

松 山 大 学 論 集
第 25 卷 第 2 号 抜 刷
2 0 1 3 年 6 月 発 行

介護保険制度下における高齢者ケアの構築
—— 高齢者地域ケアにおける多業種連携と地域組織化 ——

松 原 日 出 子

介護保険制度下における高齢者ケアの構築

—— 高齢者地域ケアにおける多業種連携と地域組織化 ——

松 原 日 出 子

1 はじめに

日本が高齢化社会に対応するために介護保険を創設してから、はや13年が経過しようとしている。これまで3回の介護保険法改正をへて、その度ごとに少しずつ形を変え介護問題の解決に向けて改正が重ねられてきた。さらに近年では認知症高齢者の急増が社会問題化しており、認知症高齢者本人や介護する家族を支えるためのしくみづくりが早急に求められている状況下にある。このような緊急性にもかかわらず、介護保険制度が福祉現場にもたらす様々な課題や困難は多く、その解決は容易ではない。一方で隣国の韓国では近年日本と同様に急激な高齢化が進んでいる。その対策として日本の介護保険に相当する「高齢者長期療養保険制度」が2008年に施行されたほか、先進地域においては高齢者地域福祉の効果を向上させるため、複合的な高齢者地域ケアのしくみが整えられつつある。こうした韓国の先進的取組から日本が学ぶべき点はとても大きいものがある。

以上のような問題関心から、本稿ではまず日本の介護保険導入後の経緯を認知症ケア分野を中心に振り返りつつ、日本の高齢者ケアが抱える制度的課題を明らかにする。次に韓国で近年先進的な取組をすすめている京畿道楊平郡の高齢者地域ケアの事例を紹介する。当該事例の優れた点と日本の抱える課題とを関連させつつ、最後に日本の認知症ケアの今後の改善の道筋について考察したい。

2 日本における認知症ケアの動向と現状

2-1 日本の認知症高齢者の介護の経緯

日本における認知症高齢者問題の萌芽が見出されるのは、1960年代後半から1970年代初頭にかけての時期である。1968年の全国社会福祉協議会による初の全国的な「居宅寝たきり老人実態調査」の実施、並びに1972年にベストセラーになった有吉佐和子のベストセラー小説『恍惚の人』の発刊によって、それまでは水面下に隠されていた「介護を要する高齢者」の存在が明らかとなり、さらには認知症患者のように家族介護者に大きな負担が求められる高齢者が存在することが、人々に意識され始めるようになった。

しかし、高齢化が着々と進む一方で認知症高齢者に対する日本の取組は当初遅々として進まなかった。老親の介護は家族の責任であるという社会通念がまだまだ根強かったことに加え、今日のように福祉サービスが発達していなかった当時の日本では、心身機能の低下した高齢者への対応はもっぱら医療の役割であると考えられていたからである。

その後、高齢化対策として高齢者医療無料化施策が進められた経緯もあって、1970年代には身辺に不安を抱えた高齢者の多くは病院へ入院するのが一般的となった（「社会的入院」）。当時の日本の高齢者施策担当者にとっては、高齢者の当面の受入先の確保が限界であり、彼らをどのように支援するかという課題への配慮の余裕はほとんどなかったのである。こうしてもっぱら病院が認知症高齢者たちの収容先となったために、彼らに対するケアのあり方は、いわゆる「問題行動」をいかに押さえつけるかという介護者側の視点に立った、身体拘束や向精神薬などの薬品投与がその中心となってしまったのである。

このような悲惨な状況に変化が訪れるのは1980年代である。多くの高齢者たちの「社会的入院」がもたらす医療費の急増を食い止めるため、国は何らかの政策的対応を迫られる事態となり、介護の社会化のためのしくみを模索し始めた。国の高齢者介護施策が後手に回る一方で、国の対応に限界を覚えた都市

部の主婦層たちは、高齢者の介護を共同で行う「住民参加型在宅福祉サービス団体」を設立。介護のノウハウの共有から負担を分かち合うしくみに至るまでトータルな在宅福祉のしくみを創りあげた。

こうした当事者たちによる高齢者ケアの構築の試みは、認知症高齢者ケアの分野においてもこの時期に萌芽し始めた。認知症高齢者を抱える家族介護者たちが、「呆け老人を抱える家族の会」を結成。認知症高齢者に対する偏見や差別が根強いなか、彼らは互いに介護の悩みを相談し合うなかで、「共同生活」という枠組みを通じて認知症高齢者に相応しいケアのノウハウを蓄積していった。彼らのこの経験の積み重ねを通じて、本来中核症状ととらえられてきた認知症患者の「問題行動」が、本人の危機にひんした際の焦燥の中での対処行動（「周辺症状」）に過ぎないこと。さらに、彼らに対する有効なケアのあり方として、従来のように集団介護の環境下でもっばら薬物投与によって問題行動を抑止するだけの医療的ケアではなく、少人数単位の個別ケアの方が、高齢者の心身両面を安定させ認知症の症状を緩和することが、徐々に明らかにされていったのである。

こうした蓄積をふまえ、1990年代に入ると認知症高齢者のケアマニュアルが作成され現場に役立てられるようになったほか、1991年には「老人性痴呆疾患療養病棟」や老人保健施設における「痴呆専門棟」が創設された¹⁾。またこの頃から、認知症高齢者グループホームや宅老所作りの運動が全国各地でみられるようになり、さらに1995年、国の「グループホームモデル事業」により制度化の動きも本格化した。1997～98年には認知症グループホームに対する国の運営補助や施設整備補助が創設されるようになり、遂には2000年の介護保険法において、認知症グループホームが「認知症対応型共同生活介護」として正式に制度内に位置づけられるに至ったのである。

ここで、全国の認知症高齢者の人数や関連施設・機関数がどのように推移していったのかを概観したい。まず認知症有病率に関しては、1991年に厚生科学研究「痴呆症疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」が全国認知症

高齢者数の推計を行って以来、全国レベルでの認知症の有病率は把握されていない（武田：2009）。そのため特定地域の調査データに依拠して認知症高齢者数が推計されている。

表1からわかるように、2002年9月当時の推計値によれば、2015年時点で全高齢者の7.6%にあたる250万人が認知症高齢者であると推計されていた。しかし、2013年6月の厚生労働省による最新の推計値によれば、認知症高齢者は462万人に達し（65歳以上に占める割合は約15%）、当初の見込の2倍に迫る認知症高齢者が存在すると推定されている。これに加え、軽度認知障害の高齢者も約400万人程存在することが示唆されている。こうした推計値の急増は、当初の予想より高齢化が一段と加速したことのみならず、認知症への社会的理解の深化に伴い、病院を受診する高齢者が増えたことに起因すると推測されている²⁾。

次に、認知症高齢者の収容施設・機関数の推移をまとめたものが表2及び図1である。先述したように、当初、認知症高齢者の居場所はおそらく病院であったが、医療施設に対する国の経費削減が目論まれたこと、他方で個別介護ケアの重要性の認識のもとに2000年には認知症グループホーム、2006年には小規模多機能型居宅介護事業所が制度化されたことに伴い、いわゆる地域密着型サービスが順調に増加していることがこれらの図表からうかがえる。

表1 要介護（要支援）認定者（第1号被保険者）における痴呆性高齢者の将来推計

単位：万人

| 西 暦 | 2002 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 痴呆性老人 自立度Ⅱ以上 | 149 (6.3) | 169 (6.7) | 208 (7.2) | 250 (7.6) | 289 (8.4) | 323 (9.3) | 353 (10.2) | 376 (10.7) | 385 (10.6) | 378 (10.4) |
| 痴呆性老人 自立度Ⅲ以上 | 79 (3.4) | 90 (3.6) | 111 (3.9) | 135 (4.1) | 157 (4.5) | 176 (5.1) | 192 (5.5) | 205 (5.8) | 212 (5.8) | 208 (5.7) |

(注) カッコ内は65歳以上人口比(%)。

2002(平成14)年9月末について推計した「要介護(要支援)認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」から算出したもの(治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない)。

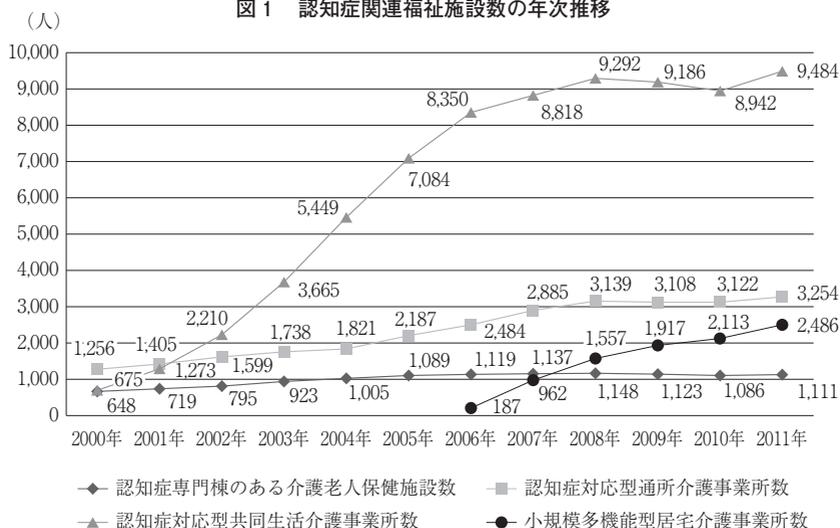
出典：『2015年の高齢者介護』補論3「痴呆性高齢者ケアについて」

表2 認知症関連施設・事業所数の推移

| 年 度 | 認知症専門棟のある介護老人保健施設数 | 認知症対応型通所介護事業所数 | 認知症対応型共同生活介護事業所数 | 小規模多機能型居宅介護事業所数 | 老人性認知症疾患療養病棟の病床数 | 老人性認知症疾患療養病棟数 | 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院数 |
|-------|--------------------|----------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|---------------------|
| 2000年 | 648 | 1,256 | 675 | | | | 98 |
| 2001年 | 719 | 1,405 | 1,273 | | | | 100 |
| 2002年 | 795 | 1,599 | 2,210 | | | | 107 |
| 2003年 | 923 | 1,738 | 3,665 | | 5,104 | | 113 |
| 2004年 | 1,005 | 1,821 | 5,449 | | 5,351 | | 114 |
| 2005年 | 1,089 | 2,187 | 7,084 | | 4,767 | | 95 |
| 2006年 | 1,119 | 2,484 | 8,350 | 187 | 4,092 | | |
| 2007年 | 1,137 | 2,885 | 8,818 | 962 | 3,723 | 2,608 | |
| 2008年 | 1,148 | 3,139 | 9,292 | 1,557 | 3,013 | 2,252 | |
| 2009年 | 1,123 | 3,108 | 9,186 | 1,917 | 2,681 | 1,980 | |
| 2010年 | 1,086 | 3,122 | 8,942 | 2,113 | 2,401 | 1,770 | |
| 2011年 | 1,111 | 3,254 | 9,484 | 2,486 | 2,701 | 1,711 | |

(出典：厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』各年度版より筆者が作成、各年度10月1日現在)

図1 認知症関連福祉施設数の年次推移



ただし、施設サービス及び居宅サービスがたとえ順調に増加しても、それが当事者たちの負担軽減に直結するとは限らない。日本においては、介護に関する総合的な国家戦略が構築されないため、これに伴う諸問題が他方で見受けられる。特に認知症ケア領域においては、早期対応が困難な現状のために、認知症高齢者本人の心身状態が重篤化してから、医療機関に持ち込まれる事例が後を絶たない。早期対応を可能にするための国の取組については、次節で詳述したい。

2-2 介護保険制度下における認知症ケアの変遷

1) 介護保険制度導入期

2000年の介護保険制度において認知症ケアの主役に位置付けられたのが、「認知症対応型共同生活介護」と名付けられたグループホームである。介護保険法によって、グループホームに明確な位置づけを与えられたことが、全国各地のグループホームの経営基盤安定化に大きく寄与した。一方で制度下におけるサービスの標準化と質の確保のため、担当者の実務研修や第三者評価制度の導入が義務付けられた。

介護保険制度は、実は高齢者本人よりも家族介護者の負担軽減をメインとした制度であると上野（2009）が喝破するように、高齢者の生活を支えるという理念とは裏腹に、介護保険制度には家族介護者の負担軽減という別の側面を持つ。それゆえに同制度の提供するサービスは、利用者のニーズに対して常に過少となる傾向をもつ。そのひとつの現れとして、高齢者の心身状況の変化に対して介護保険制度の諸サービスが柔軟に対応できず、利用者側が振り回される点が高齢者介護の現場で問題視された。そのため一部の宅老所やグループホームでは、こうした利用者の様々なニーズに応えるために、通所介護・短期入所・訪問介護を一手に引き受けて制度外の自主事業を継続した。後に小規模多機能型居宅介護として制度化される取組である。これらの実践は当事者たちに高い評価を得て、後の介護保険制度のあり方に大きな影響を与えたのである。

2) 2005 年度の介護保険法改定

2005 年には、介護保険法の改定の一環として要介護認定方法が見直されることになった。その背後には、介護保険制度を支える財源が心もとない中で、介護保険利用者が急増したという背景があった。同年 4 月時点の介護認定では、要支援及び要介護 1 の軽度の要介護者が急増し(約 201 万人、前年比 138% 増)、認定者全体の半数を占めるに至った。そのため、認知症高齢者の要介護判定が的確に行われていないのではないかとの指摘が挙がり、要介護度判定ソフトが改訂されることとなった。また、これまでの要支援、要介護 1 の 2 区分が、要支援 1・2、要介護 1 の 3 区分に細分化され、こうした軽度の要介護者たちを「介護予防」という題目のもと、「介護予防支援サービス」や「地域包括支援センター」が創設された。こうして日本の介護保険制度は徐々に予防重視型のシステムへ転換することになったのである。

こうした予防重視型システムへの転換の一方で同法改定の大きな目玉となったのが、高齢者介護の新たな基本理念として提示された「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」である。

厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会が 2003 年に取りまとめた報告書『2015 年の高齢者介護』で大きく掲げられたのが、「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」という高齢者介護の基本理念である。この理念が掲げられることとなった大きな背景の一つに、要介護者の約半数・施設入所者の 8 割に影響を及ぼすに至った認知症高齢者ケアの問題が挙げられる。深刻化する一方である当該問題への対策として、当時の宅老所やグループホームの実践していたケアのあり方、すなわち「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を維持しながら、一人ひとりの生活のあり方を支援していく」方法論を望ましいケアのあり方として研究会は高く評価し、このようなケアのモデルが標準とすべき高齢者のケアモデルであると報告書に提示されるに至ったのである。

上記報告書の提言を取り入れ、新たなサービス体系として創設されたのが

「地域密着型サービス」である。これは、認知症高齢者のニーズにきめ細かく応えられるよう、小規模施設を使ってサービスを提供し、市区町村が事業者指定や監督を行うものであり、利用者により近い立場から各種サービスを実践することを可能とするものである。

2005年の改正で新設された「介護予防支援サービス」には、小規模多機能型居宅介護をはじめとする3つの地域密着型サービスが創設されている。これは、軽度要介護者の方ができる限り要介護状態にならないため、あるいは重度化しないために「介護予防」を重視した予防重視型システムの構築を目指したものである。一方で「介護給付サービス」には、小規模多機能型居宅介護をはじめ6つの地域密着型サービスが創設されている（表3）。

これらの中で特に注目すべきサービスが、「小規模多機能型居宅介護」である。このサービスは、住み慣れた地域での生活継続を希望する要介護者を支えるためには、身近な市町村でサービスが提供されることが重要であるという考えのもとに新設されたものである。具体的には、通所サービスが中心に位置づけられるものの、要介護者の方の要望に合わせて、随時「訪問」「通所」「泊まり（ショートステイ）」を組み合わせるサービスを提供し、中重度の要介護者の方も在宅での生活が継続可能となるための支援を目標としたものである。

表3 各サービス領域に設けられた地域密着型サービスの内容

| | |
|-------------|---|
| ○介護予防支援サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防小規模多機能型居宅介護 ・介護予防認知症対応型通所介護 ・介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |
| ○介護給付サービス | <ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能型居宅介護 ・夜間対応型訪問介護 ・認知症対応型通所介護 ・認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ・地域密着型特定施設入居者生活介護 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |

さらに、こうした地域を基盤とした支援のためには地域住民の方々から高齢者福祉への理解を得ることが重要であるという認識のもと、認知症介護対策の観点から認知症サポーター養成事業が同時期に実施され、地域住民への認知症理解の深化、及び認知症介護従事者の養成への取組が行われた。

3) 2006年以降の動向

2006年度以降の大きな動向として、認知症ケアの質量両面を強化する誘導策の一環として、各種の認知症ケアの報酬を加算する制度改定が進められていることが挙げられる。2009年の介護報酬改定では、認知症ケアの質の向上を図るために、認知症行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れ、認知症高齢者へのリハビリテーションの対象拡大等、認知症高齢者へサービスを提供する場合の様々な加算報酬が新設された。また居宅介護支援や訪問介護において、認知症高齢者に対する支援には加算が認められたほか、居宅サービスから小規模多機能型居宅介護の利用へ移行する際にも同様に加算が認められるようになった。

さらに、2012年の介護報酬改定では、認知症にふさわしいサービスの提供を目指してさらなる見直しが行われた。認知症高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続するため、小規模多機能型居宅介護・認知症対応型通所介護・認知症対応型共同生活介護・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設への加算が行われ、認知症高齢者への介護ケアの確保に向けて条件整備が進んだ。さらに、認知症居宅介護への加算、認知症対応型通所介護への加算（並びにより長い時間区分への調整）、認知症対応型生活介護における看取りの対応強化や夜間の安全確保強化への加算、介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設においては在宅生活が困難となった認知症高齢者の受け入れをした場合への新規の介護報酬の認定等、認知症関連の様々なサービス領域における報酬加算が行われている。

なお、最近では2012年9月に厚生労働省が「認知症施策推進5ヶ年計画（オ

レンジプラン)」を示し、①認知症高齢者に対する早期診断や早期対応、②彼らの地域での生活を支える医療・介護サービスの構築と人材育成、③地域で認知症高齢者本人や介護する家族を支えるための環境整備（認知症地域支援推進員・認知症サポーターの育成）等が進められている。これらの意図するところは、①認知症が重度化してからの対応では本人・家族共に大きな負担がかかることや、②認知症高齢者が同時に身体疾患を抱えた場合、病院の治療環境が認知症本人にとってより負担を増すこと等を考慮して、認知症の兆候を早期に発見し、なるべく地域の生活の場でしかるべき対応を可能にすることにある。

このように日本の認知症ケアの変遷の様子を概観すると、様々な領域で認知症ケアの強化に向けての体制構築が進められており、新規サービスの創設や介護報酬の加算等、一見して順調に環境整備が進められているように見受けられる。しかし一方で、「介護保険制度の創設以降、事態はどんどん悪くなっていくばかりである」という当事者側からの声も後を絶たない。このような声は何故なくならないのだろうか。次節以降では、①認知症ケア領域の営利化がもたらす問題点と、②ケア人材の育成上の問題の二点から、介護保険制度下における認知症ケアの課題について検討したい。

2-3 認知症ケア領域の「営利化」がもたらす諸問題

まず本節では、認知症高齢者グループホームに注目しつつ、同領域で近年進んでいる営利化の動向がもたらす問題について述べる。

認知症高齢者グループホームとは、認知症高齢者が小規模な生活の場で少人数（5～9人）の共同居住の形態をとり、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフが利用者とともに共同で行い、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活することにより、認知症の進行を穏やかにし、家族による介護負担の軽減に寄与するケアの場を指す。認知症高齢者グループホームは、これまで全国各地で長年培ってきた実績に加え、先述の報告書『2015年の高齢者介護』における高い評価もあって、認知症ケアの切り札として大きな期待を集めている。2000

年の介護保険制度開始当初は 675 事業所に過ぎなかったグループホーム数は、2008 年 3 月現在で 9,486 か所まで増加し、在所者も 11 万人を超えている。

ここまで認知症高齢者グループホーム数が急成長した背景のひとつは、家賃、食材費、水道光熱費などの「ホテル・コスト」が利用者負担であるため、介護業界では数少ない営利的に魅力的な事業であることに拠る。さらに、法人格さえあれば異業種でも参入でき、小規模であるがゆえに初期投資が少なくて済む利点もある。そのため、認知症高齢者グループホームは他領域と比較して異業種の参入が格段に進み、2002 年時点では全体の 34.1%に過ぎなかった営利法人系のグループホームが、2006 年には 50.1%と過半数を占めるに至った。最新の 2010 年のデータでも、全 9,814 事業所のうち、52.3%を営利企業が占める状況にある。

このように営利目的の事業者が多くを占めることに加え、介護職員の待遇や社会的評価が向上しないために、現在多くの事業所が人材不足に苦しんでいる。例えば、全国認知症高齢者 GH 協会が会員施設を対象とした 2005 年の調査によれば、回答職員の認知症ケア歴は全体の 61%が経験 3 年以下で、23%については経験歴が 1 年にも満たない。職員の定着率の低さ、並びに現場のノウハウ蓄積が思うようにならない様子が、これらの数値からうかがうことができる。

もともと介護保険の制度設計の狙いの一つは、増大する要介護高齢者に対応するため、介護度で格付けされたケアサービスを経済的に効率的に供給することにあった。それが優先されすぎたゆえに、家族介護者やケアワーカーの間人らしい働き方や雇用環境づくりの視点を見出しがたいと矢澤（2008）が指摘するような同制度の限界の一端が、認知症グループホームの現状に反映されているように思われる。

一方で、営利化の進行が低所得の利用者・家族に及ぼす影響についても配慮が必要である。勝田（2010）は、①上記の「ホテル・コスト」が利用者本人や家族にとって重い負担となるため、負担に耐えかねてショートステイ等の高額

サービスの利用を断念してしまう利用者が増加傾向にあること、②2009年の介護報酬改定で介護報酬がアップされた一方で、利用者の保険利用限度額が据え置かれたため、サービス利用を手控える傾向に拍車がかかっていることを指摘している。このように、介護保険制度の財源不足による矛盾のしわ寄せは、ケアワーカーと利用者の双方に向けられているのである。

もちろん、このような傾向は認知症ケア領域に限らず介護保険制度全体に見受けられるものである。2006年度の介護保険制度改正において強調されていたはずの「高齢者の尊厳を支えるケアの確立」の理念は徐々に薄れ、財源の確保並びに制度の維持のみに精一杯である様子を、そこからは伺うことができる。

財源重視志向の萌芽は、すでに2006年の介護保険制度改正の時点で見出すことができる。同改正の大きな目玉のひとつの小規模ケアや個別ケアを重視するという理念をはっきり示したことにあったが、その一方で示された大きな方向性が「予防重視システムへの転換」である。

背景には、当初の介護保険制度の結果として、要介護度の軽い層を中心に要介護者が急増し、介護保険制度の財政を圧迫するという制度開始当初からの問題があった。それゆえに、介護保険制度が当人たちの介護予防や要介護度の維持に繋がらず、逆にケアワーカー任せ故に廃用症候群を誘発したのではないかという批判の声が多く挙がる結果となったのである。

上記課題への対策として、2006年の改正では予防重視システムの構築の方向性が提示された。さらにその後、厚生労働大臣の指示のもと設置された「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が2008年7月に示した報告書では、認知症の疑いのある高齢者の早期診断からサービス提供並びに家族支援に至る施策の流れを確立することの重要性が大きく強調された。その影響を受け、2009年の介護報酬改定や2011年の介護保険法改正は、認知症医療の充実に力点が置かれる内容となる一方、介護現場の労働環境の改善につながる施策に乏しいまま今日に至ってしまったことは、今後の認知症ケアの充実化を図る点で大きな課題である。

なお、介護保険制度の特徴のひとつである地方分権の面においても、近年財政上の課題が深刻化していることに、ここで言及しておきたい。例えば2006年の改正によって、認知症高齢者グループホームの指定並びに指導監督権限が、それまでの都道府県から市区町村へ移行した。さらに2011年の改正では、地域密着型サービスに対する報酬を全国一律額以上に設定する際、従来は大臣の認可が必要であったのに対し、改正後は市町村の独自判断で設定できるよう法令が改正されている。

市町村の独自裁量の幅を広げることは一見望ましいことのように思われるが、一方で財政的に厳しい市区町村を中心に、新規のグループホームの設置を認可しないケースの増加が近年問題になっている。2006年時点ですでに全市区町村の約3分の1が、財政難を理由に小規模多機能サービスの導入を見送っている（朝日新聞2006/6/23）。さらに、他自治体からの利用者流入を防ぐため、グループホームの立地している市区町村の住民しか当該ホームを利用できないというルールが2006年の改正で定められている。これにより、グループホームの不足する市区町村に居住する高齢者の行く先がなくなってしまうことは、とてもゆゆしき問題である。

2-4 認知症ケアの人材育成上の課題

認知症ケアの充実のためには、前節でも述べたような介護保険制度の財源強化がまず欠かせないが、他方で認知症ケアを支える専門職の充実も欠かすことのできないものである。本節では、認知症ケアを支える人材育成上の問題を、同領域の専門資格化の進行の現状に触れつつ述べてみたい。

当初は「人格を崩壊させる恐ろしい病気で、どんな治療の可能性も見出しがたいもの」と思われていた認知症も、その後の多領域での研究の進行によって、その本質が次第に明確化されつつある。医学領域では、「行動学的心理学症候（BPSD）」「軽度認知障害（MCI）」など、新しい疾患概念による認知症のとらえ直しを通じて、薬物療法により認知症の進行を遅らせることを可能にし

たほか、より早い時期での適切な対応によって、事態の改善が見込めることが明らかにされている。

このように、医学領域が根拠に基づく医療（EBM）の視点から客観的手法によって認知症への理解を深めた一方、看護学・介護福祉学領域では、高齢者本人の視点に立ったケアの方法論の模索の中で、認知症患者が示す様々な「問題行動」は人格の崩壊ゆえではなく、病気による不安や自信喪失がもたらす周辺症状であるとの理解が広がり、合わせてユニットケアやグループホームを基盤とした個別的ケアに大きな効果が見込めることを明らかにした。これらを通じて、近年では専門研修や専門資格整備などの形で、認知症ケア領域における人材育成のしくみが徐々に体系化されつつある。

まず、認知症ケアにおける専門研修としては、認知症介護実践の実践者研修、リーダー研修及び介護指導者研修が、厚生労働省通知により2001年度から開始されている。認知症の基本知識のほか実践的な介護技術を習得する実践者研修、介護現場の実践リーダーの養成を主目的とするリーダー研修、そして認知症介護を指導できる人材を育成するための介護指導者研修、というそれぞれの目的に沿って、一定時間の講義演習並びに施設・職場実習が行われている。特に実践者研修については2006年時点で6万人がすでに同研修を修了し普及が進んでいるが、一方で研修の成果を検証できない点が課題として指摘されている。

また近年では、認知症ケアにおける専門資格が徐々に整備され始めている。まず、看護領域における「認知症看護認定看護師」や介護領域における「(仮称)認定専門介護福祉士」のように、看護・介護のエキスパートがさらに研修を重ねる形で取得できる上級資格が整備されつつある。また、認知症ケア学会が2005年度から始めた「認知症ケア専門士」制度は、認知症ケアにおける専門知識を有する証明としての意味の他、認知症ケアに関するスキルや技術の向上を自己評価できる場として機能しており、様々な専門領域の当事者たちによってその取得が進んでいる。

これらの専門資格は、認知症についての理解をより広く普及させる点では一定の効果が認められるものの、これらの専門資格をケアの現場でどのように運用するかという点において、必ずしも十全な検討が進められているわけではない。また認知症ケアの現場においては、こころに不安を抱える認知症高齢者本人と良好な関係を構築・維持する「関係形成能力」が強く求められるものの、この種の能力習得は、専門資格取得のプロセスに代表される知識習得・実技指導型のトレーニング方式のみではなかなか身につかないという問題が春日（2002）によって指摘されている。これらを踏まえると、将来的に土台となる専門性の異なる職種が共同して認知症ケアにあたる際、目標の共有や互いの相互理解は必ずしも容易ではないと思われる。どのような形で他職種間連携が図られるべきかについて、今後よく検討されなければならないであろう。

2-5 地域で支える認知症ケア

介護保険財政が思わしくない状況が長く続く中で、現場の改善がなかなか形に現れないために、医療重視の方向で介護保険制度が改変しつつあることは先述したところである。しかしこうした現状は、単に介護現場の不徹底さのみに責めを負わせるべき性質のものではない。なぜなら、認知症高齢者の地域生活を24時間365日支えることを念頭に置くと、彼らが必要とする認知症ケアは介護職員と利用者のみで完結する性質のものではなく、認知症高齢者が居住する地域住民の理解と協力があって初めて十全なものになるからである。そのためには、とかく孤立しやすい認知症高齢者の方々を地域につなげる取組が欠かせないし、その絆をつくるためには一方の当事者である地域住民の方々への認知症の理解を深める働きかけが必要である。

この点に関連して、介護サービス利用と地域ネットワーク維持とのジレンマを指摘するのが藤井（2012）である。藤井は、サービスを利用しない一般住民にとって介護サービス事業者はふだん馴染みがないために、利用者が介護サービスを利用し始めると共に、それまで利用者本人が培ってきた地域とのネット

ワークが断ち切られてしまうという問題を指摘している。こうした問題の改善を図るためには、事業者が地域住民の協力を得ながら、地域ネットワーク強化の主導的な役割を果たさなければならない。しかし、先述したように福祉現場の営利化が進行しつつある中で、且つ人材的にも余裕が乏しくなる中で、この種の役割に余裕を割くことは容易ではない。介護保険制度のここしばらくの動向を見る限り、利用者やサービス提供者に対して大きな負担を強いることなしに、介護保険制度に日本の社会的介護の全てを期待することはとても困難であると言わざるを得ない。彼らに対して大きな負担を強いることができない以上、政府・市場・地域社会等の様々な担い手を有効活用した社会的介護のしくみが求められている。

3 韓国における認知症ケアの動向と現状

前章では、主として介護保険制度導入以降における日本の認知症ケアの動向を概観しつつ、介護保険制度の財源問題に派生する①現場の営利化がもたらす課題や、及び②認知症ケアを担う人材育成上の課題を指摘した。我々はこれらの山積する問題についてどのような解決策を志向すべきであろうか。本章では日本同様に急激に超高齢社会へ突入しようとしている韓国の取組を参照しつつ、高齢者ケアにおける多業種連携、及び地域組織化の側面から、今後のあるべき高齢者ケアのあり方について考察したい。

高齢者ケアのしくみの良否を検討する上で歴史的経緯についての配慮は不可欠であるために、本章ではまず韓国の認知症高齢者介護の歴史、及び韓国の介護保険制度に相当する「高齢者長期療養保険制度」の概略を解説し、次に韓国の高齢者ケアの先進事例について紹介したい。

3-1 韓国の高齢者ケアの歴史的経緯

1) 高齢者長期療養保険制度以前の歴史的経緯

1990年時点では5%程度にすぎなかった韓国の高齢化率はその後急激に上

昇し、2000年には7%を超え高齢化社会に突入した。今後2020年代には14%を超え高齢社会に突入することが確実視されており、日本と並び世界に類を見ない超高齢化社会となりつつある。さらに家族形態の変化を見ても、三世大家族の減少と高齢者のみ世帯の増加が急ピッチで進んでおり、高齢者に対する社会保障や生活支援の問題が大きくクローズアップされるようになった。

高齢者を対象とする社会保障の第一に挙げられるべきは、当人たちの所得を補償する国民年金である。ただし、韓国で国民年金制度が始まったのは1988年とごく最近のことであり、かつ年金を受け取るには最低20年の加入期間が必要であるため、受給開始は2008年を待たなければならない状況にあった。そのため、老人ホームやホームヘルプサービス等、当人の生活を支援する現物サービスの充実が早急に図られなければならないと考えられる。

韓国で介護保険制度が開始される前の時代に、主として高齢者の生活を支える役割を担っていた福祉施設は、低所得者層等多様な層を対象とする社会福祉館を除くと、敬老堂や老人福祉館等の高齢者施設である。

歴史的にみると、まず1960年前後に国家、地方自治体、地域住民などが協力して自然発生的に形成された敬老堂がまず発生した。敬老堂については、すでにいくつかの論文でその概要が紹介されているので(古賀ら、2006；齊藤ら、2007)、これらに依拠しつつ韓国の高齢者ケアにおける当該施設の位置づけを解説したい。

敬老堂とは、地域老人が自律的に親睦、趣味娯楽活動、共同作業場運営などの余暇活動を行う場であり、後に1989年の老人福祉法改正に伴って公的に位置付けられた。ただし上記の位置づけにみられるように、交流や娯楽活動の場として出発したという経緯から、現在でも主として低所得者層の娯楽の場としての機能にとどまっていることが指摘されている(齊藤ら、2007)。

こうした背景を受けて、高齢者福祉に関する機能を強化させた「老人福祉館」が、1989年にソウルで設立されたのをきっかけにして、それ以降全国各地で徐々に設立されるようになっていく。ただし、その充実度に関しては地域差が

とても大きい。都市部においては、認知症高齢者に対するリハビリ等の様々なサービスが充実する一方、農村部では地域老人の憩いの場としての「敬老堂」の役割にとどまるところが多く、利用者の様々なニーズに応えきれていないのが実情にあることが朴ら（2005）によって指摘されている。

このように、韓国で高齢者福祉面の整備が遅れた背景の一つには、韓国政府が儒教的価値観に立脚し、高齢者扶養に関する基本方針として掲げる「先家族扶養・後社会保障」の理念が存在する。このため、高齢者福祉に対する予算配分は長い間少ないままとどめられ、一般国民の高齢者福祉に対する関心もなかなか高まってこなかった現実がある。そのため、日本が1990年以降ゴールドプランに沿って専門職養成に励んできたこととは対照的に、韓国では高齢者福祉のためのマンパワーをボランティアに大きく依存してきた経緯があり、高齢者福祉分野に特化した専門職がなかなか育っていない点が、韓国の高齢者福祉が抱える大きな課題の一つである（百瀬ら、2006）。

2) 高齢者長期療養保険制度の概要

前項で述べたような状況を問題視し介護の社会化をより促すため、韓国では2008年7月に、日本の介護保険に相当する「高齢者長期療養保険制度」の導入に至った。ここで、同制度の概要について、大韓民国国民健康保険公団(2013)並びに白澤(2011)に依拠しながら解説したい。

高齢者長期療養保険制度とは加齢や老人性疾患などで日常生活を営むことが一人では困難な高齢者のため、身の回りの活動や家事の支援などのサービスを提供し、彼らの老後の生活の安定や家族介護者の負担軽減を図ることで、国民の生活の質を高めるための社会保険制度である（大韓民国国民健康保険公団、2013）。同制度は、日本の介護保険制度同様、利用希望者に対する訪問調査の結果を委員会で審議して要介護度を判定し、該当者に適宜サービスを提供する仕組みを持つ。一方で、韓国の国情に合わせて日本とは異なる制度運用をしている部分もある。日本と異なり制度開始に向けての準備期間を十分確保できな

かった韓国では、全てのサービスについて株式会社や非営利団体にも被指定権を持たせたほか、離島やへき地の663ヶ所では家族介護者に対する現金給付制度³⁾を導入することによって、サービス不足の危機回避を図った。同様の背景から、認定者や利用者の1人当たりの予算規模は日本に比べ25分の1程度であり、小型の保険制度となっている（白澤，2011）。

また特に制度面に着目した場合、韓国の高齢者長期療養保険制度と日本の介護保険の主な相違点を二点挙げることができる。第一は、韓国の場合、保険者が国民健康保険公団すなわち全国統一の保険者であるという点にある。国民健康保険公団は健康保険制度を運営する機関であるため、同機関が高齢者長期療養保険制度も共に運営することで保険料徴収等の業務ノウハウを活用する狙いはそこにある（大韓民国国民健康保険公団，2013）。

第二は、日本の介護保険制度の要のひとつである介護支援専門員（ケアマネジャー）が、韓国の高齢者長期療養保険制度においては制度化されていない点である。白澤（2011）は、その理由を以下の三点に整理している。①財源的にケアマネジャーを配置する余裕がなかったこと、②韓国の同制度では在宅サービスの種類が少なくケアマネジメントの必要があまりないこと、③ケアマネジャーの中立公正が担保されていない日本の事例を問題視したことである。ケアマネジャーが存在しないため、韓国で介護サービスを利用する際には、次のようなプロセスを経る。まず、利用申請者が審査の結果として認定及び等級判定されると、その認定書とともに「標準療養利用計画書」が申請者に発送される。これは、利用者ごとに介護支援専門員との相談で作成されるケアプランではなく、統一された基準に基づき作成されるものであるため。そのため、日本と異なりケアプランの中立公正が図られる一方、他方ではサービスの単一化につながる危険性も有する。

大韓民国国民健康保険公団（2013）によると、現在の運用状況の概況は次の通りである。2013年4月現在では、65歳以上高齢者人口の総数601万人のうち、10.9%に当たる65万6,000人が長期療養認定を申請している。そのうち

認定された者は34万9,000人（申請者の69.6%）、そして実際に長期療養サービスを利用している人は30万5,000人（認定者の87.3%）である。具体的なサービスの種類としては、在宅サービスが7種（訪問介護、訪問看護、訪問入浴、デイサービス、ナイトサービス、ショートステイ、福祉用具）、施設サービスは2種（老人療養施設、老人療養共同生活家庭）、並びに特別現金給付が用意されている。

3-2 京畿道楊平郡にみる高齢者ケアの展開

前節では韓国の高齢者ケアの歴史的経緯を全国的規模から概観したが、十分な準備期間の整わない厳しい条件下においても、韓国の高齢者福祉の当事者たちは介護ニーズへの対応を必死に進めており、中にはすでに日本に決して劣らない高齢者ケアのしくみづくりをすすめている地区も存在する。そうした先進事例のひとつとして、本節では京畿道楊平郡における高齢者ケアのしくみを紹介する（大韓民国京畿道楊平郡：2013a, 2013b, 2013c）。

京畿道楊平郡は、人口は10万人程に過ぎない一方で、面積が首都ソウルの1.45倍を占める広い行政区域である。ソウルからは車で40分程の場所に位置し、住民の大半が農業を営む典型的な農業地域であるが、近年では、恵まれた自然環境と首都ソウルに近接する条件の良さから、ベッドタウンとして注目され徐々に人口が増加しつつある。それほど人口の多くない地域であるにもかかわらず、65歳以上の高齢者が2万人以上おり、高齢化率は19.5%を占める。この数値と全国平均の11.2%との比較からわかるように、近年では同地区の高齢化が進行中であり、高い高齢化率をふまえた充実した高齢者対策が喫緊の課題となっている。さらに、韓国では現在の種々の調査から全高齢者に占める認知症高齢者率は9.1%と推定され、ここから楊平郡には1,800人程の認知症高齢者が潜在していると推測される。そのため、通常の高齢者対策にとどまらないきめ細やかなサービスの整備が現在求められている。

楊平郡のように、大都市圏のような潤沢な予算に恵まれない地域において

は、「量」に依存しないシステムの質的改善が必要である。以前から楊平郡では、福祉領域と保健領域間の情報共有が不十分なため、対象者やサービスが重複する等の非効率や、地域住民にサービス主体がなかなか広く認知されない等の問題を抱えていた。そこで、行政当局では課題の解決に向けて既存のしくみの見直しを図った結果、福祉と保健の2領域を連携強化し、高齢者の生活を総合的に支援する独自の組織化（「ムハンドルボムセンター」）を成し遂げた。

具体的には第一に、市役所の福祉担当職員が同地区の保健所に出向し、福祉と保健の双方が同じ事例を共有し合うことで、ワンストップ・サービスで各利用者に沿ったオーダーメイドのサービスを得ることが可能なしくみを構築している。第二に、複雑な事例になればなるほど、その対応には様々な組織団体の協力が不可欠であることから、ムハンドルボムセンターでは官民合わせて50の協力機関と提携を結び、週1回の統合事例会議や隔週1回の圏域別事例会を定例化している。第三に、同地域では独自に数百人規模でボランティアを組織化することで、高齢者の面倒をみたり家を修理するボランティアのマンパワー確保を実現している。

このような機運に沿って、楊平郡では近年認知症高齢者支援分野においても整備を進めており、2010年12月に認知症支援センターの設置に関する条例を整備、翌11年4月より認知症支援センターを開所した。同センターでは、①認知症に関する予防教育と、認知症の疑いのある高齢者に早期診断を促す認知症予防管理事業、②潜在化している認知症高齢者を発見し適切な治療・リハビリへと誘導する認知症登録管理事業、③認知症高齢者並びに家族介護者の負担を軽減するための認知症デイケア施設運営事業、④認知症に理解のある地域住民を育成、作業療法プログラムの開発・普及を行う認知症企画事業、の4事業を展開している。これらの事業展開によって、楊平郡では認知症の予防－発見－治療－保護に至る一貫した対策のシステムを作り出すことが可能になった。これら同センターの取組は、2012年9月に日本の厚生労働省が提示した「認知症施策推進5ヶ年計画（オレンジプラン）」の内容と比較して遜色のないもの

であり、高齢者介護の現状に追いつこうとする当事者たちのたゆまぬ努力を伺うことができよう。

なお、楊平郡のような総合的ケアシステムの構築には、特定部局の努力だけでは十全に機能しない点に、あらためて注意が必要である。楊平郡では福祉・保健の2領域の統合にとどまらず、地域の様々な組織団体との連携を深め協力関係を強化することによって、①複雑な事例における多団体が参加する事例検討会議の定例化や、②認知症はじめ様々な分野の啓発事業を可能にしている。様々な組織団体の網の目を生かして彼らとの連携に注力できることは同地域の持つ大きな強みであり、今後の日本のケアシステムの再編にとっても大きく参考になるものと思われる。

4 考 察

本稿では、韓国の高齢者ケアの現状を参照しつつ日本の介護保険制度下の高齢者ケアの課題について概観した。日本の介護保険制度は、認知症ケアの実践の積み重ねに立脚した新しい理念、すなわち「認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」を見据えた集团的・医療的ケアへの反省と個別ケア志向の方向性のもとで少しずつ改善が進められ、認知症ケア分野においても「在宅」「地域」での暮らしを基本として「認知症施策推進5ヶ年計画(オレンジプラン)」が、2012年やっと策定されるに至った。このような動向は韓国においても着実にすすんでおり、家族支援の強化、及び社会的認識改善を目指し、京畿道楊平郡に例示されるような地域の保健所を中心に地域社会のネットワークを構成していくことを目標として短期間のうちに整備を進められようとしている。

制度面に少なからず課題を抱えるものの、日本に勝るとも劣らない超高齢化の波に翻弄されながら、準備期間の乏しい中で高齢者の社会的介護の体制構築を果たそうとしている韓国の政策当事者たちの努力は高く評価されるべきである。一方で、利用者主権の観点から見て日韓のケアマネジメント機能がどのよ

うに十全に発揮されているかどうかの検証は是非成されなければならない。認知症ケアのように、利用者本人の意思に対する配慮が注意深く求められるべき領域であれば、なおさらである。

また、3-2節で紹介した京畿道楊平郡の取組は、今後の日本の社会的ケアのしくみを考察する上で様々な示唆を与えるものである。同地区において、地域の様々な団体・機関の連携に基づく事例検討会議や、ボランティア団体による様々な支援活動が軌道に乗っているという事実は、高齢者ケアのしくみが一部の専門家の取組にとどまらない側面を持つことを示唆するものであり、このしくみが多様な担い手によって支えられるべきことを意味している。日本の認知症ケアの現場において、認知症高齢者を把握するためのアウトリーチに注力したいものの、マンパワー不足に阻まれて活動がままならない現状が報告されている（「京都市認知症ケアを考えるつどい」実行委員会、2012）こととはまさに対照的であり、「地域を耕す」取組が日本においては急務であろう。

ただし「地域を耕す」取組については、以下のような点が配慮されなければならないであろう。第一は、現在深刻化している過疎地域における地域ネットワーク化の問題である。京畿道楊平郡のように豊かな地域資源に恵まれた地域でこそ、地域団体間のネットワーク構築が大きな意味を持つものの、離島部など地域資源に恵まれない地域の場合には、別の形のセーフティネットの構築が必要である。

長崎県の医療関係者の間で一時期「ぼけ老人の全くいない」離島の存在が話題となったことを受け、医療人類学者の野村(2004)が実態を調査したところ、その離島においても一定割合で認知症患者が発生しているものの、近隣住民が常に高齢者の動向を見守っており、何か変化があれば島外に住む縁者に様子を伝え、島外で共に暮らすように促していたことが明らかとなった。このように認知症高齢者の生活を地域で支える際には、多くの地域住民の理解と協力が必要であるが、特定団体による働きかけではあまり効果は期待できない。ましてや極度に過疎化の進んだ地域においては近隣による見守りそのものに物理的限

界であろう。これらを考慮すると、行政レベルでの大きな取組が今後期待されるべきところである。

第二は、地域における個人情報保護の問題である。近年、個人情報保護が厳しく問われているために、地域に住む高齢者の所在を確認したくても、従来であれば利用できた名簿等も利用が制限されるように、実情把握に支障をきたすケースが多く報告されている（「京都市認知症ケアを考えるつどい」実行委員会、2012）。しかし一方においては、認知症高齢者をターゲットとした悪徳商法が社会問題化するなど、高齢者の個人情報を積極的に保護しなくてはならない事情があることも確かであり、一概に情報開示がよいとは限らない。さらには、人付き合いの煩わしさを避けたいと考える高齢者に対し、一方的に関わりを強制するようなアプローチのあり方は、高齢者本人の意思を尊重すべきというケアの理念からもふさわしくないものである。高齢者本人の家族をはじめ様々な担い手の助力を得ながら「程のよい」人間関係づくりを志向される必要がありこの点をどのように今後進めていくかが大きな課題となろう。それゆえに上記に関連して、韓国のように（介護専門職でなく）ボランティアが高齢者ケアの主たるマンパワーとなることの是非という点が、「地域で」高齢者を見守るしくみの整備を今後進めるうえで重要な論点の一つになると思われる。

高齢者の社会的介護のしくみづくりは、容易に明確な解決策の見出しがたい難しい課題である。日本国内外の様々な取組に関する実証的な検証をもとに、社会的ケアモデルの絶えざる再検討が今後も強く求められよう。

注

- 1) 日本では、2004年以前は認知症が「痴呆」と表記されていたため、当時の政策名称についてふれるときのみ「痴呆」と表記し、他は「認知症」で統一する。
- 2) 平成2年厚生科学総合研究「老人性痴呆疾患患者における対策に関する研究」では、認知症高齢者の将来推計が示されており、2010年には全高齢者の8.1%、2020年には8.9%が認知症高齢者によって占められると推計されていた（伊里：2009）。
- 3) 具体的には家族療養費と呼ばれ、月15万W程度が給付されている。要介護認定者の住んでいる地域に事業所がなく、サービス利用をしたくてもサービスが利用できない場合に

給付されるが、原則としては実際のサービス利用が優先である（大韓民国国民健康保険公団，2013）。

参 考 文 献

- 曹秋龍，1996，「韓国における老人福祉と地域社会に関する研究」『地域福祉研究』No24：51-60.
- 大韓民国京畿道揚平郡，2013a，『揚平郡事業紹介－認知症の心配のない揚平郡づくり』
- 大韓民国京畿道揚平郡，2013b，『揚平郡ムハンドルボムセンター』
- 大韓民国京畿道揚平郡，2013c，『揚平郡総合社会福祉館－2012年事業性と及び2013年事業計画－』
- 大韓民国国民健康保険公団，2013，『高齢者長期療養保険制度』
- 遠藤英俊・佐竹昭介・三浦久幸，2011，「介護保険制度と在宅医療」『日本臨床』69巻増刊10号：557-560.
- 今井幸充・黄才栄，2008，「認知症に関する介護保険サービスの現状と課題」『老年精神医学雑誌』19巻10号：1090-1098.
- 井岡勉・埋橋孝文編，2009，『地域福祉の国際比較－日韓・東アジアモデルの探索と西欧モデルの比較－』現代図書
- 池田光穂，2010，「ほけの復権をめざして」阿保順子・池田光穂・西川勝・西村ゆみ『認知症ケアの創造 その人らしさの看護へ』雲母書房：151-173.
- 伊里タミ子，2009，「介護保険法における認知症高齢者グループホームの変遷と課題」『金城学院大学大学院文学研究科論集』15巻：31-55.
- 勝又浜子，2013，「認知症の「ケアの流れ」をどう変える？ これからの認知症施策の主流と訪問看護の役割」『訪問看護と介護』2013年1月号：16-20.
- 春日キスヨ，2002，「ケアリングと教育－痴呆高齢者介護倫理の変容と実務者研修・教育－」『教育学研究』69巻4号：484-493.
- 韓国社会科学研究所社会福祉研究室（金永子編訳），2002，『韓国の社会福祉』新幹社
- 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』法政大学出版社
- 金圓景，2010，「韓国における認知症高齢者の家族会のサポートグループとしての機能」『日本の地域福祉』23号：106-115.
- 金圓景，2012，「韓国における認知症高齢者の家族介護者支援の課題」『総合社会福祉研究』第41号：157-167.
- 古賀紀江・横山ゆりか・金光浩・李京洛，2006，「高齢期の地域生活継続を支える場としての韓国敬老堂 敬老堂の使われ方の報告と考察」『前橋工科大学研究紀要』9巻：93-96.
- 厚生労働省（認知症施策検討プロジェクトチーム），2012，『今後の認知症施策の方向性について』
- 厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査結果の概要」各年度版

- 「京都式認知症ケアを考えるつどい」実行委員会編, 2012, 『認知症を生きる人々たちから見た地域包括ケア 京都式認知症ケアを考えるつどいと2012 京都文書』クリエイツかもかわ
- 中澤純一・大崎千明・岡田進一・窪内敏子・藤井賢一郎, 2012, 「座談会 平成24年度介護保険法の改正から 認知症ケアの意義。専門職の専門性を考える」『認知症ケア事例ジャーナル』5巻1号: 25-41.
- 百瀬由美子・渡辺みどり・奥野茂代・小野塚元子・Lee, Myng-Ok, 2006, 「韓国の高齢化に伴う介護問題の現状と課題」『愛知県立看護大学紀要』12巻: 75-80.
- 森敏, 2011, 「介護保険と認知症ケア」『日本内科学会雑誌』100巻8号: 2162-2169.
- 森俊夫, 2013, 「認知症の「入口問題」を解決する新たな地域医療・ケアの構築に向けて」『訪問看護と介護』2013年1月号: 25-30.
- 宗川千恵子, 2011, 「介護保険における認知症」『診断と治療』99巻3号: 504-510.
- 野村亜由美, 2004, 「ばけ老人のいない島: 過疎高齢化社会の表象算出に関する私論」『熊本大学社会文化研究』2巻: 99-112.
- 朴峰寛・三谷鉄夫・鈴木克典, 2005, 「韓国と日本の高齢者福祉」『人間福祉研究』8号: 67-81.
- 林春植・宣賢奎・住居広士編, 2010, 『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房
- 斎藤嘉孝・近藤克則・平井寛・市田行信, 2007, 「韓国における高齢者向け地域福祉施策－「敬老堂」からの示唆－」『海外社会保障研究』No159: 76-84.
- 佐藤弥生・勅使河原隆行, 2008, 「日本における認知症ケアの人材養成の現状と課題－専門研修と専門資格制度の整理から－」『保健福祉学研究』No6: 43-62.
- 白澤政和, 2011, 「韓国の高齢者長期療養保険制度の現状－日本との比較をもとに－」『ケアマネジメント学』9号: 57-63.
- 武川正吾・金淵明編, 2005, 『韓国の福祉国家・日本の福祉国家』東信堂
- 武川正吾・李惠旻編, 2006, 『福祉レジームの日韓比較－社会保障・ジェンダー・労働市場』東京大学出版会
- 武田章敬, 2009, 「介護保険制度の認知症対策」『日精協誌』28巻4号: 18-23.
- 上野千鶴子・辻本清美, 2009, 『世代間連帯』岩波書店
- 矢澤澄子, 2008, 「介護保険制度のケアモデルと認知症高齢者グループホーム実践の展開」『東京女子大学紀要論集』59巻1号: 85-116.
- 尹文九・洪金子, 2005, 「韓国における高齢化とサポート」『日米高齢者保健福祉学会誌』第1号: 97-101.

追記) 本稿は、2011年度に交付を受けた松山大学特別研究助成による研究成果の一部である。また、韓国の高齢者ケアの現状について仁済大学朴貞蘭副教授に調査への示唆を受けた。改めて深く御礼申し上げる。