

韓国における要介護高齢者の 介護の社会化と実態

金 貞任
(東京福祉大学)

はじめに

韓国の長期老人療養保険制度（以下、介護保険制度と称する）導入以前の高齢者福祉政策は、措置制度の下で生活保護者等を対象としており、中間階層のための福祉政策はなかった。高齢者に対する経済的扶養と介護は、子どもの義務・責任であり、特に、介護は長男の妻が担うことが当たり前であった。

しかし、家族を取り巻く環境の中で儒教思想等により維持されてきた祖先崇拜の土壌率の減少、毎年行う家族・親族の行事祭司の減少、離婚率の増加等が急スピードで圧縮され進んでおり、家族の拘束性が減少し、個人としての選択と自律性が増大するようになった。高齢者の子どもとの同居率も、保健福祉部によると（2012）、1994年の55%から2011年に27%となり、高齢者の福祉の含み資産である息子家族との同居は減少が続いている。高齢化社会から高齢社会へ所要期間は、18年（2010年の高齢化率は11%）と予測されており、全南地域は2011年に高齢者比率が18.6%となった。家族を取り巻く社会情勢の激しい変化により家族や子どものみでは、高齢者の介護が困難となり、介護の放棄と虐待の増加、家庭崩壊など高齢者の介護が社会問題となった。

日本の介護保険制度の施行をきっかけに、韓国は2008年7月に高齢者の介護の社会化を目指して介護保険制度が施行され、5年目を迎えている。介護保険制度の導入の主旨は、要介護高齢者の身体的・精神的機能の向上と家族の介護負担を軽減し、仕事の創出、仕事と介護の両立等介護の社会化の実現であるが（李コアンゼ、2007）、介護の社会化に関する研究の蓄積は少ない。本研究では、韓国における要介護高齢者の介護の社会化を目指す介護政策の実態と介護の社会化に関連する要因を探索的に究明することを目的とする。

1. 介護の社会化の位置づけと高齢者介護政策

介護の社会化の定義に関しては、多様な議論がある。先行研究によると社会化とは、私的扶養の負担を社会全体で受け止める社会保障制度である（厚生労働省、2010）。介護の社会化は、私的介護から社会的介護へ介護にかかる責任主体の基軸を変更することであり（下山、2001:220）、高齢者の介護に必要な介護費用と介護労働を社会的に支援するシステムである（金、2013）と述べた。そこで本研究では、探索的に、介護の社会化とは、高齢者の介護ニーズの充足のためのサービス供給主体が社会保障制度であり、介護費用と介護労働を社会的に支援するシステムであると定義する。他方で、家族主義（familialism）とは、高齢者の介護ニーズの充足のためのサービス供給主体が個人や家族にあり、介護ニーズの充足のために必要な介護費用と介護労働を家族や個人が主に担うシステムであると定義する。

社会保障制度は、社会全体で連帯して、お互いの自立を支え合う制度であり、全ての国民から信頼されるためには、制度面・運用面においても、合理的な理由なく特定の人を優遇した扱い、または不利な取扱いをすることがないように、公平性の確保が重要である（厚生労働省、2012）。高齢者のニーズ充足のためのサービス供給主体は、国家、市場と家族等があり、それぞれがどの程度まで責任を担うかに関する議論は社会文化的な伝統や慣習と社会政策の歴史等により支配されてきた福祉イデオロギーによって異なる（金、2013）。

韓国では、国民の貧困削減と生活水準等を向上させるために、1960年代から経済成長を最優先目標とする先成長と、高齢者の経済的扶養と介護は家族や子どもに転嫁する後分配

の家族主義であった。1981年に制定された老人福祉法の第3条では、「国と国民は、敬老親孝行の美風良俗に基づき家族制度が健全に維持されるように努力する」と規定されており、家族や子どもの親孝行が強調されている。扶養の義務範囲は、民法974条では8親等であったが、1999年に2親等に縮小され、2004年に1親等（直系血族及びその配偶者、生計を共にする2親族）となった（金、2014）。老親の扶養・介護義務に関する役割は男性が主に担ってきたが、近年では男女が平等に担っている傾向がある。1993年の老人福祉法改正では、在宅サービス事業が初めて規定され、1997年の老人福祉法改正により給付対象は、生活保護層から都市世帯の平均所得金額以下世帯に拡大された。

介護保険制度の施行以前の入所施設と在宅サービスの現状は、次の通りである。

第1に、入所施設には、入所者の負担程度によって無料施設、軽費施設に区別される。入所施設は、1988年まで生活保護層を対象とした無料施設しかなかった。低所得者向けの最初の軽費老人ホームは、1989年の「海南希望院」である（金、2003：76-77）。軽費老人ホームの対象者は、都市勤労者世帯の平均収入以下の階層であり、入所金165万ウォン（約16.5万円）と2人部屋で自己負担が毎月16.5万ウォンであった。

このように、介護保険制度が施行される以前の入所施設は、生活保護層と低所得階層が中心であり、中間階層の高齢者が入所可能な公的入所施設は皆無であった。

第2に、在宅サービスには、家庭奉仕派遣事業（訪問介護）、デイサービス、ショートステイがある（金、2003：78-80）。家庭奉仕派遣事業は、1987年に老人福祉会館が自主的に実施したが、1996年にソウル市のみが給付対象者を低所得階層に限定し公的支援事業として実施した。デイサービスは、1992年に低所得階層を給付対象とし軽費サービス事業として実施された。ショートステイは、1994年に施設側が自主的に実施し、1996年に国の補助金による実施とした。給食サービスは、国の補助金により1993年に実施し、給付対象者は所得により制限がなく無料で提供し、高齢者政策の中で初めて普遍化・社会化したサービスである。

このように介護保険制度が施行される以前の在宅サービスは、1990年代に低所得階層水準に基づき対象者を選別して実施したが、公的サービスの利用に対する社会的偏見と自己負担に対する経済的負担のためサービスの利

用を控える傾向があった。

2. 介護保険制度の概要と介護サービスの状況

(1) 介護保険制度の概要

1997年の韓国のIMF経済危機以降の1998年に金大中政府が成立し、「生産的福祉」のスローガンのもとで福祉拡張の政策が示唆された。日本の介護保険制度の導入をきっかけに、韓国でも介護保険制度が本格的に検討され、3回に亘るモデル事業の実施後、介護保険制度が、2008年7月から施行された。

介護保険制度は、高齢又は老人性疾患などを理由に日常生活を一人ですることが困難な者に対して社会が共に身体活動、家事支援等サービスを提供し、老後の生活の安定とその家族の介護負担を軽減することを目指す（保健福祉部、2011）。

保険者は、国民健康保険公団である。被保険者は、20歳以上であるが、介護給付の対象者は、原則的に65歳以上である。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）、3等級（要介護3）と等級外（非該当）になる。介護サービスの給付は、施設サービスと在宅サービスがある。在宅サービスの利用は、1等級から3等級の認定者であり、入所施設は、1等級と2等級の認定者、3等級の認知症の者に限定された。等級外に関しては、老人福祉法に基づき予防サービスがあるが、所得による給付の制限がある。

介護保険財政は、国庫負担が20%、介護保険料の60%～65%、利用者負担の15%～20%で構成される。介護保険料は、国民健康保険料の10%以下で徴収するが、2011年から2013年まで6.55%である（金、2014）。サービス利用の自己負担は、在宅が15%、施設が20%で低所得者は50%軽減され、生活保護受給者が無料である。特別現金給付として、家族療養費があり、その中で特例療養費と病院付き添い費は、介護財政問題で見送られている¹。健康保険制度では本年度から包括看護サービス（病院付き添いを看護師がする）をモデル事業として実施し、2018年度から総合病院等まで対象を拡大する予定である。従って、介護保険制度の付き添い費用支給は終了するだろう。療養保護士（介護ヘルパーに当たる）が同居・別居の家族・親戚であると現金給付があるが、2011年の改正により介護時間が1日60分、月20日に短縮された。その理由としては、女性の社会参加の阻害要因、給付の不正請求などがある。家族療養保護士の給付額は、療養保護士の5割程度である。筆者らが家族療養保護士を対象にインタビュー調査した結果

によると、同居家族療養保護士は寝たきりの夫を息子と交代で24時間介護しており、別居の家族療養保護士は、移動のため片道1時間30分かかり、実家の父親を1日4時間介護していた。2人は共に家族を介護することは当たり前であり、介護することをお金に換算することに後ろめたい気持ちがある。介護時給については不満がないが、1日4時間、月30日は介護給付を認めて欲しいと語った²。

(2) 介護サービスの給付と介護従事者の状況

介護サービス認定者及びサービス利用の状況に関しては、次の表1の通りである。高齢者に占める要介護申請者の割合は、2009年7.4%、2013年に10.7%。要介護認定者は、2009年に5.4% (28.7万人)、2013年に5.9% (35万人) と増加した。要介護認定区分に関して、1等級は2009年の4.0万人から2013年の3.7万人と7%減少したが、2等級は6.3万人から7.0万人となり11%増加し、3等級は、14.3万人から24.3万人となり69%増加した。

介護給付施設に関して (表2)、居宅サービス事業所は2009年の11,931カ所から、2012年の10,730カ所と減少したが、入所施設は2009年の2,629カ所から、2012年に4,326カ所と増加した。サービス利用者に関して、在宅サービスの利用者が2009年に27万人から、2012年に30万人と増加した。訪問介護サービス、

訪問入浴サービスとショートステイは、2009年度よりも2012年度のほうがそれぞれ減少しており、デイサービスのみその期間中に増加した。入所施設の入所者が2009年に9.3万人から2012年に13.1万人となり、要介護高齢者の施設入所が普遍化する傾向がある。

療養保護士の従事者と療養保護士の資格者は、2008年にそれぞれ10.2万人、33.9万人だったが、2012年にそれぞれ23.3万人、111.2万人となり (国民健康保険公団、2013)、療養保護士の資格者は3倍に増加したが、療養保護士の従事者は2倍に増加した。療養保護士の資格者と従事者が非対称であるのは、要介護認定者が少ないので介護事業所が少ないこと、家族のために資格を取る傾向があること等が考えられる。特に、サービス利用者に対するサービス従事者の割合が高いので、在宅サービスの利用者が給付以外の援助を要求しても拒否できず、「国家が提供するパート家政婦」であるという指摘 (女性家族部、2013) もある。このような療養保護士の劣悪な勤務条件は、介護の質の低下の原因となり、サービス利用者のサービスに対する不信感につながると考えられる。

療養保護士の従事者の性別は、2012年時点で女性が94% (157,335人) で非常に高い。労働時間に関して、月160時間以上は男性が59%、女性が64%である (国民健康保険公団、

表1 要介護申請者、認定者及びサービス利用率の推移

(単位: 人数、%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013.4月
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
認定率/高齢者	4.2%	5.4%	5.7%	5.7%	5.7%	5.7%

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』

国民健康保険公団、2013.4『老人長期療養保険の等級判定結果現況 (2013.4)』

表2 介護給付事業所とサービス利用者の推移

	2009.12		2010.12		2011.12		2012.12	
	在宅サービス	入所施設	在宅サービス	入所施設	在宅サービス	入所施設	在宅サービス	入所施設
介護給付事業所 (カ所)	11,931	2,629	11,228	3,751	10,857	4,061	10,730	4,326
サービス利用者 (単位: 100人) 合計	2,696	2,712	2,496	3,852	2,750	4,049	3,003	4,352
在宅サービス (100人) 入所施設 (100人)								
訪問介護 老人療養施設	1228	1642	1118	2429	1180	2489	1113	2610
訪問入浴	466		525		633		633	
デイサービス 老人療養共同生活家庭	714	1009	786	1346	842	1590	840	1742
ショートステイ 老人専門病院	288	61	67	77	95	-	94	-
在宅支援サービス	-		-		-		323	

注: ショートステイは、介護保険制度改正により一部の施設が2010年に老人療養施設に変更された。

老人療養施設は、日本の特別養護老人ホームに当たる施設、老人療養共同生活家庭は、10人未満の入所施設であり、認知症の有無にかかわらず入所可能である。

在宅支援サービスとは、日常生活が困難な独居高齢者と低所得の高齢者に対して無料・軽費でサービスを提供することである。

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』と保健福祉部『老人福祉施設現況』をもとに筆者が作成。

2013)。すなわち、療養保護士の給料は、主たる生計維持者として男性が就業するのに十分でなく介護は家計を補助的に支える女性の仕事として定着している。

3. 要介護高齢者の介護の社会化の関連要因

(1) 仮説と研究の方法

要介護高齢者の介護の社会化を検証するために、介護保険制度の導入の趣旨と関連する、①要介護高齢者の要介護度が重いほど介護サービスを利用する、②家族介護者の経済的格差が在宅サービスの利用に対して及ぼす影響力が弱い、③正規職の家族介護者は、在宅サービスを積極的に利用する、④家族介護者の介護負担が在宅サービスの利用に対して及ぼす影響力が弱い、という4つの仮説を用いる。

要介護高齢者の介護の社会化の関連要因を検討する方法としては、多様な方法があると考えられるが、在宅介護サービスの利用を従属変数として用いた。在宅介護サービスは、4項目（訪問介護、デイサービス、短期入所、訪問看護）、2選択肢（有=1）を合計得点し、有=1、無=0とするダミー変数を用いた。それは、次の表3で示したように、在宅サービスの利用の種類が偏っているのである。説明変数は、要介護高齢者の要介護度、家族介護者の経済状態（家族介護者の世帯収入）、雇用形態（正規雇用、パート、無職）、介護負担（精神・心理的負担の6項目）に関する諸変数を用いた。

使用するデータは、2010年にソウル市から1時間程度かかる地域であるアンヤン市等4地域に居住している在宅要介護高齢者の家族介護者を対象に面接調査の実施により有効回答を得た993ケースである³。

分析モデルとして、ロジスティクス回帰分析を用いて検討する。

(2) 要介護高齢者の介護の社会化の関連要因

まず、家族介護者の在宅サービスの利用に関しては、表3に示した。家族介護者は、5割が介護サービスを利用しているが、5割は家族介護者が主に介護を行っている。在宅サービスの種類では、訪問介護サービスの利用

率が4割で最も高く、他の在宅サービスの利用率がそれぞれ1割未満で非常に低い。医療専門家・介護専門家からの情緒的サポートの受領がある家族介護者は、2割であった。すなわち、家族介護者の訪問介護サービス以外のサービス利用率が低いのは、①ケアプランを作成するケアマネジャー等介護サービスに関して相談できる専門家がないこと、②国民年金の給付が2008年に実施され、要介護高齢者がサービス利用の自己負担が困難であること等が考えられる。在宅サービスの利用に関しては、要介護高齢者の健康状態の向上や維持のために、社会福祉士などケアマネジメントが可能な専門家の育成が重要であると考えられる。

次に、要介護高齢者の介護の社会化を測定するために、仮説で取り上げた4つの諸変数と在宅サービスの利用を用いてロジスティック回帰分析を行った結果は、表4に示した。

家族介護者の在宅サービスの利用には、家族介護者の雇用形態の正規雇用が1%水準で有意であった。すなわち、無職の家族介護者を基準にすると、家族介護者の雇用形態が正規である群は、在宅サービスを利用していることがわかった。要介護高齢者の要介護度は、在宅サービスの利用に対して有意であるが符号が負であった。すなわち、要介護高齢者の要介護度が高い家族介護者よりも要介護度が低い家族介護者の方が、在宅サービスを利用しているという結果となった。

しかし、家族介護者の世帯年収と精神・心理的負担は、在宅サービスの利用の対して及ぼす影響力が弱いことがわかった。

介護保険法が施行され、要介護高齢者の要介護度に基づき介護サービスの利用が可能となり、所得の高低に関わらず高齢者の介護は社会化に向かって進んでいるが、介護サービスの利用が単品サービスに偏っていることが確認できた。在宅サービスの利用に関しては、要介護高齢者の要介護度と家族介護者の雇用形態が強く関連しており、家族介護者の仕事と介護の両立、家族介護者の経済的状态に関わらず介護サービスが利用できる状況である。

表3 家族介護者の在宅サービスの利用(家族療養費を除く)と情緒的サポートの受領(N=993)

	在宅サービスの利用								情緒的サポート	
	%	人数	訪問介護	デイサービス	短期入所	訪問看護	%	人数		
サービス利用無	50.1	477	59.5	563	93.8	885	99.0	937	91.7	862
サービス利用有	49.9	475	40.5	384	6.2	58	1.0	9	8.3	78

注：在宅サービスの利用は、訪問介護・入浴、デイサービス、短期入所、訪問看護を合計した。

情緒的サポートは、医療専門家と介護専門家からの3項目（心配やぐちを聞いてくれる、気を配ったりしてくれる、元気をつけてくれる）を合計得点し、情緒的サポートの「受領有」、「受領無」とした。

表4 要介護高齢者の介護の社会化の関連要因

	在宅サービスの利用	
	B	Exp(B)
要介護度	-.613 **	.542
介護者仕事：正規雇用（パート=0） 無職	.551 **	1.736
介護者の学歴	.199	1.220
介護者の学歴	.046	1.047
介護者の世帯年収：1000～3500万ウォン未満	.001	1.001
3500万以上 (1000万ウォン未満=0)	-.197	.821
精神・心理的介護負担	.004	1.004
カイ2乗	59.019 **	
-2 対数尤度	940.265	

注：コントロール変数は、要介護高齢者の性と年齢、家族介護者の性と年齢であり、在宅サービスの利用に対して有意な関連を示す変数はない。

4. まとめ

韓国では、介護保険制度が導入され、初めて経済的階層に関わらず介護サービスの利用が可能となり、要介護高齢者の介護の社会化を目指し5年が経過した。

要介護高齢者の介護サービスの利用は増加しており、介護サービスの利用の社会化は進んでいるが、入所施設の利用者のほうが在宅サービスの利用者よりも増加しており、在宅サービスの利用者は訪問介護サービスの利用に偏っている。本研究の分析の対象者となった家族介護者も、主に訪問介護サービスを利用していることが確認された。介護サービスに関して相談可能な介護専門家の体制が未整備であり、家族介護者は、最も必要な単品の在宅サービスを利用するか、又は施設入所を選択する傾向がある。今後、要介護認定者の比率が高くなる状況を考えると、要介護高齢者と家族介護者に対して適切なアドバイスとケアマネジメントを有効に行うための福祉専門家の確保など在宅介護の環境整備が必要である。

本研究の分析の対象である量的調査に関して、家族介護者の介護サービスの利用には、要介護高齢者の要介護度が関連しており、要介護度が高いほど介護サービスの利用が低くなっており、本仮説と異なる結果となった。本研究の要介護高齢者には、等級外が含まれており、等級外が低所得者であるケースは、市町村が無料でサービスを提供しており、それらが影響を与えたと考えられる。家族介護者の雇用形態では、正規雇用の家族介護者は介護サービスを利用しており、本仮説と整合的であった。介護保険制度では、仕事と介護の両立を目指しており、2014年7月から認知症要介護高齢者の家族に対し、1年につき3日間の短期の休暇（家族休暇制）が取得できるようになった。家族介護者の経済的状態が

介護サービスの利用に直接影響を与えることはなく、本仮説が支持された。措置制度では、福祉給付の対象者が所得水準により選別されたが、介護保険制度のもとでは所得水準に関わらずサービス利用が可能となった。しかし、要介護高齢者の所得格差が大きいので、国民年金が充実するまで、子どもに対してサービス利用のための経済的支援が必要である。

要介護高齢者の介護サービスの利用に関しては、介護の社会化が進んでいるが、家族療養保護士の介護給付状況を含めて、どのような介護の社会化を進めることが望ましいのか、今後も検討が必要である。在宅サービスの利用の増加率よりも施設入所の利用の増加率が高く、単品の介護サービスの利用に偏っている状況を直視し、在宅要介護高齢者のケアマネジメント体制の整備が今後急務の課題である。

- 1 家族療養費の対象者は、介護給付の事業所がない山間僻地等に居住している者である。特例療養費とは、未認定の施設で介護サービスを受けた時に、一部の介護給付費を支給することである。付き添い費とは、病院等に入院した時に、かかった費用の一部を支給することである。
- 2 本調査は、厚生労働科学研究費補助金『東アジア地域における新たな介護制度の創設過程と我が国の影響の評価等に関する研究』の一部の成果によるものである（代表者 小島克久）。インタビュー内容は、文字数の制限があり省略。
- 3 本データは、科学研究助成金の『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』の一部の成果によるものである。

参考文献

- 保健福祉部、2011、『2011老人保健福祉事業案内』
 保健福祉部、2011、『2011療養保護士養成指針』
 保健福祉部・韓国保健福祉部、2012『2011 老人実態調査』
 国民健康保険公団、2013『2012 老人長期療養保険統計年報』
 女性家族部、2013、『老人長期療養保険制度の性別影響分析評価』研究報告書
 国民健康保険公団、2013『2012 老人長期療養保険統計年報』
 金 貞任、2003『高齢社会と家族介護の変容』法政大学出版局
 金 貞任、2013『韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護者支援の現状』『海外社会保障研究』Autumn 184: 42-56
 金 貞任、2014『韓国の介護保障』増田雅鴨編『世界の介護保障』第2版、114-153
 厚生労働省、2010、2012『厚生労働白書』
 下山昭夫、2001『介護の社会化と福祉・介護マンパワー』学文社
 李コアンゼ、2007『老人療養保険制度の理解』79-106、共同体