

韓国の老人長期療養保険制度下における 認知症ケアと高齢者虐待の課題

西 下 彰 俊

目 次

1. はじめに
2. 老人長期療養保険制度の各サービスの現状
3. 老人療養共同生活家庭という施設ケアの問題性
4. 等級区分と認定者比率
5. 同居家族療養保護費の構造的問題
6. 認知症マネジメント法と認知症の定義
7. 高齢者虐待と関連法
8. 高齢者虐待の量的変化と認知症
9. 高齢者虐待を防止する社会対策
10. 結論と今後の課題

1. はじめに

韓国の老人長期療養保険制度（国民健康保険公団、2017；国立立法情報センター、2017）に関して2008年7月の制度発足時からケアマネジャーが制度化されない中で、本来行われるべきケアマネジメント、言い換えれば、見えざるケアマネジメントが誰により結果的にどのように行われているかについて筆者は論じたことがある（西下彰俊、2011、pp. 175-195）。

本稿では、こうした韓国のケアマネジメントやケアシステムの特徴を踏まえ、老人長期療養保険制度開始以降10年目の現在、同制度の中に、韓国において増加の兆しが見られる認知症高齢者に対するケアがどのように適切に位置づけられているか、また認知症高齢者が被害者になりやすいと言われている高齢者虐待の現状がどうなっているか、さらに今後の課題としてどのようなことがあるかにつ

いて論じることとする。

以下で示すように、韓国だけでなく日本においても、認知症高齢者ケアシステムのさらなる整備と高齢者虐待防止システムの構築は、最も重要な社会政策課題の一つであり、現状を明らかにしつつさらなる課題を明らかにすることは必要不可欠である。

2. 老人長期療養保険制度の各サービスの現状

老人長期療養保険の基本的な介護サービスの枠組みについては、発足後の大きな変化はないが、各サービスの介護報酬額は徐々に上がってきており、また新たなサービスも誕生している。発足時以降指摘されてきた構造的な問題（西下彰俊、2008、pp. 17-25；西下彰俊、2009、pp. 1-14；西下彰俊、2012、pp. 12-20；西下彰俊、2014、pp. 37-42）についても、依然として解決されないまま現在に至っているが、それらの点についても再度検討する。

(1) 在宅介護サービス

表1は、在宅介護サービスの等級別介護報酬額および利用時間別の訪問療養費（ホームヘルプ・サービス）を示したものである。まず、等級別介護報酬額であるが、2017年1月1日現在、1等級は月額1,252,000ウォン（1ウォン＝0.1円、日本円で約125,200円）である。以下、2等級は月額1,103,400ウォン、3等級は月額1,043,700ウォンとなっている。なお、2015年に設けられた4等級は月額985,200ウォン、5等級は月額843,200ウォンである。このうち5等級は認知症の高齢者が対象となっている。

訪問療養費については、30分を単位に介護報酬が設定されている。2017年1月1日現在、30分以上60分未満は11,810ウォン、60分以上90分未満は18,130ウォン、90分以上120分未満は24,310ウォン、120分以上150分未満は30,690ウォンという設定である。在宅介護サービスを利用する高齢者は、15%の自己負担額を支払うことになる（低所得者である医療扶助者は7.5%の自己負担）。長時間のサービス利用に関しては、150分以上180分未満は34,880ウォン、180分以上210分未満は38,560ウォン、210分以上240分未

表 1 在宅介護サービスの等級別介護報酬額および訪問療養サービス価格
単位：ウォン

	2013年2月末 現在	2016年7月1日 現在	2017年1月1日 現在
1 等級	1,140,600	1,196,900	1,252,000
2 等級	1,003,700	1,054,300	1,103,400
3 等級	878,900	981,100	1,043,700
4 等級	—	921,700	985,200
5 等級	—	784,100	843,200
訪問療養			
30分以上	10,740	11,390	11,810
60分以上	16,350	17,490	18,130
90分以上	21,830	23,450	24,310
120分以上	27,500	29,610	30,690
150分以上	31,110	33,650	34,880
180分以上	34,240	37,200	38,560
210分以上	37,110	40,470	41,950
240分以上	39,740	43,500	45,090

(出典) 保健福祉部、2013、告示 第 2013-160 号；保健福祉部、2016、告示 第 2016-242 号

満は 41,950 ウォン、240 分以上は 45,090 ウォンという介護報酬の設定である¹⁾。2016 年において、ホームヘルプサービスの利用者は、全国で 284,232 人となり、サービスを提供する機関は 9,845 か所である（国民健康保険公社、2017、p. 116-117）。

表 2 は、昼夜間保護サービスの等級別の介護報酬を示している。昼夜間保護

1) 訪問療養と訪問看護については、夜間加算については 18 時から 22 時まで 20% 増の加算、深夜加算は 22 時以降翌日の朝 6 時まで 30% 増の加算となる。早朝加算は 6 時から 8 時まで 20% 加算である。休日加算は、祝日の加算で 30% 増となる。

なお、日本の介護保険では、訪問介護と訪問看護について、夜間加算は 18 時から 22 時まで 25% 増の加算、深夜加算は 22 時以降翌日の朝 6 時まで 50% 増の加算となる。早朝加算は 6 時から 8 時まで 20% 加算である。休日加算は、祝日の加算で 25% 増となる。日韓で割り増しの比率が異なり、休日加算については韓国の方が高くなっている（西下彰俊、2009、pp. 4-5）。

は、昼間及び夜間のケアを提供するサービスであるが、サービス提供時間の範囲が、①3時間以上6時間未満、②6時間以上8時間未満、③8時間以上10時間未満、④10時間以上12時間未満、⑤12時間以上の5つに分けられ、それぞれについて2017年1月1日現在、5等級に分けられている。一例として、日本のデイサービスで最も標準的なケースである6時間以上8時間未満の場合を想定して、韓国の介護報酬をみると、1等級は38,980ウォン、2等級は36,110ウォン、3等級は33,330ウォン、4等級は32,200ウォン、5等級は31,060ウォンと分けられている。2016年において、昼夜間保護サービスの利用者は、全国で57,165人でサービスを提供する機関は2,373か所であった（国民健康保険公団、2017、pp.116-117）。その他のサービスについては、訪問入浴サービスの利用者が61,812人（4,777事業所）であり、昼夜間保護サービスの利用者57,165人（2,373事業所）よりも多い点が韓国のユニークな特徴である。

なお、2016年7月1日より、認知症高齢者に特化した認知症対応型（韓国語の直訳では認知症専担型、以下同様）昼夜間保護サービスが開始された。認知症対応型昼夜間保護サービスが従来の昼夜間保護サービスと違う点は、認知症対応型昼夜間保護サービス機関として認められ開設すれば、同等級の介護報酬が高くなる点であり、開設に向けた動機づけが強化されているのである。

先と同様、6時間以上8時間未満の昼夜間保護サービスの場合を想定して、従来型と比較してみよう。2等級の場合、2017年1月1日以降の現行制度では、従来型は36,110ウォンであるのに対し認知症対応型では45,420ウォンとなり、一人あたり1日で9,310ウォン利益が増えることになる。さらに、4等級で見ても、従来型は32,200ウォンであるのに対し認知症対応型では40,500ウォンとなり、一人あたり1日で8,300ウォン利益が増えることになる。

同じく表2が示すように、同サービスも5つの時間幅で介護報酬が決められている。認知症対応型昼夜間保護については、2等級から5等級までが対象範囲となっており、1等級は含まれていない。同サービスは、以上のように、介護報酬を高めに設定しているが、政府の期待とは裏腹に、現在ソウル市内では2か所のみで行われているに過ぎない。

表2 昼夜間保護の等級別介護報酬の変化

単位：ウォン

		2013年2月末 現在	2016年7月1日 現在	2017年1月1日 現在
【昼夜間保護】				
3時間以上	1等級	24,440	26,700	29,080
	2等級	22,600	24,720	26,920
	3等級	20,840	22,820	24,850
	4等級	—	21,780	23,720
	5等級	—	20,740	22,590
6時間以上	1等級	32,580	35,790	38,980
	2等級	30,140	33,160	36,110
	3等級	27,790	30,610	33,330
	4等級	—	29,570	32,200
	5等級	—	28,520	31,060
8時間以上	1等級	40,730	44,530	48,490
	2等級	37,670	41,250	44,920
	3等級	34,730	38,080	41,470
	4等級	—	37,040	40,340
	5等級	—	35,990	39,190
10時間以上	1等級	44,800	49,050	53,420
	2等級	41,440	45,440	49,480
	3等級	38,210	41,980	45,720
	4等級	—	40,930	44,570
	5等級	—	39,880	43,430
12時間以上	1等級	48,880	52,600	57,280
	2等級	45,210	48,730	53,070
	3等級	41,680	45,020	49,030
	4等級	—	43,980	47,890
	5等級	—	42,930	46,750
【認知症対応型 昼夜間保護】				
3時間以上	2等級	—	31,090	33,860
	3等級	—	28,700	31,250

	4 等級	—	27,400	29,840
	5 等級	—	26,090	28,410
6 時間以上	2 等級	—	41,710	45,420
	3 等級	—	38,500	41,930
	4 等級	—	37,190	40,500
	5 等級	—	35,870	39,060
8 時間以上	2 等級	—	51,890	56,510
	3 等級	—	47,900	52,160
	4 等級	—	46,590	50,740
	5 等級	—	45,270	49,300
10 時間以上	2 等級	—	57,160	62,250
	3 等級	—	52,800	57,500
	4 等級	—	51,480	56,060
	5 等級	—	50,160	54,620
12 時間以上	2 等級	—	61,290	66,740
	3 等級	—	56,630	61,670
	4 等級	—	55,320	60,240
	5 等級	—	54,000	58,810

(出典) 保健福祉部、2013、告示 第 2013-160 号；保健福祉部、2016、告示 第 2016-242 号

(2) 施設介護サービス

施設介護サービスは、老人療養施設と老人療養共同生活家庭に分けられる。2016 年現在、老人療養施設は全国に 3,260 か所あり入所者は 164,221 人であった。老人療養共同生活家庭は全国に 2,402 か所あり入所者は 25,153 人である(国民健康保険公団、2017、pp. 238-239)。

施設介護サービスの自己負担割合は 20% であり(低所得である医療扶助者は 10% の自己負担)、例えば、老人療養共同生活家庭に 2 等級の高齢者が入居した場合、1 か月の自己負担額は、 $49,120 \text{ ウォン} \times 0.2 \times 30 = 294,720 \text{ ウォン}$ となる。

以上の従来の施設介護サービス 2 種類に加え、2016 年に認知症高齢者のための専用居室のある認知症対応型老人療養施設と認知症対応型老人療養共同生活家

表3 施設ケアサービスの等級別介護報酬の変化

単位：ウォン

		2013年 2月末現在	2016年 7月1日現在	2017年 1月1日現在
老人療養施設	1等級	51,020	57,040	59,330
	2等級	47,260	52,930	55,060
	3等級	43,480	48,810	50,770
	4等級	—	48,810	50,770
	5等級	—	48,810	50,770
老人療養共同生活 家庭	1等級	48,900	51,290	52,940
	2等級	45,290	47,590	49,120
	3等級	41,670	43,870	45,280
	4等級	—	43,870	45,280
	5等級	—	43,870	45,280
認知症対応型老人 療養施設	2等級 GA型	—	65,280	67,900
	2等級 NA型	—	58,750	61,110
	3～5等級 GA型	—	60,190	62,610
	3～5等級 NA型	—	54,170	56,350
認知症対応型老人 療養共同生活家庭	2等級	—	59,000	60,890
	3～5等級	—	54,390	56,140

(出典) 保健福祉部、2013、告示 第2013-160号；保健福祉部、2016、告示 第2016-242号

庭というケア施設が新しく設けられた。表3が示すように、この2つのタイプは、2013年2月末段階では存在しなかったが、第3次認知症マネジメント総合計画（2016年～2020年）の一環として両施設は2016年に創設された。これは、5等級の設定に続く政府の認知症対策の一環である。

前者の認知症対応型老人療養施設は、認知症高齢者の入居が一定の割合で決まっている老人療養施設であり、2等級はGA型とNA型に分かれる²⁾。老人福祉法施行規則第22条第1項の別表によれば、面積基準により異なっており、GA

2) GA型とNA型という名称に関して、GAとNAに特別な意味はない。日本のあかさたなにおける「あ」と「か」の意味合いである。

型は、1人室9.9m²、2人部屋16.5m²、3人部屋23.1m²、4人部屋29.7m²以上の4パターンに分かれ、NA型は1人室9.9m²、多人室は1名あたり6.6m²以上に分かれる。

2017年におけるGA型の1か月の介護報酬は2,037,000ウォンであり、NA型のそれは1,833,300ウォンである。3等級から5等級は、同じくGA型とNA型に分かれる。2017年における前者の1か月の介護報酬は1,878,300ウォンであり、後者のそれは1,690,500ウォンである。

認知症対応型老人療養施設が従来の老人療養施設と異なる点は、認知症高齢者の入居が一定の割合で決められ、認知症高齢者の入居を積極的に推し進めるために介護報酬が高めに設定されていることである。加えて、認知症高齢者ケアの理解に関する研修が就労する療養保護士に課されることになる。韓国においては依然として施設ケア運営者が、認知症高齢者の受け入れを回避する傾向が強い。その点を改善するために、介護報酬を高めに設定し動機づけを強化している。

具体的には、表3から分かるように、2017年1月1日現在、認知症対応型老人療養施設の2等級では、67,900ウォン（GA型）か61,110ウォン（NA型）になっており、この数字は、従来の老人療養施設の2等級の55,060ウォンより12,840ウォン（GA型）または6,050ウォン（NA型）高めの数字である。

現在、韓国全体でGA型が29か所、NA型が6か所であるが、ソウル市内では、認知症対応型老人療養施設は、GA型が3か所、NA型が1か所あるに過ぎない。介護報酬のインセンティブが設けられても現実はなかなかそのようには反応してくれないということを示唆している。

従来型の老人療養施設で4等級の場合50,770ウォンの介護報酬であるが、認知症対応型老人療養施設では同じく4等級が62,610ウォン（GA型）または56,350ウォン（NA型）となっており、これは従来型の50,770ウォンに比べて、11,840ウォン（GA型）もしくは5,580ウォン（NA型）高くなっている。

他方、後者の認知症対応型老人療養共同生活家庭は、2等級と3～5等級に分かれる。2017年における2等級の1か月の介護報酬は1,826,700ウォンであり、後者のそれは1,684,200ウォンである。入居定員は従来型同様9人以下であり、1部屋3名以下、1人部屋を1室以上設けることや共用室として食堂やプログラム室を設けることになっている。

認知症対応型老人療養共同生活家庭は、2等級の場合 60,890 ウォンであり、これは従来型の老人療養共同生活家庭の 49,120 ウォンに比べて、11,770 ウォン高く設定されている。また、認知症対応型老人療養共同生活家庭の 3~5 等級は 56,140 ウォンとなっており、これは従来型の 3~5 等級の 45,280 ウォンよりも 10,860 ウォン高く設定されている。

現在、韓国には認知症対応型老人療養共同生活家庭が 1 か所あるが、ソウル市内には開設されてない。確認したように、モデル事業での社会的実践をふまえ認知症対応型老人療養共同生活家庭が創設されたわけであるが、一つもオープンできないのは構造的な問題と言える。

認知症対応型老人療養施設および認知症対応型老人療養共同生活家庭が 2016 年に新設されたのは、後述の 5 等級のあり方に関する構造的な制約、構造的な問題点への一つの対処であったと言えることができる。ただし認知症対応型の設定という対処が成功を導くかどうかについては、本稿の最後で議論することにした。

3. 老人療養共同生活家庭という施設ケアの問題性

老人療養共同生活家庭の物理的基準としては、一般の老人療養施設よりも施設定員が少なく 5 人以上 9 人以下であり、相部屋（多床室）の定員が 4 人以下であること、また、1 人あたりの居室面積は 6.6 m^2 以上、入所定員 1 人あたり延べ面積 20.5 m^2 以上であり、また療養保護士の基準は、入所者 3 人あたり 1 人であることという基準がある（金明中、2016、p. 11）。

増田雅暢は、長期療養保険の仕組みを示す中で、施設給付の一つとしてグループホームをあげている（増田雅暢、2007、p. 38）。しかし、増田は老人療養共同生活家庭という表記をしていない。金貞任は、前述の論文の中で、老人療養共同施設（グループホーム）あるいは老人療養共同生活家庭（グループホーム）という表現を使い（金貞任、2013、p. 48）、韓国の老人療養共同生活家庭が日本の認知症グループホームに相当するかのよう示している。我が国で、高齢者のグループホームと言えば、認知症高齢者のためのグループホームを意味する。しかし、増田も金も老人療養共同生活家庭が認知症グループホームであると断定

せず、単にグループホームと説明するのみである。老人長期療養保険のホームページに、老人療養共同生活家庭がグループホームと記載されていることからすれば、研究者がそのままの形で説明してしまうことも無理からぬことであろう。

こうした説明に対し、さらに一步踏み込んだ解釈をしているのが、林春植他である。林他によれば、老人療養共同生活家庭が、「脳血管障害・認知症などの老人性疾患により介護が必要な高齢者を、共同生活を営む住居に入所させ、入浴、食事、排泄等の介護その他、必要な日常生活上の世話と機能訓練などを提供する施設」であり、介護保険制度の創設に伴って新設されたこの施設が、日本でいう認知症対応型共同生活介護（グループホーム）に相当する施設として説明されている（林春植・宣賢奎・住居広士、2010、p. 39）。

以上の解釈が踏み込み過ぎていることは、韓国が2016年になって初めて認知症対応型老人療養共同生活家庭を創設したことから容易に理解できる。しかし後述するようにソウル市内では、現実的には一つも存在していない。補助金の額や開設条件などに問題があるのであろう。

老人長期療養保険制度開始時に、老人療養共同生活家庭が創設されたのは、要介護高齢者の受け皿を増やすためであり、そのために民間の個人経営者が参入しやすいようにできる限り条件を緩和している。そうした個人経営者が新しく創設された認知症老人療養共同生活家庭に参入しやすいようにすること、さらに保健福祉部、地方自治体等が補助金を増やすことや開設条件を緩和することが検討されて然るべきであろう。

そもそも韓国におけるこの認知症対応型老人療養共同生活家庭は、グループホーム発祥の地スウェーデンの基準や日本の認知症グループホームの基準とは質的に異なるものである。グローバル・スタンダードとしてのグループホームは、現時点において韓国には存在しないと断定することができる。というのも、スウェーデンのグループホームや日本のそのの共通条件は、①入居者の住まいが「個室」であること、②共有のオープン・スペースがあること、③担当の介護職員が比較的少人数で固定されていることなどのユニットケアの特徴を持つことである（西下彰俊、2007、p. 35）。韓国において、グローバル・スタンダードとしての個室ケアの導入が今後検討されるべきであるが、現時点では、個室内でのケアが重要であるという認識に関して、文化の差があるように思われる。

実は、スウェーデンのグループホームと日本のグループホームには入居者による役割遂行の実行可能性と言う点で相違がないわけではない。役割発揮が実際のケアの中で遂行されているのは実は日本の方であり、スウェーデンでは順序モデル²⁾による措置決定³⁾が行われているため（西下彰俊、2015、p. 27）、極めて重度の要介護高齢者しか「介護の付いた特別住宅」（Särskilda Boendeformer、西下彰俊、2012b、pp. 25-28）のグループホームユニットに入居することができない。従ってスウェーデンでは、各入居者がグループホーム内で日常的に必要とされる役割を發揮することが不可能に近い。このような事情からグループホーム発祥の地スウェーデンでは、認知症グループホームが極めて活動性の低い静謐な介護環境となっている。

4. 等級区分と認定者比率

韓国の老人長期療養保険は日本の介護保険制度をベースにしており、要介護認定の方法も基本的な点では同じである。保険利用を申請すると、調査員（国民健康保険公団または地方自治体の職員）が要介護認定のための基本調査を実施するために申請者の自宅を訪問し、94項目の調査を行う⁴⁾。このうち、要介護認定のためのデータとして用いられるのは52項目である（西下彰俊、2009、pp. 11-14）。

3) 順序モデルとは、可能な限り自宅で介護サービスを受けながら生活を継続し、重度の要介護状態になった最終段階でのみ介護の付いた特別住宅に入居することが、コミューン（市）の援助判定員により措置決定され許されるというスウェーデンの方式を言う。他方、選択モデルとは、高齢者が要介護1から5の認定を受ければ、本人が希望する在宅ケアサービスを選ぶことも施設ケアサービスを選ぶこともできるという日本の方式をいう。ただし、日本では、施設ケアのうち特別養護老人ホームの入居に関しては、2016年度から要介護3以上という制限が設けられている。この制限に関しても例外規定が4つあり、要介護1または2の高齢者が特別養護老人ホームに全く入居できないということではない。

4) 調査項目は94項目あるが、そのうち等級判定に使われる項目は52項目である。52項目は、心身機能12項目、認知機能7項目、問題行動関連機能14項目、療養関連機能9項目、機能訓練機能10項目から構成される。この52項目が、8つのサービス群に再度分類されそれぞれが100点満点で計算される。その8つのサービス群は、①清潔、②排泄、③食事、④機能補助、⑤間接支援、⑥問題行動関連機能、⑦療養関連機能、

表4が示すように、申請者数の約84.9万人に対して、認定された被保険者は約52万人に留まっており、認定率は約61.2%ときわめて低い（日本の介護保険の認定率は、残念ながら公表されていない）。認定された者のうち、最も割合が多いのは4等級の36.3%（188,888人）であり、以下、3等級の35.7%（185,800人）、2等級の14.3%（74,334人）、1等級の7.9%（40,917人）、5等級の5.8%（29,911人）と続いている。

老人長期療養保険では、1等級が最も要介護度が高く全面的な手助けが必要なADL（Activities of daily Living=日常生活動作能力）であり、基本調査で95点以上の申請者が該当する。在宅ケアサービスの場合1,252,000ウォンの介護報酬に相当し、サービス利用に対して15%の自己負担額が発生する。施設ケアサービスのうち老人療養施設の場合は1,779,900ウォンの介護報酬に相当し、入居後20%の自己負担額が発生する。以下、2等級から5等級まで同様に、自己負担割合は、在宅ケアサービスが15%、施設ケアサービスが20%となっている。

2等級はかなりの手助けが必要な状態で、基本調査では75点以上95点未満の申請者が該当する。在宅ケアサービスの場合の介護報酬は1,103,400ウォンであり、施設ケアサービスのうち老人療養施設の場合の介護報酬は1,651,800ウォンである。

3等級は部分的な手助けが必要な状態で、基本調査では60点以上75点未満の申請者が該当する。在宅ケアサービスの場合の介護報酬は1,043,700ウォンであり、施設ケアサービスのうち老人療養院の場合の介護報酬は1,521,000ウォンである。

4等級は一部の手助けが必要な状態で、基本調査では51点以上60点未満の申請者が該当する。在宅ケアサービスの場合の介護報酬は985,200ウォンであり、施設ケアサービスのうち老人療養施設の場合の介護報酬は3等級と同じく1,521,000ウォンである。

⑧機能訓練機能である。この点数に基づいて等級判定がなされ、1等級から5等級および等級外が確定する。他方日本では、点数化はされず、統計モデル上の要介護認定等基準時間というものが算出され、その時間数に基づいて、要支援1以下要介護5までの要介護認定が行われまた自立（非該当）も判定される。

比較的 ADL の高い 3 等級と 4 等級の合計が認定者全体の 72% に達しており、著しい偏りが確認できる。筆者がかつて別のところで指摘した問題点の一つである（西下彰俊、2014、p. 37）。部分的な手助けや一部の手助けの認定者が 72% に達しているということは、ADL の低い、従って介護ニーズの高い申請者が少ないということを意味している。

日本の場合は、要介護 1 から要介護 5 まで均等とまではいかないものの認定者が分散しているのと対照的である。具体的には、2017 年 8 月末の認定者数は 6,391,702 人であり、そのグレード別の分布は、要支援 1 が 13.9% (888,292 人)、要支援 2 が 13.7% (873,383 人)、要介護 1 が 20.0% (1,281,470 人)、要介護 2 が 17.5% (1,115,820 人)、要介護 3 が 13.2% (845,984 人)、要介護 4 が 12.2% (780,086 人)、要介護 5 が 9.5% (606,667 人) となっている（厚生労働省、2017a）。韓国に比べて、偏りが少なく比較的均等な分布となることが分かる。

また、5 等級は認知症高齢者に対するサービス提供のために新しく設けられたにもかかわらず、5.8%（約 3 万人）と少ない。5 等級は、45 点以上 51 点未満の申請者にのみ対応しているが、このことは、「認知症の高齢者で ADL が低つまり重度の要介護の場合は、対応できない」ことを意味している。5 等級で在宅サービスの場合、介護報酬は 843,200 ウォンであり、施設ケアサービスで老人療養施設の場合、3 等級、4 等級と同じく 1,521,000 ウォンである。以上のように、5 等級に関しては、認知症を患っているものの、ADL つまり日常生活動作能力が比較的維持されている高齢者だけがサービスの対象となっている。認定者の中で 5 等級が少ないのは、こうした条件を満たす高齢者が少ないことを示唆している。

すでに指摘されていることであるが、韓国の老人長期療養保険では、要介護認定の基準および認定調査の各項目が ADL を軸に構成されている。そのため、認知症高齢者のうち、身体機能が低下していない ADL の高い高齢者の場合は、老人長期療養保険の要介護認定の対象者からはみ出してしまうという構造的な問題が存在していた。鄭丞媛他によれば、2011 年当時で 2 万人を越える身体的に元気な認知症高齢者が老人長期療養保険のサービスを利用することができなかった。2010 年段階で認知症高齢者と診断された 47 万人のうち半数弱が、医療サ

ービスや介護サービスの埒外にいたことが指摘されている（鄭丞媛他、2015、p. 47）。なお、ADLの高い認知症高齢者が介護サービスを受けられないというこの構造的な問題は、韓国に限らず日本の要介護認定システムにもあてはまるものである。

当然のことであるが、実態としては認知症を患いかつ介護ニーズの高い高齢者が多いと考えられるので、今後は1等級から4等級の中に認知症高齢者が適切に位置づけられなければならない。その適切な位置づけのあり方の一つが2016年に新設された2種類のカテゴリーということになるが、果たしてこの2種類を設定したことで首尾よくいくのだろうか。

5. 同居家族療養保護費の構造的な問題

韓国の長期療養保険制度には、特別現金給付が3種類ある。1つが家族療養費と呼ばれる家族介護手当であり、他の2種類は、特別療養費と療養病院看護費である。ただしこの2種類は保険制度創設時から現在に至るまで実施されていない。前者の家族療養費が支給される条件は以下の3つである。①島嶼・僻地等、施設などサービスが極端に不足している地域の場合、または②天災地変などの事由がある場合、または③当該高齢者が身体的・精神的な理由から在宅サービスの利用を受け入れることができない場合に、家族介護者に対して給付がなされる（増田雅暢、2007、p. 40）。③の理由は、極めて恣意性・個別性が高いので線引きが難しく長期療養保険制度がスタートしてからやや混乱が生じるのではないかと懸念された（西下彰俊、2008、pp. 22-23）。家族療養費の金額は、1等級から3等級まで、要介護度に関係なく全て一律月額150,000ウォンとなっている。

以上の家族療養費と異なり、老人長期療養保険制度には、保健福祉家族部長官告示（「長期療養給付費用等に関する告示」）による「同居家族療養保護の例外規定」が存在している。すなわち、「受給者と同居している家族である療養保護士が提供した訪問療養給付は要した時間に従って算定される。1日につき最大120分未満までを算定する。夜間及び休日にサービスを提供した場合においても、割増は発生せず、所定の標準の給付のみ算定する。なお、この場合の同居家族とは

受給者と同様な住宅で生活する家族（民法第 779 条による）をいう」との例外規定が存在する。この規定は、2008 年保健福祉部が告示した「長期療養給付費用等に関する告示（第 2008-66 号）」を通じて公式に認められたものである（梁昶準、2016、p. 65）。

その後、この例外規定は変更され、2011 年 8 月から療養保護士資格保持者の家族による介護給付は、介護時間が 1 日 90 分から 60 分に、月 30 日から 20 日（月 160 時間）に変更された（保健福祉部告示第 2011-72 号）。また、別居家族による療養保護も家族介護療養保護費の給付対象となった。ただし、65 歳以上の療養保護士が配偶者のサービスを提供する場合とサービス利用者が認知症の場合に変更がなく従来通りの算定が継続されている。

例えば、夫の要介護度が 2 等級で、毎日ホームヘルプサービスが 60 分以上 90 分未満必要とするケースで、療養保護士の資格を持つ高齢の妻が、全て高齢の夫を在宅で介護する場合を想定してみよう。このケースであれば、1 日 3,647 ウォン（表 1 参照、 $24,310 \text{ ウォン} \times 0.15$ ）、1 か月あたり 109,395 ウォン（ $3,647 \text{ ウォン} \times 30 \text{ 日}$ ）をホームヘルプサービスを受けている夫が自己負担することになる。療養保護士である妻は、勤務している事業所の時給が 8,000 ウォン（平均的な相場額）だとすると、一日の給与が、 $1.5 \text{ 時間} \times 8,000 \text{ ウォン} = 12,000 \text{ ウォン}$ となり、家族介護分の 1 か月の給料が 360,000 ウォン（ $12,000 \text{ ウォン} \times 30 \text{ 日}$ ）ということになる。世帯単位で見れば、 $360,000 \text{ ウォン} - 120,000 \text{ ウォン} = 240,000 \text{ ウォン}$ の利益ということになる。高齢の妻が療養保護士の資格を有しているから、夫という家族の介護をしても有償労働となる。療養保護士の資格を有していない場合には、無償労働になるわけで、同居家族療養保護費の存在は、家族メンバーが療養保護士の資格取得を目指そうとする強いインセンティブになる。

老人長期療養保険制度の構造的な問題点の一つが、この「同居家族療養保護」であることは断るまでもない。すでに指摘している点である（西下彰俊、2009、pp. 7-8；西下彰俊、2014、pp. 41-42）。

金貞任によれば、介護ヘルパー資格保有者の家族介護者には現金給付があり、家族の同・別居により介護給付額に格差があるとして、同居家族の介護者が介護ヘルパー資格保持者には月 36 万～87 万ウォンが、別居家族の介護者が介護へ

ルパー資格保持者には月 56 万～87 万ウォンが現金給付されると説明されている（金貞任、2013、p. 48）。ただしこの金額の幅が何を意味するかについては説明がされていない。

宣賢奎は、この同居家族療養保護費の韓国の動向について調べている（宣賢奎、2016、pp. 30-31）。国民健康保険公団の内部資料を入手した宣によれば、2009 年時点では療養保護士が 102,458 名のところ家族療養保護士が 26,621 名存在し、2010 年では、同じく 202,384 人に対し家族療養保護士が 43,749 名存在した。家族療養保護士比率は 2009 年が 26.0%、2010 年が 21.6% となる。なお、2011 年は上半期の比率は 20.8% であった。

同居家族療養保護費について、宣は実際に家族が自宅で親や配偶者の介護を行っているかどうか確認する方法がないので介護放棄などの高齢者虐待が発生する可能性が高いとして、制度改正を求めている。さらに、老人長期療養保険の本来の目的である介護の社会化を阻害する可能性が高い、つまり在宅介護事業者の本来の市場を 20% も奪っていることから、結果的に介護事業者間の不正な競争を助長する恐れがあるとして、制度改正を求めている（宣賢奎、2016、pp. 30-31）。

筆者も全く同感である。そもそも老人長期療養保険の政策理念である「介護の社会化」を阻害し、介護放棄という高齢者虐待を助長するような規定を制度の一部として 10 年近く組み込んでいることが構造的な矛盾であり、即刻廃止すべきである。確かに制度発足時には、訪問療養保護士の確保のために止む終えない側面もあったが、すでに数量的には安定的に確保できているので、廃止しても良い段階にあると言える。

同規定に関して、2011 年以降の家族療養保護費のデータ提供を国民健康公団幹部の一人にかつて依頼したが、この制度を廃止しても良いほど少数なのでデータを公表していないという。その後同幹部から、2017 年 9 月末現在で、全体の老人療養保護士は 35.9 万人存在し、そのうち 13.1%（4.7 万人）が家族ヘルパー（同居家族療養保護士のことを意味する）であるとデータの提供を受けた。4.7 万人は決して少数ではない。全国のデータが公表されていない現在において、同公団に当該データの公表を求めつつ、あわせて今後は、一地方に限定して家族療養保護費のデータを調べ検討している研究者が存在するので、彼らと連携しな

からこの制度の廃止に向けた動きを観察していきたい。

なお、家族療養保護費の評価について、実は宣賢奎や筆者と別の評価もある。韓国の老人長期療養保険の創設に深いかかわりを持った増田は、家族の介護を評価することに加えて、国全体の介護費用の補填にもなるとして、擁護論の立場に立っている（増田雅暢、2014、p. 33）。また、家族療養保護士制度導入の背景には、介護サービスを他者から受けるよりも家族に介護されるほうが良いという認識が社会通念としてあったこと、さらに国家資格である療養保護士の資格を持つ家族から介護を受けることは労働としての評価につながるという認識があったことが指摘されている（梁昶準、2016、p. 65）。梁は、老人長期療養保険成立前の社会通念を明らかにすることにより、家族療養保護士制度に一定の理解を示したと言えよう。

一方、日本では、韓国の家族療養保護費に相当するような手当があるのだろうか。現在わが国には、家族介護慰労事業が存在する。市区町村により、申請条件に若干の差があるが、おおむね以下のような条件となる。A 県 B 市の場合、申請日前の 2 年以内において、1 年間介護保険サービスを利用しなかった場合（ただし年間 1 週間程度のショートステイサービスの利用は認められる）について、①要介護 4 または要介護 5 と判定された者が、且つ②市民税非課税世帯であり、且つ③在宅高齢者である者（1 週間以上の医療保険での入院をした者は除く）の条件を満たせば、10 万円が交付される。総人口 31 万人、高齢化率 26% の同市において、家族介護慰労事業の実績は、2014 年度なし、2015 年度なし、2016 年度 1 件、2017 年 11 月末現在 1 件となっており、当該事業の存続について国全体で見直しを検討すべき時期に来ていると言える。

6. 認知症マネジメント法と認知症の定義

認知症マネジメント法が 2011 年 8 月に制定され 2012 年 2 月に施行された。同法の目的は、第 1 条に示され、「認知症の予防、認知症患者の診察・療養及び認知症撲滅のための研究などに関する政策を総合的に実施することにより、認知症に対する個人的苦痛と被害および社会的負担を減らし、国民の健康増進を図ること」である（保健福祉部、2012）。同法の名称である認知症マネジメントとは、

認知症の予防と診察・療養および調査・研究などをいう。

同法によれば、「認知症とは、退行性脳疾患または脳血管系疾患などによって記憶力、言語能力、指南力、判断力および遂行能力などの機能が低下することによって日常生活で支障を招く後天的な多発性障がい」を言う。なお、韓国の法律では、法律の対象となる重要な事柄について、このように最初に定義を示すことが多い。

一方、日本には認知症に焦点を絞った法律は未だ制定されていない。ただ、韓国の認知症マネジメント法のような法律はないものの、介護保険法の第5条の2の中で、「認知症は、脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態を示す」ものとして、括弧書きで説明されている（福祉小六法編集委員会編、2017、p. 577）。これは、認知症の定義と見做して良いであろう。

認知症ケア用語辞典によれば、認知症とは、一度正常に達した知的機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態を指す（日本認知症ケア学会編、2016、p. 248）。

日本認知症ケア学会が編集している『改訂4版認知症ケアの基礎』は、認知症ケア専門士⁵⁾という資格を取得するための標準テキストとして編まれているが、認知症の定義をアメリカ精神医学会の診断基準（DMS-5）に求めている。すなわちその診断基準によれば、認知症とは、注意力、遂行機能、学習・記憶、言語（会話）、日常生活動作、他人の気持ちや考えを理解することなどの認知機能のうち、少なくとも一つ以上が以前より低下し、日常生活における自立性が下がった状態を意味する。

さて、認知症の定義を踏まえて韓国では認知症に関する社会計画が発表された。認知症マネジメント法の第6条では、5年ごとに認知症マネジメント総合計画を

5) 日本認知症ケア学会が2005年に創設した認知症ケアに関する専門的認定資格。日本認知症ケア学会のホームページによれば、「認知症ケアに対する優れた学識と高度の技能、および倫理観を備えた専門技術士を養成し、わが国における認知症ケア技術の向上ならびに保健・福祉に貢献することを目的として」設けられた。

毎年、マークシート試験と面接試験が実施されており、これまでに約4.8万人が合格している。

構築することが明記されている。2015年12月に発表された第3次認知症マネジメント総合計画（2016年～2020年）により、認知症ケアが包摂された長期療養機関が計画された。すでに詳しく論じたように、認知症対応型老人療養施設、認知症対応型老人療養共同生活家庭が創設されたのである。

またこれに先立つ第2次認知症マネジメント総合計画（2013年～2015年）では、同法第16条により、中央認知症センター（ブダペスト・ソウル大学病院）が設置され、あわせて圏域認知症センターが11か所設置された。加えて、同法第17条により、市・郡・区の保健所に認知症相談センターが設置され、認知症電話相談センターが医療機関、認知症関連専門機関、法人等に設置された。こうして、認知症マネジメント法が、第2次、第3次の認知症マネジメント総合計画と有機的に関連させつつ、全国的に医療と介護連携による認知症ケアマネジメントのシステムが整ったと言えよう（鄭丞媛他、2015、pp.47-48）。

7. 高齢者虐待と関連法

認知症ケアを老人長期療養保険制度の中に組み込もうとする韓国の姿勢は、これまで論じてきたように積極的である。では、韓国のもう一つの社会問題である高齢者虐待について、同様の積極的な政策が展開されているのであろうか。

韓国には高齢者虐待に関する独立した法律はなく、老人福祉法の中に高齢者虐待に関する規定が存在する。老人福祉法第1条第2項では、高齢者虐待について以下のように定義されている。すなわち、「老人虐待とは、老人に対し、身体的・精神的・情緒的・性的暴力および経済的搾取または過酷な行為をすることや遺棄または放任をすることである」と。老人福祉法内の主要な概念について定義する項において、扶養義務者、保護者、認知症に続いて、以上のように高齢者虐待が定義されているが、条文で示された定義は、実は虐待の種類を列記しているに過ぎない。

日本では、2006年に高齢者虐待に関する独立した法律「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、高齢者虐待防止法と略す）が施行されている。同法律では、第2条で高齢者虐待の定義をしていることになっているが、第3項でこの法律において「高齢者虐待」とは、「養護者による

表5 虐待被害者における認知症高齢者の比率の変化

単位：実数、()内%

	虐待件数総数	(A) 認知症の疑い	(B) 認知症	合計=(A)+(B)	認知症比率
2005	2,038	157	47	204	(10.0)
2006	2,274	159	56	215	(9.5)
2007	2,312	174	102	276	(11.9)
2008	2,369	248	126	374	(15.8)
2009	2,673	264	135	399	(14.9)
2010	3,068	386	191	577	(18.8)
2011	3,441	389	233	622	(18.1)
2012	3,424	452	330	782	(22.8)
2013	3,520	459	372	831	(23.6)
2014	3,532	488	461	949	(26.9)
2015	3,818	561	469	1,030	(27.0)
2016	4,280	593	521	1,114	(26.0)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 215

高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう」と説明されるのみである。この説明では全く不十分であると言わざるを得ない。高齢者虐待という概念を定義するのに、高齢者虐待を用いて説明するといういわゆるトートロジー（同語反復）の陥穽に陥っている。韓国の高齢者虐待の定義も虐待の種類を羅列しているだけで虐待とは何かについて説明がないことを考えれば課題はあるが、少なくともトートロジーに陥っていない点で大きな差がある。

日本の定義の陥穽を避けるためには、高齢者虐待についてトートロジーに陥らない定義を行わなければならない。筆者としては、以下のように暫定的に定義する。すなわち、「高齢者虐待とは、家庭内または介護施設内で、家族介護者または介護職員等が要介護（認知症）高齢者の人権を繰り返し侵害または蹂躪する不適切な行為である」と。

8. 高齢者虐待の量的変化と認知症

2004年に、老人福祉法第39条第5項に基づき、認知症高齢者を含めた高齢

表 6 虐待の発生場所の変化 単位：%、() 内実数

	2005	2010	2016
自宅	92.8 (1,893)	85.6 (2,625)	88.8 (3,799)
自宅以外	7.1 (145)	14.4 (443)	11.2 (481)
介護施設のみ	2.3 (46)	4.1 (127)	5.6 (238)
合計	100.0 (2,038)	100.0 (3,068)	100.0 (4,280)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 199

者の人権を保護する機関として、中央老人保護専門機関 (Korea Elder Protection Agency) がソウル市内に設けられた。その下部組織としては、地方老人保護専門機関が 29 か所設けられている。中央老人保護専門機関は、2005 年より毎年全国の高齢者虐待の状況に関するデータを集計し様々な詳細な報告書を発行している。また、報告書の発刊以外の重要な役割としては、虐待に関する電話相談を 24 時間 365 日受け付けること、高齢者介護施設等に出向いて虐待防止に関する研修を行うことがある。

2017 年に発行された同報告書によれば、表 5 が示すように、高齢者虐待の総数は調査の始まった 2005 年に 2,038 件であったのが、2010 年の 3,068 件を経て 2016 年には 4,280 件に達している。2011 年から 2012 年にかけて 17 件減った以外は、毎年増加の一途を辿っている。過去 12 年間に、高齢者虐待の総数が 2 倍以上に増加しており、虐待防止に関する早急な対策が望まれる (中央老人保護専門機関、2017a、p. 215)。

表 6 は、韓国において虐待が発生する場所の割合と変化を示したものである。自宅で虐待が発生する比率が高く 9 割前後を占めている。自宅での虐待が増えていくのかどうか、自宅以外で虐待が発生する割合が増えていくのかについては、今後の推移を見ていく必要がある。自宅以外の発生場所としては、介護施設、病院、公共の場、通所施設などが含まれ、これらの中では、介護施設が比較的多い。2016 年の場合、自宅以外では全体で 481 ケース存在するが、そのうち介護施設での虐待は 238 ケースと半数弱を占めている。自宅での虐待に関しては、韓国の場合、データに自己放任 (セルフ・ネグレクト) が含まれる点に留意すべきであり、特に 2016 年では 523 ケースの自己放任が含まれている。

同表が示すように、自宅における虐待は、2005年から2016年にかけて約2倍に増加しており、2016年についてみると、当該高齢者人口10万人あたり56.2人が虐待の被害を受けている計算になる。韓国統計情報サービス KOSIS (Korean Statistical Informartion Service) によれば、2016年の高齢者人口は676.3万人である (KOSIS、2017)。介護施設における虐待は、実数は少ないものの約5.2倍に増加しており、同じく2016年についてみると、当該高齢者人口10万人あたり3.5人が虐待の被害を受けていることが分かる。

他方、日本についてはどうか。厚生労働省の高齢者虐待に関する情報によれば (厚生労働省、2007；厚生労働省、2017)、自宅 (養介護者) における虐待は、2006年度の12,569件 (12,787人) から2015年度の15,976件 (16,423人) と、件数も人数も約1.3倍増加していることが分かる。なお、虐待件数と虐待被害高齢者の数が異なるのは、日本の場合、加害者が同時に複数の高齢者に対して虐待を行う場合をデータ集計の際に考慮しているからである。2015年時点では、当該高齢者人口10万人あたり46.2件の虐待が発生し、48.5人が虐待の被害を受けている。

介護施設における虐待は、2006年度に54件 (94人) であったものが、2015年には408件 (778人) と件数では約7.6倍、人数では約8.3倍に急増している。国立社会保障・人口問題研究所によれば、2015年の高齢者人口は3,386.8万人である (国立社会保障・人口問題研究所、2017)。2015年時点では、当該高齢者人口10万人あたり1.2件の虐待が発生し、2.3人が虐待の被害を受けていることが分かる。

韓国と日本では、高齢者虐待のデータ集計方法が異なるので正確な比較はできないが、最新のデータでは、家族による虐待の発生率は、韓国が日本に比べて約1.2倍多い。介護施設における虐待の発生率は、韓国が日本に比べて約1.5倍多い。虐待の発生率に、大きな差はないと言えよう。

韓国ではこうした事態を踏まえて、2017年の老人福祉法改正時に、罰金を厳しくするなど虐待防止の対策を講じている。具体的には、同法第55条の3、第1項第2号において、心理的な虐待を含めた高齢者虐待行為に対する罰則が強化され、5年以下の懲役または3,000万ウォン以下の罰金であった規定が、5年以下の懲役または5,000万ウォン以下の罰金と強化されている。他方日本は、

表7 虐待の類型別変化 単位：%、() 内実数

	2005	2010	2016
身体的虐待	19.1 (665)	25.7 (1,304)	31.3 (2,132)
心理的虐待	43.1 (1,499)	39.0 (1,981)	40.1 (2,730)
性的虐待	0.5 (18)	0.8 (39)	1.3 (91)
経済的虐待	12.2 (425)	11.3 (574)	7.2 (491)
放任	23.4 (816)	17.6 (891)	11.4 (778)
自己放任	1.0 (36)	3.9 (196)	7.7 (523)
遺棄	0.6 (22)	1.8 (91)	1.0 (66)
合計	100.0 (3,481)	100.0 (5,076)	100.0 (6,811)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 211 を筆者加工

高齢者虐待が韓国同様増加しているにもかかわらず、具体的な対策が講じられてはいない。

次に、どのような種類の虐待が多いのか、また虐待の類型に変化が見られるのかについて表7により確認したい。最も多いのは心理的虐待で2016年は40.1% (2,730人) となっている。2005年、2010年と比べても大きな変化は見られない。同じく2016年時点で2番目に多かったのが身体的虐待であり31.6% (2,132人) であった。身体的虐待は2005年時点では19.1% (665人) であったので12.2ポイント、実数としては増加していることが分かる。放任は、3番目に多いが減少が著しく2005年に23.4% (816人) であったものが、2016年には11.4% (778人) と半減していることが分かる。割合こそ少ないものの著しく増加しているのが自己放任であり、2005年に1.0% (36人) であったものが、2016年には8倍近くに増えている。自己放任が虐待の一類型であるかどうかは判断の分かれるところであり、筆者は、虐待の類型に入れるべきでないと考えるが、自己放任は急増が予想される大きな社会問題の一つであることには変わりはない。早急な政策的対応が必要不可欠である(中央老人保護専門機関、2017a、p. 211)。

日本ではどうであろうか。統計の取り方が韓国と日本で最も大きく異なる点は、韓国の場合、家族による自宅での虐待と介護施設等での介護職員による虐待を分けていないのに対し、日本では介護施設と自宅の2種類に分けてデータを集計

しているのです、決定的に異なっている。ただし、表6で示したように虐待の発生場所に関しては区別することができる。

表は省略するが、厚生労働省のHPによれば、最初の全国調査が実施された2006年度では、介護施設で発生した虐待総数が54件であり、虐待の類型としては、複数回答の条件のもとで、身体的虐待が最も多く74.1%（40件）、以下、心理的虐待の37.0%（20件）、介護放棄等の13.0%（7件）と続いていた。最も新しいデータが公表されている2015年度では、介護施設で発生した虐待総数は408件であった。同じく複数回答の条件のもとで、最も多かったのが身体的虐待で61.4%（478件）、以下、心理的虐待の27.6%（215件）、介護放棄等の12.9%（100件）と続いている。

在宅介護に関しては、2006年度では、虐待の数数が12,569件であり、虐待の類型としては、複数回答の条件のもとで、身体的虐待が最も多く63.7%（8,009件）、以下、心理的虐待の35.9%（4,509件）、介護放棄等の29.5%（3,706件）と続いていた。最も新しい2015年度では、虐待の数数が15,976件であり、虐待の類型としては、複数回答の条件のもとで、身体的虐待が最も多く66.6%（10,939件）、以下、心理的虐待の41.1%（6,746件）、介護放棄等の20.8%（3,420件）と続いている。

韓国と日本を比較した結果、虐待の類型に関する顕著な差が確認できる。すなわち、韓国は常に心理的虐待が最も多く、身体的虐待が2番目であるのに対し、日本は常に身体的虐待が最も多く、心理的虐待が2番目という結果である。日本の方がより直接的で攻撃的な虐待をしていることになる。この点は、最後に考察する。

次に、2016年の被虐待高齢者の性別に関しては、男性が28%（1,187人）であるのに対し、女性は72%（3,093人）であり圧倒的に女性が多い。表8により、被虐待高齢者を年齢階層別に見ると、最も多いのが75-79歳層で22.9%（978人）で、次に多いのが80-84歳層で20.6%（881人）、3番目は70-74歳層で19.9%（852人）であることが分かる（中央老人保護専門機関、2017a、p. 207）。調査開始時の2005年、5年後の2010年、最も新しいデータの2016年の3時点での変化が分かるように示しているが、大きな変化は確認できない。なお、2016年時点での4位以下は、85-89歳層、60-64歳層、90-94歳層と続

表 8 被虐待者の年齢階層の変化 単位：％、() 内実数

	2005	2010	2016
75-79 歳	20.4 (416)	21.5 (660)	22.9 (978)
80-84 歳	19.1 (389)	19.5 (599)	20.6 (881)
70-74 歳	20.5 (418)	22.2 (681)	19.9 (852)
その他の年齢階層 小計	40.0 (815)	36.8 (1,128)	36.7 (1,569)
合 計	100.0 (2,038)	100.0 (3,068)	100.0 (4,280)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 207 を筆者加工

いている(中央老人保護専門機関、2017a、p. 215)。

日本の場合、2006 年度では、介護施設での虐待被害者は女性が 78.7% (74 人)、男性が 21.3% (20 人)、自宅での虐待被害者は女性が 76.6% (9,799 人)、男性が 23.1% (2,946 人) となっており、女性が 8 割近くを占めていた。2015 年度では、介護施設での虐待被害者は女性が 73.4% (571 人)、男性が 26.6% (207 人)、自宅での虐待被害者は女性が 76.8% (12,615 人)、男性が 23.2% (3,808 人) となっており、女性が 7 割から 8 割近くを占めている。性別に関しては大きな差はないと言えよう。

2016 年について虐待者の続柄を見ると、表 9 によれば最も多いのが息子の 37.3% (1,729 人)、以下、配偶者の 20.5% (952 人)、本人の 11.3% (522 人) と続いている。本人が加害者の続柄として示されるのは、セルフ・ネグレクト(自己放任)を調査対象として含めているからである。この点について日本と韓国で大きな差が見られる。セルフ・ネグレクトは日本の高齢者虐待防止法では含まれていないため、厚労省の調査では集計の対象外となっている。

同表から、3 時点での変化を見ると、まず息子による虐待の比率が 2005 年の 51.2% (1,237 人) から 2016 年の 37.3% (1,729 人) と 13.9 ポイント減少しているのが注目すべき大きな傾向である。配偶者による虐待は、2005 年に 6.5% (156 人) だったものが 2016 年には 20.5% (952 人) と比率で 3 倍以上、実数で 6 倍以上に増加しており、夫婦間の「老老虐待」が深刻な社会問題になりつつあることが確認できる。さらに虐待の加害者が本人であるという自己放任については、2005 年には 1.0% (23 人) であったものが、2016 年には 11.3%

表 9 虐待者の続柄の変化

単位：%、() 内実数

	2005	2010	2016
息子	51.2 (1,237)	48.4 (1,686)	37.3 (1,729)
配偶者	6.5 (156)	10.0 (347)	20.5 (952)
本人	1.0 (23)	5.6 (196)	11.3 (522)
娘	11.7 (283)	12.7 (441)	10.2 (475)
その他の続柄 小計	29.7 (719)	23.2 (808)	20.7 (959)
合計	100.0 (2,418)	100.0 (3,478)	100.0 (4,637)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、pp. 204-205 を筆者加工

表 10 虐待加害者の年齢階層の変化

単位：%、() 内実数

	2005	2010	2016
70 歳以上	4.4 (107)	14.0 (484)	28.9 (1,339)
50-59 歳	23.5 (569)	27.7 (964)	25.1 (1,166)
40-49 歳	31.8 (770)	29.4 (1,022)	22.4 (1,040)
その他の年齢階層 小計	40.2 (972)	29.0 (1,008)	23.5 (1,092)
合計	100.0 (2,418)	100.0 (3,478)	100.0 (4,637)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 209 を筆者加工

(522 人) と比率で 11 倍以上、実数で約 23 倍に急増しており、さらに拡大する可能性が高く保健福祉部や自治体による早急な対策が望まれる。

日本の場合、2006 年度調査では、息子が最も多く 38.5% (5,390 人) で以下、夫の 14.7% (2,052 人)、娘 14.5% (2,025 人) となっていた。2015 年度調査では、同じく、息子が最も多く 40.3% (7,099 人) で以下、夫の 21.0% (3,703 人)、娘 16.5% (2,906 人) となっている。

表 10 から虐待加害者について年齢階層別に見ると、2016 年段階で最も多いのが 70 歳以上で 28.9% (1,339 人) となっている。2005 年時点では 4.4% (107 人) であったので比率で約 6.6 倍、実数で約 12.5 倍に急増していることが分かる。2014 年に 25% 弱に達しており、ここ数年は高齢者間の虐待が最も多い結果となっている。虐待の被害者の 72% が女性であることから、高齢の夫

が高齢の妻を虐待する形が最も多いと言えよう。老夫婦世帯が増加していることに加えて、夫婦世帯の貧困、夫のアルコール依存、妻の認知症の罹患等が背景要因として考えられる。虐待者として次に多いのは50代で25.1% (1,166人)、3番目は40代で22.4% (1,040人) となっている(中央老人保護専門機関、2017a、p. 209)。

日本はどうであろうか。2006年度調査において、虐待者の年齢は、介護施設では、30歳未満が29.7% (19人)、30歳以上39歳以下が25.0% (16人) と比較的若い職員が多いことが分かる。なお、在宅に関しては、年齢に関するデータが欠落している。2015年度調査では、介護施設では、30歳以上39歳以下が21.2% (94人)、30歳未満が19.4% (86人)、40歳以上49歳以下が16.0% (71人) と年齢層がやや分散傾向にあることが分かる。世帯構成について最も多いのは、子と同居の31.0% (1,328人) であり、以下、単身の26.6% (1,140人)、夫婦の23.9% (1,023人) と続いている(中央老人保護専門機関、2017a、p. 202)。

前述の表5は、認知症の高齢者が虐待の被害者全体の中に含まれる比率を示しており、2005年に10% (204人) であったものが、2016年には26% (1,114人) と、比率で2.6倍、実数で5.5倍に急増していることが分かる。

虐待の頻度については、表11が示すように、毎日が21.9% (937人)、1週間に1回程度が32.1% (1,376人)、1か月に1回程度が25.0% (1,071人)、3か月に1回程度が5.9% (252人)、6か月に1回程度が5.1% (218人)、1度だけが10.0% (426人) という分布である。毎日虐待を受けているあるいは1週間に1回程度虐待を受けている高齢者が半数を超えており、これは極めて深刻な結果である。

表12は虐待の継続期間について示した表である。1か月以下が3.9% (169人)、1か月から1年未満が17.1% (734人)、1年から5年までが36.3% (1,553人)、5年以上34.3% (1,469人)、一度だけが8.3% (355人) となっている。1年以上5年未満と5年以上をあわせて7割を超えており、極めて深刻な結果である。極めて頻繁に虐待を受けしかもその社会病的な状況が1年以上場合によっては数年続くという事態は、とりもなおさず高齢者の人権が極度に蹂躪(侵害)されているという結果である。ひとたび虐待が発生したならば、

表 11 高齢者虐待の頻度

単位：％、() 内実数

	毎日	週 1 回以上	1 か月に 1 回以上	3 か月に 1 回以上	6 か月に 1 回以上	1 回のみ (単発)	合 計
2015	23.1 (883)	36.5 (1,393)	21.1 (804)	5.5 (210)	4.6 (176)	9.2 (352)	100.0 (3,800)
2016	21.9 (937)	32.1 (1,376)	25.0 (1,071)	5.9 (252)	5.1 (218)	10.0 (426)	100.0 (4,280)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 104

表 12 高齢者虐待の継続期間

単位：％、() 内実数

	1 か月未満	1 か月から 1 年	1 年から 5 年	5 年以上	1 回のみ (単発)	合 計
2015	4.0 (151)	18.6 (710)	35.9 (1,370)	34.2 (1,307)	7.3 (280)	100.0 (3,800)
2016	3.9 (169)	17.1 (734)	36.3 (1,553)	34.3 (1,469)	8.3 (355)	100.0 (4,280)

(出典) 中央老人保護専門機関、2017a、p. 107

素早く対策を立て、再発しないような仕組みを早急に構築しなければならない。

韓国の場合、早期発見早期対応が難しい社会的背景があるのだろうか。あるいは早期対応しても繰り返し虐待を起こしてしまう加害者側の原因があるのだろうか。老親が虐待被害を明らかにすると、息子など家族と会えなくなってしまうので虐待に耐えている場合があると中央老人保護専門機関での機関職員へのインタビュー調査で語られた。被害者側の意識改革が求められるが、この点以外の他の社会的背景要因を突き止めることが喫緊の課題である。

なお、以上のような虐待の頻度や継続期間の調査項目は、日本の高齢者虐待防止法に基づく毎年の調査では問われていないので、両国で比較することが不可能である。日本においても、頻繁な頻度で長期にわたって続く虐待が起きているであろうからこうしたデータを取るべきであり、またこうした深刻な人権侵害の事例に関しては、具体的な対応策が至急構築されなければならない。

ところで、日本において、虐待被害者の中にどの程度認知症高齢者が含まれるのであろうか。厚生労働省が毎年行っている虐待調査の最新(2015年度)デー

夕によれば、養護者による虐待の被害高齢者 16,423 人のうち、要介護認定済みの高齢者は 10,947 人であり、そのうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上⁶⁾の認知症の症状が比較的重い高齢者が 7,549 人存在する（自立度不明の認知症高齢者 346 人を含む）。約 69% が認知症を患っていることが分かる（厚生労働省、2017）。

同データにより、認知症日常生活自立度と虐待の種類との相関を見ると以下のことが明らかになった。すなわち、認知症日常生活自立度が悪化するほど身体的虐待および心理的虐待が減り、介護放棄等が増えるという相関関係が確認できる（厚生労働省、2017、p. 28 表 65）。なお、この場合、介護保険未申請・自立を同一グループとみなしている。また、この相関性は、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）と虐待のタイプとの関係においても全く同様の相関が確認でき、寝たきり度が悪化するほど身体的虐待および心理的虐待が減り、介護放棄等が増えるという相関が確認できる（厚生労働省、2017、p. 29 表 67）。

以上、韓国と日本について高齢者虐待と認知症の関連性について比較を行った。韓国の老人長期療養保険の長期療養認定調査票において、認知症日常生活自立度および障害高齢者の日常生活自立度の両項目を調査している（主治医意見書にも両項目を組み込んでいる）が（林春植・宣賢奎・住居広士、2010、p. 230、p. 239）、日本のデータで確認したような高齢者虐待との相関関係は確認できなかった。そもそも既に表 5 で確認したように被虐待高齢者における認知症高齢者の占める割合が、2015 年 12.3%、2016 年 12.2% と低いために、高齢者虐

6) 介護保険の要介護認定のマークシート調査（74 項目）および主治医意見書で共通して用いられる指標。ランク別の判断基準以下になる。なお、ランクⅡとⅢはそれぞれさらに 2 つのレベルに分けられる。

- ・ランクⅠ……何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- ・ランクⅡ……日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- ・ランクⅢ……日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
- ・ランクⅣ……日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- ・ランクⅤ……著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

待のタイプとの相関性は明確にならなかった。

認知症の高齢者数や罹患率が韓国と日本で異なるということではなく、当該高齢者が認知症であるかどうかの確定診断システムの普及率が異なることが大きく影響していると考えられる。認知症の疾患にかかっているかどうかの確定は、専門医による問診およびCTやMRI等による画像診断が普及して始めて可能となる。両国では高齢化率が2.5倍以上異なるので、認知症の専門医の数、専門的な確定診断の水準に差があることは否めない。

以上のことと関連するが、韓国の場合、虐待を受けている高齢者の中には、老人長期療養保険のサービスを申請していないために、認知症であるのも関わらず医師の診断を受けていない高齢者が多いのではないかと推測する。サービス利用時に15%の自己負担額が発生することや主治医の意見書を申請者が自ら用意しなければならないこと、認知症患者に関する情報が地方のあるいは中央の老人保護専門機関の情報ネットワークにつながっていないことなど、様々な障壁が日韓の差を生んでいる能性が高い。

9. 高齢者虐待を防止する社会対策

韓国は、現在主として3つの虐待防止対策を講じてきている。1つ目は、老人福祉法を改正することによって高齢者虐待の加害者に対する罰則を強化する施策である。保健福祉部は、以下の主な3つの罰則強化を2017年に施行した（中央老人保護専門機関、2017、p. 28）。①老人に傷害を負わせる行為に対する罰則を強化した。7年以下の懲役または2,000万ウォン以下であったものを、懲役は同条件で罰金を7,000万ウォン以下とした（第55条の2）。②老人保護専門機関の職員に対する暴行・脅迫、業務妨害などに対する罰則を強化した。5年以下の懲役または1,500万ウォン以下であったものを、懲役は同条件で罰金を5,000万ウォン以下とした（第55条の3 第1項第1号）。③情緒的な虐待を含む老人虐待行為に対する罰則を強化した。5年以下の懲役または3,000万ウォン以下であったものを、懲役は同条件で罰金を5,000万ウォン以下とした（第55条の3 第1項第2号）。

以上の罰則強化に加えて、高齢者虐待による被害を被った高齢者の保護と心身

治療プログラム提供のために、被害者専用の憩いの場の設置・運営を盛り込んだ(第39条の19)。また、高齢者虐待の加害者に対しては、相談、教育や心理的治療などを受けることを勧告している(第39条の16)。

2017年の老人福祉法改正に先立って、高齢者虐待対応の警察官が置かれるようになり、警察との連携が強くなっていることが指摘できる。韓国は日本に比べて、虐待を犯罪として厳罰化する傾向が明らかに強い。

2つ目は、高齢者虐待通報の申告義務者を拡大し、虐待の早期発見の確率を高める施策である。虐待通報には、高齢者福祉および医療関連の専門職から構成される申告義務者による通報と関連する専門職以外の一般的な非申告義務者による通報がある。このうち、申告義務者は、虐待を発見した時に直ちに行政や老人保護専門機関に申告する責任を有しておりこれを怠れば法的責任が問われることになる。2004年に老人福祉法に高齢者虐待に関する法改正が行われた時には5つの職業群のみであったが、2011年の8職業群へ拡大され、2016年には14の職業群にさらに拡大された(中央老人保護専門機関、2017a、pp.214-215)。主要な申告義務者には、社会福祉系公務員、高齢者福祉施設の職員、家庭暴力(DV)関係施設の職員、性暴力相談所職員、医療機関、居宅介護関係機関の職員、社会福祉関連の職員、障がい者福祉施設の職員、多文化家庭支援センター職員、救急隊員などが含まれる。

3つ目は、虐待に対する現実的な防止対策として、高齢者介護の現場に、監視カメラ(CCTV)を設置することである。これは児童福祉や障がい者福祉の分野では必ず設けなければならない。カメラは、特に身体的虐待の抑止力になっている。ただCCTVの設置は、韓国と日本ではプライバシー意識に差があるため、日本で急速に普及するとは考えにくい。食堂などオープンスペースには設置されており、一部の高齢者介護施設では食堂以外の場所への導入が進むのかもしれない。

以上の3つの高齢者虐待を防止する社会対策のうち、老人福祉法の改正による虐待防止効果が最も強く現れると予測されるが、課題となるのは、以上のような老人福祉法の改正内容が、虐待のリスクのある在宅介護者や介護施設の職員に理解されることである。介護者教室や職員研修での周知徹底が望まれる。実は、在宅介護者や介護施設の職員に課題としては、何が虐待にあたるか理解されてい

ない場合が少なくないので、老人福祉法改正とあわせて、虐待の定義に関する説明会が不可欠である。おそらく一般的な理解としては、身体的な虐待だけが虐待そのものであり、心理的虐待や放任が虐待の一類型であるは理解されていない可能性が高い。

高齢者虐待の加害者に対する教育やカウンセリングについては、今回始めて老人福祉法に盛り込まれたが（第 39 条の 16）、加害者教育や加害者カウンセリングに関するシステム開発は今後の課題であり、中央高齢者保護専門機関や関連行政機関が主体的に取り組むことが必要不可欠である。

10. 結論と今後の課題

韓国において、認知症マネジメント法、第 2 次認知症国家計画を梃子に、老人長期療養保険制度に新たなサービスの枠組が誕生した。その新しい枠組として認知症に対応した 3 種類のサービスが誕生したが、いまだ認知症高齢者に対する効果が確認できるほどにはサービスが広がってはいない。民間の個人経営者が多い介護環境の中で、彼らにとって新枠組みのサービスにチャレンジするほどの大きな補助金が得られないために逡巡している可能性が高い。

とはいえ、韓国において認知症高齢者のサービス利用を忌避するような潜在的意識が残存しているとするならば、そしてサービス提供事業者がこのような差別意識を持っているとするならば、こうした問題性を払拭するためにも、新枠組を設定し新制度をスタートさせたことは、意識変革のトリガーとして不可欠であると言える。今後、3 種類の新サービスがソウル市において、また各地方都市においてどのように広がっていくか、そして認知症高齢者に対する理解がどのように深まっていくか、その展開の様子を具に見ていくことが不可欠である。

実は、日本ではこうした新枠組みを必要としない。すでに介護保険の多くのサービスについて認知症対応型になっているからである。日本では、2015 年にスタートした新オレンジプランを通じて認知症医療・介護に関する基盤整備を展開し、認知症高齢者に対するサポートシステムを地域社会に構築する社会計画を展開している。

韓国と日本の虐待に関して、過去 10 年間の変化を見ると、既に確認したよう

に両国とも家族による虐待も介護施設における虐待も急増している。特に介護施設における虐待は、実数こそ少ないものの、増加率は両国とも著しい。こうした現状に対し、韓国では2017年に老人福祉法を改正する中で、高齢者虐待に対する罰金の上限額を3,000万ウォンから5,000万ウォンに上げるなどの対策により高齢者虐待を防止しようとしている。他方、日本は、高齢者虐待に対する具体的な防止対策は講じてない。なお、2015年時点での虐待発生率を韓国と日本で比較すると、家族による虐待については、韓国は日本の約1.2倍であり、介護施設における虐待は、韓国が日本の約1.5倍である。大差があるとはいえない状況である。虐待の種類別では、既に確認した通り、韓国では心理的虐待（精神的虐待）が最も多いのに対し日本では身体的な虐待が最も多いという著しい差が存在することを明らかにした。

今後の課題としては以下の通り様々な課題がある。まず、最も大きな課題としては、韓国では、高齢者虐待に関して公開されたデータの評価に関する課題である。韓国では、公開されているデータは、氷山の一角に過ぎないとされている（中央老人保護専門機関、2017b、p. 22）。であるならば、海面下に沈んでいる氷山の多くの塊の部分に関して、その実態とデータを明らかにし、その深刻さを人々に示さなければならない。さらに、その深刻な実態を踏まえて、政府や老人保護専門機関は現状を正確に把握し、速やかに虐待防止対策に乗り出さなければならない。これは韓国の課題であると同時に日本の課題でもある。

課題の第2は、本稿で全く議論できなかった「身体拘束」の問題である。身体的虐待が身体拘束と密接に関連していることからすれば、そして韓国において身体的虐待が2番目に多い結果からすれば、分析の主要な対象として位置づけなければならない。身体拘束に関しては、韓国も日本も、3条件の要件が認められた場合につき実施が認められている。すなわち、①緊急性、②非代替性、③一時性という3要件が確認された後、身体拘束が止む終えない手段として認められているのである。

しかし、その3要件の確認の仕方に問題があるように思われる。①緊急性、②非代替性、③一時性の3要件があるとして、当該高齢者の家族とだけ書面を交わして身体拘束が続けられる場合が現実の介護の現場では起きている。また、家族だけでなく当該要介護高齢者自身とも書面で了解がされているとしても、一

時性が蔑ろにされ身体拘束が恒常化する可能性も高い。実際の介護の現場で、3要件がどの程度厳しく基準として運用されているかは、外部からは理解しにくい。

韓国の場合、安全管理という考え方が強く、身体拘束の大義として機能しているように見受けられる。ソウルの中央老人保護専門機関自身、安全管理という考え方が身体拘束及び身体的虐待に及ぼすリスクについて検討を始め安全管理の在り方、安全管理への対応を始めている。韓国だけでなく、日本についても、身体拘束の3要件及び安全管理と言う考え方に今後も注視し続けることが課題である。

第3の課題は、国家認知症登録システムの構築である。韓国では、第2次総合計画の中で、認知症患者のデータベースを構築し、2015年には認知症患者の登録率を70%まで上げることが計画されていた。これは日本にとっても同様に大きな課題である。日本では現在新オレンジプランが進行中であるが、残念ながら認知症高齢者の全国レベルのデータ登録システムは存在しない。

国家レベルで認知症高齢者の登録を進めている国の一つがスウェーデンであり、現在2008年から運用されているSvedem (Swedish dementia register) と2011年運用開始のBPSD register (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia register) が存在する。両レジスターとも登録が任意であるため多忙な臨床医師から情報が得られない場合があるという構造的な問題があるものの国家全体の登録システムが運用されている点で評価できよう。

課題の第4は、高齢者虐待発生メカニズムの解明と防止システムの構築である。虐待が発生するメカニズムとして、社会的地位が上位の者からストレスが下位の者に移譲されるという「抑圧移譲仮説」が有力な仮説の一つであると考えられるが(西下彰俊、2007、pp. 93-94)、この仮説だけでは虐待メカニズムを解明できたことにはならない。ネットワーク孤立仮説も指定できよう。とりわけ在宅介護の場合は、抜き差しならない閉鎖的な空間での介護が強いられることになるが、そうした場合にも、手段的サポートや情緒的サポートを期待できるサポートネットワークを構築していれば、ストレスを軽減できるであろう。

在宅介護者を地域でサポートするための具体的な方策として、「地域サポートチューター」というボランティアを設けることが一つの選択肢となろう。地域サポートチューターは、在宅介護の経験者が担う役割である。当該地域の行政が、

地域サポートチューターのボランティアバンクをデータベース化しておき、在宅介護者がチューターを選び、相談したり介護を一時的に依頼したりするのである。もちろん家族ネットワークがあればその資源も活用できればよいが、介護経験者のボランティアの方が虐待防止という点で効果的であろう。

最後の課題としては、様々な国の高齢者虐待の現状に関するデータを調べた同時に虐待防止対策を調査研究することが必要不可欠である。とりわけ日本では、介護施設における虐待を防止するための具体的な対処が不可欠であり、法的対応を含めて早急な対策が必要不可欠である。国や文化によって高齢者虐待の定義が異なる可能性もあり、また虐待防止対策の多様性が確認できるかもしれない。高齢者虐待のありよう及び高齢者虐待の防止対策に関して、各国の間に見られる同質性と異質性に着目し、さらなる高齢者虐待研究の進化発展につとめることが当面の目標である。

【引用参考文献】

- 林春植・宣賢奎・住居広士、2010、韓国介護保険制度の創設と展開、ミネルヴァ書房
- 金貞任、2013、国立社会保障・人口問題研究所、海外社会保障研究、No. 184、pp. 42-56
- 金貞任、2014、韓国の介護保障、増田雅暢編、世界の介護保障【第2版】、法律文化社、pp. 134-153
- 金明中、2016、韓国における老人長期療養保険制度の現状や今後の課題、ニッセイ基礎研究所、基礎研レポート、pp. 1-19
- 厚生労働省、2007、平成18年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況に関する調査結果（確定版）
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1219-1.html>
- 厚生労働省、2017、平成27年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/0000155730.pdf>
- 国民健康保険公団、2017、老人長期療養保険統計年報2016（2016 노인장기요양보

韓国の老人長期療養保険制度下における認知症ケアと高齢者虐待の課題

협동계연보)

<http://www.longtermcare.or.kr>

<http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0160/24105?boardKey=37&sort=sequence&order=desc&rows=10&messageCategoryKey=&pageNumber=1&viewType=generic&targetType=12&targetKey=37&status=&period=&startdt=&enddt=&queryField=&query=>

国立社会保障・人口問題研究所、2017、日本の将来推計人口（平成 29 年推計）

http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_gaiyou.pdf

国立立法情報センター、2017、老人長期療養保険

<http://www.law.go.kr/eng/engLsSc.do?menuId=2&query=ACT%20ON%20LONG-TERM%20CARE%20INSURANCE%20FOR%20SENIOR%20CITIZENS#AJAX>

KOSIS、2017

http://kosis.kr/eng/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ETITLE&parentId=A

宣 賢奎、2016、韓国の長期療養保険制度の最新動向と課題、共栄大学研究論集、第 14 号、pp. 1-37

鄭丞媛他、2015、韓国における認知症対策および家族介護者支援の取り組みの現状と課題、国立社会保障・人口問題研究所編、海外社会保障研究、No. 192、pp. 46-51

中央老人保護専門機関、2017a、年報 高齢者虐待の現況 2016、노인학대 현황보고서

<http://noinboho.or.kr/index.html>

中央老人保護専門機関、2017b、高齢者虐待予防及び早期発見のための地域社会の役割、노인학대예방 및 조기발견을 위한

西下彰俊、2007、スウェーデンの高齢者ケア、新評論

西下彰俊、2008、韓国の高齢者長期療養保険の概要と課題、高齢者住宅財団、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 84、pp. 17-25

西下彰俊、2009、韓国老人長期療養保険制度の現在—開始 1 年 2 か月後に見えてきた課題—、高齢者住宅財団、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 93、pp. 1-14

- 西下彰俊、2011、韓国の老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題、現代法学会、現代法学、第 20 号、pp. 175-195
- 西下彰俊、2012a、韓国・老人長期療養保険制度発足後 3 年半後現況と残された課題、高齢者住宅財団、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 107、pp. 12-20
- 西下彰俊、2012b、揺れるスウェーデン、新評論
- 西下彰俊、2014、韓国の老人長期療養保険制度の新枠組の誕生、高齢者住宅財団、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 122、pp. 37-42
- 西下彰俊、2015、スウェーデンと日本における高齢者ケアサービスの供給原則及びサービスの展望、高齢者住宅財団、いい住まい いいシニアライフ、Vol. 129、pp. 20-31
- 日本認知症ケア学会編、2016、認知症ケア用語辞典、ワールドプランニング
- 福祉小六法編集委員会編、2017、2017 年版福祉小六法、みらい
- 保健福祉部、2012、認知症マネジメント法
<http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=167747&lsId=011442&chrClsCd=010202&urlMode=lsEInfoR&viewCls=lsPtnThdCmp#AJAX>
- 増田雅暢、2007、老人長期療養保険の概要と課題、週刊社会保障、No. 2429、法研、pp. 37-38
- 増田雅暢、2014、週刊社会保障、No. 2767、法研、pp. 32-33
- 梁昶準、2016、日本と韓国の介護保険制度における「現金支給」に関する比較考察、佛教大学大学院紀要 社会福祉学研究科篇、第 44 号、pp. 55-71

謝辞：

本研究は 2016 年度個人研究助成費（課題番号 16-19）及び科学研究費補助金（課題番号 17K04252）により行われた。本稿を執筆するに当たり、高橋明美氏（明治学院大学社会学部附属研究所研究員）、金延恩氏（国際医療福祉大学大学院博士課程）、金誠圭氏（龍汶総合社会福祉館館長）から資料を提供していただいた。記して感謝する次第である。