

「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較 考察」

はじめに

日本の隣国である韓国では、2007 年 4 月に介護保険法が国会で成立し、2008 年 7 月から保険給付が実施される予定となっている。

介護が必要になったときにサービスや手当を社会保険制度から給付する仕組みを持っている国は世界中にいくつか存在するが、介護保険単独の法制度を創設し、介護保険料の徴収や保険給付を幅広く行う本格的な制度としては、韓国の介護保険制度は、ドイツ、日本に次いで世界で 3 番目となる。ドイツでは 1993 年に介護保険法が成立し、1994 年から実施された。日本では、ドイツの介護保険制度を参考に議論が行われ、1997 年に介護保険法が成立し、2000 年から実施された。そして韓国では、ドイツと日本両国の介護保険制度、特に日本の制度を参考に検討が進められ、介護保険制度が創設された。

ドイツにおける介護保険制度の創設を契機に、日本と韓国においていわば連鎖的に介護保険制度が創設されたことになるが、このこと自体が社会保障制度の国際的相互関係という観点から興味深い現象である。また、一口に介護保険制度といっても、ドイツ、日本、韓国のそれぞれの国において制度創設の背景や法制定にいたる政策過程、制度の具体的内容を詳細にみると、似ている点もあるが相違点も多いことが興味深い。すなわち、他国の制度が自国の制度創設のヒントになっているものの、それぞれの国の高齢化の状況や家族関係等の国民性、社会経済状況、社会保障制度の歴史やその現状の違い等から、最終的には各国が自らの国の状況に適合した制

度を創設しているのである。しかし、相違点はあるものの、政策過程において先行する他国の制度が影響を与えており、さらに制度創設後においても、他国の介護保険制度の実施状況が自国の制度を見直す際の参考になるものと予想される。

このような視点からみると、日本、韓国、ドイツ3か国の介護保険制度を比較考察することは、単に制度面の比較という面ばかりでなく、制度の背景にある3か国の社会保障制度の歴史やあり方、ひいては高齢者介護に対する社会的な認識に関する類似点や相違点も浮き彫りにできるものと考えられる。本稿では、こうした観点にたって、3か国の介護保険制度の創設の背景、法制定の政策過程、制度内容について比較考察を行うこととする。

第1章 介護保険制度創設の背景の比較

(1) 高齢化の進展や家族形態の変化等による課題

ドイツ、日本、韓国の3か国とも、介護保険制度創設の理由の第一に、人口の高齢化の進展に伴う介護を必要とする高齢者（要介護高齢者）の増大と、家族形態の変化等による家族介護の限界をあげている。

ドイツでは、介護保険法創設の議論が行われていた1980年代から90年代前半においては、人口の高齢化率が15%台から16%台と、後述する日本・韓国よりも高い水準で推移していた。1991年現在で、要介護者数は165万人（総人口の2.1%）で、120万人が在宅、45万人が施設で介護を受けている状況にあった。さらに、高齢化が進行することから、2010年までに25万人の増加が見込まれていた。¹一方、要介護者の在宅介護は主にその家族（多くの場合は女性²）により担われていたが、家族規模の縮小、単身世帯の増大、女性の就業の拡大、家族の介護負担の増大等から、家族による介護が難しい世帯が増加し、専門的な介護サービスに対する需要が増大していた。

日本では、1990年代前半の高齢化率はドイツよりも低かったが、1994年に高齢化率が14%を超え、「高齢社会」の仲間入りをするとともに、高齢

化率 7%から 2 倍の 14%になるのに、わずか 24 年間しか経過しなかったという急速な高齢化が話題を呼んだ。1993 年時点における要介護高齢者数は 200 万人と推計されていたが、急速な高齢化の進展により、2000 年には 280 万人、2010 年に 390 万人、2025 年には 520 万人に増加すると予測された。1993 年頃の在宅の要介護高齢者数は約 100 万人であるが、在宅の寝たきり者（約 32 万人）の介護者の 85%は女性であり、全介護者の約 32%が要介護者の子どもの配偶者、つまり「嫁」が介護をしているという状態にあった。しかし、ドイツと同様に家族規模の縮小や女性の就業の拡大、高齢者夫婦のみ世帯の増加による介護者の高齢化等の問題から、家族による介護が物理的にも精神的・肉体的にも困難なものとなっていた。

韓国においても、介護保険制度創設の理由の第 1に、高齢化の進展と要介護高齢者の増大にともなう介護ニーズの増大や家族介護の限界をあげている。ただし、高齢化率の観点からみると、2000 年に高齢化率が 7%を超えて「高齢化社会」に入るというように、ドイツや日本と比較をすると、高齢化率ははるかに低位の水準であった。2005 年時点でも 9.1%であり、15%台前後のときに介護保険法が制定されたドイツや日本とは異なっている。ただし、韓国では、2017 年には 14%を超えると予測され、いわゆる高齢化の倍加年数³は 17 年間と日本の 24 年間よりも短く、「韓国は世界一急速に高齢化が進む国」と喧伝された。最近の推計では、2020 年には 15.6%、2030 年には 24.3%と予測されている。一方、要介護高齢者数は、2003 年時点では約 59 万人であるのが、2010 年には 79 万人、2020 年には 114 万人と予想された。

（2）社会保障制度その他の課題

以上述べたとおり、高齢化率の水準ではドイツ及び日本両国と韓国とは異なるが、「人口高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増大や家族による介護の限界」という事由は 3 か国とも一致している。しかし、この事由だけで介護保険制度の創設に至ったわけではない。それぞれの国が、要介護者に対する介護保障に関する社会保障制度のあり方に課題をかかえてお

り、それが介護保険制度の創設へとつながったのである。

まず、ドイツの場合には、要介護の原因や対象者にかかわらない一般的な要介護状態に対する公的な介護サービスの提供システムや費用保障制度が存在していなかったことが、介護保険創設の大きな理由となった。介護保険制度の導入前は、個々の分野で特定の要介護者を対象とした公的な給付、たとえば、労災保険制度における介護給付や戦争犠牲者援護制度における介護手当の支給、医療保険による在宅サービスの提供か介護手当の給付等の制度があるだけであった。この点では、介護保険制度導入前に老人福祉制度や障害者福祉制度において介護サービスの拡充に取り組んでいた日本とは状況が大きく異なるものであった。

したがって、ドイツでは、要介護状態になって介護サービスを利用する場合には基本的には自らの負担で対応しなければならなかった。それでも対応できない場合に、日本の生活保護に相当する制度の社会扶助による給付を受けることができた。ドイツの施設介護は、入所者と施設設置者との間の契約に基づいて行われるものであったので、入所者は利用料を全額自己負担する必要があった。高齢者の場合、年金給付額よりも施設利用料の方が高いために、当初は貯蓄等で補てんするにしても、いずれは社会扶助制度の利用を余儀なくされた。施設入所者の70%以上が社会扶助の受給者になっていた。社会扶助の適用は、入所者にとって貧困者を意味するものであり、望ましいものではなかった。また、社会扶助の費用負担は州や地方自治体（郡及び郡に属さない市）であったので、介護のための社会扶助支出の増大は、州及び地方自治体の大きな財政負担となっていた。⁴

ドイツでは、こうした状態を改善するために、要介護者に対する介護サービスの提供や介護費用の負担軽減を図るための公的な仕組みとして介護保険制度の創設が検討されたのであった。

日本の場合には、ドイツと異なり、介護保険制度の導入前に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の提供が行われていた。ドイツ以上に急速に人口高齢化が進む日本では、特に高齢者介護をめぐる従来制度による介護サービス提供の限界及び介護サービス

の財源確保策が問題視された。

まず、高齢者介護問題に対する従来の制度であるが、老人福祉法に基づく老人福祉制度と老人保健制度に基づく老人医療分野において対応されてきたが、それぞれ改善すべき課題を抱えていた。

老人福祉制度では、措置制度に基づき介護サービスが提供されていた。措置制度とは、行政機関である市町村が、措置権者として、公費（租税）を財源にして、法に基づく要件に該当すると判断される人を対象に、必要な福祉サービスの内容を決定し、提供するという行政処分としての措置を行う仕組みのことをいう。第2次世界大戦後から介護保険制度が創設される1990年代後半まで、日本の社会福祉制度では、児童福祉、障害者福祉及び老人福祉のどの分野でも、措置制度が福祉サービス提供のための普遍的な制度として構築されていた。措置制度は、サービス利用にあたって市町村の所得調査やニーズ判定等を前提としているなど利用手続きが煩雑なことや、利用者がサービスの種類や提供機関を選択できないこと、福祉サービスは低所得者が利用するものというイメージから心理的な抵抗感があること等の問題点が指摘された。介護保険制度を検討する厚生省（当時）の担当者の中で、急速な高齢化の進展により要介護高齢者が急増し、介護サービスに対するニーズが拡大する中で、措置制度によるサービス提供では限界ではないかという考えが一般的となっていた。

老人医療分野では、1980年代頃からいわゆる老人病院等における要介護高齢者の入院や、1980年代後半に創設された老人保健施設への入所サービスにより、要介護高齢者の介護ニーズに应运えてきた。けれども、医療の必要性がないにもかかわらず介護を理由とした病院への長期入院（いわゆる社会的入院）は、要介護高齢者に対する適切な介護サービスの提供という視点からも、国民医療費の適正化という視点からも問題であった。また、福祉制度と医療制度との間で、利用者負担の水準や利用手続きにおいて不均衡が存在していた。

財源確保問題については、従来の老人福祉制度のように国及び地方自治体の公費負担により賄う方式では、毎年のように増税でもしない限り、急

増する高齢者介護費用に的確に対応することは困難ではないかと考えられた。そこで、高齢者一人ひとりも保険料という形で費用負担をするとともに、社会全体でも介護費用を負担する社会保険方式が適切ではないかと考えられた。

このように、日本における介護保険制度導入の背景には、①措置制度を見直し、利用者と事業者との間の契約に基づくサービス利用方式に改めることにより、利用者が主体的にサービスを選択・利用できる「利用者本位の利用システム」とすること、②老人福祉分野と老人医療分野の不整合をなくし、福祉サービスと保健・医療サービスを総合的に受けられる仕組みをつくること、③介護費用を広く国民全体で負担するために介護保険料負担という新たな財源の仕組みをつくりだすこと、④社会的入院の解消とともに医療保険と介護保険の役割分担を図ることという理由が存在した。⁵

韓国では、ドイツや日本と比較をすると社会保障制度の整備の歴史が新しく、1980年代以降本格化してきた。日本では、「国民皆保険・皆年金」は1961年に実施されたが、韓国では、「国民皆保険」は1989年実施、「国民皆年金」は1999年実施であった。また、老人福祉法の制定は1981年（日本の場合は1963年）であり、在宅老人福祉が制度化されたのは1993年の老人福祉法改正によるものであった。したがって、高齢者介護サービスの基盤整備そのものが緒についてまもない状況であった。国の予算の中に占める福祉関係予算の割合も小さなものであった。このような状況の中で介護保険制度の創設に取り組むことは、「保険あって介護サービスなし」の批判を受けかねないところであるが、逆に、介護保険制度の創設によって所要の財源を確保し、在宅・施設サービスの基盤整備を進めていくという韓国政府の保健福祉部（日本の厚生省に相当）の戦術がうかがえる。

また、老人医療費の負担を軽減することにより医療保険財政全体の負担を軽減していこうとするねらいもある。韓国の医療保険制度は、2001年にサラリーマン向けの健康保険制度と自営業者・公務員が加入する健康保険制度とが統合され一本化されたが、高齢化の進展に伴い老人医療費が急増

し、保険財政を圧迫しはじめつつある。もし介護保険制度が創設されなければ、高齢者の長期入院のように高齢者介護サービス部分も医療保険が抱えてしまう自体になりかねないので、介護保険制度の創設は、医療保険財政が将来抱えるであろう負担増を抑制する効果があると考えられた。

このように介護保険制度創設に至る背景を仔細にみると、ドイツ、日本、韓国の3か国は、高齢者関係の医療・福祉制度の歴史やあり方の相違から、それぞれの国独自の課題を抱えており、その解決方策として介護保険制度の創設を選択したといえる。

第2章 政策過程の比較

3国において介護保険制度が創設されるまでの政策過程を比較すると、3国の政治システムや制定当時の政治情勢を反映している。

(1) ドイツにおける政策過程

まず、ドイツでは、1970年代から20年以上の長期にわたって、高齢者関係団体を中心に介護保障に関する改革論議が行われてきた。議論の発端は、施設に入所している要介護高齢者が自らの老齢年金だけでは利用料を負担できず社会扶助の支給対象となっている現状をどのようにして改善するのか、というものであった。この頃から公的介護保険制度の創設という案が出されていたが、他方で、社会扶助の拡大案や医療保険で介護費用を負担する案、あるいは民間保険の活用案も出される等、活発に議論が行われた。連邦政府でも改善の必要性を認識し、1986年に医療保険において在宅介護給付を支給する案を提示し、1989年の医療保障改革法において実現された。しかし、施設介護の費用負担問題や社会扶助の財政問題の解決には不十分ということからさらに論議が進み、1990年9月、連邦労働社会大臣が公的介護保険制度導入の構想を明らかにするに至った。こうした提案がなされた背景には、1990年の総選挙において介護問題が州の財政問題と絡んで政治問題化したとともに、高齢者層の支持を獲得する意図があったといわれている。

1990年の総選挙の結果によりキリスト教民主同盟/社会同盟及び自由党が連立与党となり、1991年1月、連立与党は1992年6月1日までに介護保障に関する法案を連邦議会に提出することで合意した。これにより、政府（連邦労働社会省）による本格的な検討作業が始まった。基本的対応策としては、①社会扶助法による給付の拡大、②税を財源とする介護給付法の創設、③民間介護保険の活用、④公的介護保険の創設の4案があったが、①及び②は連立与党の検討段階で却下され、民間保険活用か公的介護保険創設かという2点に論点が絞られた。民間保険活用という案は、日本では「公的責任の放棄」という言辞で否定されがちであるが、ドイツでは、医療保険制度の世界でも所得の高い被用者や自営業者等については公的医療保険への加入義務を免除して民間医療保険の利用を促しており、アプリアリに否定的にとらえられることはない。介護保険制度の議論の時には、連立与党を構成する自由党が民間保険活用方式を強く主張したため、連立与党内の調整に時間がかかることとなった。

連立与党間の対立も使用者負担に軽減措置を設けること等の措置を講ずることで合意に至り、当初の計画よりも1年遅れの1993年6月、介護保険法案が国会に提出された。その後は、野党である社会民主党と調整が行われ、両院協議会の設置・調整等を経て所要の法案修正が行われ、1994年4月末に可決・成立に至った。

このように高齢者介護保障のあり方をめぐって長期間にわたって議論が行われ、最終的には与野党の調整によって法律が成立した点にドイツの特徴がある。

（2）日本における政策過程

日本においては、1994年4月、厚生省（2001年から厚生労働省に変更）内に事務次官とトップとする高齢者介護対策本部という省内プロジェクトチームが設置されてから検討が始まった。本部の設置理由は「21世紀の本格的な高齢化社会にふさわしい新しい高齢者介護システムの検討」とされ、介護保険制度創設の検討というテーマは前面に出されなかった。

その理由としては、2点挙げられる。ひとつは、措置制度の見直しに対する社会福祉関係者の不安が大きかったことである。老人福祉法の制定以来40年近い間、措置制度により施設運営や在宅サービスの提供を行ってきた社会福祉関係者にとって、介護保険制度の導入は、財源が社会保険財源に切り替わり、利用者との契約によるサービス提供、ケアプランの作成、一部負担の徴収等、施設経営等に大変革をもたらすものであった。したがって、介護保険制度の創設に当たっては、社会福祉関係団体との念入りの調整が不可欠であった。また、社会福祉研究者の間には、国や地方自治体の負担に基づく措置制度から、被保険者の保険料を財源とする社会保険制度への切り替えは、公的責任の放棄ではないかという反対意見もあった。⁶

もうひとつは、当時政治問題となっていた「消費税の引き上げ議論」との関係があった。1990年度から厚生省では「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を策定してホームヘルパーの増員や特別養護老人ホームの整備等の高齢者介護サービス基盤の整備を進めていたが、1994年度はその改定作業を行う年であった。要介護高齢者の増大等に伴い、介護サービス基盤整備のための所要財源もふくらんでいくが、消費税率の引上げによる収入増をそれにあてるとということが考えられた。政府としては、国民の反対が多い消費税の引き上げについて、本格的な高齢化社会に備えるために必要な財源の確保という説明で、国民の理解を得ようとした。もし、想定どおりに消費税率の引上げが行われることとなれば、新たな財源確保方策としての介護保険創設の必要性は薄らぐこととなる。しかし、消費税の大幅な引上げは政治的に困難となり、1993年7月、所得税・住民税減税幅とほぼ同額の税収が得られる引き上げ幅の2%増となることが決定された。

このような状況の変化も受けて介護保険制度の検討が本格化した。1994年12月、高齢者介護対策本部の研究会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」が介護保険制度の創設を提言した。また、総理の諮問機関である社会保障制度審議会の1994年7月の勧告でも介護保険制度創設の必要性が盛り込まれた。ドイツで介護保険制度が成立し、1994年4月から施行

されたということも、日本における介護保険制度創設に向けての機運を高めるとともに、介護保険制度に対する肯定的な世論形成への追い風となった。たとえば、厚生省が開催していた「高齢者介護・自立支援システム研究会」では、1994年10月の研究会においてドイツの有識者を招待して意見聴取を行うとともに、一般向けのシンポジウムも開催した。このほか、ドイツからの関係者の来日や、日本からドイツへの視察が相次いだ。

1995年2月からは、老人保健福祉審議会で審議が始まり、1996年5月の同審議会の最終報告を踏まえて法案の立法作業及び国会提出という段取りに至った。

介護保険制度の検討が本格化した1994年7月以降、与党は自民党・社会党・さきがけという自社さ連立政権であった。長期間にわたって政権を維持してきた自由民主党（自民党）が、1993年の総選挙で過半数割れを起こして政権の座を新生党の非自民会派に明渡すこととなったが、1994年7月、1950年代半ばから野党として対立してきた社会党と連立政権を構成し政権を取り戻すという異例の政治情勢となっているときであった。首相には社会党党首が就いた。介護保険制度の創設については、社会党は全面的に賛成であったが、自民党議員の中には消極的な意見も多く見られた。

1996年1月、首相が自民党党首に変わり、自社さ連立政権の中で相対的に自民党の意見が強まることとなった。そうした状態の中で、1996年6月、介護保険法案を国会提出するための与党事前審査が始まったが、自民党の関係部会では時期尚早論等が噴出したために政府は国会提出を断念する事態となった。その後は、連立与党三党のワーキングチームが調整に入り、1996年9月の合意を経て、法案原案の一部修正の上、1996年11月法案の国会提出、翌1997年12月国会での可決成立となった。

日本の政策過程の特徴としては、厚生省主導型で制度の企画立案が進められる一方、自社さ三党のメンバーによる与党福祉プロジェクトが主体的に関与して、与党と省庁の二人三脚で制度が創設された点にある。また、介護保険制度の創設に前向きであった社会党やさきがけが与党に参画していたことも大きな推進力になったといえる。⁷

その後、1997年9月からは自民党の単独政権となり、1999年1月からは自民党と自由党という保守政党同士の連立政権に変わった。自由党は、高齢者介護システムの財源は消費税をあてるべきとし、社会保険の創設には反対であった。また、自民党の一部には時期尚早論がくすぶり続けた。こうしたこともあって、制度施行を1年後に控えた1999年5月頃から実施延期を示唆する発言さえ政府首脳の間から出るようになった。1999年10月には公明党が連立与党に加わり、高齢者の保険料を半年間徴収見送り等の与党三党の申し入れを受けて、政府は1999年11月、高齢者の保険料徴収を1年半にわたって減免する等の対策を盛り込んだ特別対策を決定することとなった。

また、介護保険制度の具体案が明確になってきた1996年頃から新聞・テレビ等のマスコミの介護保険に関する報道がさかんになったり、介護保険関係の雑誌や書籍が大量に発行されたりするなど、介護保険に関する関心が大いに高まる中で2000年4月の施行を迎えた。

(3) 韓国における政策過程

韓国の場合は、ドイツや日本と異なり、大統領のリーダーシップのもとに検討が進められ、政府の保健福祉部（日本の厚生省に相当）主導型で制度が創設された。大統領からのトップダウンによる政策決定という点に特徴がある。

2001年8月15日、当時の金大中（キムデジュン）大統領が、毎年この日に大統領が行う「慶祝辞」の中で「老人療養保障制度の導入」を発表した。忠、その時点では具体的な制度のイメージは決まっていなかった。2002年10月、「老人保健福祉総合体系」（国務会議報告）において、2007年以降、公的老人療養保障体系の構築が提案された。2003年1月に大統領となった盧武鉉（ノムヒョン）氏は金前大統領の施策を引き継ぎ、2003年3月、保健福祉部に公的老人療養保障推進企画団を設置して、具体的な検討を始めることとなった。日本では制度の企画立案は厚生省のプロジェクトチームのメンバーが担当したが、韓国では、保健福祉部の担当者が加わる

ものの、事務局及び検討作業の中核は、政府の研究機関である韓国保健社会研究院が担当した。

2004年2月、企画団報告書が取りまとめられた。この中では、財源調達方式として、社会保険方式と租税方式とが比較考察され、社会保険方式を採用しつつ租税財源も組み合わせるという制度基本案が提示された。⁸

2004年3月には、具体的な制度設計を行う組織として、保健福祉部に公的老人療養保障制度実施委員会が設置され、2005年2月、制度モデルがまとめられた。その後、保健福祉部内において立法作業が進められ、2006年2月、介護保険法案を国会に提出、2007年4月国会で可決成立した。

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で意見が激しく対立したり、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、保健福祉部の計画通り、順調に制度の創設に至った。その背景には、前述したとおり、ドイツや日本に比べて高齢化率が低いこと等から介護問題が社会問題のレベルには達していないことや、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。介護保険制度の創設が政治的争点になりえなかったのである。

また、日本がドイツの介護保険制度を参考にしたように、韓国では、日本の介護保険制度に関する調査研究が活発に行われた。前述した公的老人療養保障推進企画団でも、日本から有識者を招いて日本の介護保険制度の現状と課題についての説明を受け、討論が行われるとともに、企画団による訪日調査として日本の地方自治体への視察等が実施された。さらに、政府レベルのみならず、民間レベルではたくさんの数の視察やシンポジウム・講演会等が実施された。

第3章 介護保険制度の内容の比較

ドイツと日本、韓国3か国のそれぞれの介護保険制度の内容面を比較し

てみよう（表 1 参照）。本稿では紙面の制約から詳細な比較は別の機会にゆずり、制度の大枠の比較を行うこととする。

参考 表 1

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護に関する法律	老人長期療養保険法
法律制定年月	1997年12月	1994年4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(施行時点では約3,300。現在は約1,800)	介護金庫(全国で280)	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(要支援と要介護。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(中・重度)。4級拡大
判定機関	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	(日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントはない)	(日本のようなケアマネジャーによるケアマネジメントはない)
保険給付内容	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外)	在宅・施設サービス (医療系サービスは除外)
現金給付 (家族介護の評価)	なし	介護手当、代替介護手当	島・へき地等で家族療養費 付添病院介護費
要介護認定者数	約440万人(施行当初は約180万人)	約200万人	約28万人
利用者負担	10%。(ケアプラン作成等は無料) 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(居宅介護給付の場合) 1号保険料 保険者ごとに相違 全国平均月額 4,160円 2号保険料 1.13%(協会健保)	全て保険料負担。 保険料率は、当初全国一律1.7%。2008年7月から0.25%引き上げ(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)	利用者負担以外は、公費と料負担。国庫負担は、保険料の20%相当額。 保険料水準は2010年時点で用者は月額約6,000ウォン、業者は月額約2,600ウォン込み。被用者の場合、医療料の一定割合(2008年は1.7%)

① 制度の名称

これまで「介護保険法」と記述してきたが、正式名称は3か国で異なっている。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。ドイツの命名はいかにも精緻な議論を尊ぶ国民性というイメージと合致している感がある。また、日本や韓国と異なり、法律の対象となる要介護者を高齢者に限定していないので、適切な命名である。他方、韓国では、保険給付対象者が原則として65歳以上の高齢者であるので、題名にも「老人」と特定している。一方、日本は、現行制度の実態が基本的には「高齢者介護保険」であるのに対して法律の題名は普遍的な名称であるが、これは、将来的には年齢にかかわらず要介護者全般へ拡大することを制度創設時に意図していたことを示唆している。

② 制度の仕組み方

ドイツ及び韓国の場合は、医療保険者が介護保険者となって、医療保険料とあわせて介護保険料を被保険者から徴収し、保険給付を行うという「医療保険制度活用型」の仕組み方を採用している。ドイツの場合には、公的医療保険の保険者である疾病金庫が介護保険の保険者となる介護金庫を設置し運営している。いわば、疾病金庫が介護金庫との2枚看板を掲げている。韓国の場合には、全国国民健康保険公団（以下「保険公団」という。）が介護保険の保険者と位置付けられている。ドイツと韓国の相違は、ドイツの場合には、疾病金庫は全国で8種類、280の介護金庫が存在（2004年1月現在）するのに対し、韓国の場合には保険公団が全国唯一の存在であるという点である。

一方、日本の場合には、医療保険制度とは別個に制度が創設され、保険者は市町村という「独立型・地域保険型」の仕組み方となっている。検討段階では、医療制度の老人保健制度を活用するという案もあったが、医療保険制度がもつさまざまな問題を引きずらないようにする等の観点から「独立型」となり、さらに、従前の老人福祉制度が市町村を主体に運営されてきたこともあり「地域保険型」のスタイルとなった。このため、保険

者数は、制度施行時点では約 3,000 も存在することとなった。市町村保険者制度の最大の課題は、規模の小さな市町村では財政面で事務処理面でも運営が困難という点であり、このため、制度発足当初から地方自治法上の広域団体の活用等により「保険者の広域化」が図られたり、国・都道府県さらには医療保険者・年金保険者のさまざまな支援策が組み合わされたりした制度となった。

③ 被保険者の範囲

ドイツ及び韓国では公的医療保険者の被保険者が介護保険の被保険者としても位置付けられているが、日本では 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）及び 65 歳以上の者（第 1 号被保険者）となっている。日本の場合、基本的に 40 歳以上の者を被保険者としているが、65 歳を境に 2 種類の被保険者に区別しており、保険給付の対象範囲や保険料設定・徴収方法で明らかな相違がある。40 歳という年齢区分は制度創設時点では暫定的な色彩が濃かったが、その後の議論では年齢引下げには異論が多い状況となっている。

④ 給付対象者の範囲

ドイツでは介護保険の給付対象者の範囲に年齢区分はなく、要介護状態になれば子どもでも高齢者でも保険給付の対象となるが、日本及び韓国では、基本的には 65 歳以上の要介護高齢者が保険給付の対象となる。日本では、40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者の場合、老化に起因する疾病（特定疾病）による要介護状態の場合にしか介護保険の給付対象とはならない。交通事故による要介護状態等、特定疾病以外の理由による要介護状態の場合には、障害者福祉施策の対象となる。この点では、韓国でも同様であり、年齢は明示していないが、65 歳未満の者の場合には老化に起因する疾病による要介護状態の場合が介護保険の給付対象となる。

⑤ 要介護度と要介護認定

ドイツ介護保険では、要介護者とは、日常生活活動を行うのに継続的（最低 6 か月）に相当程度の援助を必要とする者としている。要介護者と

認定されるためには最低1日90分間の援助を必要とし、そのうち身体介護等の基礎介護の時間が家事援助の時間を上回る必要がある。要介護度は3段階（特に重度の場合を加えると4段階）に分かれている。日本と比較をすると、要支援者や要介護度1または2の軽度者は除外されるレベルである。要介護認定は、各種の疾病金庫が州レベルで共同設置するメディカルサービス（MDK）の審査を経て、保険者（介護金庫）が要介護の有無及び要介護度を決定する。2005年末の受給者数は195万人であり、全人口の約2.3%となっている。

日本介護保険でも、要介護者とは6か月以上にわたって常時の介護が必要な状態（要介護状態）にある者としている。要介護者と認定されるためには、保険者（市町村）が行う要介護認定を受けなければならない。それは、訪問調査による約80項目の調査結果をコンピュータ処理することにより推計される要介護認定基準時間（要介護度を判定するための「ものさし」として用いる時間であり、実際に行われる介護時間とは異なる）等に基づき判定される1次判定と、専門委員で構成する介護認定審査会において1次判定の結果に主治医の意見書等を加味して判定される2次判定とに分かれ、2次判定が最終結果となる。要介護度は、要支援（1及び2）と要介護（1から5）に区別され、全部で7段階となる。要支援者の場合には、要介護者と違い施設サービスを利用できない等の給付制限がある。ドイツや韓国と比較をすると、要支援者や要介護1及び2という軽度者も保険給付対象者に含まれている点に特徴があり、そのため要支援・要介護者数や受給者数が大変多い状態となっている。なお、2006年3月現在で、要支援・要介護者は約440万人であり、そのうち受給者数は約350万人となっている。高齢者全体の約15%が要支援・要介護者である。

韓国介護保険でも、要介護者の定義はドイツや日本とほぼ同様である。要介護者の認定手続きは日本の制度と類似しており、保険者（保険公団）の訪問調査による約50項目の調査結果をコンピュータ処理して得られた1次判定の結果を、保険公団の支社に設置された等級判定委員会で2次判定を行い、最終結果を得る。要介護度は、ドイツや日本と異なり、要介護1

が最も重い段階であり要介護3までの3段階である。日本の要介護者と比較をすると要介護3以上の中重度に相当する。このように要介護者の範囲を限定していることから、高齢者全体の3.2%程度が該当するものと想定している。

⑥ 保険給付の内容

ドイツ介護保険の給付は、在宅介護、部分入所介護（デイケア、ナイトケア）及び短期介護（ショートステイ）、終日入所介護（介護ホームへの入所）の3種類に大別される。在宅介護では、現物給付として介護事業所の介護職員により提供される身体介護や家事援助のサービスや、介護補助具の支給、住宅改造への補助がある。日本の居宅サービスと異なり、医療的なサービスは含まれていない。また、日本と異なる最大の点が、現金給付である介護手当の支給である。現物給付を選択するか介護手当を選択するかは要介護者自身の決定に委ねられている。また、現物給付と介護手当を組み合わせ受給することも認められている。さらに、在宅介護優先の考え方から、在宅で介護する家族等の介護者に対する給付がある点も特徴的である。一定の介護時間を満たした介護者に対して、労災保険の適用や介護金庫による年金保険料の代替負担、介護講習の実施等の対応がある。

日本介護保険の給付は、要支援者には予防給付、要介護者には介護給付と区分けされ、予防給付では介護予防に力点を置いたサービス内容とされている。サービス種別では、居宅サービスと施設サービス、さらに2005年の改正で導入された地域密着型サービスに分かれる。居宅サービスでは、訪問介護や訪問入浴介護、訪問看護、デイサービス、デイケア、福祉用具貸与、住宅改修費補助等13種類もの数にのぼる。施設サービスでは特別養護老人ホームや老人保健施設など3種類の介護保険施設への入所がある。地域密着型とは認知症グループホームなど市町村単位で事業者を指定できるサービスで6種類ある。

日本の保険給付の特徴は、このように多くの種類のサービスがあるほか、福祉・医療面双方の介護サービスを受給できる。また、ドイツと異なり家族等の介護者を評価する介護手当のサービスは存在しない。介護手当

を創設するか否かについては創設時の大きな論点のひとつとなったが、家族を介護にしばりつけるのではないかという情緒的な反対や現物給付拡大の支障になるという事業者の反対、さらには保険財政拡大のおそれ等から否定された。⁹

また、サービス利用にあたって、介護支援専門員（ケアマネジャー）による介護サービス計画（ケアプラン）作成、事業者との利用調整等のケアマネジメントを経るという手続きを組み入れているが、これはドイツ・韓国にはない日本の特徴的な制度である。そこで、ケアプラン作成等に要する費用も保険給付の対象としている。

韓国介護保険の給付は、在宅給付と施設給付、特別現金給付に大別される。在宅給付では、訪問介護、訪問入浴、訪問看護等の5種類が基本で、そのほか福祉用具やリハビリ支援などが加わる予定である。施設給付は長期療養機関（介護施設）に入所して浮けるサービスである。特別現金給付は、島・僻地等、施設が極端に不足している地域における家族介護者への給付である家族療養費、老人専門病院等に入院した場合の療養病院看護費（つきそい看護費）等がある。

家族療養費は、地理的な条件以外に、認知症の要介護者であって本人が外部のサービスを拒み家族の介護を希望するなど、身体・精神上の理由から在宅サービスの利用が不可能な場合も対象となる。家族介護に対する現金給付がある点は日本とは異なり、ドイツの介護手当と若干類似している点である。ただし、モデル事業における家族療養費の評価をみるとその水準はかなり低く、ドイツのように介護手当が在宅給付受給者の半数を占めるほどの多数になるとは考えられない。

⑦ 保険給付水準と利用料負担

ドイツ介護保険では、要介護度ごとに保険給付の上限を設定している。この手法は、日本や韓国でも採用されている。3か国の保険給付水準を比較したものが表2である。しかし、ドイツと日本・韓国では、保険給付水準の根底にある考え方には明確な相違がある。ドイツの場合には、介護保険給付は、在宅介護の場合には家族等の介護を補完するもの、施設入所介護

の場合には介護のために必要な費用負担を軽減することを目的とした基礎的な保障を行うものと位置付けられていることである。したがって、保険給付は在宅介護や施設入所介護に要するすべての費用をカバーするものではなく、その一部を保障するものである。表 2 のとおり、日本と比較をすると低い給付水準である。保険給付で不足する費用については全額自己負担となる。ただし、保険給付の受給に限っては利用者負担はない。

他方、日本や韓国の介護保険給付は、各要介護度において必要となる介護費用全体をカバーするという考え方にたっている。これは、公的医療保険の発想と同様であり、したがって定率の利用者負担が組み合わされている。日本の場合は 1 割負担であり、韓国では在宅給付では 15% の負担、施設給付では 2 割負担とされている。なお、保険給付の上限以上に介護サービスを利用することは可能であるが、その場合には全額自己負担となる。

(表2)

保険給付額の比較

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
要支援1	49,700 円	—	—	—	—	—
要支援2	104,000 円	—	—	—	—	—
要介護1	165,800 円	200,700 円	—	—	—	—
要介護2	194,800 円	222,000 円	—	—	—	—
要介護3	267,800 円	243,000 円	384 (48,000 円)	1,023 (127,875 円)	814,700 (69,901 円)	1,230,900 (105,611 円)
要介護4	306,000 円	264,300 円	921 (115,125 円)	1,279 (159,875 円)	971,200 (83,329 円)	1,337,700 (114,774 円)
要介護5	358,300 円	282,300 円	1,432 (179,000 円)	1,432 (179,000 円)	1,140,600 (97,863 円)	1,444,500 (123,938 円)

(注) ①ドイツの数値の単位はユーロ、韓国の数値の単位はウォン。カッコ内は日本円換算

②在宅介護の場合、月額給付上限額を示す。なお、利用できるサービスの種類は各国で異なることに注意。

③日本の施設介護の数値は、特別養護老人ホーム（ユニット型個室）の場合。韓国の数値は、専門療養施設の場合。1日単価を30日分換算。なお、日本及び韓国では表中の数値の一定割合が利用者負担となる。

④ドイツの数値は、要介護度1から要介護度3までの数値を便宜的に日本の要介護3から要介護5の段階にあてはめ、ドイツではさらに「極めて多くの介護が必要となる特別のケース」があり、その場合在宅介護では1,918ユーロ（236,320円）となっている。日本円換算は1ユーロ125円として計算。

④韓国の数値は、要介護1から要介護3までの数値を便宜的に日本の要介護5から要介護3の段階にあてはめている。日本円換算は100ウォンを8.6円として計算。

(出典) 増田雅暢編著『世界の介護保障』（法律文化社、2008年）203頁をもとに増田修正。特に為替レートは2006年時点。

⑧ 財源構成

ドイツ介護保険の財政は、すべて保険料負担で賄われている。被用者（サラリーマン）の場合には、被保険者と使用者が折半で負担する。保険料率は収入額の1.7%である。なお、子どものいない23歳以上の被保険者は保険料率が0.25%だけ上乗せされており、この部分は被保険者が単独で負担する。

日本介護保険の財政は、利用者負担と保険料と公費負担（国及び地方自治体の負担）の組合せで、利用者負担を除く保険給付部分を保険料と公費負担で半分ずつ負担する。保険料負担は、第1号被保険者（高齢者）と第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）で人口比で按分して負担する。2006年時点では、保険料部分のうち19%を第1号被保険者全体

で、31%を第2号被保険者全体で負担することとされている。第1号被保険者の保険料は定額（2006年度の全国平均値は月額約4,000円）、第2号被保険者の保険料は収入の約1.1%であり、被保険者と被用者とが折半して負担する。

韓国介護保険の財政も、利用者負担と保険料と公費負担の組合せであるが、公費負担のうち国庫負担は介護保険料収入額の20%に相当する金額とされ、日本の水準よりは低い。保健福祉部の推計では、2010年時点の負担割合は、保険料62%、公費負担（国及び地方自治体）25%、利用者負担13%となっている。保険料負担水準は、自営業者等の場合には月額2,250ウォン（約320円）、サラリーマンの場合は月額5,935ウォン（約740円。その半分は使用者負担）と想定されており、これも日本の水準よりもかなり低い。なお、サラリーマンの保険料率は、医療保険料の一定割合としている（2008年は4.7%）としている。

おわりに

以上、ドイツ、日本、韓国の介護保険制度の内容面を比較してきたが、類似点がある一方で、多くの相違点があることを認識されたことであろう。本稿の最後では、3か国の比較から、日本の介護保険制度に対して示唆する点について2、3ふれて締めくくりたい。

第1点は、制度の持続可能性という点では、日本の介護保険制度が最も大きな課題をかかえていることである。保険給付対象者の範囲が広く、保険給付水準も高い反面、被保険者の範囲は40歳以上に限定されている。高齢化の進展に伴う要支援・要介護者の増大については保険給付の増大が見込まれるにもかかわらず、保険財政を支える被保険者は減少していく。したがって、増大する保険料負担、公費負担の増大にどのように対応していくのかということが、介護保険運営の最大の課題とならざるを得ない。既に、2005年の制度改正において、介護予防を重視するシステムへの転換を図ることとして軽度者への給付抑制等の措置を講じているが、それだけでは不十分である。近い将来、保険料負担者の拡大を図るための被保険者の

範囲の拡大、公費負担拡大を図るための新たな税財源の検討、要介護者に必要十分な介護サービスを保障するという寛大な保険給付水準の見直し等が必要になるであろう。

第2点は、日本の介護保険制度の仕組みが、ドイツや韓国と比較をして非常に複雑なものとなっていることである。たとえば、被保険者が2類型に分かれ、保険給付の範囲や保険料設定・徴収等が全く異なるものとなっている。生活保護の被保護者の対応でもこの2類型では異なっている。サービス利用に当たって、ケアマネジメントの仕組みを導入しているが、利用者に対して総合的な相談・援助・サービス提供という利点がある反面、ケママネジャーの資質次第で一面的なサービス提供になる可能性もある。介護給付のケアプランはケアマネジメント機関の担当であるが、予防給付のケアプランは地方包括支援センターが担当する。このように日本の制度は、精巧にできているといえるが、被保険者や利用者にとっては複雑な仕組みともいえる。また、独立型の保険制度であるために、保険者・被保険者・事業者・審査機関間の事務的コストも他の2国よりは多くかかりがちとなる。「シンプル・イズ・ベスト」という視点からも制度の見直しが必要となるのではないだろうか。

第3点は、家族介護への評価という観点について、情緒的な反発やサービス拡大を意図した事業者の反対、財政当局の保険財政拡大へのおそれ等から、要介護者本人や家族介護者の立場に立った議論が不十分であったことである。ドイツでは、介護保険の基本原則として、自己決定、在宅介護、基礎的保障を掲げており、こうした観点から、外部のサービスを選択するのか家族等の介護を選択するのかについては要介護者の自己決定とし、家族等の介護を選択する場合の保険給付として介護手当を制度化した。また、家族等の介護が介護者の多大な負担とならないように、現物給付との組合せや、介護者に対する社会保障面での給付等の支援策を講じている。介護手当に対する保険給付額は現物給付よりも低いため、介護手当の選択者が多いことは結果的に保険財政の負担増大を抑制する効果を及ぼしている。ドイツの保険給付水準が基礎的保障であることに加え、介護手

当の選択等の結果により、介護保険料水準を施行以来 10 年間以上にわたって同一水準を維持できている。

日本の場合には、居宅介護の給付をすべて事業者の現物給付としていることから、コスト高のサービスとなっている。そこで、費用節減を図るために介護報酬を抑制するとサービス従事者の給与水準が低く抑えられ、人材確保問題やサービスの質の確保問題が生じてくる。近年景気回復に伴い他産業の雇用環境が好転していることから、介護分野の人材確保難が顕在化している。このままでは、財政問題ばかりでなく、人材問題からも日本の介護保険制度が危機を迎えることになるであろう。あらためて家族介護の評価について議論し、介護手当等の制度化が必要ではないかと考える。

-
- 1 土田武史「ドイツの介護保険法」（「季刊年金と雇用」第 13 巻第 4 号 6 頁、1995 年）
 - 2 在宅の要介護者の主たる介護者の 4 分の 3 は妻、母親、娘などの女性が占めていた。松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ』（信山社、2006 年）45 頁
 - 3 倍加年数とは、人口の高齢化率が 7 % から 14 % になるのに要する年数をいう。
 - 4 旧西独地域では、1991 年に社会扶助の総支出額の 32 % に相当する 111 億マルクが介護扶助のために支出された。（松本勝明、前掲書 36 頁）
 - 5 このほかの事由として、措置制度の場合にはサービス提供機関が主として行政機関か社会福祉法人に限定されていたが、介護保険制度の導入によって在宅サービス分野において株式会社等の民間事業者の参画を認めることによって、介護サービスの質量両面の拡充を図ることもあげられた。
 - 6 介護サービスの提供が措置制度から社会保険制度制度に変わることが「公的責任の放棄」とする意見には大きな違和感を覚えるもので、首肯しがたい。「公的責任」とは国民の福祉の向上のために公的制度の創設やその適正な運営を行うことにあり、措置制度か社会保険制度かという問題は制度の仕組み方の問題であって、公的責任の有無の問題とは無関係であ

る。

7 日本の介護保険法の制定過程については、増田雅暢『介護保険見直しの争点』（2003年、法律文化社）に詳しく解説されている。

8 公的老人療養推進企画団報告書の内容をはじめこの頃までの検討状況の概要は、増田雅暢「韓国の介護保険の検討状況」（週刊社会保障第2309号、法研）を参照。

9 筆者は、被保険者のサービス選択の幅を広げることや家庭内労働を正当に評価すること等の観点から介護手当の制度化には賛成の立場をとっている。詳しくは、前掲『介護保険見直しの争点』第6章を参照のこと。

（主な参考文献）

古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4 ドイツ』 東京大学出版会、1999年

松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ 介護保険』 信山社、2007年

本沢巳代子『公的介護保険 ドイツの先例に学ぶ』 日本評論社、1996年

増田雅暢『介護保険見直しの争点 政策過程からみえる今後の課題』 法律文化社、2003年

増田雅暢「韓国における介護保険制度の創設」全国社会福祉協議会『月刊福祉』2007年12月号から2008年2月号

『季刊年金と雇用第13巻第4号 特集ドイツ介護問題』 財団法人年金総合研究センター、1995年