

# 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察

## A Comparative Consideration of the Long-term Care Insurance Systems in Japan, Germany and South Korea

宣 賢 奎

Hyeon-kyu SEON

### 概要

本研究は、日本、ドイツ、韓国の3か国における介護保険制度創設の背景、導入過程、内容などについて比較考察したものである。比較考察の結果、日本はドイツに学び、韓国はドイツと日本に学んで介護保険制度をつくりあげたことが明らかになった。そのため、3か国の制度には類似点が多いが、自国の実情に応じた制度に修正して制度を運用しているため、相違点も多くみられた。

今後、互いの制度を学び合うことによって、各国の制度の客観的な評価と見直しの材料にするとともに、3か国の介護保険制度が介護保険の国際化に貢献することを願う。

**キーワード：**介護保険制度、要介護認定、介護保障、介護の社会化

### Abstract

This study is a comparative consideration regarding the background, the introduction process and the content, etc. of the long-term care insurance system foundations in Japan, Germany and South Korea. As a result of comparison consideration, it became clear that Japan learned from Germany when it made its long-term care insurance system, while South Korea learned from both Germany and Japan. Therefore there were a lot of similarities in the three systems, although differences were also seen, much because each system was being corrected according to the real state of affairs of their own country, and as a result of its use.

In the future, by learning about each other's systems it is hoped that an objective evaluation of each system will be made and review materials produced, and that it will contribute to the internationalization of long-term care insurance.

**Keywords:** long-term care insurance system, certification for long-term care need, nursing care security, socialization of nursing care

## 目次

1. はじめにー研究目的および研究方法ー
2. 介護保険制度創設の背景
3. 介護保険制度導入の過程
4. 介護保険制度の内容
  - 4.1 制度の名称
  - 4.2 保険者
  - 4.3 被保険者
  - 4.4 給付対象者
  - 4.5 要介護認定
  - 4.6 保険給付
  - 4.7 保険給付水準
  - 4.8 利用者負担
  - 4.9 財源
5. おわりに

### 1. はじめにー研究目的および研究方法ー

韓国では2007年4月に「老人長期療養保険法」(以下、介護保険法)が成立し、2008年7月から制度が施行された。オランダ、イスラエル、オーストラリア、ルクセンブルク、ドイツ、日本に次ぐ世界7番目の制度施行であった。介護保険単独の社会保険方式による制度としては、ドイツ、日本に次いで世界で3番目となる。

韓国の介護保険制度は、1995年4月から施行(施設サービスは1996年7月から施行)されたドイツの介護保険制度(Pflegeversicherung)と2000年4月から施行された日本の介護保険制度をモデルにして創設されたといわれている。韓国の社会経済状況、社会保障制度の現状、高齢者介護の実態などを勘案しながら、両国の制度のなかから、韓国の状況に適合する部分を取捨選択して制度がつくられたとみてよかろう。そのため、両国の制度との類似点が多いだけでなく、相違点もまた多い。

そこで本研究では、日本、ドイツ、韓国の3か国における介護保険制度創設の背景、制度の導入過程、制度の内容などについて比較考察を行うことにする。日本、ドイツ、韓国の3か国の介護保険制度を比較考察することで各国の制度の類似点と相違点がより明確になるだけでなく、互いの制度を学び合うことによって、各国の制度の客観的な評価と見直しの材料にもなると考えられる。

## 2. 介護保険制度創設の背景

3か国において介護保険制度が導入された背景には大きな違いはない。3か国に共通する背景として、①人口の高齢化と少子化、②要介護高齢者の急増、③家族介護力の低下、④老人医療費の膨張、⑤家族の変容、⑥社会的介護サービスの未整備<sup>(1)</sup>などがあげられる。ここでは、公的な介護保障システムを中心に介護保険制度が創設された背景と過程を比較考察したい。

3か国において介護保険制度の創設の検討が始まったときの高齢化率をみると、ドイツは15%台（1990年）、日本は14%台（1994年）と比較的に高かったが、韓国はまだ7%（2000年）を少し超えた時点であった。ドイツと日本に比べて韓国の高齢化率が際立って低い。にもかかわらず、この段階で介護保険制度の創設が検討されたのは、少子化と高齢化の進行が世界で最も早い事情から、間近に迫っている本格的な少子高齢社会を見据えての政策決定であったと考えられる。高齢化率が7%から14%になる「倍加年数」は、日本の24年間よりも短い18年間と予測されている（表1）。

表1 主要国の人口高齢化速度

区分	日本	韓国	中国	アメリカ	フランス	スウェーデン
高齢社会到達所要年数	24	18	25	72	115	85
高齢化社会（7%）到達年度	1970	2000	2001	1942	1864	1890
高齢社会（14%）到達年度	1994	2018	2026	2014	1979	1975

資料：統計庁『将来人口推計』2001年および国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」2003年。

ドイツの場合、要介護者に対する公的な介護サービスの提供システムが不十分であったことが、介護保険制度の創設の出発点となった。介護保険制度が導入される前のドイツでは、労災保険制度における介護給付、戦争犠牲者援護制度における介護手当の支給、医療保険制度における在宅サービスの提供または介護手当の給付が公的な介護給付のすべてであった。そこで、より多くの要介護者に対する介護サービスを提供するため、単独の社会保険方式による介護保険制度を導入したのである。

日本の場合、介護保険制度が導入される前にも老人福祉制度や障害者福祉制度によって要介護者に対する介護サービスが提供されていた。しかし、行政処分による措置制度の硬直化や財源不足が問題点として持ち上がったことをひとつの背景として介護保険制度が導入された。措置制度には、①利用者負担や利用手続き等における不合理な格差や差異、②利用者のサービス選択権が保障されていない、③高齢者が利用できる介護サービス不足（施設の入所待機者が多数存在）、④スティグマ（stigma）やミーンズ・テスト（means test）の存在、⑤サービスの内容が画一的・平均的・硬直的であるうえ、サービス相互の

連携が不十分であるなどさまざまな問題点があった。

また日本では、老人保健法による保健医療サービスとして介護サービスが提供されていたため、保健医療による介護の肩代わりの状態が続いており、国民医療費を膨張させるという問題も抱えていた。そこで、公費（租税）を財源とする措置制度から保健医療以外の保険料の徴収による契約制度に変更する介護保険制度が導入されたのである。介護保険制度の導入の意義は大きく、①介護の社会化による家族の介護負担の軽減（老後の不安の解消）、②中産層を含めた普遍的サービスの実施（社会保険方式による給付と負担の関係の明確化）、③硬直的な措置制度に代わる利用契約制度の確立、④サービス提供主体の多様化、⑤保健・医療・福祉サービスの総合的な提供による社会的入院から社会的介護への転換などがあげられる。

一方の韓国では、ドイツと日本に比べて国民の介護ニーズに十分に対応し得る高齢者福祉制度が相対的に成熟しておらず、それが高齢化率の低い状況のなかで介護保険制度の導入を強気に後押しする要因となったと考えられる。つまり、福祉政策の根底にある「先家庭保護・後社会保障」という基本方針のもと、政府予算に占める老人福祉関係予算が少ない韓国では（表2）、介護保険制度の創設によって国民の介護ニーズに対応するための財源を確保し、介護サービスの基盤整備を推し進めようとしたねらいがあったとみられる。日本の場合、介護サービスの基盤整備がある程度進んだ段階で介護保険制度の導入が議論された。しかし、韓国では高齢者介護サービスの基盤整備が緒についたばかりで介護サービスの量的確保が大きな課題となっていたので、介護サービスの量的拡充を図るために、取り急ぎ介護保険制度を導入したとみてよかろう。

表2 年度別の社会保障および老人福祉予算

年 度	GDP (10億ウォン)	社会保障費		老人福祉費	
		予 算 (10億ウォン)	対GDP比 (%)	予 算 (10億ウォン)	対GDP比 (%)
1999	482,744	6,105	3.31	202	0.04
2000	521,959	8,074	3.52	284	0.05
2001	551,558	10,746	2.97	319	0.06
2002	596,381	10,677	3.69	394	0.07
2003	721,346	11,572	3.51	406	0.06
2004	788,445	12,830	4.01	515	0.07
2005	810,516	13,586	2.51	341	0.04
2006	848,045	15,156	2.67	404	0.05
2007	901,187	18,823	3.02	569	0.06
2008	—	—	—	2,062	—
2009	—	—	—	3,126	—

資料：保健福祉家族部『保健福祉家族部統計年譜』1999～2009年、韓国保健社会研究院「保健福祉予算の状況と展望」2008年を宣が修正。

### 3. 介護保険制度導入の過程

前述したように、従来の社会保障制度の仕組みや高齢者福祉制度の整備の度合いが介護保険制度の導入過程に強い影響を及ぼしている。ドイツの場合、施設介護の費用負担や社会扶助の財源問題が発端となり、政府主導型で介護保険制度の導入が決まるまで約20年をかけて議論を重ねて結果として制度が施行された。ドイツでは、1970年代から介護保障に関する議論があったが、本格的に介護保険制度の議論が始まったのは1990年代に入ってからである。1990年9月に連邦労働社会大臣が社会的介護保険制度導入の構想を明らかにしたのを皮切りに制度導入に向けての本格的な議論がなされた。その後、与野党間のさまざまな調整を経て1993年6月に介護保険法案がドイツ国会に提出され、翌1994年4月に可決成立した。

日本でも制度施行までに約6年をかけて調整した歴史がある。1994年4月に当時の厚生省内に高齢者介護対策本部が設置されて介護保険制度の検討が始まった。介護保険制度の創設の必要性を提唱した1994年7月の社会保障制度審議会の勧告と1995年4月のドイツの介護保険制度の施行により、日本でも介護保険制度創設に向けた機運が一気に高まった。その後、1996年5月の老人保健福祉審議会の最終報告を踏まえて1996年11月に介護保険法案を国会に提出し、翌1997年12月に介護保険法が国会で可決成立した。日本では当時の厚生省を中心とする行政主導型で制度の企画立案が進められ、1989年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称、「ゴールドプラン」）などの基盤整備により新介護システムの構築が練られ施行された特徴がある。

一方の韓国の場合、両国と異なり、大統領の強いリーダーシップのもとで制度の検討が始まり、行政のトップダウン式で制度が創設された経緯がある。しかも、その準備期間が短期間であり、さまざまな矛盾を抱えながらの制度施行となった。介護保険制度の導入が初めて公に示唆されたのは、2001年8月15日に行われた金大中大統領の光復節記念演説においてである。その後しばらくの間、具体的な政策発表がなかったが、2002年7月、国務総理室老人保健福祉対策委員会が公示した「老人保健福祉総合対策」の中で公的老人療養保障体系の構築に関する構想が発表された。その後、2003年3月に保健福祉部のもとに公的老人療養保障推進企画団が設置され、制度導入に向けての具体的な議論が始まった。2004年3月には公的老人療養保障制度実行委員会が設置され、制度運営方式、財源調達および分担方案、管理運営システム、給付範囲および介護報酬などが提示された。

2005年1月に実行委員会から提出された制度モデルの最終報告書に基づき、同年5月に介護保険制度基本案が確定された。しかし、政府は介護サービスの基盤整備の立ち遅れを理由に当初予定していた2007年7月からの制度施行を1年遅らせ、2008年7月1日から施行することにした。保健福祉部では2006年2月、「老人スバル保険法案」を国会に

提出したが、国会審議中に「老人長期療養保険法」に名称変更された法律が2007年4月の国会で可決成立した。

韓国の介護保険制度の導入過程を総評するならば、増田が考察しているように、「韓国では介護保険制度の創設をめぐる、ドイツや日本のように与野党間で意見が対立したり、関係者間で活発な論争が巻き起こったり、あるいはマスコミにおいて大きく報道されたりしたという現象は起こらなかった。総じて、韓国の保健福祉部の計画どおり、順調に制度の創設に至った。その背景には、ドイツや日本における実施状況をみて介護保険制度に対する違和感がなく、かえって両国の例を参考に導入することに対して国民の大多数が賛成であったことがあげられる。」<sup>(2)</sup>と評価することもできるであろう。

#### 4. 介護保険制度の内容

##### 4.1 介護保険制度の名称と概念

本研究では、ドイツと韓国の介護保険にかかわる用語を「介護保険」と表記しているが、3か国の法律の正式名称はかなり異なる。すなわち、ドイツは「要介護のリスクの社会的保護に関する法律」、日本は「介護保険法」、韓国は「老人長期療養保険法」となっている(表3)。

韓国の介護保険制度に用いられている長期療養介護という用語は英語の「long-term care」を韓国語式に翻訳したものである。日本では一般的に「介護」という用語が使われている。ドイツの介護保険制度に用いられているプフレーゲ(Pflege)には「看守って助ける」という意味があり、日本の介護と相通ずる用語である。

ちなみに、韓国の介護保険制度の創設の段階で一時的に議論された「スバル」という用語は、プフレーゲを純粋な韓国語に表したものであるといわれている。ここからも、韓国の介護保険制度がドイツの介護保険制度を参考にしてつくられたことが示唆される。もちろん、日本の介護保険制度も参考にしてつくられたが、日本で広く使われている「介護」という用語は、韓国では馴染みが薄かったため、最終的には介護でもスバルでもなく、英語のcareがもつ保健医療に近い「療養」という用語を法律名に用いたのである。

このように、3か国の社会文化的な背景によって法律名に用いた用語がそれぞれ異なるが、その趣旨に大きな違いはない。ただ、3か国の法律の名称と概念にはそれぞれ異なる特徴がある。ドイツの法律名には「老人」という表記がなく、保険給付対象者を高齢者に限定していない。日本の法律名にも対象者を限定する表記はないが、実際の制度運用は給付対象者を高齢者に限定し、若年障害者を除外しているため、ドイツとは名称は似て概念は異なるものである<sup>(3)</sup>。一方、韓国では法律名に「老人」と明記し、保険給付対象者を高齢者に限定しており、3か国のなかでは最も限定的な適用になっている。

表3 日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較

	日 本	ドイ ツ	韓 国
名 称	介護保険法	要介護のリスクの社会的保障に関する法律	老人長期療養保険法
法 律 項 目	14章 215条附則 8条	12章 122条	12章 70条附則 3条
法 律 制 定 年 月	1997年 12月	1994年 5月	2007年 4月
法 律 施 行 期 日	2000年 4月（保険料徴収、在宅・施設サービス同時実施）	1995年 1月（最初に保険料徴収を実施） 1995年 4月（在宅サービス） 1996年 7月（施設サービス）	2008年 4月（要介護認定申請等） 2008年 7月（介護給付の提供・保険料の徴収等）
制 度 の 建 て 方	独立型・地域保険型	医療保険制度活用型	医療保険制度活用型
保 険 者	市町村（約 1、800）	介護金庫（約 800）	国民健康保険公団（全国で 1）
被 保 険 者	40歳以上の医療保険被保険者（65歳を境に第1号・第2号被保険者と区別）	公的医療保険加入者	国民健康保険の加入者
給 付 対 象 者	原則として高齢者	すべての年齢層の要介護者	原則として高齢者
要 介 護 度	7段階（施行時は 6段階）	3段階（特に重度を加えると 4段階）	3段階
判定機関および方法	介護認定審査会の判定（1次判定はコンピュータ判定）	MDK（疾病保険のメディカルサービス）の判定	等級判定委員会の判定（1次判定はコンピュータ判定）
サービス利用方法	ケアマネジャーによる介護計画作成等のケアマネジメントを経て事業者と契約	MDKが作成する要介護の鑑定報告書の介護プランを参考に利用者が事業者と契約	国民健康保険公団が発行する「標準介護サービス利用計画書」に基づき事業者と契約
保 険 給 付	在宅・施設サービス、地域密着型サービス、予防給付	在宅・施設サービス（医療系サービスは除く）	在宅・施設サービス、特別現金給付
現 金 給 付	なし（家族手当あり）	介護手当、代替介護手当	離島・僻地等で家族療養費
要 介 護 認 定 者	約 467 万人（高齢者人口の約 17.0% 程度）〔2009 年 4 月末現在〕	約 211 万人〔2008 年 12 月末現在〕。うち、65 歳以上の要介護者は約 161 万人（高齢者人口の約 9.7% 程度）〔2007 年 12 月末現在〕	約 26 万人（高齢者人口の約 5.0% 程度）〔2009 年 5 月末現在〕
利 用 者 数	約 378 万人（要介護者に占める利用率 81.8%）	約 211 万人（要介護者に占める利用率ほぼ 100%）	約 20 万人（要介護者に占める利用率 78.0%）
利 用 者 負 担	10%（施設入所の食費と宿泊費は給付対象外）	なし（ただし、保険給付は定額制で、それを超える部分は自己負担。施設入所の食費と宿泊費は自己負担）	在宅給付は 15%、施設給付は 20%（施設入所の食費と宿泊費は給付対象外）
財 源 構 成	利用者負担以外は、公費と保険料で 2 分の 1 の負担。公費は国と地方自治体が 50% ずつ負担。2009 年度の第 1 号保険料は全国平均月額約 4,160 円。第 2 号保険料率は 1.19%（協会健保、労使折半）	すべて保険料負担。2008 年の保険料率は全国一律 1.95%（被用者は労使折半、自営業者や年金受給者は全額自己負担）	国庫負担 20%、介護保険料 60～65%、利用者負担 15～20%、2009 年の保険料率は医療保険料の 9.56%（被保険者はその半分の 4.78%〔月額平均 3,250 ウォン〕を負担）。

資料：増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社、2008年、p.198を参考に宣作成。

#### 4.2 運営全般を担う保険者

韓国では、医療保険制度の運営全般を担っている保険公団が保険者となっており、被保険者の資格管理、保険料の徴収、訪問調査、要介護認定、標準長期療養利用計画書の作成および交付、介護給付費の審査および支給、事業者指定など、介護保険制度にかかわるほぼすべての実務を行っている。ドイツでも医療保険の保険者である疾病金庫（Kranken-

kassen) に併設される介護金庫 (Pflegekassen) が保険者である。介護金庫は医療保険メ  
ディカルサービス (MDK ; Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) を通して訪  
問調査、要介護認定を行うとともに、保険料の徴収、介護給付などの業務を担当してい  
る。ドイツと韓国の共通点は、既存の医療保険の保険者が介護保険の保険者になってお  
り、介護保険業務も兼ねている点である。しかし、同じ医療保険制度活用型の制度設計で  
ありながら、両国には相違点もある。ドイツの場合には、2009年1月現在で、全国に7  
種類の疾病金庫があり<sup>(4)</sup>、それぞれに介護金庫が併設されているが、韓国の場合は保険  
公団が唯一の保険者となっている<sup>(5)</sup>。

一方の日本は両国とかなり異なり、市町村・特別区 (地域によっては「広域連合」) が  
保険者となっている。日本の場合には、医療保険制度において市町村の役割が大きく、国  
民健康保険などの地域行政の保険者としての事務処理能力や老人福祉制度によるサービス  
提供を通して培ってきた実績があったため、地方自治体を保険者とすることに大きな問題  
はなかったと考えられる。保険者は制度施行時には3,300を超えていたが、その後に進め  
られた市町村の大合併によって2009年12月末現在は1,761 (784市、788町、189村)  
にまで減少している。

#### 4.3 被保険者

ドイツと韓国では、公的医療保険の被保険者が介護保険の被保険者となっている。韓国  
の場合、子どもに扶養されている高齢者等は保険料負担がない。日本と異なり、年齢や職  
業による被保険者の区分はない。日本では65歳を境に被保険者が2種類に分けられてお  
り、第1号被保険者は65歳以上の者、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険  
加入者である。保険料の算定および徴収方法が被保険者ごとに異なり、第1号被保険者  
は本人と世帯の課税状況や前年の所得金額等に応じて市町村が段階的に設定し、特別徴収  
(年金からの天引き) または普通徴収の方法で徴収される。

第2号被保険者の場合は、国民健康保険加入者は所得や資産等に応じて世帯ごとに算  
定された保険料を介護保険料と医療保険料を合わせて国民医療保険料として世帯主が納め  
る。健康保険・共済組合保険加入者は給与および賞与に応じて医療保険ごとに介護保険料  
率が設定される保険料を医療保険料と合わせて納める。保険料は給与および賞与から一括  
徴収 (天引き) されるシステムになっているが、保険料の半分は事業主が負担する。な  
お、被扶養者は加入している医療保険の被保険者が負担するので、直接、保険料を納める  
必要はない。

日本では現在、ドイツや韓国同様、被保険者の範囲を40歳以下に拡大する案が持ちあ  
がり、関連の審議会等で議論されている。しかし、若い世代への新たな保険料負担の是非  
や保険料を折半負担する事業者の反対等により、まだ実現には至っていない。ただ、介護

保険財政に対する懸念と年齢区分のないドイツや韓国の現行システムに鑑みると、将来的に被保険者と給付対象者の範囲の拡大は避けられそうにない。

#### 4.4 給付対象者

ドイツの場合、給付のための年齢区分がなく、要介護状態と判定されれば誰でも保険給付を受けられる。ところが、日本と韓国の場合、原則、65歳以上の要介護高齢者に保険給付が限られている。日本では、40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、脳血管障害、初老期認知症など加齢に起因する16の特定疾病によって要介護状態になった場合のみが保険給付の対象となる。韓国でも、認知症や脳血管障害など24の老人性疾病を持つ65歳未満の者は給付対象者となる。

日韓両国では障害者が給付対象者から漏れていることが問題視されている。現在、両国とも障害者福祉制度を通して障害者を処遇しているが、介護保険制度の給付対象者に包括することが議論されている。特に、日本では2006年度から施行されている障害者自立支援制度（契約制度によるサービス利用料の1割自己負担）との整合性が課題となっている。

#### 4.5 要介護認定

ドイツの場合、被保険者が介護金庫に認定申請をする。それを受け、介護金庫は医療保険メディカルサービス（MDK）に訪問調査と判定の依頼をする。MDKの医師または介護専門職が申請者の自宅に訪問し、36の調査項目に基づいて日常生活の援助の必要性などについて訪問調査を行う。なお、認知症の場合は独自の調査となる。MDKは判定結果を介護金庫に報告し、その報告を基に介護金庫が要介護度を最終決定する。要介護度（Pflegestufe）は3段階（介護等級Ⅲより重い「特に過酷」を含める場合は4段階）に分かれている（表4）。ドイツでは日本で認定される要介護2以下の軽度者が除外されており、要介護者の範囲が狭い。2008年12月末現在の要介護認定者は約211万人である。ドイツの介護保険は、重度の介護を必要とする要介護者だけを対象とする。約211万人のうち、65歳以上の要介護者数は、2007年度末で高齢者人口の約9.7%にあたる約161万人である。

表4 日本・ドイツ・韓国の要介護時間等による要介護認定区分

日 本		ド イ ツ		韓 国	
要介護度	要介護時間	要介護度	要介護時間	要介護度	要介護等認定基準点数
要支援 1	25分以上 32分未満				
要支援 2	32分以上 50分未満				
要介護 1	32分以上 50分未満				
要介護 2	50分以上 70分未満				
要介護 3	70分以上 90分未満	介護等級Ⅰ	90分以上	3等級	55点以上 75点未満
要介護 4	90分以上 110分未満	介護等級Ⅱ	180分以上	2等級	75点以上 95点未満
要介護 5	110分以上	介護等級Ⅲ	300分以上	1等級	95点以上

注：要介護時間を基準にすると、ドイツの介護等級Ⅰは日本の要介護4、介護等級Ⅱは日本の要介護5に相当する。  
資料：宣作成。

一方、日本では、要介護認定を受ける場合は、市町村の窓口申請書を提出する。市町村の職員や市町村から委託を受けた介護支援専門員が申請者の自宅や施設を訪問し、74項目の訪問調査票に基づいて日頃の心身の状況等について聞き取り調査を行う。要介護認定は市町村に設置されている介護認定審査会で行うが、客観的かつ公平な判定を行うため、高齢者の心身の状況の調査および主治医意見書に基づくコンピュータによる1次判定と訪問調査時の特記事項および主治医意見書を総合的に勘案した2次判定の二段階で行う。要介護度は要支援1と2、要介護1～5の7段階となる。ドイツや韓国に比べ、要介護者の範囲がはるかに広く、要介護2以下の軽度者も給付対象者に含まれる。ただし、日本では要支援者には給付制限があり、施設サービスを利用できないうえ、福祉用具貸与に際しても一部の用具は利用できない。ちなみに、2009年8月末現在の要介護認定者は高齢者人口の約17.0%にあたる約477万人である。軽度者も認定しているため、高齢者人口に占める要介護認定者の割合がドイツに比べて相対的に高いことがわかる。

韓国の要介護認定の流れはドイツや日本とほぼ同様である。要介護認定の申請者は、主治医意見書を添えて保険公団の窓口申請書を提出する。申請を受けた保険公団は社会福祉士や看護師などの職員を利用者宅に訪問させ、94項目の調査項目に基づいて申請者の要介護状態を調査する。その際は、要介護者の心身の状況だけでなく、介護者の有無や要介護者が置かれている居住環境も調査する。判定は市郡区に設置される等級判定委員会で行われる。要介護認定の基準は全国一律に客観的に定められており、客観的で公平な判定を行うため、コンピュータによる一次判定と（94の調査項目のうち、心身の機能にかかわる52項目で判定）、その結果および主治医意見書を総合的に勘案して学識経験者等が行う最終判定の二段階で行う。要介護度は1等級（最重度）、2等級（重度）、3等級（中重度）の3段階となる。ドイツや日本と異なり、1等級が日本の要介護5に相当する最も重い要介護度である。ちなみに、2009年5月末現在の要介護認定者は約26万人であるが、これは高齢者人口の約5.0%にすぎない。保険財政の逼迫を懸念した政府が、要介護

者の範囲を限定したためである。

#### 4.6 介護サービスの保険給付

ドイツの介護保険の給付は、在宅介護サービスと施設介護サービスに大別される。在宅介護サービスとして現物給付 (in-kind benefit)、現金給付 (benefit in cash)、代替介護、介護補助器具、住宅改造補助、介護講習、介護者のための社会保険があり、施設介護サービスとしては部分施設介護 (Teilstationär Pflege：デイケア、ナイトケア、ショートステイ)、完全入所施設介護 (Vollstationär Pflege)、障害者援助の完全入所施設介護がある (表 5)。

ドイツが日本と異なる点は、家族介護者への現金給付がある点である。在宅介護を選択した場合、現物給付か現金給付、または両方の組み合わせのいずれかを選択可能であるが、選択の割合は 2008 年で、現金給付 46.4%、現物給付 8.4%、混合給付 (現金+現物) 11.2%程度となっている。現金給付を選択する人は、1995 年には全体の 83.0%であったが、その後は年々下がり、現在は 46.4%となっている<sup>(6)</sup>。また、週 14 時間以上在宅で介護している介護者には、労災保険と失業保険が適用される。さらに、政府による年金保険料の代替負担があり、家族介護者を育成するための介護講習の実施も保険給付の対象となる。

家族介護者に対する現金給付と社会保険の適用は、家族の無償労働 (shadow work) を有償化したことである。このように、介護を有償の社会的労働と位置づけたのがドイツの介護保険の画期的なところである。ただ、日本では適用されているリハビリテーションなどの保健医療サービスは含まれないなど、日本に比べて保険給付の内容は限定的である。

日本の介護保険の給付は、居宅介護サービス、施設介護サービス、地域密着型サービスに大別される。居宅介護サービスとしては、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護 (デイサービス)、通所リハビリテーション (デイケア)、短期入所生活介護 (ショートステイ)、短期入所療養介護 (ショートステイ)、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売 (購入費の支給)、居宅介護住宅改修費の支給の 13 種類がある。それぞれのサービスには 2006 年 4 月に介護予防を目的として創設された要支援 1・2 を対象とする介護予防給付もある。また、要介護者・要支援者には年間 10 万円を上限として特定福祉用具購入費が償還払いで支給される。さらに、原則 1 回限りの 20 万円の住宅改修費が支給される。

施設介護サービスとしては、常時介護が必要な要介護者の生活の場となる介護老人福祉施設 (通称、特別養護老人ホーム)、家庭復帰のための機能訓練を中心とする病院と在宅との中間施設であった介護老人保健施設 (通称、老人保健施設)、比較的長期の療養を必要とする要介護者が入院する介護療養型医療施設 (通称、療養型病床群) の 3 種類があ

る。これらの施設の利用は要介護1以上の人を対象としているため、要支援者は利用できない。なお、介護療養型医療施設は療養病床の再編構想により、2012年3月末までに廃止されることが改正介護保険法に銘記されている。

2005年の「介護保険法」の改正によって新たに加わった地域密着型介護サービスとしては、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、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の6種類がある。地域密着型サービスは市町村が事業所の指定・監督を行い、指定を行った市町村の住民のみが利用可能である。都道府県が事業所の指定・監督を行う居宅介護サービスと施設介護サービスとは異なる。ちなみに、認知症対応型共同生活介護は2005年の介護保険制度の改正によって居宅介護サービスから地域密着型介護サービスに移行したサービスだが、他のサービスと異なり、要介護1以上の認定を受けた人しか利用できない。一方、地域密着型サービスには、要支援1・2の人が対象となる地域密着型介護予防サービスがあるが、介護予防認知症対応型通所介護、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共同生活介護の3種類である。

利用者の心身の状況や本人・家族等の希望などを踏まえ、介護サービス計画を作成し、サービス提供事業者等々の連絡調整などを行うケアマネジメントとしては、居宅介護支援と介護予防支援がある。なお、介護予防支援によるケアプランは地域包括支援センターの保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等が作成する。

上記の他に、要支援・要介護状態になる可能性が高い特定高齢者を対象とし、各市町村が地域支援事業として行う介護予防事業がある。この事業は、元気な高齢者が要支援・要介護状態に陥らないように、運動機能の向上（筋肉トレーニングや転倒骨折予防）、栄養改善、口腔機能の向上、認知症予防、閉じこもり、うつ予防事業などを行い、できるだけ地域で長く健康で生活できるように支援する事業である。サービス利用にあたっては、地域包括支援センターの保健師等に介護予防ケアプランを作成してもらう。

日本の保険給付は、ドイツや韓国に比べて数多くの種類のサービスがあるという特徴がある。しかも、両国にはないリハビリテーションなどの保健医療サービスも提供されている。ただ、家族介護者に支給されるドイツや韓国のような現金給付はない。現金給付に関しては、日本でも制度創設時に導入をめぐる活発な議論が行われたが、女性の介護労働を固定化してしまう等の理由から、導入が見送られた経緯がある。日本の特徴としてもうひとつ取り上げると、ドイツと韓国にはない都道府県の認定資格である介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護サービス計画（ケアプラン）を作成し、サービス提供事業者等々の連絡調整などを行うケアマネジメントシステムがあるという点である。

表5 日本・ドイツ・韓国の保険給付（2009年10月末現在）

日 本		ドイ ツ		韓 国	
居 宅 介 護	介 護 給 付	在 宅 介 護	現物給付 現金給付 代替介護 介護補助器具 住宅改造補助 介護講習 介護者の社会保険	在 宅 介 護	訪問介護 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 特定福祉用具販売 住宅改修費補助 居宅介護支援
	介 護 予 防				介護予防訪問介護 介護予防訪問入浴介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防福祉用具貸与 介護予防特定福祉用具販売 介護予防住宅改修費補助 介護予防支援
地 域 密 着 型	介 護 給 付	部 分 施 設 介 護	デイケア ナイトケア ショートステイ	特別現金給付	夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 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
	介 護 予 防				介護予防認知症対応型通所介護 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共同生活介護
施 設 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	完 全 入 所 施 設 介 護 障 害 者 援 助 の 完 全 入 所 施 設 介 護		施 設 介 護	老人療養施設 老人専門療養施設 老人療養共同生活家庭

注：日本の保険給付では、「居宅介護支援」と「介護予防支援」をケアマネジメントとして別区分するところがあるが、本稿では便宜上、居宅介護サービスに含めている。また、上記以外に、市町村が独自に行う「市町村特別給付」（紙おむつ支給、移送サービス、配食サービスなど）、特定高齢者（高齢患者）向けの「地域支援事業」（介護予防事業、包括的支援事業など）、「保健福祉事業」（介護者教室、健康づくり事業など）がある。

資料：宣作成。

一方、韓国の介護保険の給付は、在宅介護サービス、施設介護サービス、特別現金給付の3種類である。在宅介護サービスとして訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、デイ・ナイトサービス、ショートステイ、福祉用具貸与・販売があり、施設介護サービスとして

は老人療養施設、老人療養共同生活家庭がある。また、特別現金給付として、家族療養費、特例療養費、療養病院療養費がある。現在は、介護サービス事業者が不足する離島・僻地の居住者、あるいは要介護者が精神障害、伝染病等により他人との接触を拒否するなどの事情でやむを得ず家族から訪問介護に相当するサービスを受けた場合、その家族に支給される家族療養費のみが保険給付となっている。ドイツの介護手当にも類似しているこの現金給付は日本にはないものである。ただ、現金給付以外のサービスでは、日本に比べて限定的である。

#### 4.7 保険給付額の水準

要介護度別の給付額（利用限度月額）を比較すると表6 > のようになる。日本の保険給付額の水準がドイツや韓国に比べてかなり高いことがわかる。最も重い要介護度で見ると、在宅介護の要介護5の上限が月額35万8,300円である日本に対し、ドイツは「特に過酷」の在宅介護（現物給付）が25万8,930円と10万円程度低い。韓国はさらに低く、最も高い給付水準である1等級の施設介護の給付額が14万3,360円にすぎず、日本の半分以下の水準である。韓国は日本やドイツと異なり、最小限の財源のなか、制度をスタートさせたためであると考えられる。

表6 日本・ドイツ・韓国の要介護度別の給付額〔月額〕（2009年10月末現在）

要介護度	日本		ドイツ			韓国	
	在宅介護	施設介護	在宅介護		施設介護	在宅介護	施設介護
			現物給付	現金給付			
要支援1	49,700円	—	—	—	—	—	—
要支援2	104,000円	—	—	—	—	—	—
要介護1	165,800円	197,100円	—	—	—	—	—
要介護2	194,800円	218,400円	—	—	—	—	—
要介護3*1	267,500円	239,400円	420 (56,700円)	215 (29,025円)	1,023 (138,105円)	760,000 (76,000円)	1,169,100 (116,910円)
要介護4*2	306,000円	260,700円	980 (132,300円)	420 (56,700円)	1,279 (172,665円)	879,000 (87,900円)	1,306,500 (130,650円)
要介護5*3	358,300円	278,700円	1,470 (198,450円)	675 (91,125円)	1,470 (198,450円)	1,097,000 (109,700円)	1,443,600 (143,360円)

- 注：1. ドイツの数値の単位はユーロ（日本円換算は1€=¥135）、韓国の数値の単位はウォン（日本円換算は1,000W=¥100）。
2. \*1：ドイツは介護等級Ⅰ、韓国は3等級、\*2：ドイツは介護等級Ⅱ、韓国は2等級、\*3：ドイツは介護等級Ⅲ、韓国は1等級。
3. ドイツの場合、末期がん患者らが対象となる介護等級Ⅲより重い「特に過酷」がある。その場合、在宅介護では現物給付は月額1,918ユーロ（258,930円）、現金給付は月額675ユーロ（91,125円）、施設介護では月額1,750ユーロ（236,250円）が給付される。
4. ドイツの施設介護は完全入所施設介護の場合である。部分施設介護の場合は、420ユーロ（56,700円）から1,470ユーロ（198,450円）となっている。
5. 韓国の施設介護は老人専門療養施設および老人療養共同生活家庭の場合である。老人療養施設においては、1等級は月額1,149,000ウォン（114,900円）、2等級は月額1,009,800ウォン（100,980円）、3等級は月額870,600ウォン（87,060円）となる。
6. ドイツの給付額は2008年7月現在のもの。なお、2010年、2012年に給付額のアップが決定している。
7. ドイツには、認知症の場合、追加給付があり、介護等級0でも給付される。

資料：宣作成。

#### 4.8 利用者の負担

ドイツの場合、サービス利用に際しての自己負担はない。ただし、保険給付は定額制であり、それを超える保険給付は全額自己負担となる。施設入所の食費と宿泊費も自己負担となる。他方、日本と韓国では自己負担がある。日本ではサービス利用料の1割が自己負担であり、韓国では在宅給付はサービス利用料の15%、施設給付は20%が自己負担となっている。両国とも施設入所の食費と宿泊費は給付対象外で自己負担となる。日本の場合は、通所系および短期入所系サービス利用の際の日常生活費、食費、滞在費も自己負担となる。また、両国とも保険給付を超えて上乗せサービスの利用もできるが、その際は全額自己負担となる。ちなみに、日本にしか存在しないケアプランを作成するケアマネジメント費用には利用者の自己負担はない。

韓国では利用者負担の軽減や在宅優先の考え方から、在宅給付の自己負担の割合を施設給付より5%低く設定している。日本は約45万人（公益社団法人全国老人福祉施設協議会の推計）を超えるといわれる特別養護老人ホームへの入所待機者などを抱えているので、韓国は施設介護利用を制限する政策をとったとみられる。

#### 4.9 介護保険の財源

ドイツの介護保険の財源は、日本のような公費負担の補足はなく、すべて被保険者の保険料負担（事業主負担を含む）で賄われている。保険料率は月収の1.95%（2008年7月現在）であるが、被用者はこれを労使で折半、自営業者は全額自己負担、年金受給者は年金保険者が保険料の半額を負担する。なお、子どものいない23歳以上の被保険者にはさらに保険料率が0.25%上乗せされる。

日本の介護保険の財源は、ドイツと異なり、公費（国および地方自治体）負担と保険料負担（事業主負担を含む）と利用者負担で賄われている。介護保険制度の運営に必要な総費用から1割の利用者負担を除いた保険給付費は公費と保険料で半分ずつ分担する。公費負担の内訳は国が2分の1（25%）、都道府県と市町村がそれぞれ4分の1（12.5%）ずつとなっている。ただし、2005年の介護保険法改正により、施設給付費については国が20%、都道府県17.5%、市町村12.5%に変更された。保険料負担分は第1号被保険者全体で38%（保険給付費の19%）、第2号被保険者全体で62%（同31%）の割合となっている。第1号被保険者の保険料は全国平均で月額4,160円（2009～2011年度）であり<sup>(7)</sup>、第2号被保険者の保険料率は加入する健康保険組合ごとに異なる。中小企業の被用者が加入する協会管掌健康保険は2009年3月分から1.19%となっている。その他の組合では、組合管掌健康保険組合保険が1.098%、私立学校教職員共済組合保険が0.879%などとなっている（2008年度現在）。

韓国の介護保険の財源も日本と同様に、公費負担と保険料負担（事業主負担を含む）と

利用者負担で構成されている。国庫負担 20%、介護保険料 60～65%、利用者負担 15～20%となっている。公費負担の割合が日本（50%）に比べて 20%とかなり小さく、相対的に保険料負担の割合が 60～65%と大きい。2009 年の保険料は月額平均 3,250 ウォン（325 円）程度となっている。この保険料は、制度スタート時に全国平均月額 2,911 円（第 1 号保険料）であった日本の 10 分の 1 程度である。なお、被保険者の保険料率は医療保険料（2009 年現在、標準報酬月額 5.08%、労使折半）の 9.56%（労使折半のため、被用者の本人負担は医療保険料の 4.78%）となっている<sup>(8)</sup>。年齢による被保険者の区分がなく、全国統一の保険料水準となっているため、日本のような市町村間の保険料の格差は生じない。

このように、ドイツの介護保険制度の財政運営システムは社会保険方式、日本と韓国は租税方式と社会保険方式を折衷した修正社会保険方式となっている。日本では、65 歳以上の高齢者でも第 1 号被保険者として然るべき介護保険料を負担するが、ドイツと韓国では子どもに扶養されている場合、保険料の負担義務がないことも相違点である。

## 5. おわりに

本研究では、労災保険、雇用保険、年金保険、医療保険に次ぐ 5 番目の社会保険として導入された日本・ドイツ・韓国の介護保険制度を比較考察した。これまでみてきたように、日本はドイツに学び、韓国はドイツと日本に学んで制度をつくりあげている。そのため 3 か国の制度には類似点が多いが、自国の実情に応じた制度に修正して制度を運用しているため、相違点も多くみられる。どの国の制度が優れているとは一概にいえず、それぞれの制度に一長一短がある。後発国が先発国の長所を取り入れ、短所を捨てるという後発国のメリットを享受しながら後追いで制度を創設したとしても、先発国の制度の発展に再転換する仕組みもあるであろう<sup>(9)</sup>。今後、3 か国の介護保険制度がそれぞれの介護保険制度の発展に役立つとともに、介護保険の国際化に貢献することを期待する。

### ※謝辞

本研究にあたり、住居広士先生（県立広島大学大学院）、林植春先生（韓南大学大学院）からご教示をいただきました。ここに記し、深謝申し上げます。

## 注

- (1) ただし、日本は「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（通称、ゴールドプラン）によってサービス基盤がかなり整備されていた状況であった。
- (2) 増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社、2008年、p.196。
- (3) 増田は、日本は制度設計時に給付対象者を将来的に年齢にかかわらずに要介護者全般へ拡大することを意図していたため、法律名に「老人」または「高齢者」を表記しなかったと考察している。増田雅暢『世界の介護保障』法律文化社、2008年、p.197。
- (4) 具体的には、①地域疾病金庫（Allgemeine Ortskrankenkasse）、②企業疾病金庫（Betriebskrankenkasse）③同業組合疾病金庫（Innungskrankenkasse）、④農業者疾病金庫（Landwirtschaftliche Krankenkasse）、⑤補充金庫（Ersatzkasse）、⑥海員疾病金庫（See-Krankenkasse）、⑦連邦鉱山従事者組合疾病金庫（Bundesknappschaft Krankenkasse）の7つである。なお、2008年6月現在の疾病金庫数は218となっている。
- (5) 韓国では、被用者や公務員が加入する職域医療保険と自営業者等が加入する地域医療保険が2000年7月に統合され、公的医療保険制度がひとつの保険者によって運営されている。
- (6) その他のサービスの選択の割合は施設介護 27.6%、障害者援助の完全入所施設介護 3.4%、デイケア・ナイトケア 0.9%、ショートステイ 0.7%、代替介護 1.4%となっている（2008年）。
- (7) 市町村による保険料の差が大きく、最も高い市町村は月額 5,770 円（青森県十和田市）、最も低い市町村は 2,260 円（福島県檜枝岐村と岐阜県七宗町）となっている。
- (8) 自営業者等の地域保険加入者は本人が医療保険料の 9.56%を全額負担するが、もともと職域保険加入者より医療保険料の負担がかなり少ないため、全額負担しても労使折半で 4.78%しか負担しない職域保険加入者より介護保険料負担が少ない。
- (9) 韓国では、年金制度や医療保険制度についても日本の制度を参考にしながら制度をつくりあげた歴史があるが、医療保険制度においては日本ではまだ実現していない医療保険制度を一元化しただけでなく、1997年2月には日本に先んじて包括支払い方式（DRG/PPS；Diagnosis Related Group/Prospective Payment System）を導入している。このような状況に鑑みると、介護保険制度においても、韓国の介護保険制度が今後の日本の介護保険制度の改革の参考になることもあると考えられる。

## 参考文献

【韓国語】（日本語訳：宣賢奎）

韓国保健社会研究院（2008）「保健福祉予算の状況と展望」

石在恩（2006）「老人スバル保険法（案）の評価と制度導入に伴う政府と国民の役割および課題」『在宅老人福祉研究』6号、韓国在宅福祉協会。

鮮于憲ほか（2006）『老人スバル保険制度第一次モデル事業評価研究報告書』韓国保健社会研究院。

宣賢奎・林春植（2006）『日本の介護保険制度』學現社。

宣賢奎・林春植（2009）『老人長期療養産業の理解』良書院。

保健福祉家族部（2009）『保健福祉家族部統計年譜』1999～2009年。

【日本語】

金善美（2009）「介護者有無や環境も評価—日本にも学び、アレンジ」『月刊ケアマネジメント』2009年2月号、pp.29-31。

金貞任（2008）「韓国の介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』法律文化社、pp.133-151。

国立社会保障・人口問題研究所（2003）「人口統計資料集」

- 宣賢奎（2006a）『介護ビジネスと自治体政策』大学教育出版。
- 宣賢奎（2006b）「世界の介護制度における経済と財政－韓国」坂本忠次・住居広士編『介護保険の経済と財政』勁草書房。
- 宣賢奎（2006c）「韓国における介護福祉思想」介護福祉思想研究会編『介護福祉思想の探究』ミネルヴァ書房。
- 宣賢奎（2009）『介護ビジネス経営戦略』久美出版。
- 統計庁（2001）『将来人口推計』
- 日本ケアワーク研究所（2002）『介護保険入門書』インデックス出版。
- 舟場正富・齋藤香里（2003）『介護財政の国際的展開～イギリス・ドイツ・日本の現状と課題』ミネルヴァ書房。
- 増田雅暢（2008）「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」増田雅暢編『世界の介護保障』法律文化社、pp.189-207。
- 宮城好郎・宣賢奎（2005）「韓国の社会保障の現状と課題」『江南未来総研学術研究会紀要』第9号、pp.53-73。
- 宮城好郎・宣賢奎（2007）「韓国の介護保険制度に関する研究」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第9巻1号、pp.31-42。