別居家族の場合は122.5万ウォンの収入を得ることが出来た。これは、韓国の平均賃金（284.4万ウォン、2011年）と比較すると、それぞれ23.3%、43.1%となる。介護している家族が高齢者であると考えて韓国の国民年金（17.0万ウォン、女性の場合）と比較すると、それぞれ389.5%、720.3%に相当する。つまり、「家族介護療養保護士」としての収入は相当な水準にある（表1）。

表1 家族療養保護費の水準(2011年)

		現行		改正前	
		一般	高齢配偶者など	同居家族	別居家族
介護報酬(1日、ウォン)		16,120	21,360	21,360	39,500
上限	1日あたり時間	60分	90分	90分	240分
	1ヶ月あたり日数	20日	31日	31日	31日
介護報酬(月額、万ウォン)		32.2	66.2	66.2	122.5
平均賃金(月額、万ウォン)		284.4			
最低賃金(月額、万ウォン)		76.2			
国民年金(老齢年金、女性、月額、万ウォン)		17.0			
対平均賃金		11.3%	23.3%	23.3%	43.1%
対最低賃金		42.3%	86.9%	86.9%	160.7%
対国民年金		189.6%	389.5%	389.5%	720.3%

資料：保健福祉家族部、労働部資料から研究代表者（小島克久）が作成したものを引用

注：最低賃金は4,320ウォン（時給）×176.3時間（月平均労働時間）で求めた

³ 「長期療養給付費等に関する告示」[施行 2011.7.1] [保健福祉部告示第 2011-72 号、2011.6.29、一部改正]の「第 2 章 給付費と算定基準」の I-4-④（受給者の家族である療養保護士が給付を提供した場合）による。

こうした制度内容から、「家族療養保護士」の給付は多く、2010年12月現在で訪問介護の49%が家族療養保護士によるものであると把握された。今後、家族療養保護士への給付は訪問介護の70～80%まで増加し、老人長期療養保険制度の趣旨と異なる方向に制度が進むことが懸念された。また、制度実施当初から、介護サービスを提供せずに介護報酬を受給しているのではないか、という不正受給問題がつきまとった⁴。そこで、保健福祉部では、家族介護療養保護士の評価を制限することとし、2011年8月からは、同居・別居を問わず、家族に対しては1日最大60分まで、月20日以内（ただし、65歳以上の配偶者、認知症の場合には従来通り90分まで）とした。これにより、家族介護療養保護士の収入は、月32.2万ウォンとなり、平均賃金の11.3%、国民年金（女性の平均受給額）の189.6%相当にまで低下している（表1）。

2. 家族介護療養保護士の現状

(1) 「家族介護療養保護士」の現状の把握

「家族介護療養保護士」の給付が制限された場合、不正目的の受給が減る一方で、家族介護で対応し続けなければならない事例は多いものと思われる。後者の場合、現在も「家族療養保護士」の制度を利用し続けているものと思われる。彼らが直面している家庭、介護の現状はどのようなものなのか。縮小された「家族介護療養保護士」の制度に対する意識はどのようなものなのか。このような問題意識のもと、筆者は「家族介護療養保護士」として家族介護に従事している者に関する情報収集を行い、分析を行った。

「家族介護療養保護士」に関するマクロ的な統計を調べることは困難であり、彼らを取り巻く状況を広く把握することは困難である。そこで、実際に「家族介護療養保護士」である者の事例を把握することで、「家族介護療養保護士」の現状と課題の把握を試みた。具体的には、平成26年1月に、ソウル市内で行った「家族介護療養保護士」に関するヒアリングを行った。ヒアリングが可能だった事例は2件であったが、従事している者の性別、年齢をはじめ、さまざまな側面に関する調査で得られた情報を参考に分析を行った。

(2) 「家族介護療養保護士」の現状（2つの事例から）

「家族介護療養保護士」の事例として調査できたのは、2名である。ふたりとも女性であるが、ひとは40歳代、もうひとは60歳代である（以下、それぞれA氏、B氏）。それぞれ、自分の親、配偶者を介護している。もちろん、ふたりとも「療養保護士」の資格を有している。

介護をする以前は、A氏は会社員、B氏は専業主婦であるが、ふたりとも療養保護士になる前に家族を介護した経験があった。現在介護している家族の要介護度は、A氏の場合は3等級（中度）、B氏の場合は1等級（特に重度）である。B氏が介護している配偶者は、重い病気が介護のきっかけになったためである。

⁴ 保健福祉部資料（家族療養保護士給付縮小2011-12-27）による。

介護の内容であるが、ふたりとも身体介護、家事支援を行っている。A氏の場合は、足の運動、食事の介護、掃除、洗濯、トイレへの移動などであり、1日4時間程度を必要とする。B氏の場合は、体位変換、脚と手の運動、トイレへの介護など、重い病気を背景にしていることもあり、24時間の介護である。ただし、同居の他の家族と交代で介護が出来る。

この仕事内容から、上で述べた「家族介護療養保護士」としての給付対象となる時間を大幅に超えていることが分かる。では一体、どのようにして給付対象となる時間を記録し、報告しているのだろうか。そもそも、老人長期療養保険を運営する国民健康保険公団では、RFIDと呼ばれるICT技術を活用した報告方法を採用しており、70%くらいの療養保護士が使っていると言われている。これは、療養保護士が、その場で身体介護などの介護サービスを提供すると、対応する介護サービスの内容のボタンをチェックして、データを送信する。データはリアルタイムで国民健康保険に行くので、療養保護士や事業所では、紙ベースの報告書をまとめる必要はない。

しかし、今回の調査できたふたりは、RFIDを用いていなかった。ふたりはそれぞれが所属する介護事業所に1ヶ月に1度出向き、介護の記録をまとめた報告書を提出する。つまり、1ヶ月分の介護記録をまとめて出すことになる。上記で述べたように、1日1時間、月20日しか保険給付が認められないので、20時間分の記録の報告ということになる。彼らはパートタイム的な立場で介護事業所に所属しており、賃金は時給となる。時給は1万から1万2千ウォン程度であり、平均的なヘルパーの賃金水準よりは高めであるとされるが、月額で約20万ウォンであり、表1の平均賃金と比較するとなお低い。

こうした記録に関する点検や指導であるが、ふたりとも介護事業者からはとくに指導などはなく、国民健康保険公団からも、挨拶を兼ねた形のお伺いが時折ある程度である。また、家庭で家族を介護する場合、施設などのヘルパーのようにスキルアップの機会が少なくなると考えられる。これについては、A氏は独学で認知症について学んでいる一方、B氏の場合は、介護に時間を取られるため、スキルアップの時間がないという状況であった。

(3) 「家族療養保護士」への認識など

「家族療養保護士」としての待遇、保険給付の水準などに対して、どのような意識を持っているのであるか。まず、仕事への満足度は、A氏は「満足している」、B氏は「手当があることは助かるであった。所属する介護事業所からもらう賃金(時給)については、A氏、B氏ともに「満足している」であった。ただし、保険給付の時間は、ふたりとも延ばして欲しいとのことであった。

「家族療養保護士」については、A氏は「介護の仕事は誰を介護しても同じ。この制度がなくなることは考えられない。介護をお金で評価することに迷いがあるが、介護している親も喜んでいる(政府からのお金、という意味で)」、B氏は「お金が入ること自体はよいと思う(金額は少ないが)。訪問介護は(一般に)質が低いとされているので、家族介護療養保護士となって、自分で介護した方がよい」であった。

(4) 事例から見える課題

この事例から、ふたりの「家族介護療養保護士」は、家族の介護を始めた過程において、介護療養保護士の資格をとり、献身的に介護を行っている様子が見えられた。ふたりとも、この仕組みにより一定の収入を得ることができることは評価していた。しかし、実際の介護時間は1日60分に限らないので、評価する時間の拡大を望んでいた。

保健福祉部によると、この制度については現在でも、廃止論と擁護論の2つの意見がある。筆者は、家族介護療養保護士の事例から考察すると、①家族介護療養保護士の資格を得て、介護サービスを提供していること、②介護報酬の評価範囲は縮小されており、保険財政への負担とはならないこと、③同居家族のニーズに答えていること、から擁護論の立場である。さらにいえば、家族の介護を評価するほか、介護費用の補填になり、実際の介護時間を踏まえて、もう少し評価を高めても良いのではないかと考える。

3. 結果

本研究で明らかになったことをまとめると、以下のとおりである。

- ① 家族介護療養保護士とは、療養保護士（日本のホームヘルパーに類似）の資格を取得して訪問療養事業所に登録し、同居または別居の家族に対して介護サービスを提供して、介護保険から報酬を受ける者をいう。同居家族介護療養保護士とよぶ研究者もいるが、別居家族の介護も対象となる。事実上、要介護状態の家族への介護を介護報酬で評価していることになる。
- ② 日本では、訪問介護事業者の指定基準の中で、「指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に、その同居の家族である利用者に対する訪問介護の提供をさせてはならない」と定められている。同居家族への訪問介護の提供は、5つの条件（たとえば、利用者が指定訪問介護のみでは必要なサービスの確保が困難と市町村が認める地域に住んでいること、身体介護を主な内容としたサービスであること等）のすべてを満たす場合に限り、市町村が基準該当サービスとして保険給付の対象とすることができるとしている。この例外規定は、2重、3重ものしぼりをかけているので、事実上実施は困難と考えられる。一方、韓国では、制度実施当初から、同居または別居の家族に介護を行う療養保護士に対して介護報酬の支払いを認めた。算定対象時間は、同居家族に対する場合は、1日最大90分まで、別居家族に対する場合は1日最大4時間までとされた。毎日介護を行うと、月5万円前後から要介護者の支給限度額いっぱいの約11万円の収入を得ることができた。
- ③ これにより、介護保険制度に合わせて2008年1月に創設された療養保護士の資格が人気を集めたことは言うまでもない。韓国保健福祉部（日本の厚生省に相当）では実施1年目では、療養保護士の必要人員を約4万8千人と推定したところ、実際には33万4千人が養成された。教育機関の乱立、教育水準の質などが問題となり、2010年には国

家試験が導入された。それでも増加し、2012年6月時点では、109万人に達している。

- ④ しかし、当初から、介護サービスを提供せずに介護報酬を受給しているのではないかと、という不正受給問題がつきまとった。保健福祉部では、家族介護療養保護士の評価を限定することとし、2011年8月からは、同居・別居を問わず、家族に対しては1日最大60分まで、月20日以内（ただし、65歳以上の配偶者、認知症の場合には従来どおり）とした。こうすると、家族介護療養保護士の収入は、月2万円程度となる。
- ⑤ 本年1月、ソウル市内において家族介護療養保護士の方2名にインタビューする機会を得た。ひとり、40代の女性で実の父親の介護をしている。もうひとり、60代の女性で自分の夫の介護をしている。2人とも、父親または夫が要介護状態となった過程において、療養保護士の資格をとり、家族介護療養保護士として介護報酬を得ている。要介護者である家族のために、献身的に介護を行っている状況がうかがえた。介護報酬が1日1時間、月20日の算定に限定されているとしても、それ以上の介護を在宅で行っている。2人は、この仕組みによって一定の収入を得ることができるとは評価している。しかし、実際の介護時間は1日60分に限らないので、評価する範囲の拡大を望んでいる。

4. 考察

韓国の保健福祉部によると、この制度に関する見解は、廃止論と擁護論の2つに分かれている。廃止論の理由は、不正受給の温床ではないか、家族の負担を加重させているのではないかと等である。擁護論の理由は、家族の紐帯感の増進、無分別の施設入所の抑制の機能がある等である。

家族介護療養保護士へのインタビューを経た上での筆者の考えは、ア) 介護療養保護士の資格を得て、介護サービスを提供していること、イ) 介護報酬の評価範囲は縮小されており、保険財政への負担とはならないこと、ウ) 同居家族のニーズに応えていること、から擁護論の立場である。韓国では、「儒教精神」から親孝行の観念が強いとされる。親が要介護状態になれば、子どもが介護をする。しかし、子どもにとって、介護の手間ばかりでなく、介護費用も負担となる。家族介護療養保護士の仕組みは、家族の介護を評価するほか、介護費用の補てんにもなる。もう少し評価を高めてもよいのではないかと考える。

(参考文献)

韓国保健福祉部「老人長期療養保険の基本計画」(2012年9月)

(参考資料)

家族介護療養保護士に対するインタビュー

- 1 日時 2014 (平成 26) 年 1 月 24 日
- 2 場所 ソウル市 (韓国在家介護員協会事務所)
- 3 調査して得た主な情報

家族療養保護士について

氏名・性別・年齢

家族を介護する前の職業

「療養保護士」の資格取得年月、資格所得場所

介護スキルアップのために行っていること

現在の収入

介護している家族について

続柄、性別、年齢、要介護度、健康状態

介護の内容、ケアプランの有無、外部サービスの利用状況

介護の仕事について

事業所に所属しているか否か、従業上の地位

介護記録の報告方法、事業所や国民健康保険公団の指導の有無

「家族療養保護士」について

仕事、賃金への満足度

「家族療養保護士」の制度がなくなったら

韓国の介護保険に対する考え

その他

1ヶ月の生活費、生活費を負担する人

資料

1. 日韓台介護制度比較

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(改訂版)

		日本	韓国	台湾	
				現行	案
法律	法律名	介護保険法	老人長期療養保険法	我国長期照顧十年計画、老人福利法など	長期照護服務法(介護サービス法) 長期照護保険法(介護保険法)
	施行	2000年	2008年(介護給付の提供等)	2008年	長期照護服務法は2014年(審議中) 長期照護保険法は2016年(目標)
制度の 枠組み	制度の建て方	社会保険(独立型・地域保険型)	社会保険(医療保険活用型)	高齢者福祉制度	社会保険(医療保険活用型)
	所管(中央)	厚生労働省	保健福祉家族部	行政院衛生署、内政部	行政院衛生福利部
	保険者	市町村	国民健康保険公団	直轄市・県市政府(都道府県・政令指定都市に相当)	中央健康保険署
	被保険者(対象者)	第1号:65歳以上の者 第2号:40~64歳の者	国民健康保険の加入者	65歳以上の者 50歳以上の障害者 55歳以上の原住民族	全住民
	給付対象者	主に第1号被保険者	原則として高齢者	同上	高齢者が中心(案)
要介護 認定	要介護認定	あり	あり	あり	あり
	要介護度	7段階	3段階	3段階(軽度、中度、重度)	4段階(要支援、要介護1級~3級)
	要介護度判定の基準	樹形図モデル	樹形図モデル	ADLsを基準	日本や韓国と同じ方式を基本に認知症の検査項目を別に設ける
	有効期間	6ヶ月(新規、区分変更、更新変更の一部) 12ヶ月(更新申請の一部)	1年(原則) 更新 3年(1等級でかわらない) 2年(2等級、3等級でかわらない)	6ヶ月(原則) 「重度」で1年以上状態が継続している場合は例外	6ヶ月

表 日本、韓国、台湾の高齢者介護制度の比較(改訂版・続)

		日本				韓国				台湾							
										現行			案				
要介護認定	利用限度枠	区分	基準 (介護時間)	支給限度 (単位)	支給限度 (円)	区分	基準 (点数)	支給限度 (在宅・ウオン)	円換算	区分	基準 (ADLs喪失度)	利用限度枠 (時間)	単価 (台湾元)	支給限度 (台湾元)	円換算	複数案あり	
		要支援1	25分以上32分未満	4,970	49,700	3等級	51点以上75点未満	878,900	85,253	軽度	1~2項目	25	180	4,500	15,570		
		要支援2	32分以上50分未満	10,400	104,000					中度	3~4項目	50	180	9,000	31,140		
		要介護1	50分以上70分未満	16,850	168,500	2等級	75点以上95点未満	1,003,700	97,359	重度	5項目以上	90	180	16,200	56,052		
		要介護2	70分以上90分未満	19,480	194,800					注:在宅と地域ケアのみ							
		要介護3	90分以上110分未満	26,750	267,500	1等級	95点以上	1,140,600	110,638								
		要介護4	110分以上	30,600	306,000	施設	1日あたり評価額×1ヶ月の日数										
		要介護5		35,830	358,300												
サービス利用	ケアマネジメント	あり(ケアプランを必ず作成し、これに基づいて利用)				なし(公団が作成する標準ケアプランがあるが、強制力はない)				利用者が自由に選択						あり(日本のものとは異なる)	
	保険給付内容(介護サービス)	居宅(通所を含む)、施設サービス				居宅(通所を含む)、施設サービス				居宅、地域(通所)、施設サービス						居宅、地域(通所)、施設サービス	
	家族介護手当(現金給付)	×				○(条件付き)				○(別制度で実施)						○(現物給付と選択、外国人介護労働者を雇用している場合は利用できない)	
地方自治体の役割		市町村:保険者、地域密着型事業者の指定など 都道府県:介護事業者の指定など				基礎自治体:介護事業者認定				県市政府:要介護認定、事業者の監督など						県市政府:介護サービス関係のみ?またはプラスアルファ?	
財源	一部自己負担	10%(食費、住居費部分は全額自己負担)				居宅:15% 施設:20%(食費、住居費部分は全額自己負担) ただし、低所得者には減免がある				居宅、地域:低所得者は0%、中所得者は10%、その他の者は30% 施設:低所得で重度の者は0%						施設ケアは15%、地域・居宅ケアは10%(案)	