

# DIO

DATA資料 INFORMATION情報 OPINION意見

第27巻第6号通巻294号

連合総研レポート

2014年6月号

No.294

## CONTENTS

特集

# 介護支援、介護労働の国際比較

## EUにおける介護労働者の養成

岡 伸一 ……………4

## アメリカの介護者支援

新井 光吉 ……………8

## 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 ……………12

寄稿

巻頭言 ……………2

## 人口減少社会と地方分権改革

視 点 ……………3

## 「競争力の基盤は人材」

報 告 ……………17

## 2013年度新規研究テーマ紹介(その3)

最近の書棚から ……………18

阿部 彩 著

## 『子どもの貧困Ⅱ－解決策を考える』

今月のデータ ……………19

財務省「貿易統計(速報)」(2014年4月)

## 貿易赤字過去最長の22カ月連続

～20か月ぶりの収支改善も本格回復の兆しなく～

事務局だより ……………20

ホームページもご覧ください

<http://www.rengo-soken.or.jp/>

連合総研は、2011年4月より公益財団法人に移行しました。

# 人口減少社会と地方分権改革

菅家  
専務理事

功

△ 通常国会に「地方自治法の一部を改正する法律案」が提出されている。これは、昨年6月の第30次地方制度調査会答申を踏まえたものであり、区の役割拡充など指定都市制度の見直し、中核市制度と特例市制度の統合、新たな広域連携の制度の創設などがその主な内容である。各々の改正内容自体はもっともなものであるが、では今回の地方自治法改正の背景と狙いは一体いかなるものであろうか。

第30次地制調答申では、将来、人口減少が一層進展する中であって、集落の数自体は人口ほどは減少せず、単独世帯も増大することから、基礎自治体による対人サービスの提供体制を持続可能なものにしていくため、「まず、人々の暮らしを支え、経済をけん引していくのにふさわしい核となる都市やその圏域を戦略的に形成していくこと」が強調されている。

こうした問題意識はすでに、総務省の「定住自立圏構想」(2008年5月)で打ち出されてきたものだ。人口減少は地方圏から三大都市圏への人口流出を伴いながら進行していることから、地方圏からの人口流出に歯止めをかけるため、人口5万人程度以上の中心市と周辺市町村が相互に連携して役割分担し、「定住」のための暮らしに必要な諸機能を総体として確保しようとする構想である。

この構想の下、これまで全国で84市が中心市宣言を行っているが、指定都市や中核市等の人口規模の大きな都市では、こうした都市機能の「集約とネットワーク化」は進んでいないことから、第30次地制調答申ではこれらのうち地域の中核的な役割を果たすべき都市(地方中枢拠点都市)を核に、今後、「集約とネットワーク化」を進めることが重要であるとされた。

この答申の持つ意味は、一つには、定住自立圏構想を文字通り大都市圏に拡大して都市機能の「集約とネットワー

ク化」の取り組みを一層進めること、二つには、定住自立圏構想の具体化後も地方圏から三大都市圏への人口流出が続いていることから、「地方中枢拠点都市」を核としたより広域のかつ自立的な圏域を構築することで、その歯止めに実効性を担保しようとするにありと考えられる。

この第30次地制調答申の問題意識をより鮮明かつ大胆に打ち出した論文が注目されている。『中央公論』2013年12月号に発表された「増田寛也+人口減少問題研究会」による「2040年、地方消滅。『極点社会』が到来する」と、いささかセンセーショナルな表題の論文がそれである。将来、人口減少社会が地方の小規模自治体の「消滅」を伴いながら進行し、やがては地方全体に広がっていき、東京圏をはじめとする大都市圏に人口が密集する社会＝「極点社会」を招来しかねない。こうした事態を回避し、「人口の大都市圏への集中という大きな流れを変え」るため、広域ブロック単位の地方中核都市に資源や政策を集中的に投入することで、地方がそれぞれ踏ん張る拠点を設けることが提唱される。この論文には、人口減少社会によって変容する地域社会と社会全体の危機的状況をいかに回避するかなど地制調答申と重なる部分が多い。

1993年6月の衆参両院による「地方分権の推進に関する決議」を契機として、地方分権推進委員会による数次の勧告と地方分権一括法の成立は、国と地方の関係をそれまでの「上下・主従」から「対等・協力」の関係に大きく変えることとなった。一方で、「東京への一極集中を排除し、国土の均衡ある発展を図るとともに、国民が待望するゆとりと豊かさを実感できる社会をつくりあげていく」という上記国会決議で掲げられた地方分権改革の目標は未だ達成されていない。人口減少社会への本格的な突入という現実を踏まえ、国・都道府県・市町村というこれまでの政府間関係にとどまらない、次代の地方分権改革の構想と実践が求められている。

## 「競争力の基盤は人材」

今年の春で社会人になって10年が経過した。この10年間で日本の企業経営は「短期・結果至上主義」の傾向をさらに強め、それが職場の人材育成機能を弱体化させていると言われている。さらには、人材の使い捨てにより初期のキャリア形成において、やりがいを見いだせず、辞めていく正社員が多いことが問題になっている。また、日本の労働市場の大きな流れとして、採用し社内訓練で育てた「人」に「仕事」をつける人的資源管理から、「仕事」に「人」をつける人的資源管理に大きく変わろうとしているとも言われている。若手は即戦力として大きな期待を背負い、短期の目標を達成するために膨大な業務を与えられる。それにより一定の経験は蓄積されるが、場当たりのであり、体系的な知識の習得や職務遂行能力の向上にはつながっていないとの見方がある。早急な結果が求められるために、仕事の目的など考えている余裕などとてもない。一方、上司においても、自らもプレイングマネージャーとして多くの課題を抱え、部下の指導や内省を支援するどころか、課題の達成で手いっぱい状況である。短期的な成果として表れにくい人材育成は必然的に優先順位が後回しになりやすいし、行きすぎた成果主義に伴う技術継承のモラルハザードもあるかもしれない。他方、労働組合においてはどうか。一昨年までの春闘の形骸化によって存在感が低下し、通信手段の発達などによって職場集会が減少しているなど、組織力が低下しているとの声が聞かれる。また、非正規社員が増加し、その未組織化により組織率自体も低下しているなかで、本来持っていた労働組合の人材育成機能が十分に発揮されているとは言い難い。

先日、とある要件で新入社員時代にお世話になった職場指導員（当時は新入社員1名に対し、1名の職場指導員がつき、OJTにより新入社員の育成を行っていた）から連絡があった。懐かしい気分になり、当時、業務と育成の一環でつけていた日誌を読み返してみた。

2004年4月、長野の一事業所に赴任したときのことである。日誌は、はじめの半年間は毎日（半ページ）、次の三カ月間は週に一度（1ページ）、最後の三カ月は月に一度（1ページ）のペースで書いて提出し、それに対して指導員と上司からのコメントをもらう。集合研修の感想や着任してあらためて感じた基礎知識の大切さ、お客さま訪問後の反省点、自然災害時の緊急対応で学んだことなど、その日（週、月）に感じたことや、疑問点、反省点、時には抱負が綴られている。業務に少し慣れてきた頃の上司からのコメントには、「なぜ、この業務を行うのか。もう一度、目的をよく考えて」と、単調になりつつある仕事ぶりへの警告のコメントが書かれている。最後の「1年間を振り返って」というページでは、現場第一線課長以下9名の一課員として支えてもらったことへの感謝や、学生時代に思っていたよりも「ひとりのできることの少なさ」に対する驚き、関係部署へ仕事を依頼する際や工程管理や調整を共にするうえでの根回しや密な情報連携の大切さについて振返っていた。読み返してみて、主体性が欠けていた私に、この一年間は「失敗しても責任は取るから、積極的にやってみろ」と言ってくれた上司、納得がいくまで二時間でも三時間でも議論し、粘り強く指導してくれた指導員に対する感謝の気持ちでいっぱいになった。

古くから日本では、企業内での人材育成・教育訓練が採用と並んで、人的資源の調達的手段として用いられてきた。また、その機会を提供することは、働く人の意欲を高める側面も持ち合わせていた。効率化の追求のなかでその機会は減少の一途をたどってきた。「人材が競争力の基盤」という基本原則、その重みをもう一度考えすことこそが、競争力の低下に歯止めをかけるために、有効なのかもしれない。

（連合総研 研究員 城野 博）

# EUにおける介護労働者の養成

岡 伸一

(明治学院大学教授)

高齢社会は欧州でも各国に共通する問題であり、介護労働者の養成は多様な形で進められている。介護労働に限らず、人材の養成は基本的には各国における問題であり、EUが直接介護労働者を養成しているわけではない。しかし、EUは加盟各国に影響力を持つ政策展開も行っている。本稿では欧州全般における介護労働者の養成を労働者の国境を越えた移動と言う視点を中心に概観していこう。

## 1. 介護労働者のニーズ拡大

欧州と言っても、北欧、南欧、西欧、東欧ではかなり格差がある。高齢者福祉や障害者福祉の状況だけでなく、社会保障制度全般や労働市場、経済情勢に関してもかなりの違いがある。ただし、人口の少子高齢化が進行しており、介護を必要とする高齢者の比率は高まり、逆に、介護の担い手は不足気味なことは、どの国々でも共通して言えることである。従って、介護労働者のニーズは拡大の一途にある。

近年、オランダやドイツのように介護保険制度を導入した国や、フランスや北欧諸国のように基本的に税方式の介護サービスを展開する国々と方法は多様であるが、介護労働者を通じて介護サービスが益々大量に供給されようとしていることには変わりはない。

北欧や西欧に典型的なように施設入所型の介護施設が充実した国もあれば、特に南欧や東欧では、伝統的に家族介護やボランティアが在宅を中心に介護することが一般的である地域もある。国によっては、また、地域によ

っては、公的な介護施設はまだ一般的でなかったり、介護労働者もかなり不足している状況にある場合が多い。各国国内の格差も大きい。都市部と農村部では状況は一変する。これらの国々では、政府の財政難からも一挙に公的高齢者施設を増やしていくことは困難であり、在宅介護の支援を強化しつつある。介護労働者の組織化も重要な課題である。

東欧諸国にあっては、EUに加盟して労働市場は一変した。労働移動が自由化され、他の加盟国に出ていく労働者が急増し、逆に、他の加盟国から入ってくる外国人も急増した。多様な職種にわたって国内の不足を補うために外国人を受け入れた。労働条件も急速に変更を余儀なくされた。つまり、熟練労働者の国外流出を防ぐために、賃金をはじめ労働条件が改善された。

基本的には、特定職種の人材の養成は各国政府の自治の下にある。各国政府が国内の当該労働市場の状況に応じて、人材の養成を遂行していく。しかし、欧州においては、もう一つ重要な側面がある。介護労働者に限らないことであるが、労働者の自由移動が保障されていることである。例えば、介護労働の人材が不足する場合、時間をかけて国内で養成するだけでなく、欧州全体から人材を広く確保することが可能とされている。

国によっては、EU加盟国域内に限らず、アフリカやアジアの国々から広く人材の受け入れを進めている場合もある。EUは域内の範疇に政策対象が多くの場合限定され、域外の第三国との関係は基本的には各国の自治に委ね

られる。いずれにせよ、外国人労働者の場合、出身国である程度キャリアを積んでいる人材であれば、即戦力となる。また、経験を問わない場合であれば、人材はほとんど無尽蔵にいつでも、いくらでも確保することができる。

## 2. 介護労働者の養成の現状

介護労働の分野は欧州でも注目されている。長引く経済不況の中にあって、数少ない成長部門である。高齢社会の進行に伴い、介護労働は需要の高い職種である。欧州でも、介護労働は一般に離職率が高く、高齢者も含めて比較的年齢層の高い労働者の中途採用が多く、キャリア形成も比較的未発達な分野と認識されている。また、多くの国々で「燃え尽き症候」の傾向が指摘されている。やり甲斐のある貴重な仕事ではあるが、長期勤続者が少ない。ある時点で燃え尽きて、仕事から離れてしまう介護労働者が多い。福祉先進の北欧諸国でもこの問題に対応して職業再訓練等の対策が論じられている。

特に失業率の高い国々では、失業対策の一環として失業者に介護労働の職業訓練を受けさせて、介護労働者として養成することを進めている国もある。失業対策と介護労働者不足の2つの問題を一挙に解決する妙案である。中途採用が一般的な介護労働にあっては、多様な年齢層の失業者の採用に好都合となる。イギリス、ギリシャ、フィンランド、ルーマニア等が典型的なこのケースであろう。イギリスでは、失業者を対象に6週間の介護労働研修プログラムを立ち上げ、報酬を支給しながら正規の介護労働者の養成に成功している。ルーマニアでも、失業者や介護家族等を含めた介護労働者の職業訓練を各地で展開している。

失業者だけでなく、障害者、生活保護受給者、何らかの理由によって一般の就労が困難な人等、いわゆる「社会的弱者」を広く対象に、介護労働に従事する機会に結び付けようとする活動も多くの国々で見られる。スロベニア、ブルガリア、ルーマニア、アイルランド等でもこの傾向が確認できる。福祉的な雇用の一環と言えよう。

家族による介護をどのように扱うのか、議

論のあるところである。日本でも一時期、日本の伝統的な価値観を壊すとの見解から家族の介護は介護保険の対象から除外され、無報酬のまま残された経緯があった。欧州では、家族でも報酬の対象に組み入れられている国もあれば、直接的な報酬とは別に何らかの恩恵を認める国もある。

フィンランドでは、家庭内の介護労働に対して、クレジット制度を採用した。伝統的に無報酬の家庭内の介護労働であったが、新たに家庭内での介護労働に対して税的控除を認める制度である。デンマーク等でも同様の措置がある。家族介護者が職業訓練を受けて、一般の介護労働者になっていくことも多い。

他方、不足する介護労働者の養成に関して、国内の養成組織を強化していることも顕著である。大学での高等教育にソーシャルワーク資格を創設し、介護労働者の地位向上を図っている国として、イギリス、ギリシャ等がある。比較的低賃金で社会的評価も低かった介護労働をより価値ある者に位置付けようとしている。

また、介護労働の業務内容を客観的に制度化し、管理・評価体制が整備されてきた。となく介護労働はキャリア形成の薄い仕事とみなされてきたが、将来的には介護労働の技能を再評価し、発展的なキャリア形成を構築していこうと試みられている。家庭内の無報酬の介護労働を社会化、賃労働化するために必要な過程である。職業人として、キャリアにみあった報酬が形成されることも必要である。この点ではEUも欧州レベルの基準を設定することに積極的である。

具体的な労働条件の改善だけでなく、介護労働に関する一般市民の理解を高めることも各国で行われてきている。女性の行う仕事、肉体的・精神的にストレスの多い仕事、労働時間が不規則な仕事、パートやアルバイト、ボランティアの仕事、一人の孤立した仕事、低賃金の仕事等々、介護労働に関しては否定的なイメージが浸透している場合が多い。実際の内容を改善するとともに、そうしたイメージを払しょくし新しい魅力ある仕事にしていく努力も政策的に展開されている。

例えば、フィンランドでは、男女平等を目

指し、不足する男性介護労働者の増強に取り組んでいる。スコットランドでは、養成期間が長いとして若者に不人気であった介護労働の訓練養成期間の短縮を実現した。イギリスのウェールズでは、介護労働に特化した広報活動を強化し、学生、若者、サラリーマンを対象に就職支援を積極的に展開している。

ブルガリアでは、高齢者や障害者で自立困難でありながら自宅での生活を希望する人の介護支援を大学生や若年者のアルバイトやフレキシブルな雇用で対応している。若者にとってはちょっとした学費稼ぎとなるが、介護と異なる分野の若者に介護を体験してもらう機会となっている。

ポーランドでは、赤十字社をはじめ非政府組織が介護サービスの領域で中心的に活躍してきた。高等教育での養成課程を強化しつつ、技能向上を計画的に実施している。介護基準と認定制度を導入し、介護労働を職業として確立しようとしている。

ドイツでは、中高年齢層からの介護労働者への職業再訓練制度を強化している。高齢者自身による介護労働者の協働組合が創設される事例もある。フィンランドでは介護職の「燃え尽き症候」が顕著で、介護労働者の勤続期間が短かったことに対応して、相談、メンタルヘルス対策を講じ、労働者間のネットワーク化から職業再訓練を制度化した。

ハンガリーでは、介護労働者の組織化が進んでいる。厳格な職務規則を廃止し、代わって多数の介護労働者のローテーション化を導入し、多数の人材が参画できるように広い職務内容を形成し構造化させた。賃金を引き上げ、頻繁に教育再訓練を実施し、キャリア形成を進め、介護労働者のモチベーションが高まり、燃え尽き症候を減らすことができた。

最後に、多かれ少なかれより多くの国々で確認できるのは、外国人の介護労働者の受入れ拡大である。介護労働に限らないが、多様な職種で労働者の域内自由移動が進んできている。医師や看護師、建設労働者や農業移民等も比較的活発である。介護労働者もこれに続いている。

### 3. EUの労働政策

欧州全体の経済的活力を引き上げることを目標にして、域内における労働者の自由移動はEEC創設当初から政策的に進められてきた。2000年のリスボン会議後は、より積極的に労働者の自由移動が進められるようになった。5か年ごとに作成されるEUの活動計画の中で、職業的な移動と熟練開発の拡大、雇用機会に関する情報提供と透明性の改善、地理的な移動の容易化の3つが掲げられた。

具体的には、2002年より欧州労働移動ネットワーク（EURES）が整備された。求人・求職情報がEU加盟国間に加えてその他の周辺諸国も含んで、ネットワーク化された。EU域内での広い職業紹介が実践されるようになった。各種既存の職業紹介組織（日本のハローワーク等）も、加盟国出身者であれば国民と同様にサービスを提供することができる。

また、移民支援サービス（EUROPASS）が2004年に導入され、職業訓練・研修の内容に関して、労働時間を含め透明性のある枠組みを提供した。さらに、職業資格の統一を目指して欧州資格フレームワーク（EFQ）が立ち上げられた。これまで長らく、職業資格は国内完結的な性格が強かったため、外国人を排除しやすい傾向を持っていた。職業資格が共通する基準で認定されることで、職業能力や職業資格が共有されることになり、労働者の移動は一層促進されることになった。

他方、不況下で長く移民の受け入れに制限的であった欧州にあって、高度技術者の選択的な移民の受入れの方針が示された。専門性を有する人材は外国人からも積極的に受け入れていこうとするもので、手続きの簡素化、滞在許可と労働許可の一体化、雇用契約、給与水準、専門資格等に関して最低基準を各国で設定して受入れをはかるものであった。2007年、高度技術者の受入れに関する「指令」が採択された。各国に温度差はあるが、必要な高度人材は受け入れ拡大していく流れがある。

こうしたEUの政策も反映して、欧州全般に外国人人口は拡大した。2001年から2011年までの10年間での、各国の総人口に占める外国人人口比率の変化を見てみよう。ルクセンブ

ルクは32.8%から42.1%へ、スペインは6.4%から14.6%へ、イギリスでは8.2%から12.0%へ、フランスでは10.5%から11.6%へ、イタリアでは3.9%から9.0%へ、スウェーデンでは11.6%から15.1%へ、ハンガリーでは2.9%から4.7%へ、アイルランドでは9.2%から16.8%へ、経済危機にあったギリシャで減少した以外のほとんどの加盟国で外国人人口比率は増加傾向にある。そして、介護労働者は雇用拡大の益々大きな部分を占めていると言われる。

#### 4. 外国人介護労働者の受入れ

外国人の受入れに関しては、EU加盟国間の労働者の自由移動と言う側面だけでなく、欧州以外の国々からの外国人の受入れも進展しつつある。EU域外の国々からの労働者の受入れに関しては、EUは積極的に関与しておらず、概ね各国の自治に委ねられる。各国は国内のニーズに応じて、外国人労働者の受け入れを決めている。

そんな中で注目されるのが、イタリアとギリシャである。まず、イタリアでは介護はこれまで公的福祉施設が不十分であり、伝統的に家族介護が一般的であった。近年、核家族化の進行もあって急速に介護の担い手不足に陥った。その解決策として外国人労働者の介護が一挙に進展した。家庭内の介護労働者は外国人が圧倒的多数となっている。1991年にイタリアにおける家庭介護労働者のうち外国人は16.5%であったが、2003年には83.3%で490,678人いたとされ、その後も増加傾向にある。特徴的なのは、要介護度の高い高齢者の外国人家庭介護労働者の利用度が高いことである。

2003年には、ルーマニア、チュニジア、ラテンアメリカ諸国において、イタリア政府は介護労働の職業訓練を実施して、そこに参加して成績良好な労働者をイタリアへの移民として受け入れるプログラムを開始した。つまり、イタリア側が移民送出国まで出て行ってリクルート活動を行っている次第である。特に北イタリアの都市で、このプログラムが多く採用されている。

ギリシャでも、広く外国人の介護労働者を受け入れている。特に、バルカン半島の国々、

東ヨーロッパ、アフリカ大陸から移民、難民としてやってくる労働者を対象に、受入れには寛容であった。外国人の社会統合には、言語が重要である。ギリシャ語は欧州にあっても馴染みが少ない言語である。移民対策の一環として、ギリシャ語の語学教育と職業訓練や統合化政策と組み合わせている。出身国で職務経験がある外国人が、言語の障害によって高く評価されないことが多く、言語を含めた職業訓練は外国人の地位向上にも役に立っている。

#### 5. 小括

介護労働の分野は欧州でも激動の時期を迎えている。将来に雇用増が見込まれる数少ない成長部門である。欧州全体では、まだ介護労働職は成熟しておらず、今後も拡大が期待される。介護労働は外国人が比較的入りやすい職種と思われるため、今後も外国人介護労働者が増えていくことは想像に難くない。欧州レベルの活動が展開されるごとに介護労働者の国際移動も活発化する構図はかわらないであろう。東欧諸国からの西への移動は介護労働に関してもしばらく続くものと思われる。欧州域内に限らず、世界中からより多くの移民が介護労働者として欧州に受け入れられていくことは確かであろう。医療部門では欧州以外からも既に多くの外国人が世界中から欧州に移住しており、今後は介護労働者も同様の動きを経ることになるだろう。

---

#### 【参考文献】

European Commission, "Filling the gap in long-term professional care through systematic policies", 2013.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, "Employment in Social care in Europe", 2006.

岡伸一「EUにおける医療従事者・介護労働者の養成と就業」国立社会保障人口問題研究所『季刊社会保障研究』45巻3号、2009年、249-257頁

# アメリカの介護者支援

新井 光吉

(埼玉大学教授)

## I はじめに

アメリカはまるで永遠の青年のように高齢化とは縁遠い社会と思われてきた。実際、現在も主要先進国の中では高齢化率が最も低い国である。しかしベビーブーム世代（1946～1964年生まれ）が2011年以降に65歳に達し始めたため、高齢化率は急上昇し2013年に14%を超えて高齢社会に突入したとみられる<sup>1</sup>。高齢人口も2012年の4,310万人（高齢化率13.7%）から2040年には7,970万人（同21%）に増加し、超高齢社会に到達すると予想される。アメリカの介護施設入所老人は高齢者の3.5%（150万人、2012年）にすぎないが、その8割がナーシングホーム（Nursing Home, NH）に入所していた。一方、在宅老人は28%（1,210万人、2013年）が、また75歳以上の女性に限れば45%が独居老人であり、要介護状態になった際の介護者確保が大きな問題となっている。

現在、在宅の要介護者はアメリカで約1,000万人に上るといわれるが、老人はその51%を占める。在宅介護の受給者は92%が無料の介護、13%が有料の介護（無料・有料の重複受給あり）を受けていた。これは在宅介護受給者の多くが配偶者や家族などと同居し、その9割が主要なADL（Activities of Daily Living, 日常生活動作）介助者として家族、親類縁者、友人やボランティアに依存していたからである。確かに施設介護は在宅介護の5倍もの費用が掛かるので、これらのインフォーマルな介護者に依存しながら在宅生活を続けられれば、介護費用を節約できる。しかしそのためには介護者に対する適切で有効な支援策が不可欠である。そこで、本稿はアメリカにおける高齢者介護の政策や制度を踏まえながら介護者支援の現状と課題を明らかにしたい。

## II 高齢化と介護問題

### 1. 介護のニーズと負担

アメリカは2011年以降のベビーブーム世代の高齢化によって2013年に高齢社会に達し、2040年には超高齢社会に突入する。その結果、アメリカでも介護ニーズが更に劇的に増大するものと予想される。米国センサス局も2011年に全米で800万人がセルフケア（ADLの実行）の困難、また1,300万人の成人が自立した生活の困難を経験していると報告している<sup>2</sup>。

介護は必ずしも高齢者のみが必要としている訳ではないが、高齢者が全米の要介護者の57%（630万人、高齢者の16%）を占めている<sup>3</sup>。介護の費用も2011年にはGDPの1.4%（2,109億ドル）に達していた。しかも介護費用は自己負担が重過ぎるため、要介護者の8割が無償の家族介護者に依存していた。アメリカの介護費用は表1のように主にメディケイド（貧困者対象の医療扶助）と自己負担によって賄われていたが、メディケイドが全体の3分の2を占めている。特にアメリカには介護をカバーする公的保険がほとんどなく、民間保険も介護費用の12%弱を賄うにすぎなかった<sup>4</sup>。

表1 アメリカの財源別介護支出、2011年

	メディケイド	自己負担	その他の民間	他の公的財源
金額(億ドル)	1,314	455	244	97
比率(%)	62.3	21.6	11.6	4.6

(資料) Robert Wood Johnson Foundation, *op. cit.*, p.3.

だが、アメリカ国民はこの事実にもかかわらず無知で民間医療保険やメディケア（高齢者対象公的医療保険）が介護費用もカバーしていると誤解している。実際には医療保険もメディケアも伝統的な保護型ケア（custodial care）



をカバーしていなかった。メデイケアは高度看護施設 (Skilled Nursing Facilities, SNF) での介護費用か、病院退院後も引き続き医療を必要とする場合の高度在宅介護サービスの費用しか給付しなかったからである。メデイケアは介護サービスを短期間だけ提供するが、介護サービスの大部分を占める非高度ADL介助を給付の対象にはしていなかった。

一方、介護費用の3分の2を賄うメデイケイドは受給者に所得を一定水準 (貧民) 以下にまで低下させ、州の受給要件を満たすことを求めている。アメリカ高齢者法 (Older Americans Act) や退役軍人局 (VA) などの他の連邦制度も介護サービスを提供しているが、特定の対象者に限定していた。しかし中所得層の多くは長期の介護費用を賄う個人貯蓄を持たず、民間介護保険の保険料を支払う経済力もなかった。しかも保険会社がリスクの高い高齢者の加入を拒絶したので、介護保険の加入者は米国民の僅か7～8%にすぎなかったのである。

そのため2010年医療費負担適正化法 (Affordable Care Act, オバマケア) が介護費用問題に対処するため地域生活介助支援 (Community Living Assistance Services and Supports, CLASS) 法、即ち任意公的介護保険制度を創出した。しかしオバマ政権は保険数理士が同制度を財政的に極めて不健全だと判断した後の2011年11月にCLASSを実施しないと決定した。議会も2013年1月に正式にCLASSの廃止を決議し、任意制度にすぎなかったが介護保険を導入できたかも知れぬ好機を逸してしまったのである<sup>5</sup>。

## 2. 介護費用とインフォーマルな介護者

在宅介護は大部分が自宅で提供されるが、家族介護者への休息 (レスパイト) 支援は地域サービス機関によって施設で提供される。休息支援は在宅介護の8割が無報酬の介護者によって提供される米国では重要なサービスといえる。また施設介護は①NH、②介護付住宅 (Assisted Living, AL)、③食事ケア付高齢者ホーム (board and care home)、④終身介護付退職者コミュニティ (Continuing Care Retirement Community, CCRC)、などの選択肢を提供している<sup>6</sup>。

もちろん、介護費用は在宅と施設で大きく異なる。2012年現在、NH (個室) の費用は年間9.1万ドルであったが、ALでは半額の年間4.3万ドルにすぎなかった。また在宅介護助

手と家政婦の平均時間賃金はそれぞれ21ドル (年間2.2万ドル) と19ドル (年間2.1万ドル) であり、デイサービスの費用は1日当たり65ドル (年間1.8万ドル) であった<sup>7</sup>。このため高齢者の3分の2は1年分のNH費用すら払えないほどの資産しか持っていないといわれる。

表2 インフォーマルな介護者によるADL介助 (2009年、%)

ベッドの起・着床	着脱衣	入浴・シャワー	トイレ	摂食	失禁処理
40	32	26	24	19	18

(資料) The SCAN Foundation, *op. cit.*, 2. IADL (手段的日常生活動作) 介助は省略。

その結果、介護受給者の8割が重い介護費用を負担できず、家族 (配偶者や成人の娘) や友人から無料のインフォーマルな介護を受けていた (表2を参照)。今後の急速な高齢化を考えれば、インフォーマルなケアは益々重要性を増すだろう。しかしインフォーマルな介護者たちは毎年、介護に5,000ドルもの自己負担を行い、介護時間を確保するためにパーソナルデイ (個人的な理由で休める日)、休暇、家族と過ごす時間などを使い尽くし、労働時間まで減らしていたのである。このため彼らは強いストレスに蝕まれ、収入や貯金の減少など金銭的なペナルティまでも受けていた。

2009年現在、50歳以上の高齢者を介護するインフォーマルな介護者は4,350万人に上っているという。彼らは平均年齢が48歳で、女性が66%、高齢者が13% (表3) を占めていた。彼らは週平均20.4時間を介護に費やしていたが、介護受給者と同居の場合には2倍の週39.3時間も費やさざるを得なかった。介護の持続期間は平均4.6年であるが、5年以上も31%に達する。特に65歳以上の介護者の場合には7.2年にも及んでいる<sup>8</sup>。

表3 アメリカの年齢別インフォーマルな介護者 (2009年、%)

18-34 歳	35-49 歳	50-64 歳	65-74 歳	75 歳以上
22	29	35	9	4

(資料) The SCAN Foundation, *op. cit.*, p.1.

## 3. 全国家族介護者支援制度

そこで、2000年にアメリカ高齢者法第3章第371条が改正され、全国家族介護者支援制度 (National Family Caregiver Support Program, NFCSP) が設けられた。この介護者支援制度は家族等のインフォーマルな介護者が要介護家族等をできるだけ長く自宅でケ

アできるように支援する財源を提供するため、70歳以上人口の比率に基づいて州・準州に補助金を交付することを目的としていた<sup>9</sup>。家族介護者は米国でも介護の主要な担い手であり、重い感情的・肉体的・金銭的な犠牲を強いられ、自分の健康も損ねがちだった。

そのため同制度の下で州は家族介護者支援のために①介護者に利用可能なサービス情報の提供、②介護者のサービス利用支援、③個別相談、支援グループ、介護者訓練、④レスパイトケア、⑤追加サービス、の5つのサービスを提供している。これらのサービスは介護者のうつ病、不安やストレスを減らし、より長く介護に従事できるようにして費用の高い施設入所を回避・遅延させることができると期待されている。2006年アメリカ高齢者法期限延長法も家族介護者が米国の介護提供において果たしてきた役割を承認し、要介護高齢者の家族介護者等に支援の受給資格を認めたのである。

2010年度には70万人以上の介護者がこの介護者支援制度による支援を受けた。このサービスは介護を受ける要介護者ができるだけ長く地域に留まれるように保障する一方で、家族介護者が長く介護を継続できるように支援した<sup>10</sup>。例えば、利用支援サービスは民間やボランティア組織から支援を得られる場所を介護者に周知徹底させるため100万回以上の接触を行った。またレスパイトケアサービスは自宅、デイセンターや施設で64万人以上の介護者に680万時間の一時的な息抜きを提供したのである。

この介護者支援は①介護者の77%が長期間の介護を継続でき、②介護者の89%が適切な介護者になれ、③介護者の半数が介護受給者の在宅生活を継続させられた、と評価している。とはいえ、この制度の支出額は2011年でも1.5億ドルにすぎず、とても十分な額とはいえなかった。

### Ⅲ 介護者支援サービスの内容

#### 1. レスパイトケア

レスパイトケアは介護者に一時的な休息を提供して介護地獄から解放し在宅介護を長く続けられるように支援する有益なサービスである。その利用者はこのサービスによって介護者として能力を回復し強化することができる。というのも、それは介護者がリラックスできる時間と環境を提供し介護の継続を支援することを目的としていたからだ。実際、レスパ

イトケアは①他の友人や家族と楽しく過ごしリラックスする機会、②買い物、運動、散歩、医師受診などの用事を済ませる時間、③介護受給者が別の介護者と楽しく過ごしていると知ることで得られる安堵感、などを提供していた。

レスパイトケアは在宅、デイセンター、施設などのケア環境で友人、他の家族、ボランティア、有料サービス等によって提供されている。施設利用は1泊、数日泊、数週泊の選択肢がある。1泊ケアは認知症のある介護受給者が監視された安全な環境で宿泊できる一方で、介護者も長めの息抜きや休暇を取ることが可能になる。しかし、残念ながらこのサービスの費用も一般に保険やメディケアではカバーされていなかった。

#### 2. デイケア

デイケアは全米で26万人以上の高齢介護受給者とその介護者に自宅に対応できないサービスを提供している。デイケアは介護受給者の健康を維持し、自尊心を高め、QOLを向上させる多様な日常的サービスや活動を提供していた<sup>11</sup>。デイケアセンターには①社会的②医療的③専門的、の3つのタイプがある。社会的センターはレクリエーション、食事及び一定水準の医療を提供している。また医療的センターは看護師とソーシャルワーカーが勤務し、服薬管理、健康管理、疾病管理、理学療法、足治療などのサービスを提供していた。さらに専門的センターはアルツハイマーや認知症のような特別なケアが必要な者を対象としている。

デイケアセンターは全米に5,000ヵ所以上が存在し、70%が独立施設、11%がNH関連施設、8%が介護付住宅関連施設、2%が病院関連施設に分類される<sup>12</sup>。介護付住宅やNHの関連センターでは入居者のみではなく、地域住民にもサービスを開放している所もある。デイケアの運営組織は非営利機関が75%を占めていた。大多数の施設は月曜から金曜日までの営業で、週末も営業する所は一部に限られていた。

デイケア施設は高齢者介護サービスにおける深刻なギャップを埋める重要な役割を果たしている。すべての高齢者が介護付住宅の入居費用を払える訳ではなく、介護付住宅施設の提供する手厚い介護を必要とする訳でもなかった。このような理由で高齢者とその家族介護者はデイケアを選択していたのである。しかしデイケア利用は普通、メディケアやメ

ディケイドからの給付を得られないので、自己負担の問題が生じた。

### 3. 地域包括ケア

現在、老人介護の有力な切り札として注目されているのが地域包括ケアであるが、その米国の代表ともいえるのがPACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly, 高齢者包括ケアプログラム) である。PACEはデイセンターと多職種チームを活用しながらメディケア・メディケイドからの人頭払い資金をプールして加入者が地域で長く暮らせるように包括ケアを提供している。センターは検診室や治療室を持つクリニックを備え、自立機能の回復・維持を目的としたリハビリ施設も完備していた。センターは各種娯楽を楽しめる集会所機能も持ち、加入者は社交や魅力的な活動に自由に参加し社会生活に触れる機会と健康的な特別食を享受していた<sup>13</sup>。

とはいえPACEの加入者は増加傾向にあるものの、2013年3月現在、26万人にすぎなかった。というのも、PACEは包括ケアによって加入老人のQOLを維持しながら費用を抑制し在宅生活の継続を保障するという目覚ましい成果を上げてきたが、その特質（医師選択権の放棄、自己負担、デイセンター通所）が中間層老人から敬遠されて十分な発展を遂げられなかったからである。

だが、PACEは最近、①従来軽視してきた農村地域への進出と②CCRCとの統合によって発展の障害を乗り越えようとしている<sup>14</sup>。CCRCも深刻な不況による不振の打開策としてPACEの取込みによる市場拡大に大きな期待を寄せている。CCRCの介助付住宅は入居者の20%が重度介護認定を受けているのでPACEの勧誘対象としても有望であり、PACE併設によって送迎費用を省くこともできた。このように両者は介護付住宅、連続したケア全体のマネジメント、社会的責任、開業資金の調達、共通の非営利と信頼に基づく伝統などにより統合の相乗効果を期待することができた。実際、PACEの加入者は1987年300人、1999年6,000人、2002年1万人、2008年1.6万人、2013年3月26万人と最近、増加に拍車が掛かっている。

### IV むすび

アメリカの介護費用はメディケア（医療に付随するケア限定）とメディケイド（貧困者限定）を除けば、私費負担が原則である。このため要介護老人の8割が無報酬の家族介護

者等に依存して在宅生活を継続している。これは介護者に多大な負担を課しており、貧弱な家族介護者支援制度に代わる大胆な支援策（公的介護保険等）が必要とされる所以である。そうした中で現在、QOLを維持しながら包括ケアを提供して費用を抑制しているPACEが注目を集めている。PACEが発展の障害を乗り越え、地域包括ケアが中間層老人までも包摂できるようになれば、多くの要介護者と家族介護者が切れ目のないケアを受けながら地域で安心して暮らし続けられる日もやって来るに違いないからである。

- 1 U.S. Department of Health and Human Services Administration on Aging Administration for Community Living, *A Profile of Older Americans: 2013*, pp.1-3. *Economic Report of the President 2013*, p.365の高齢化率の伸び率から筆者が推計。
- 2 The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, "Five Key Facts about the Delivery and Financing of Long-Term Services and Supports," *Fact Sheet*, September 2013, pp.1-3.
- 3 2013年には800万人以上の高齢者が介護事業者からサービスを受けていた (*USA Today*, March 31, 2014).
- 4 Robert Wood Johnson Foundation, "Long Term Care: What are the Issues?," *Health Policy Snapshot*, February 2014, p.2.
- 5 *Ibid.*, p.3.
- 6 U.S. Department of Health and Human Services Administration on Aging, "Where Can you Receive Care?," <http://longtermcare.gov/the-basics/where-can-you-receive-care/>=2014/4/19
- 7 MetLife Mature Market Institute, *Market Survey of Long-Term Care Costs: The 2012 Market Survey of Nursing Home, Assisted Living, Adult Day Services, and Home Care Costs*, November 2012, p.5.
- 8 The SCAN Foundation, "Who pays for Long-Term Care in the U.S.?", *Fact Sheet*, January 2013, p.2.
- 9 U.S. Department of Health and Human Services Administration on Aging, "National Family caregiver Support Program (OAA Title III E)," [http://www.aoa.gov/aoa\\_programs/hcltc/caregiver/index.aspx](http://www.aoa.gov/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx)=2012/04/19
- 10 The SCAN Foundation, *op. cit.*, p.3. 無料で提供される家族介護は貨幣価値に換算すると4,500億ドル（2009年）で、有料介護支出額を上回るといわれる。
- 11 Chris Hawkins, "Adult Day Care for Seniors," February 18 2013 <http://www.seniorliving.org/lifestyles/adult-day-care/>=2014/04/03
- 12 MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, p.6.
- 13 拙著『日欧米の包括ケア－医療の質と低医療費の両立－』ミネルヴァ書房、2011年、第2章。
- 14 拙稿「アメリカの介護者支援－PACEによる地域包括ケア拡大の可能性－」『海外社会保障研究』Autumn 2013 No.184, pp.38-40.

# 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<sup>1</sup>。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<sup>2</sup>。

## (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<sup>3</sup>。

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



# 2013年度新規研究テーマ紹介 (その3)

## 介護労働者の働き方・処遇に関する調査研究 (連合との共同研究)

### 1. 研究の目的

介護保険制度の導入によって、介護の「社会化」はある程度定着したとはいえ、他方で、サービス提供の担い手である介護労働者については、仕事のきつさや賃金の低さが放置されたままであり、職場を離れていく人、資格を取得していながら仕事に就かない人が増加するだけでなく、安定的なサービス提供にとっても大きな問題となっている。

介護保険の財政的な制約のため、処遇改善は決して容易ではないが、仕事内容や経験に見合った賃金のあり方、あるいは、事業者の間における適正配分のあり方など、具体的に改善が求められる課題も指摘されている。

本委員会では、すでに実施されている多くの調査などの成果を踏まえながら、いま介護労働者が直面している課題、それがサービス提供に与えている課題を明らかにし、これからの方向について提言することをめざす。具体的には関係労働組合との連携を図りつつ、ヒアリングを通じての課題整理を行い、介護労働者の働き方と処遇、キャリアアップの仕組み、労働環境のあり方などについて、できる限り具体的な提起を行う。

(研究期間：2013年10月～2014年9月まで)

### 2. 構成

主 査	今野浩一郎	学習院大学経済学部教授
委 員	大槻 奈巳	聖心女子大学文学部教授
	北浦 正行	公益財団法人日本生産性本部参事
	堀田 聰子	独立行政法人労働政策研究・研修機構 雇用戦略部門研究員
	島 卓	全国繊維化学食品流通サービス一般労働 組合同盟 総合サービス部門執行委員
	西村 正樹	全日本自治団体労働組合社会福祉局長
	二瓶 修爾	保健医療福祉労働組合協議会 福島中央市民医療生協労働執行委員長
	関根新太郎	全国労済労働組合連合会書記長
	石井 繁雄	情報産業労働組合連合会労働条件担当部長
	柏木 教一	連合神奈川会長
	徳茂万知子	特定非営利活動法人ことぶき介護理事長
	平川 則男	連合生活福祉局長
	竹内 敬和	連合生活福祉局部長
事務局	龍井 葉二	連合総研副所長
	小島 茂	連合総研主幹研究員
	江森 孝至	連合総研主任研究員
	高山 尚子	連合総研研究員
	城野 博	連合総研研究員 (主担当)

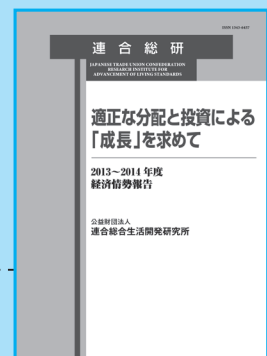
## ◇好評発売中

### 連合総合生活開発研究所編

## 連合総研 2013～2014年度経済情勢報告 『適正な分配と投資による「成長」を求めて』

コンポーズ・ユニ 定価1,600円 (税込)

第26回目となる本報告書は、内外経済情勢の動向を踏まえ、産業や人への投資、社会保障といった社会インフラの構築等、日本社会が持続可能な成長を果たしていくために必要な要素について、経済・社会の客観的な分析に基づいた提言を行っている。補論では、2014年度の我が国の経済情勢を展望している。



- 第Ⅰ部 2012年秋以降の日本と世界経済
- 第Ⅱ部 適正な分配と投資による「成長」を求めて
- 補 論 2014年度日本経済の姿

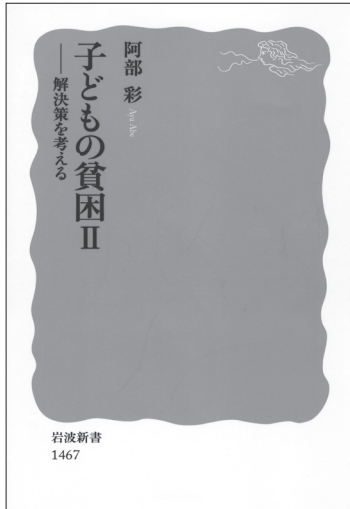
本書に関するお問い合わせは、コンポーズ・ユニまでご連絡下さい。

TEL : 03-3456-1541 FAX : 03-3798-3303

# 最近の書棚から

## 子どもの貧困Ⅱ－解決策を考える

### 子どもの貧困対策は「未来への先行投資」



阿部 彩著  
岩波新書  
定価820円(税別)

日本政府が初めて相対的貧困率を公表したのは2009年10月である。子どもの貧困率は、1985年の10.9%から2009年の15.7%にまで上昇しており、上昇ペースは社会全体のペースより速い。特にひとり親世帯の貧困率は、2012年のユニセフ推計で58.7%と突出しており、OECD諸国のなかで最悪である。

こうしたなかで、今年1月に「子どもの貧困対策の推進に関する法律(通称：子どもの貧困対策法)」が施行された。しかし、消費税の増税で家計負担が増すなか、生活保護の減額に連動して、小中学生の約6人に1人が利用している「就学援助」(経済的な理由で就学が難しい児童・生徒に学用品や給食などの費用を補助する制度)の窓口を狭める動きが自治体で広がっている。

就学援助を必要とする子どもの多い学校ほど平均点が低いなど、家庭の経済力と子どもの学力が比例することが、全国学力調査の分析で明らかになっている。援助の縮小はこうした格

差を拡大させ、親から子への「貧困の連鎖」をさらに強めることにつながる。

本書は、同著者による2008年発行の「子どもの貧困」の続編である。前著では、今の日本に「貧困」と呼ぶべき子どもが大勢いることを明らかにした。特に、日本では所得再配分後の貧困率の方が、再配分前より高くなっている事実を明らかにしたことは衝撃であった。まさに政治の怠慢である。

今回の「子どもの貧困Ⅱ」は副題にあるとおり「解決策を考える」内容となっている。

本書では、貧困を放置した場合と貧困対策を行った場合の社会的コストを比較し、長期的に見れば貧困対策を行った場合の社会的コストの方が少ないと分析している。そして、子どもの貧困対策は「投資」であり、社会保障等を通じて先進諸国なみの再配分の機能を持たせることは、最低限必要な社会政策であると主張している。

著者は、ある児童養護施設の職員から聞いたショッキングな話を紹介している。職員が施設の子どものために何とかが高校までは頑張って卒業した方がよいと勤めていたある日、1人の子どもに「俺は高校を卒業しても、どっちみち非正規だし、ろくな仕事にも就けない。中卒でも同じだ。だったら3年早く働き始めた方がいい」と言われ、返す言葉がなかったという。格差や貧困という社会の不条理が、最も弱い立場にいる子どもたちにしわ寄せされ、将来への「希望格差」を生み出している。生まれてくる子どもは親を選べない。

こうした現実を変えていくため、著者はいくつかの提言を行っている。

その一つは、子どもの貧困指標の改善である。これまでの「相対的貧困率」に加えて、「物質的剥奪指標」を取り入れることを提起している。「物質的剥奪指標」は「1日3食食べることができない」「靴を2足以下しかもっていない」「家の少なくとも1部屋を暖める機材がない」など、実際の生活実態について、どれくらいの人がいくつの項目に該当するかを社会調査を行って作成する指標であり、その世帯の実際の生活の質を測ろうとするものである。

二つには、財源が限られているなかで、効果を踏まえた優先順位をつけることを提起している。そして、優先順位をつけるにあたって、①実験的な枠組みで効果が測定されているもの、②長期的な収益性(安定性)が確保できるもの、③とくに厳しい状況におかれている子どもを優先するものを重視すべきであるとし、現金給付と現物給付の有効性を主張している。

「教育は未来への先行投資」。この言葉は、12年前に私が連合本部時代に担当した「教育改革12の提言」の「はじめに」のなかに入れ込んだキャッチフレーズである。このキャッチフレーズは、その後、小泉首相の施政方針演説等で引用されて以降、自民党内閣でも使われてきた。

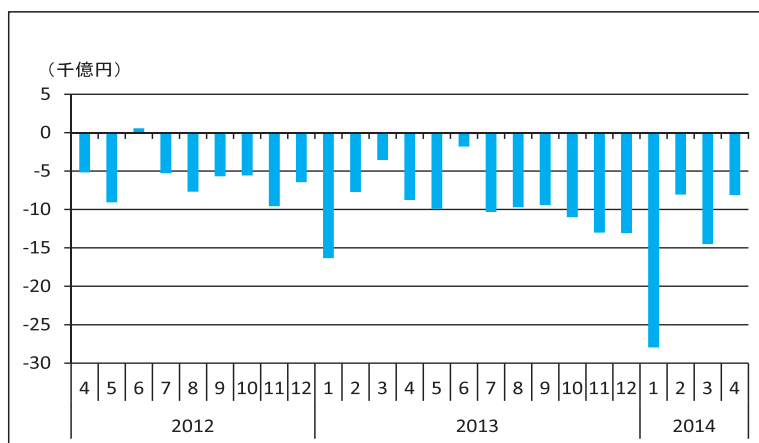
子どもの貧困対策は、まさに「未来への先行投資」である。「子どもの貧困対策法」を“絵に描いたモチ”にさせない、現実を変えていく力にしているためにも、本書の提言を参考に具体的な政策につなげていく必要がある。

### 貿易赤字過去最長の22カ月連続 ～20か月ぶりの収支改善も本格回復の兆しなく～

5月21日に財務省が発表した2014年4月の貿易統計速報（通関ベース）によると、輸出額は6兆692億円、輸入額は6兆8781億円で、輸出額から輸入額を引いた貿易収支は8089億円の赤字であった（図表1）。これで、貿易赤字は22カ月連続となった。前年同月と比べた収支は2012年8月以来20か月ぶりに改善し、7.8%赤字が減少した（図表2）。これは、3月まで消費税増税前の駆け込み需要により大きな伸びを示していた輸入額が、4月は3.4%と小幅にとどまったことが原因とみられる。

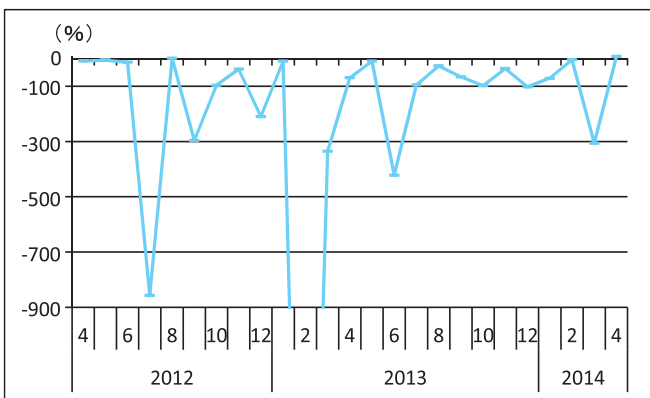
図3は輸出額、輸入額の推移を前年同月比でみたものである。輸出額は6兆692億円であり、前年同月と比べて5.1%の増加であった。これで、輸出額が前年同月を上回るのは14カ月連続となった。内訳をみると、米国向けの自動車部品や欧州向けの自動車が伸びている。輸入額は前年同月比3.4%増の6兆8781億円であった。内訳をみると、液化天然ガスが11.0%増、半導体など電子部品が30.6%増であった。

図表1 貿易収支の推移



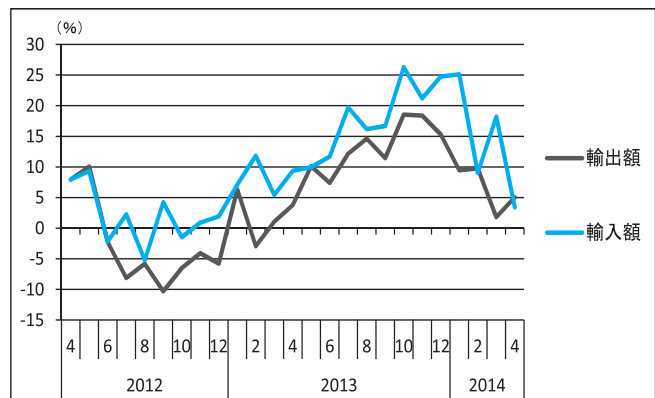
出所) 財務省「貿易統計」より作成

図表2 貿易収支の推移(前年同月比)



出所) 財務省「貿易統計」より作成

図表3 輸出額、輸入額の推移(前年同月比)



出所) 財務省「貿易統計」より作成

## INFORMATION

### 【5月の主な行事】

- 5月8日 所内勉強会  
所内・研究部門会議
- 9日 経済・社会・労働の中長期ビジョンに関する研究委員会  
企業における労務構成の変化と労使の課題に関する調査研究委員会  
(主査：戎野 淑子 立正大学教授)
- 13日 労働組合の基礎的な活動実態に関する研究委員会  
(主査：仁田 道夫 国士舘大学教授)  
労働者教育に関する研究委員会  
(主査：藤村 博之 法政大学教授)
- 14日 雇用・賃金の中長期的なあり方に関する研究委員会  
日本における社会基盤・社会組織のあり方に関する研究委員会  
(主査：篠田 徹 早稲田大学教授)  
企画会議
- 20日 介護労働者の働き方・処遇に関する研究委員会  
(主査：今野 浩一郎 学習院大学教授)
- 21日 所内・研究部門会議  
経済社会研究委員会 (主査：小峰 隆夫 法政大学教授)
- 22日 住民自治と社会福祉のあり方に関する研究委員会
- 26日 勤労者短観アドバイザー会議
- 28～29日 研究成果報告会

発行人／薦田 隆成  
発行日／2014年6月1日  
発行／公益財団法人連合総合生活開発研究所  
〒102-0072  
東京都千代田区飯田橋 1-3-2  
曙杉館ビル3階  
TEL 03-5210-0851  
FAX 03-5210-0852

印刷・製本／株式会社コンポーズ・ユニ  
〒108-8326  
東京都港区三田 1-10-3  
電機連合会館 2階  
TEL 03-3456-1541  
FAX 03-3798-3303

### editor

2000年に介護保険制度が始まって14年が経ちます。介護労働は仕事がついわりに低賃金といったイメージがあり、勤続年数が短く離職率も高いといった問題があります。比較的歴史が浅い産業であり、また人材不足ゆえに、きちんとした人材育成や人事処遇制度が構築されていないことが、これらの問題の悪循環を招いているとの見方もあります。

今号では、介護支援、介護労働の国際比較をテーマとして取り上げ、高齢化社会をむかえた国々がどのような取り組みをしているかについて取り上げました。

現場で懸命に働く人たちが希望を持てるような、職場や業界の枠組みづくりの一助となれば幸いです。

(くろかん)