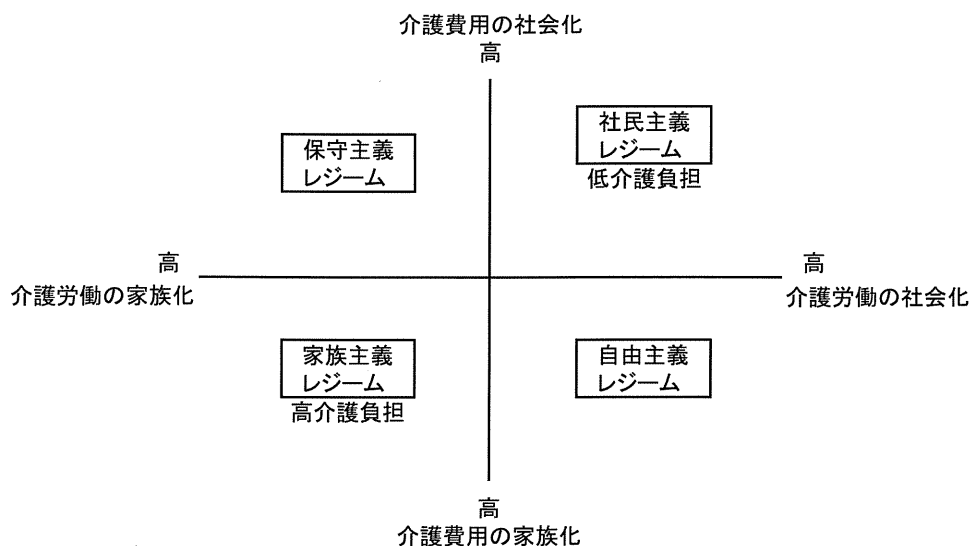


ア労働とケア費用をともに家族が負担するのである。

Esping-Andersenの類型に依拠した韓国の福祉類型には、IMF危機後の国家の責任の拡大（キム、2001;武川、2006）、新自由主義的福祉改革（チェ、2001）、新自由主義的労働市場改革と保守主義的財政運営による所得平等が犠牲にされる自由主義（ヤン、2006）、家族の介護費用と介護労働の負担の家族主義レジーム（辻、2012:25）など多様な視点が存在する。その理由としては、福祉類型枠組みを韓国に適用することに起因する限界（イ、2002）が指摘されている。

一方、韓国の高齢者福祉支出は、2006年度から2008年まで3年間の対国内総生産（GDP）比が1.7%で、OECD平均の6.8%よりも低い（国民年金統計年報、2012）。高齢者の貧困率は、韓国保健社会研究院（2013）によると、3年間（2006～2008年）の平均が45%であり、OECD（経済協力開発機構）諸国の高齢者の平均貧困率の14%よりも3倍以上高い。高齢期に直面する問題は、2012年の高齢者統計によると、「経済問題」と「健康

問題」がそれぞれ42%で（統計庁、2012）最も高くなっており、高齢者の経済問題が深刻化している。高齢者福祉予算が少ない要因として、高齢化率が2011年で11.8%と経済先進諸国よりも低く、子どもによる老親の経済的扶養や介護などが「福祉の含み資産」と見なされるなど、社会経済的あるいは文化的な要因が結果として凝縮されているともいえる。介護保険法施行により介護サービスが安価で利用できる仕組みであるが、70才以上の高齢者は介護費用を負担する経済的能力が低いので、介護労働や介護費用は依然として子どもの役割である。そのため、家族の介護負担は高いと考えられる。女性の雇用率は、2011年のOECD諸国の平均が65.7%、日本が60.3%、韓国が53.1%であり、この10年の間にほとんど変化がないのが現状である。女性の就業の阻害要因は、雇用労働部によると、育児負担が46.4%で最も高く、社会的偏見と慣行が21.4%である（統計庁、2012）。家族に対する福祉供給の依存度が変化しない限り、今後高齢者の割合が上昇すると、福祉供給主体としての家族の果たす役割はますます大きくなり、家



注：新川の福祉レジーム2軸の脱商品化と脱家族化（2009:34）と、辻のケア政策の2軸のケア費用とケア労働（2012:24-25）に基づき筆者が作成した。

図1 福祉レジームの介護の社会化・家族化と介護負担感

族の介護負担も高くなるものと考えられる。

今後、国民年金が充実し、介護費用の社会化が進み、高齢者本人が老後の生活費と介護費用を賄うことが可能であれば、介護労働が社会化され、家族の介護負担が低くなり、介護政策が社民主義レジームに近づくと考えられる。

以上のように、高齢者の介護政策を考える際、どのような福祉類型が適切であるかに関しては、福祉類型が固まっておらず多様な類型が存在している。そこで、本稿では、新川（2009）の2軸に基づき政策を類型した辻（2012）の家族主義レジームに基づき議論を進めていく。新川の2軸を踏襲した辻（2012）の2軸の介護費用の社会化・家族化と介護労働の社会化・家族化という福祉レジームの4類型に依拠して介護政策レジームを示すと、次の図の通りである。後発福祉国家である韓国は、伝統的に高齢者のニード充足の役割が子どもの義務（children's obligation）として民法と社会的環境により支持されており、介護費用の社会化と介護労働の社会化は思った以上に進んでいないので、家族主義レジームの2つの軸が家族介護者の介護負担を規定すると仮定し、分析を進める。

## 2. 介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程の論議<sup>2)</sup>

韓国では、1997年のIMF危機以降、新自由主義政策の導入とともに高齢者の経済的扶養と介護の充実が進められたという側面がある。介護保険法施行は、これまでの措置制度のもとでは、中間階層のための介護サービスがない状態で行われていた高齢者介護を、契約原理に基づき介護を受ける権利を普遍化するという全く新しい制度である。そのため、介護保険制度のモデル事業実施や具体的な内容の検討が始まると、与・野党の政治家をはじめとする政策決定者、政府関係者、専門家、市民や利害関係者、専門家などの間で介護保険法導入の是非をめぐる意見対立が鮮明となった。

介護保険法の導入の是非をめぐる政策決定過程において、与・野党の政治家の政策決定者、大韓老人会が、介護保険法が速やかに施行されるために果たした役割は大きい。当時の与党であるヨルリンウリ党は、介護保険法の導入を大統領の政策公約にしたこともあり、政府の意見とほとんど一致しており、介護保険制度の早期導入に積極的に賛成した。ジャン・ヒャンスク議員は、介護の社会化は、社会と政府の連帯により可能であると述べた（保健福祉委員会会議記録、2006.9.18）。介護サービスの提供は、政府、民間の非営利組織と営利組織を含む社会全体で行う福祉ミックスの観点が必要であることを意味するだろう。

一方、野党のハンナラ党は、2006年6月の地方選挙を目前に大韓老人会を訪問した時、大韓老人会からの介護保険法の早期実施のための法案成立の要求を受け入れた（福祉タイム、2006.5.30）。しかし、財政問題、福祉インフラ整備などについては、介護保険モデル事業の予算の6億ウォン削減を要求した。すなわち、介護費用と介護労働の社会化の程度が低いことが推察される。

大韓老人会は、家族の介護機能が弱くなっており、介護ニードがあっても介護を受けることができないう高齢者が多いことを指摘し、介護保険法が未整備であっても予定通り施行できるように与・野党の政治家に積極的に圧力をかけた。とくに、2006年6月に地方選挙があり、高齢者の投票を意識した与・野党の政治家は大韓老人会の介護保険制度の早期実施に関する要求を受け入れた。（福祉タイム、2006.5.30）。

市民団体と利害関係者は、介護保険法の必要性について意見が一致していたが、介護保険法の早期施行については慎重論が相次いだ。経済正義実践市民連合は、介護保険によるサービス対象者を高齢者の5%未満に限定するのは介護保険制度の趣旨に反すると指摘した（2006.2.9）。すなわち、介護の社会化は必要であるが、介護労働の社

会化が低水準であることを問題にした。参与連帯は、高齢者の中で介護ニーズがある者が8%であるが、サービス対象者が2008年に1.7%、2010年に3%であり、64歳以下の障害者が給付対象から除外されていることを指摘した（保健福祉委員会会議記録、2006.10.24）。「長期療養制度の争奪のためのヨン大会」では（健康セサンネットワーク、2006.11.30）、高所得者の経済的負担は軽減されるが、低所得者の負担は現在の軽費療養施設の自己負担と同額であり、自己負担額を日本と同じく10%に軽減し、国の負担を増やす必要があると主張した。

介護保険法の導入の是非をめぐる議論では、福祉インフラ整備、給付対象と介護費用が中心になっており、在宅サービスと施設サービスの質の保障の考え方が明確でないこと、特に、高齢者の経済格差が深刻であるが、介護費用の負担の役割が明らかにされていない。

### Ⅲ 介護保険法システムの現状

#### 1. 保険者、被保険者と財政構成

介護保険の保険者は、保険制度の一元化及び制度運営の合理化を図るために国民健康保険公団となっている。その理由として、市町村レベルの自治体の経済格差が大きいため自治体が保険者の役割を担うことが困難であることが挙げられる。被保険者は、国民健康保険の加入者（第7条第3項）、

すなわち20歳以上の者から構成されている。介護給付の対象者は、65歳以上の高齢者と65歳未満の認知症・脳血管性疾患など老人性疾病を有する者であり、65歳未満の者は介護保険料のみ払う仕組みになっている。

介護保険財政の構成は、国が毎年当該年度の介護保険料の20%を負担し、自治体が介護給付費、医師所見書、訪問看護指示書に関する費用を負担する。介護保険料が50%、自己負担割合は、在宅サービス利用者が15%、施設利用者が20%である。生活保護受給者（国民基礎生活保障の受給者）の自己負担は、全額公費で賄うが、その費用は国が80%、自治体が20%を負担する。低所得者の自己負担額は、本人が50%、残りの50%は国と自治体がそれぞれ負担する。ただし、ソウル市は、2013年から7月から低所得者の在宅・施設サービスの自己負担額を無料とし（福祉口、2013.7.2）、低所得者の保険料負担あってサービス利用なしという構造的対立から脱却し、要介護者のニーズに見合ったサービス利用が可能となった。

介護保険料は、国民健康保険料の10%以下で徴収するように規定されており、次の表で示した通り、2011年で6.55%となり、介護保険料は4年間に1.5割以上上昇した。介護保険予算がGDPに占める比率は、2009年で0.19%から2011年で0.26%に上昇したが、その比率が非常に低い。介護保険財政の推移について、現在まで介護給付費が介護保険の収入よりも低い。2008年度は在宅給

表1 保険料、保険予算、保険の収入と支出の推移

|                   | (単位：100万ウォン) |         | (単位：ウォン、1000万ウォン) |           |           |
|-------------------|--------------|---------|-------------------|-----------|-----------|
|                   | 2008(7~12月)  | 2009    | 2010              | 2011      |           |
| 介護保険料（健康保険に対する割合） | 4.05%        | 4.78%   |                   | 6.55%     |           |
| 介護保険料（ウォン）        | 2,700        | 3,114   |                   | 5,069     |           |
| 介護保険予算／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 |
| 支出                | 合計           | 554,901 | 1,908,463         | 2,589,135 | 2,787,757 |
|                   | 在宅           | 165,136 | 986,677           | 1,375,351 | 1,375,543 |
|                   | 施設           | 262,858 | 754,498           | 1,033,623 | 1,221,075 |

資料：国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険統計年報』

付費が施設給付費よりも低い、2011年度には在宅給付費が施設給付費を上回っているが、在宅・施設給付費は共に増加し続けている。

## 2. サービス利用の手続き、要介護認定、介護給付の内容と水準

介護サービスの利用の手続きは（金、2008）、①要介護認定を受けようとする介護保険被保険者は公団支社の窓口申請するが、その際には医師の所見書が必要である。②調査員が家庭を訪問して調査を実施するが、調査員は原則的に公団の職員であり、調査項目は、日常生活動作能力、認知機能、行動変化、看護処置、リハビリ領域など5領域の52項目である。③要介護認定の区分は、1等級（日本の要介護5に当たる）、2等級（要介護4）と3等級（要介護3）があり、等級外（非該当）となる。要介護認定委員会は、自治体の首長（市郡区庁長）が委任した15人に医師又は漢方医師が含まれる。④認定結果の通知書とともに標準ケアプラン（公団の職員が一方向的に作成）を送付する。要介護認定に異議がある申請者は、処分がある日から90日以内に申し立てが可能である。⑤サービス利用は、要介護認定者や家族が介護事業所と契約を締結することにより可能である（標準ケアプランに従う必要はない）。

要介護認定者の推移について、次の表2の通り、2008年から2013年の間に、1等級が減少し、3等級が大きく増加した。要介護認定の点数は、3

等級の最低点が2012年7月で55点から53点に下がったが、さらに2013年7月は51点に下がった。これにより、新たに23,000人が介護給付の対象となる。要介護認定の非該当のAとBの認知症高齢者は、認知症基準に基づきサービスが利用できるように制度を改正する予定である（保健福祉部、2013.5）。1等級の減少は、要介護度が高い人が療養病院（介護保険適用外）に入院していることと、認定基準を厳しくしたことと関連している。3等級の増加は、等級外の者の中で症状が悪化した者の増加と、3等級の認定点数が下がったことなどによる。保健福祉部の長中期計画（保健福祉部、2012.10）によると、2017年度まで介護給付対象者が高齢者人口の7%に相当する50万人まで拡大する予定である。

介護給付の内容は、施設サービス、在宅サービス、特別現金給付から構成されている（表3参照）。在宅サービスの給付対象者は、1等級から3等級の者であり、施設入所サービスは、1等級と2等級の者に限定されているが、3等級の者は、認知症の場合に限り要介護認定委員会の判断により施設入所が可能である。

韓国の在宅給付と施設給付の種類は日本よりも少ないが、家族介護者には現金給付が含まれている。現金給付には、特別現金給付の家族療養費、特例療養費、療養病院付添費と、家族介護者が介護ヘルパー（療養保護士）資格保有者の場合の現金給付がある。家族療養費は、山村・離島など僻

表2 要介護認定者及びサービス利用率の推移

|             | (単位：人数、%) |          |          |          |          |         |
|-------------|-----------|----------|----------|----------|----------|---------|
|             | 2008.12月  | 2009.12月 | 2010.12月 | 2011.12月 | 2012.12月 | 2013.4月 |
| 要介護認定者      | 146,643   | 286,907  | 315,994  | 320,261  | 341,788  | 349,814 |
| 1等級         | 40,090    | 40,038   | 46,994   | 42,611   | 38,262   | 37,011  |
| 2等級         | 29,554    | 63,454   | 73,833   | 73,265   | 70,619   | 70,254  |
| 3等級         | 51,882    | 143,425  | 195,167  | 204,385  | 232,907  | 242,549 |
| 認定率／高齢者人口   | 4.2%      | 5.4%     | 5.8%     | 5.7%     | 5.8%     |         |
| 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）』

地の居住者がサービスを利用しない家族介護者に月15万ウォンが支給される。介護ヘルパー資格保有者の家族介護者には、現金給付（日本は市町村との交渉によって限定的に導入されている）があり、家族の同・別居により介護給付額に格差がある（次の表参照）。介護保険法改正により、介護ヘルパー資格保有者の家族介護者の介護給付は、2011年8月から介護時間が1日90分から60分、月30日から20日に（月160時間）変更された。ただし、要介護者が認知症による不適切行為がある場合と、介護者が要介護高齢者の配偶者の場合は例外である。これらの改正の背景には、家族介護者への現金給付費が訪問介護給付費に占める割合が、2010年12月で49%であり、女性の社会参加への阻害要因となっていることと、家族介護者の不正請求を防止する狙いなどがある。介護保険法施行により、家族による介護労働の無償労働が有償労働となり、保険財政の節約などの観点から介護ヘルパー資格保有者の家族介護者には現金給付が選択肢となった。家族介護者の地位に基づく社会保障の権利が議論の対象にならなかったが、今後は介護のために就労できない家族に対してそれらの権利が検討課題となる必要がある。

療養病院付添費とは、要介護者が老人専門病院

又は療養病院に入院する時、介護付添い費として支給されるが、介護保険財政の確保などの理由で、現在実施されていない。

短期入所は、年に2回まで月15日間の利用が可能である。在宅サービス利用者の中で、2013年3月から月20日（1日8時間以上利用）以上のデイサービスの利用者は、在宅サービスの限度額の150%まで在宅サービス利用が可能となった（健康保険公団、2013.2）。在宅サービスの利用者の2008年と2010年の推移をみると、訪問介護が7万人から22.5万人に増加し、訪問入浴が2.4万人から7.2万人に増加したが、デイサービスが1万人から2.1万人と増加した（ソノウ、2012）。これらの改正の背景には、在宅サービス理由者がデイサービス利用よりも訪問介護の利用を好む傾向があり、それらのサービス利用の格差を是正する必要があったと考えられる。

保険給付の利用限度額は、次の表の通り、1等級の限度額が最も高く、次いで2等級、3等級の順であり、在宅サービスよりも施設入所サービスの利用限度額が高い。介護施設入所者の限度額は、老人専門療養施設（特別養護老人ホームに当たる）と老人療養共同施設（グループホームに当たる）がともに高い。

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）<br>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、天災事変等による、身体・精神的状況による。月15万ウォン<br>特例療養費：介護給付施設ではない老人施設などで施設サービス在宅サービスを相当期間受給した場合<br>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        | 同居家族の介護者が介護ヘルパー資格保持者：月36万~87万ウォン  |
| （ケアワーカー）    | 別居家族の介護者が介護ヘルパー資格保持者：月56万~87万ウォン  |
| 資格取得支援      | 職業能力開発口座制により、介護ヘルパーの資格取得に必要な費用の80%を政府が支援し、20%は自己負担  |

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

介護保険法の施行により、介護サービス受給者（利用者）数は、2012年4月で32.5万人となり高齢者人口の5.7%である。介護サービスの受給者が増加する中で、在宅サービスの利用者と施設入所者がともに増加しており、2010年の在宅介護サービスの受給者は26.6万人であり、介護施設入所者が11.5万人である（国民健康保険公団、2011）。

### 3. サービス事業所とケアワーカーの現状

サービス事業所は、①老人福祉法に基づき老人福祉施設（在宅老人福祉施設、老人療養施設、老人療養共同生活家庭）として設置し介護保険上の指定を受けた場合、②介護保険法に基づき一定の条件を満たして在宅福祉事業所を設置し、所在地の自治体の首長に申告して介護サービス事業所として指定を受ける場合がある（第2条4項、23条）。

入所施設の推移をみると、2008年から2010年の間に、グループホーム（老人療養共同生活家庭）が422か所から1,346か所と増加した。指定在宅介護サービス事業所として、訪問ヘルパー事業所は、1,111か所から1,198か所、デイサービス事業所が621か所から786か所、訪問入浴事業所が349か所から2010年525か所、ショートステイが67か所から217か所へと増加した。療養施設（特養）

が1,332か所（健康保険公団、2012）から2013年6月現在で4,537か所（保健福祉部、2013）に増加したが、国・自治体が設立した施設は110か所で2.6%に過ぎない。2012年の韓国の療養施設の定員は13万人だが、利用者は10万人である。ソウル市の区立施設は、民間施設よりも介護の質が高いなど介護環境が充実していることで、入所待機者が500人を超えた施設もある（国民日報、2013.6.13）。市場原理の導入により多くの民間企業が介護市場に参入しており、総量として在宅サービスと施設サービスのニーズは充足されるようになった。しかし、介護事業所の設置は、申告制であり、民間事業所は介護の質など介護環境が整備されていないこともあり、介護の質の向上のための方策が必要である。

介護ヘルパー（療養保護士）資格は、2008年7月に介護保険法施行とともに導入された国家資格である。介護ヘルパー資格は、教育機関での受講でのみ可能であったが、2010年から国家試験により資格が取れるように変更された。介護ヘルパー資格保有者は、3年半の間に約3倍に増加したが、介護ヘルパーとして従事者は介護ヘルパー資格保有者の1/4に過ぎない。それは、介護ヘルパーに社会参加が可能な場所が限定されていること、家

表4 介護給付の利用限度額

| 等級                     | (単位：ウォン)  |           |         |
|------------------------|-----------|-----------|---------|
|                        | 1等級       | 2等級       | 3等級     |
| 在宅サービス（月）              | 1,140,600 | 1,003,700 | 878,900 |
| 老人療養施設（日）              | 38,610    | 34,980    | 31,340  |
| 老人療養施設（ショートステイから転換）（日） | 43,300    | 39,600    | 35,900  |
| 老人専門療養施設（日）            | 48,900    | 45,290    | 41,670  |
| 老人療養共同施設（日）            | 48,900    | 45,290    | 41,670  |

注：訪問介護、訪問看護、訪問入浴は、遠距離移動費用と、夜間は20%、土・日曜日は30%加算する。  
国民健康公団の資料をもとに筆者が作成

表5 介護ヘルパー資格保持者及び従事者の推移

|             | 2008年   | 2009年   | 2010年   | 2011年   | 合計        |
|-------------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| 介護ヘルパー資格保持者 | 339,197 | 353,001 | 291,685 | 79,989  | 1,063,812 |
| 介護従事者       | 70,477  | 182,674 | 237,709 | 246,000 |           |

資料：保健福祉部、2012、報道資料

族が介護が必要になった時などの場合に備えるためであると考えられる。

介護ヘルパーの報酬に関して、入所施設の平均が月130万ウォン、訪問ヘルパーが1時間当たり平均7千ウォンであり（飲食店の従業員が住み込みで月220万ウォン）、他の産業の労働者によりも低いのが現状である。政府は、介護ヘルパーの報酬を今後5年以内に社会福祉施設の生活指導員の報酬並み（月157万ウォン）に引き上げる方針を発表した。2013年3月からホームヘルパーの処遇改善費が新設され、1時間ごとに625ウォン加算されるが、労働時間が月160時間以上の介護ヘルパーは、月10万ウォンまで加算される（保健福祉部、2012）。しかし、在宅サービスの利用限度額の改正がないので、介護ヘルパーの報酬への直接の影響はサービス利用者の利用時間に左右される。

#### IV 高齢者の居住形態と経済状況

##### 1. 高齢者と要介護高齢者の居住形態

韓国の家族は、教育のレベルアップと生活水準の向上などにより、農村部の家族形態は都市部の家族形態に収斂する傾向があるが、個人の多様化はより顕著になった。また、全国的には核家族化傾向とともに高齢者の単独世帯が増え、農村部では、とくに働き手の高齢化と高齢者のみの世帯が目立つようになり（金、2003）、今後も大幅な増加が見込まれている。

高齢者の世帯構成について、保健福祉部による

と（2012）、2011年の高齢者の「夫婦のみ」世帯は48.5%で最も多く、子どもと同居世帯は27.3%、単独世帯は19.6%となっている。高齢者夫婦世帯と単独世帯が急増している背景には、人口高齢化による年齢構成の変化により、子どもの巣立ちによる「夫婦のみ」、配偶者との死・離別による「一人暮らし」世帯へと順次変化していくパターンが考えられる。それとともに、高齢者と既婚子の互いのプライバシーを尊重し、それぞれの役割を果たすことが可能であれば、高齢者は既婚子と同居による利益を犠牲にしても別居を選択するだろう（金、2005）。単独高齢世帯と高齢者のみ世帯の増加は、社会的孤立のリスクを高めているといえる。高齢者が既婚子と同居する理由について、保健福祉部によると（2012）、「同居は当たり前」が28%で最も多く、次いで「家事や孫の世話のため」が22%、「経済的困難」が21%、「子どもの経済的困難」が13%を占めている。老親の既婚子との同居の背景には、伝統的な考えと親子の経済的状況が関連していることが推察される。

要介護高齢者の介護の担い手は、保健福祉部（2012）によると、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」は7割以上が家族による介護労働であり、外部資源による介護サービス利用はわずか1割未満で非常に低い。「単独世帯」の要介護高齢者は、家族による介護が4割強であり、外部資源による介護サービス利用が3割弱を占めている。「単独世帯」は、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」に比べると、外部資源の利用が非常に

表6 2011年度高齢者世帯に占める要介護高齢者世帯、介護の担い手

|        | 2008年       | 2011年       | 2011年<br>要介護高齢者* | 介護の担い手 |        |           |      | 合計       |
|--------|-------------|-------------|------------------|--------|--------|-----------|------|----------|
|        |             |             |                  | 家族     | 介護ヘルパー | 家族+介護ヘルパー | その他  |          |
| 単独世帯   | 19.7(2,127) | 19.6(2,094) | 20.0             | 47.5   | 34.1   | 7.6       | 10.7 | 100(248) |
| 夫婦のみ世帯 | 47.1(5,086) | 48.5(5,172) | 37.3             | 76.2   | 6.0    | 16.0      | 1.7  | 100(463) |
| 子どもと同居 | 27.6(2,980) | 27.3(2,916) | 38.8             | 79.8   | 6.2    | 13.4      | 0.6  | 100(471) |
| その他    | 5.6( 605)   | 4.6( 492)   | 4.8              | 68.3   | 10.0   | 10.0      | 11.7 | 100( 60) |

注：要介護高齢者世帯は、2011年老人実態調査による。要介護高齢者の比率は筆者が作成  
資料：保健福祉部・韓国保健研究院、2012『老人実態調査(2008年と2011年)』

高いことが明らかにされた。

## 2. 高齢者と要介護高齢者の経済状態

高齢者は子どもに依存せず、経済的にどの程度自立が可能であろうか。高齢者に介護ニーズがある時、自分自身の所得で介護サービスの購入は可能だろうか。

高齢者人口に占める公的年金の受給者は、2005年の16.1%から2011年の31.8%へと増加した（統計庁、2012）。国民年金受給額は、20万ウォン以上が18%（160万人）、20万ウォン未満が12%（74万人）を占めている（朝鮮日報、2013.1.29）。国民年金受給者の割合が低いのは、国民皆年金施行が1997年であり、20年間年金保険料を納めた者（現在は10年）に年金受給資格があることと関連がある。政府は、生活が困難で年金収入がない高齢者に年金を支給する目的で、基礎老齢年金法を2007年に制定、2008年に施行した。基礎老齢年金の受給者の高齢者に占める割合は、2008年の57.3%から2011年の67.0%へと増加し、2012年の上限額は、単独世帯が月94,600ウォン、夫婦世帯が月151,400ウォンである（国民年金管理公団、2012）。いずれにせよ、月20万ウォン未満の年金では自立した生活が困難であり、介護が必要になっても介護サービス利用を諦めるか、または介護費用や介護労

働を子どもに依存するという介護政策の家族主義レジームに近い状態になっている。

高齢者の世帯構成別主観的生活状態をみると（保健福祉部、2012）、単独世帯の「非常に低い・低い」が6割以上で最も多く、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」も主観的生活状態が低い者が5割を占め、主観的生活状態が良い者が1割弱であることが示された。

高齢者の生活保護受給者（国民基礎生活保障受給者）は、2011年378,000人であり、それらが生活保護受給者に占める割合が27.4%、男性高齢者が4.5%、女性高齢者が8.2%であり（統計庁、2012）、高齢者の男女の貧困格差があることが示された。

扶養義務者に関して、1961年制定された生活保護法の1982年改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、8親等以内の父系血族、4親等以内の母系血族、夫の4親等以内の母系血族、妻の父母と配偶者とした（金、2003）。1990年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、直系血族及び配偶者、そのため生計を共にする4親等以内の親戚となり、男女の平等の観点から民法の改正が行われた。1995年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、直系血族と配偶者、生計を共にする兄弟姉妹及び親族（2親等以内の血族、既婚の娘）に限

表7 高齢者の主観的生活状態

|          | 非常に低い | 低い   | 普通   | 高い  | 非常に高い | 合計            |
|----------|-------|------|------|-----|-------|---------------|
| 単独世帯     | 20.9  | 44.4 | 32.4 | 2.2 | 0.1   | 100.0 (2,086) |
| 夫婦のみ世帯   | 7     | 34.6 | 51.1 | 6.9 | 0.4   | 100.0 (5,120) |
| 子どもと同居世帯 | 8.1   | 32.9 | 52.4 | 6.5 | 0.1   | 100.0 (2,847) |

資料：保健福祉部、2012『高齢者実態調査2011』

表8 高齢者世帯の生活費の主な負担者

|          | 本人   | 配偶者  | 子ども  | 政府・社会团体 | その他 | 合計            |
|----------|------|------|------|---------|-----|---------------|
| 単独世帯     | 34   | 0.5  | 47.4 | 17.2    | 0.9 | 100.0 (2,094) |
| 夫婦のみ世帯   | 42.2 | 28.4 | 23.4 | 5.6     | 0.5 | 100.0 (5,173) |
| 子どもと同居世帯 | 22.4 | 10.2 | 64.1 | 3.3     | 0.1 | 100.0 (2,917) |

資料：保健福祉部、2012『高齢者実態調査2011』



定された。2004年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲（2007年から実施）は、1親等直系血族者及びその配偶者に限定され、扶養義務者の扶養義務の範囲が身内に限定されるようになった。さらに、2014年10月から4人家族世帯を基準に、世帯収入が440万ウォン以上の世帯は、別居家族の1人を扶養するようになり（福祉口、2013.7.2）、絶えず問題になっている扶養義務の範囲が非常に狭くなり、低所得の子どもがいる低所得の老親は、生活保護により基礎的な生活が保障されるようになる。

高齢者の生活費の主な負担者について、保健福祉部によると（2012）、「子どもと同居世帯」と「単独世帯」では、それぞれ子どもが6割弱と4割強で最も多く、「夫婦のみ世帯」では夫婦が7割で最も多い。子どもと同居している高齢者は、生活費を子どもに依存している傾向があり、夫婦のみ世帯では夫婦で生活費を解決している傾向がある。

## VI 家族介護者への支援策とその効果<sup>3)</sup>

### 1. 仮説と研究の方法

以下では、介護保険法施行と要介護高齢者の家族介護者への支援策とその効果を検討するために、家族介護者の介護負担を被説明変数とし、説

明変数として、介護費用と介護労働に関連する諸変数を用いる。使用するデータは、2010年にソウル市から車で1時間程度の地域であるアンヤン市など4地域に居住している要介護高齢者の家族介護者を対象に回答を得た993ケースを用いて検証する。このデータは、科学研究費助成金の「在宅要介護高齢者の看取りケアと地域ネットワーク・サポートの日韓国際比較研究」の一部分の成果によるものである。

家族介護者は、介護費用の負担と介護労働の役割が社会化されると、介護負担が低くなるだろうか。先行研究に基づき、介護費用と介護負担に関しては、1) 要介護高齢者の収入が高い家族介護者は介護負担が低い、2) 家族介護者の世帯収入が高い家族介護者は介護負担が低い、3) 介護費用を要介護高齢者の子どもが負担すると家族介護者の介護負担が高い、という3点の仮説を中心に検討する。介護労働と介護負担に関しては、4) 要介護状態区分支給限度額まで介護サービスを利用していると家族介護者の介護負担が低い、5) 家族介護者が主に行っている介護の種類が多いと家族介護者の介護負担が高い、6) 介護サービスの利用が多いと家族介護者の介護負担が低い、という3つの仮説を中心に検討する。

在宅要介護高齢者の家族介護者支援への効果を

表9

| 精神・心理的負担                        | 社会生活上の負担 |   |      |
|---------------------------------|----------|---|------|
|                                 | 当てはまる    | 当てはまる   |      |
| 一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる            | 59.1     | 世話のために、仕事に出られない。よい仕事につけない。家業が思うようにやれない          | 46.6 |
| お世話で○○さんと一緒に過ごすのは気を使うし骨がおれると感じる | 27.1     | お世話のために、(あなたが) 育児や家族の世話に思うように手がまわらない            | 51.6 |
| 朝起きて、また今日も一日お世話かと思うと疲れを感じる      | 54.3     | 昼間 (あなたが) 思うように外出できない                           | 66.7 |
| お世話で燃え尽きてしまったと感じる               | 44.4     | お世話のために、昼間、(あなたが) 趣味や学習活動などをする「自由な時間」を思うようにとれない | 64.5 |
| お世話をしているイライラを感じる                | 45.6     | お世話のことで、家族・親戚と意見があわない                           | 39.0 |
| 自分でお世話できる限界まできたと感じる             | 34.1     | お世話のために、経済的負担が大きい                               | 59.5 |
| お世話に精をだしすぎていると感じる               | 67.0     |   |      |
| 7項目の平均                          | 47.4     | 6項目の平均  | 54.6 |

注：「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」を合計

注：「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」を合計

検討する方法として、多様な方法が考えられるが、介護負担が高いと在宅で介護を継続することが困難であるということから介護負担という概念を用いた。介護負担は、多元的にとらえることが提唱されており、その中の代表的なものとして、「精神・心理的 (psychological, emotional) 負担」の7項目と「社会生活上 (social) の負担」の6項目 (中谷, 2002) を用いて検討する。「精神・心理的負担」と「社会生活上の負担」はそれぞれ合計得点とし、合計得点が高いほどそれぞれ負担が高いことを意味する。

1)～6) の課題を検討するために、要介護高齢者本人の年収 (合計得点)、家族介護者世帯の年収 (合計得点)、介護費用の負担 (要介護高齢者やその配偶者=0、子ども=1とするダミー変数)、要介護状態区分支給限度額 (5選択肢)、介護サービスの利用種類の合計、家族介護者と介護専門家がそれぞれ主に行っている介護の合計を用いる。

分析モデルとして、重回帰分析を用いて検討する。

次の表9では、「精神・心理的負担」と「社会生活上の負担」の単純集計の4選択肢の回答の中、「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」に回答

した者の合計の割合を示した。「精神・心理的負担」の7項目の平均値は47%である。7項目の中で、「お世話で情を出しすぎていると感じる」が67%で最も高く、次に、「一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる」が59%になっている。「社会生活上の負担」の6項目の平均値は55%であり、「精神・心理的負担」よりも高い。6項目の中で、「昼間思うように外出できない」と「お世話のために、昼間趣味や学習活動ができない」がそれぞれ67%と65%で最も高いことが明らかにされた。

## 2. 介護費用、介護労働と家族介護者の介護負担との関連

家族介護者支援への効果を測定するために、介護費用と介護役割に関する諸変数と介護負担の「精神・心理的負担」、「社会生活上の負担」を用いて重回帰分析を行った結果、次のことが明らかになった (表10参照)。

家族介護者の「精神・心理的負担」には、自己負担額の負担、家族介護者が主に担っている介護種類と家族介護者世帯の年収が有意であったが、符号がそれぞれ異なっていた。すなわち、サービスを利用する際の自己負担額の負担が軽いと認知

表10 家族介護者の介護負担と諸変数との重回帰分析

|                     | 精神的・心理的負担 |    | 社会生活上の負担 |    |
|---------------------|-----------|----|----------|----|
|                     | B         |    | B        |    |
| 要介護高齢者の性            | -.481     |    | .225     |    |
| 要介護度 (1)            | .556      |    | .472     |    |
| 家族介護者の性             | .230      |    | 2.157    | ** |
| 介護費用負担者、1=子ども (2)   | .250      |    | .539     |    |
| サービス利用の自己負担額の負担 (3) | -.922     | ** | -1.486   | ** |
| 利用限度額に対するサービス利用 (4) | .326      |    | -.235    |    |
| 家族介護者が主に担う介護種類の合計   | .102      | ** | .064     |    |
| 介護サービスの利用種類の合計      | .199      |    | -.028    |    |
| 要介護高齢者夫婦の年収         | .016      |    | -.056    |    |
| 家族介護者世帯の年収          | -.192     | ** | -.179    | ** |
| R                   | .294      | ** | .397     | ** |
| R <sup>2</sup> 乗    | .087      | ** | .157     | ** |

注：\*p<.05, \*\*p<.01

- (1) 要介護度が重いほど値が低い、(2) 介護費用の負担者は1=子ども、0=要介護高齢者夫婦  
 (3) 自己負担額が低いほど値が高い、(4) 利用限度額までサービスを利用しないほど値が高い

している群と家族介護者世帯の年収が高い群は、「精神・心理的負担」が低い傾向がある。しかし、家族介護者が主に担っている介護の種類が多い群は、「精神・心理的負担」が高いという結果となった。

家族介護者の「社会生活上の負担」には、自己負担額の負担と家族介護者世帯の年収が有意であったが、符号がそれぞれ負であった。すなわち、介護サービスの利用に伴う自己負担額の負担が軽い群と家族介護者世帯の年収が高い群は、「社会生活上の負担」が低いことが明らかにされた。

介護保険法が施行され、介護サービスの費用負担と介護労働の社会化が進んでいるが、本研究では、介護費用の負担と介護労働が家族介護者の介護負担と強く関連しているという結果となった。国民年金が充実し、要介護高齢者が介護費用を賄うことができると、介護労働が自然と社会化され、家族介護者の介護負担が低くなることが考えられる。しかし、家族介護者の介護負担とは、主観的要素もあることを考慮する必要がある。

#### IV まとめ

韓国の高齢者福祉支出は、OECD諸国の平均値よりも低く、高齢者の貧困率は高い。また、女性の雇用率はこの10年間ほとんど変化がなく、育児負担が女性の労働参加を阻害する要因となっている。介護費用と介護労働の社会化が思った以上進んでいないことから、介護費用と介護労働の負担は、家族が中心に担うという家族主義レジームに近いという観点から分析を進めた。

介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程における議論では、福祉インフラ整備をめぐる賛否両論が中心になった。しかし、与・野党の政治家など政策決定者と大韓老人会は、ともに介護保険法を早急に実施することに賛成し、子どもの親孝行を代行するというスローガンのもとで介護保険

法が施行された。

介護給付の対象について、介護が必要な国民を対象にするか、高齢者のみを対象にするかということが焦点になったが、福祉インフラ整備や保険財政の確保などが不十分であることにより、サービス給付は中度と重度の介護ニーズのある高齢者に限定された。被保険者が全国民であることを考慮すると、今後は介護保険における障害者の位置をどうするかが議論の焦点になるだろう。

介護給付の種類に関しては、中産階級を対象とした介護サービスが皆無である措置制度から契約制度に移行したこともあり、身近にケアマネジメントができる人材が少なく、単品の介護サービス利用に偏っているのが現状である。高齢者の生活機能の維持と家族介護者の支援の視点から、ケアマネジメントの仕組みを取り入れることにより、介護サービスの選択肢が増え、多様化が促進されるものと考えられる。

市場原理が導入され、民間部門により福祉インフラ整備が進められ、施設サービスと在宅サービスの給付は、全体としては要介護高齢者のニーズに対して十分である。しかし、入所施設と在宅サービス事業所が乱立しており、要介護高齢者のニーズに見合った介護サービスが確保されていないこともあり、ソウル市では介護サービスの質が高い公的入所施設への待機者問題が浮上している。施設入所の「待機者問題」は、民間部分の介護サービスの質の確保などの真の建設的解決を図ることが必要である。

介護サービスの費用負担については、国民年金が充実していない状況の中で、高齢者の多くがサービス利用の費用負担が困難であることである。老親の経済的扶養は子どもの義務となっており、生活保護基準が絶えず問題となっているが、2014年10月から子どもの収入により老親世帯の扶養義務の基準が緩和される予定である。低所得の子どもがいる低所得の高齢者世帯は、生活保護法の定

める条件のもとで、権利として生活保護を受けることが可能である。それにより、介護サービス利用が無料、または軽減され、介護労働が家族から社会化されるだろう。いずれにせよ、現在の70歳以上の高齢者の年金受給率や受給額が低いことを考慮すると、独居高齢者や家族介護者による介護費用の負担は、国民年金が充実するまで続くであろう。

本研究の分析の対象となった家族介護者の精神的・心理的負担と社会生活上の負担には、家族主義レジームと密接な関連がある家族介護者の世帯年取と、家族介護者の介護労働の役割分担が強く関連しており、本仮説と概ね整合的であった。一方、サービス利用の費用負担を子どもがする家族介護者は介護負担が低く、本仮説と異なる結果となった。韓国では、老親の経済的扶養と介護の役割が子どもの義務として規定されており、儒教的背景などが家族介護者の介護負担に関連していると考えられる。家族による介護労働は、介護負担に直接影響を与えていたが、介護サービスの利用が介護負担に直接影響を与えることはなかった。介護労働の役割に関して、家族に任せるか、または介護労働の費用を社会化し、家族の選択に任せるかに関してはアジェンダである。いずれにせよ、介護ヘルパー資格保有者の家族介護者に対して介護労働の無償労働を有償労働として認めている状況を考慮すると、介護している時期に就労できない介護ヘルパー資格保有者の家族介護者に対して年金保険料拠出上の検討も含めた社会保障をどのようにするかが今後の検討課題である。

今後は、高齢者介護の社会化と家族介護者の支援策として介護保険法が、どの程度効果があるかについて、科学的な手法に基づき、韓国のみならず日本と比較分析・検証し、総合的な観点から示す必要がある。韓国は、介護保険法で規定されている介護サービスの種類が日本と比べて相当に少なく、日本と異なり国民年金が充実していないこ

とも相まって、家族と国の役割分担を個別ケースとして捉えるのが十分か、集団としてニードに対応することが十分か、という議論が必要である。いずれにせよ、今後国民年金が充実し、低所得の要介護高齢者が介護サービスを無料で利用することが権利として認められると、介護政策が目指すべき福祉レジームとは何かに関する検討が必要となるだろう。

注

- 1) 脱商品化とは、個人・家族が市場参加の有無にかかわらず社会的に認められた一定水準の生活を維持することがどれだけできるかというその程度を表している。社会階層化とは、福祉国家は、階級と社会的秩序を構造化する最も重要な制度であるという考え方に基づく。福祉国家における種々の社会プログラムが社会の階層構造をどのように制度化するかということを表し、それは3つの原理（保守主義、自由主義、社会民主主義）に基づく Esping-Andersen (1999=2000)。
- 2) 介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程の論議は、厚生労働省科学研究費「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24~26年度) (主任研究者 小島克久) の成果の一部分である。
- 3) 家族介護者への支援策とその効果で用いるデータは、文部科学研究費『在宅要介護高齢者の地域ネットワーク・サポートの日韓国際比較研究』(平成21~23年度) の成果の一部分である。

参考文献

朝鮮日報、2013.1.29  
 チェ・ヨンフン、2001「儒教主義、保守主義、あるいは自由主義? 韓国福祉類型の検討」『韓国社会学会』35 (6) 169-171  
 Esping-Andersen, G. 1999. Social foundations of postindustrial economies. Oxford University Press. (渡辺雅男・渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎——市場・福祉国家・家族の政治経済学』(桜井書店, 2000年).  
 保健福祉部、2012.10、11・2013.5『報道資料』  
 ———、2013.6、7『福祉口』  
 ———・韓国保健研究院、2009・2012『老人実態調査 (2008・2011)』  
 保健福祉委員会会議記録、第262回国会定期会、2006.9.18  
 保健社会研究院、2013『老人貧困率緩和のための老人

- 福祉支出と政策課題報告書』  
福祉タイム誌、2006.5.30、2006.2.9、2006.10.24  
イ・ヘギョン、2002「韓国福祉国家性格論争の合意と研究方法」キム・ヨンミョン編『韓国福祉国家性格論争』人間と福祉  
金 貞任、2003『高齢社会と家族介護の変容－韓国・日本の比較研究』、法政大学出版  
———、2005「韓国の介護保険制度の導入」『保健の科学』47、576-583  
———、2009「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』、167、67-78  
金 貞任、2008「韓国の介護保障」増田雅暢編著『韓国の介護保障』法律文化社、133-151  
キム・ヨンミョン、2000「変革期の韓国社会保障の現況と課題」『社会福祉』7-21  
国民健康福祉公団、2012『老人長期療養保険統計月報』健康セサンネットワーク、2006.11.30  
国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険統お計年報』  
———、各年度『老人長期療養保険主要統計』  
———、2012『国民年金統計年報』  
———、2013『老人長期療養保険の等級判定結果現況』  
———、2013『報道資料』  
国民日報、2013.6.13  
増田雅暢、2007「韓国における介護保険制度の創設」『月刊福祉』2007年12月号～2008年2月号  
Martinpowell & Armando. 2004. Welfare regimes and the welfare mix, *European Journal of Political Research*, 43: 83-105.  
中谷陽明、2003「家族介護者の負担、対処、利得(ゲイン)」  
『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究』平成14年度総括・分担研究報告書、173-183  
Sainsbury, D. 1999. *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford University Press.  
新川敏光、2005『日本型福祉レジームの発展と変容』、ミネルヴァ書房  
———、2009「福祉レジーム変容の比較と日本の軌跡」宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済』東大出版社  
———、2011「日本型家族主義変容の政治学」新川敏光編『福祉レジームの収斂岐脱商品化と脱家族化の多様性』309-330、ミネルヴァ書房  
ソンウ・トク、2012「老人長期療養保険制度の概要」『最新老人長期療養保険制度の現況と課題』老人研究情報センター、20-24  
武川正吾、2006「比較福祉国家研究における日韓比較の意義」武川正吾・イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較－社会保障・ジェンダー・労働市場』1-14. 東京大学出版  
辻 由希、2012『家族主義福祉レジームの再編とジェンダー政治』ミネルヴァ書房  
統計庁、2012『社会調査』  
———、2012『高齢者統計調査』  
ヤン・ゼジン、2006「韓国における新自由主義的改革と労働市場」武川正吾・イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較－社会保障・ジェンダー・労働市場』207-222. 東京大学出版

(Jungnim Kim 東京福祉大学教授)

# 韓国の家族介護 療養保護士の現在

岡山県立大学教授 増田 雅暢



## 保険給付としての 現金給付

韓国で介護保険制度が実施されてから本年7月で、6年間を経過することになる。韓国の介護保険制度は、日本やドイツの制度を参考に創設されているが、「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」を活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。

制度上の最も大きな相違は、医療保険制度の仕組みを活用して介護保険制度を創設した点で

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、五つの条件(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、二重、三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

ある。この点は、ドイツと同様である。これを筆者は「医療保険制度活用型」と呼んでいる。この方式は、介護保険制度の立ち上げが容易である。日本は「独立保険型」であり、医療保険制度とは別の体系で介護保険制度を創設した。日本の介護保険制度は、検討時点において医療保険制度や老人保健制度が有していた問題から離別することができた。他方で、市町村保険者の規模と能力の問題、医療と介護の連携の問題、保険財政の持続可能性の問題等を抱えることになった。

保険給付の内容面でも違いが

の約11万円の収入を得ることができた。

これにより、介護保険制度に合せて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。

## 家族介護療養保護士をめぐる問題

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続た。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

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の多さは驚くべきである。地域密着型サービスを含まれると、居宅サービスだけで20数種類となる。日本に比べ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って喧々諤々(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なく、「韓国的な制度」であることが興味深い。

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

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。筆者は本年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。1日1時間、月20日の算定による介護報酬を受け取っている。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ことは評価している。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。保健福祉部によると、この制

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。2012年時点では、全訪問ヘルパーの35%は、家族介護療養保護士となっている。

## 家族介護療養保護士とは

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。

日本では、訪問介護事業者の指定基準の中で、「指定訪問介護に関する見解は、廃止論と擁護論の二つに分かれている。廃止論の理由は、不正受給の温床ではないか、家族の負担を増大させているのではないか等である。擁護論の理由は、家族の紐帯の増進、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筆者の考えは、①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、介護の手間はかりでなく、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。

本稿は、土田武史早稲田大学教授、梶野美智子大分大学教授、大浦久日本大学名誉教授、菊池繁美早稲田大学教授、増田雅暢岡山県立大学教員、小塩隆士一橋大学教授、川淵孝一東京医科歯科大学大学院教授、江口隆裕神奈川大学教授、武藤正樹国際医療福祉大学大学院教授の順にご執筆いただいています。

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

総括研究報告書・分担研究報告書

「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」

研究代表者 小島 克久（国立社会保障・人口問題研究所）

印刷・発行 平成26年3月

