

アジア諸国の高齢化と保健の実態

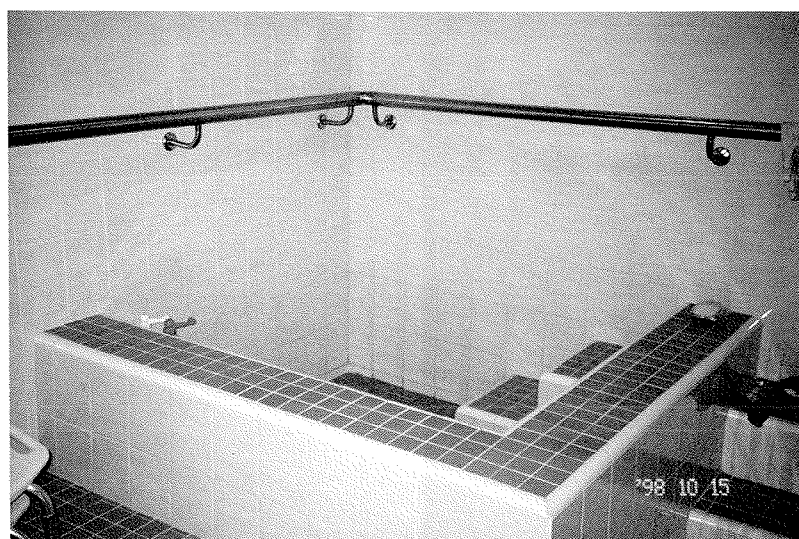
調査報告書

——大韓民国——

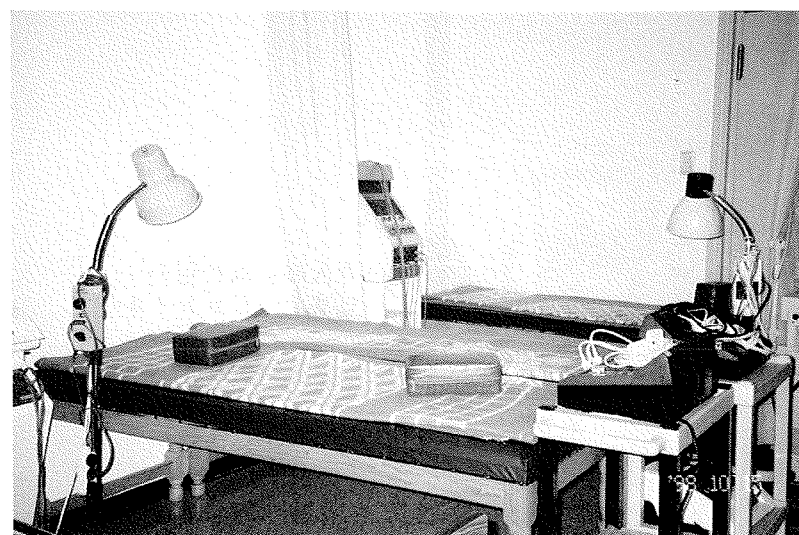
平成11年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)

在大韓民国日本大使館訪問
右から松瀬貴裕二等書記官、
新津谷真人団員、星合千春団員



青雲老人療養院の浴場
(お年寄りが浴槽に入りやすい
ように階段が設置されている)



青雲老人療養院の
メディカル・チェック・ルーム

夜はホームレスに開放されている
(北部老人総合福祉館)



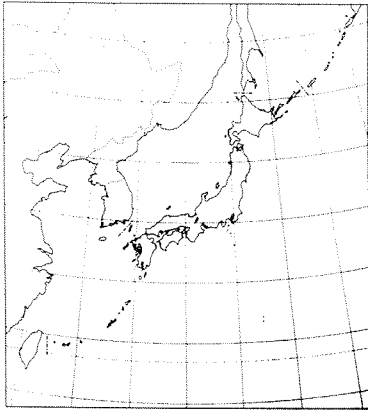
テレビモニターを通じて
ソウル大学病院の診察が受けら
れる (北部老人総合福祉館)



北部老人総合福祉館の
リハビリテーション・ルーム

행정구역

Administrative Districts of Korea



はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成 10 年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「アジア諸国の高齢化と保健の実態」調査を受託し、大韓民国で実施したものを取りまとめたものである。調査及び取りまとめに当っては、本協会内に設置した国内検討委員会（主査 黒田俊夫・日本大学人口研究所名誉所長）で行った。

近年、アジア諸国の人口は急激に高齢化に向かっている。欧米の先進国に比べ、大規模で急速なアジア地域の高齢化は、各国の保健及び社会保障制度に大きな影響を与えている。本調査は、高齢化をめぐる各国の人口、保健・医療、社会保障制度（社会保険を含む）の現状や問題等を詳細に分析し、アジア諸国の人口高齢化とそれに伴う諸問題の解決に寄与することを目的としている。

調査にあたり現地では、在大韓民国日本大使館の松瀬貴裕・二等書記官、Amy Kim・韓国児童・人口・環境議員連盟事務局長、韓国保健社会研究院の卞在寛研究員に、計画全体にわたるご指導、ご協力をいただいた。

国内では、厚生省大臣官房国際課及び政策課、外務省アジア局北東アジア課関係各位に、格別のご指導、ご便宜をいただいた。ここに深甚なる謝意を表する次第である。

本報告書が今後、大韓民国をはじめアジア諸国の高齢化対策プログラムと日本政府の有効な国際協力の貢献に役立てば幸いである。

なお本報告書は、現地政府機関、専門家、民間施設でのインタビューをもとに本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものではないことを付記する。

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 中山 太郎

大韓民国 一般概要

1. 地 理¹

国 土 面 積 : 99,392 km²
首 都 : ソウル特別市

2. 人 口 (推 計)²

総 人 口 : 46,430,000 (1998)
人 口 構 造 : 0~14 歳 - 22.0% (1998)
 15~64 歳 - 71.4% (1998)
 65 歳以上 - 6.6% (1998)
人 口 増 加 率 : 0.95% (1998)
出 生 率 : 15.5/1000 (1998)
死 亡 率 : 5.6/1000 (1998)
自 然 増 加 率 : 9.9/1000 (1998)
性 比 : 101.6 人 (1998)
出生時平均余命 : 男女計 - 73.5 歳 (1995)
 男 - 69.6 歳 (1995)
 女 - 77.4 歳 (1995)

3. 経 済³

G N P : 437.4 (十億ドル) (1997)
1 人 当 G N P : 9,511 (十億ドル) (1997)
失 業 率 : 2.6% (1997)

4. 政 治・行 政⁴

政 体 : 民主共和制
元 首 : 金大中大統領 (第 15 代) 98 年 2 月 25 日就任、任期 5 年
国 会 : 一院制 (299 議席、任期 4 年、96 年 5 月 30 日より)

5. 社会

教	育	：	義務教育 ⁵	－	6歳から12歳まで（6年間）
			進学率 ⁶	－	中学校 99.9%（1997）
					高校 99.4%（1997）
					大学 60.1%（1997）
宗	教	⁷ ：	仏教	－	45.7%
			プロテスタント	－	38.8%
			カトリック	－	13.6%
			その他	－	1.9%

6. 社会福祉⁸

老人福祉施設数	：	165（1996）
医療保険受給者数	：	総計 － 44,604,000人（1996）
		産業労働者 － 17,035,000人（1996）
		自営業者 － 22,688,000人（1996）
		公務員及び私立学校教師 － 4,881,000人（1996）
国民年金被保険者数	：	7,426,000人（16.3%）（1996）

出所：

- 1, 4, 5,) 「韓国主要経済指標」、在大韓民国日本国大使館経済部、1998年
- 2, 3, 6, 7, 8) 1998 Figures in Short, National Statistical Office, May 1998.

目 次

はじめに	5
大韓民国一般概要	7
序章 総括	11
第1章 大韓民国における高齢化	13
1. 韓国人口のプロファイル - 画期的な人口転換 -	13
2. アジアの新しい挑戦 - 人口高齢化の複合構造 -	14
3. 東アジアの高齢化：3ヶ国の比較（韓国、中国、日本）	15
4. 人口政策の転換 - 新人口政策へ -	20
第2章 大韓民国の保健・医療	25
1. 疾病構造の変化	25
2. 健康増進活動	27
3. 保健所の役割	29
4. 今後の主要課題	29
5. 主要都市に集中する医療	30
6. 国民医療費	31
7. 医療保険制度	32
第3章 大韓民国における老人保健福祉政策の検討	45
1. はじめに	45
2. 高齢者福祉政策の基本方向	48
3. 高齢者福祉関連政策	48
第4章 大韓民国における高齢者の雇用	59
1. 高齢者の雇用	59
2. 定年制度	60
第5章 国際協力の課題	63
1. 基本的な視点	63
2. 韓国の国際協力のニーズ	64
3. 韓国の文化と国際協力	65
第6章 調査団メンバーおよび日程	67
1. 調査メンバー	67
2. 調査協力者（大韓民国調査：1998年10月12-17日）	67
3. 調査日程	70
付 資料 - 収集文献リスト -	72

序章 総括

第6回アジア・オセアニア地域老年学会大会（6th Asia/Oceania Regional Congress of Gerontology）が1999年6月8～11日、4日間にわたりソウルで開催される。韓国政府ならびに学会の高齢化問題に対する深い関心の象徴である。

韓国は急速な人口転換の戦略を短期間に達成した国として国際的にも高く評価されている。出生力を代表する合計特殊出生率（TFR）は1983年に2.1に達し、それ以降置換水準以下の低水準傾向を持続し、1980年代後半には1.6にまで低下、1990年代初期には1.7にまで回復を示したが、最近では再び1.5の低い水準にある。

他方、死亡率もめざましい改善を示している。普通死亡率も人口千人あたり6人と低い。特に公衆衛生、福祉、教育等社会開発の発展の影響を総合的に反映する乳児死亡率（IMR）は、出生児数1000人あたり10以下の低水準に達している。出生力水準もすでに先進国の中でも低いグループに属しており、また死亡率、そして乳児死亡率も先進国水準に接近している。人口増加率も1%を割っている。先進諸国と同じく人口転換の最終段階に達している。

韓国の人口コントロール政策、特に家族計画による出生力抑制はすばらしい成果をあげ、それはまた韓国の経済、社会開発のめざましい進歩に貢献した。しかし、反面において急速な人口高齢化を近い将来にもたらすことになる。人口高齢化の指標として65歳以上人口割合でみると1995年で5.9%（国連推計では5.6%）でなお著しく低い。同年の日本人口の65歳以上人口割合は14.5%である。しかし、韓国では2000年には7.1%、2010年には10%、2020年には13.2%、2030年には19.2%に達する（韓国統計局の人口推計、1996年12月）。65歳以上人口割合が7%から19%に達するのにどのくらいかかったかを日本と比較してみよう。日本では1970年に7.1%であったのが、19.1%に達するのは2004年であるから34年かかることになる。韓国では7.1%に達するのは2000年であって、19.2%に達するのは2030年と推計されているから、この期間は丁度30年であって、高齢化の速度が異常に早いといわれた日本の場合よりもさらに早い速度で高齢化が進行することとなる（国連推計では2005年の7.9%が2035年には19%となる。1996年改定版による）。

以上の如く、韓国の高齢化の加速的進行に対し、政府の関心も急速に高まり、高齢化から生ずる高齢者の所得保障、医療施設・要員の充実、家族制度の著しい変化による高齢者介護・援助政策等広汎な問題に対し対応策を実施するに至ったことはいうまでもない。これらの政府の広汎な高齢者対策の現状については各章において詳述されている。

人口高齢化問題について特に重要なことは高齢化の量的側面については高い確率で理解することができるが、その変化の大きさが社会全体に、また行政に及ぼす影響がいかに深刻なものとなるかについては理解が容易ではないということである。しかも韓国の場合、高齢化の現在の水準は低く、深刻な高齢化はおきるとしても、なおかなり遠い将来のことであるといった安心感もあり、かつ現実に処理を必要とする幾多の重大な経済的、社会的問題を抱えている。

高齢化問題の対応において重視すべき点は高齢化のプロセスが単純でなく、社会、経済的に、政府にとっても家計にとっても有利な段階と不利な段階があることである。政府も企業も家庭も、有利な段階を最大限に活用し来るべき不利な段階に十分に適応しうるように、計画の時間配分を厳重に行うことが極めて重要である。

高齢化という人口の年齢構造の変化の前段階は出生力の低下によって子供人口の比重は著しく低下し、高齢人口の増加は緩慢である。この年齢構造変化を従属人口指数で見ると著しく低下する。これを前期と考える。しかし、やがて子供人口の減少は緩慢化し、同時に高齢人口の激増が始まり、従属人口指数は増大傾向に転ずる。これが高齢化の後期と考えることができる。この前期から後期に転換する時点を示唆する指標は高齢人口比率が子供人口比率を上回る点である。韓国人口の場合、この時期はほぼ 2030 年である。従属人口指数は 1970 年代までは 80 と著しく高いが 1990 年から 2030 年までの 40 年間はほぼ 40 人台の低い水準に達する。日本の場合「黄金時代」と呼ばれた低水準の従属人口指数は 1997 年に終了し、新しい困難な高い従属人口指数の後期に入った。

しかし、韓国の場合には日本とは反対に、1990 年から「黄金時代」に突入し、2030 年まで持続する。2030 年を契機として従属人口指数は急速に増大し始め、高齢人口は子供人口を上回る深刻な後期高齢化時代を迎える。高齢人口と子供人口が逆転する時点は「危機点」と呼ぶことができよう。韓国の高齢化対策は、この後期高齢化の危機点が始まる以前に万全の対策を講じておく必要のあることが強く認識されなければならないであろう。

第 1 章 大韓民国における高齢化

1. 韓国人口のプロファイル — 画期的な人口転換 —

韓国は世界的に有数の過剰人口国である。1995 年の人口は 4460 万人であるが、人口密度は 1 km^2 あたり 449 人で同年の日本の人口密度の 337 人よりはるかに多い。資源にも恵まれず、人口圧力は極めて厳しい。

解放後の韓国の人口増加率は朝鮮戦争後の著しい低下は別として、1960 年代から 1970 年代前半までは年率 2% ないし 3% という異常な増加率を示した。人口激増の社会経済開発への重大な影響を認識した政府は、強力な人口コントロールを実行した。短期間に人口増加率は 0.5% (1995) にまで縮小した。

出生力で見ると普通出生率は 1970 年の 29.5 から 1987 年には 15.1 と、20 年足らずでほぼ半分に、また合計特殊出生率 (TFR) では 1975 年の 3.4 人が 1995 年の 1.7 (1.65) 人へと 20 年間に半分に縮小している。他方、死亡率についても順調な改善を示した。

普通死亡率は 1960 年には 13.1 であったのが、1996 年には 5.3 へ、また乳児死亡率 (IMR) は 1966 年の 61.8 (出生児 1000 に対する) が 1996 年には 8.5 に低下している (以上の数値は韓国統計局及び Jung Duk Lim 教授の *Demographic Transition and Policy in Korea* による)。従って、出生時平均余命 (Life expectancy at birth) も男女計で見ると 1970 年の 63.15 年が 1995 年には 73.45 年と 25 年間に 10 年以上も延びている。男では 59.77 年から 66.49 年へと 6.72 年の延び、女では 66.70 年から 77.36 年へと 10.66 年の延びが見られる。男に比較して女の平均寿命の著しい延びが目される (韓国統計局)。

高出生率、高死亡率の段階から低出生率、低死亡率への人口転換が極めて短期間に実現された韓国の経験は、途上国では例の少ない目覚ましい成果として特徴づけることができよう。

出生力転換が短期間に実現され、出生力の低下が持続する場合、人口の高齢化は当然の産物であることに留意する必要がある。

2. アジアの新しい挑戦 — 人口高齢化の複合構造 —

アジアが 21 世紀に直面する重大な新しい人口学的課題は人口の高齢化である。しかし、この高齢化の過程は国により著しく異なったパターンを示している。いいかえれば、高齢化の水準、速度の異なったパターンが同時に存在するといった複合構造がみられるということである。例えば、多くの国を含んだ 4 つの地域区分で見ると表 1 の如く、1995 年では東アジアの 65 歳以上人口の割合は 6.8% と高いが、その他の南・中央アジア、東南アジア、西アジアは 4.3%、4.3%、4.4% と同水準の低い値を示している。しかし、来世紀における高齢化の過程は地域ごとに著しく異なっている。2050 年における東アジアの高齢人口比率は 20.1% と著しく高く、次いで東南アジアの 15.4%、西アジアの 12.3%、次いで南・中央アジアの 8.1% と低く、東アジアは南・中央アジアの 2.5 倍の高さが予想され、高齢化パターンは地域という大きな集団について見ても著しい複合化、重層化の構造がみられる。

表 1 アジア 4 地域別高齢人口比率の比較 - 1995 と 2050 -

	(%)			
年次	東アジア	南・中央アジア	東南アジア	西アジア
1995	6.8	4.3	4.3	4.4
2050	20.1	8.1	15.4	12.3

資料 : United Nations: *World Population Prospects: The 1996 Revision Annex II & III*, 1996

国ごとに高齢化水準をみると、以上の地域別に見た場合よりもはるかに著しい差が見られることはいうまでもない。例えば、2050 年の高齢化比率は日本では 30.41% と推計されているのに対して、パキスタンでは 10.27% とほぼ 3 分の 1 の低水準である。

このような地域や国による高齢化水準の著しい差異の主たる要因は出生力の低下の水準と速度である。韓国は後述する如く出生力はめざましい低下をみせ、今日では置換水準以下の合計特殊出生率 (TFR) を実現している。人口高齢化に関連する要因として死亡率の低下、改善をあげなければならない。しかし、留意すべきことは死亡率の低下がもっぱら乳幼児といった子供の年齢で生じると、乳幼児の生存率を高めることとなり、そのことは子供人口の割合を増大させる結果として人口高齢化の反対の若年化をもたらすことになる。しかし、もし年齢別死亡率の中で高年齢の死亡率の低下、改善が生じると、高年齢人口の生存率を高め、人口の高齢化に貢献することとなる。特に、日本ではほぼ 1970 年頃から、乳幼児の死亡率の改善に代って、65 歳以上の高齢人口死亡率の著しい改善が、平均寿命の延長に大きく貢献している。従って、日本の場合、死亡率の改善の結果としての平均寿命の延びの大部分は高齢人口死亡率の改善によるもので、この場合には人口の高齢化は出生力の低下と死亡率の低下の二重の要因によって促進されることとなることに留意すべきであろう。

3. 東アジアの高齢化：3ヶ国の比較（韓国、中国、日本）

韓国の高齢化を検討する場合、東アジアの主要国である中国、日本と比較することが有意義であろう。地域的に近接し、歴史的に長期にわたる交流関係を持ち、かつ文化的にも著しく近似していることは、高齢化という人口変動を深く理解する上において大きな意義がある。

第2次大戦後に限定して、それぞれの国の人口の年齢構造の変化の観点から、韓国の傾向の特徴を見てみよう。

まず、年齢構造を一般的な年齢区分である0～14、15～64、65歳以上の3大区分法によって1950年から1990年までの実績と2000年から2050年までの推計結果を3ヶ国について比較してみると表2の通りである。

65歳以上人口の割合について今日まで（1990）の傾向についてみると、韓国と中国がほぼ同じような水準で増大傾向を示しているのに対して、日本はこれら両国に比較してはるかに早い速度で高水準への高齢化の傾向がみられる。

表2 東アジア3ヶ国の年齢構造の変化 — 韓国・中国・日本 — （1950 - 2050）

年次	韓国 (%)			中国 (%)			日本 (%)		
	0～14	15～64	65+	0～14	15～64	65+	0～14	15～64	65+
1950	41.7	55.3	3.0	33.6	61.9	4.5	35.4	59.7	4.9
1960	41.9	54.8	3.3	38.9	56.3	4.8	30.0	64.2	5.7
1970	42.0	54.7	3.3	39.7	56.0	4.3	23.9	69.0	7.1
1980	34.0	62.2	3.8	35.5	59.8	4.7	23.5	67.4	9.1
1990	25.9	69.1	5.0	27.5	66.9	5.6	18.2	69.7	12.1
2000	21.3	72.0	6.7	24.9	68.4	6.7	14.7	68.1	<u>17.2</u>
2010	19.7	71.3	9.0	20.3	72.0	7.7	14.4	63.6	22.0
2020	17.6	70.6	11.8	19.6	69.6	10.8	13.7	59.5	26.9
2030	17.0	65.6	<u>17.4</u>	18.9	66.7	14.4	12.7	59.3	28.0
2040	17.5	60.9	21.6	18.2	62.7	<u>19.1</u>	12.9	56.1	31.0
2050	17.5	59.4	23.1	18.7	62.1	19.2	13.1	54.6	32.3

資料： United Nations: *World Population Prospects: The 1996 Revision, 1996 Annex II & III.*

但し、日本は国勢調査結果及び平成9年1月推計の「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）による。

備考： アンダーラインをした数値は、高齢人口が年少人口を上回った「危機点」の年次のものである。

表3 東アジア3ヶ国の従属人口指数の変化 — 韓国・中国・日本 — (1950-2050)

年次	韓国			中国			日本		
	総数	年少人口	老年人口	総数	年少人口	老年人口	総数	年少人口	老年人口
1950	80.8	75.3	5.5	61.3	54.1	7.2	67.5	59.3	8.3
1960	82.7	76.6	6.1	77.7	69.1	8.6	55.7	46.8	8.9
1970	83.0	77.0	6.0	78.7	71.0	7.7	44.9	34.7	10.2
1980	60.8	54.7	6.1	67.4	59.4	7.9	48.4	34.9	13.5
1990	44.6	37.4	7.2	49.4	41.0	8.4	43.5	26.2	17.3
2000	38.9	29.7	9.2	46.2	36.4	9.9	46.8	21.5	25.3
2010	40.3	27.6	12.7	39.0	28.3	10.7	57.2	22.6	34.6
2020	41.6	24.9	16.7	43.8	28.3	15.5	68.2	23.0	45.2
2030	52.5	25.9	26.6	49.8	28.3	21.5	68.6	21.4	47.1
2040	64.3	28.8	35.5	59.5	29.0	30.5	78.1	23.0	55.1
2050	68.1	29.3	38.7	61.1	30.1	31.0	83.0	23.9	59.1

資料： United Nations: *World Population Prospects: The 1996 Revision Annex I: Demographic indicators*, 1996. 但し、日本は前表と同じ資料。

備考： 原統計は5年間隔となっているが、ここでは10年間隔とした。従属人口指数の総数は

$$\frac{(0\sim14) + 65\text{以上}}{15\sim64} \times 100, \text{年少人口指数は } \frac{0\sim14}{15\sim64} \times 100, \text{老年人口指数 } \frac{65\text{以上}}{15\sim64} \times 100.$$

1950年から1990年にかけて日本は4.9%から12.1%と2.5倍に達している。しかし、中国は4.5%から5.6%へとわずか24%の増加率である。また韓国は3.0%から5.0%と到達水準は中国とあまり差はないが増加率は67%と高い。1990年から2050年にかけて予想される傾向は、韓国の高齢化の速度が中国よりも早く、2050年の中国の19.2%に対して、韓国は23.1%とかなり高い水準に達する。しかし、注目すべき点は日本との違いである。2050年の日本の高齢人口比率は32.3%と人口の3分の1にも達するが、これはおそらく世界最高水準と思われる。

図1は3ヶ国の高齢化の傾向を示したものであるが、日本の水準が極端に高いことと、韓国が前半においては中国よりも若干低いが、2000年以降において中国よりも高くなる傾向が加速化されていくことを示している。2050年の高齢化率はこのように韓国と中国の間に若干の差がみられるが、この水準は日本の2010年頃のそれに近い。約40年間の遅れがみられる。

高齢化率の反対の動きを示しているのは、若年人口の0~14人口比率(図2)である。高齢化率の曲線とは反対に、日本の若年人口比率はもっとも下方にあって低い水準を示しており、韓国は1975年以降中国より低い水準にあることが分かる。

図1. 3ヶ国の高齢人口割合（65+）の推移、1950-2050

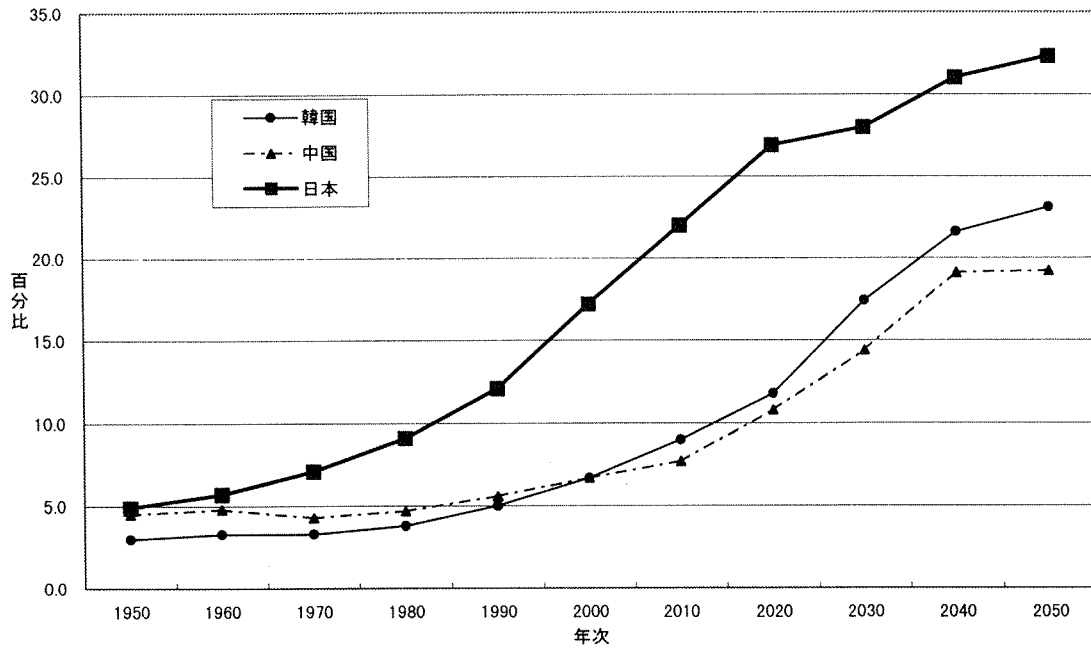
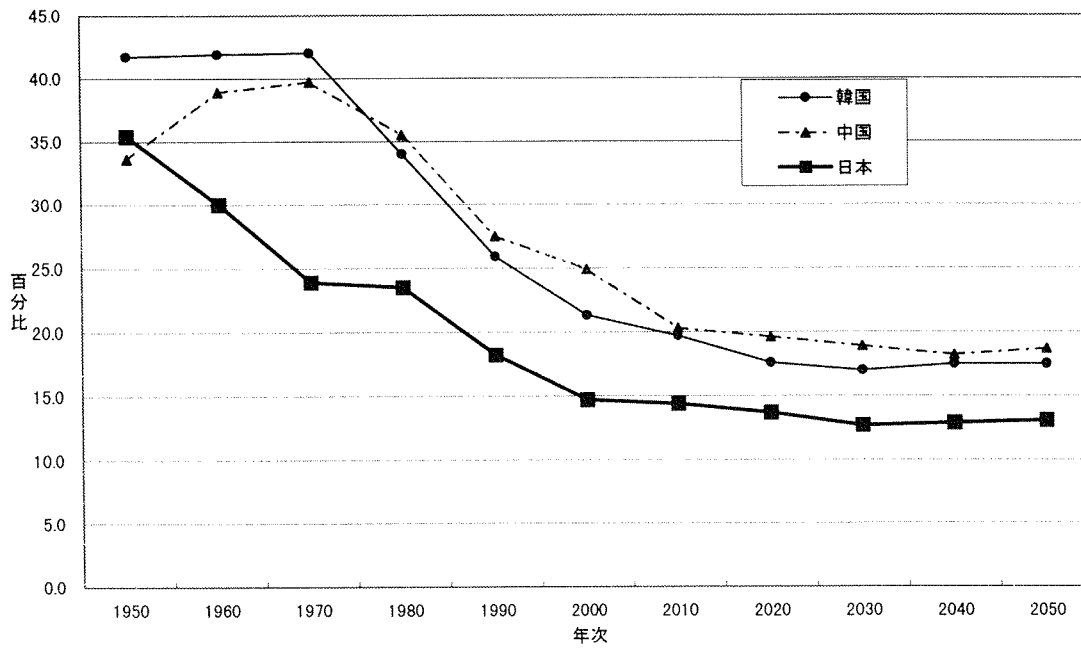


図2. 3ヶ国の年少人口割合（0~14）の推移、1950-2050



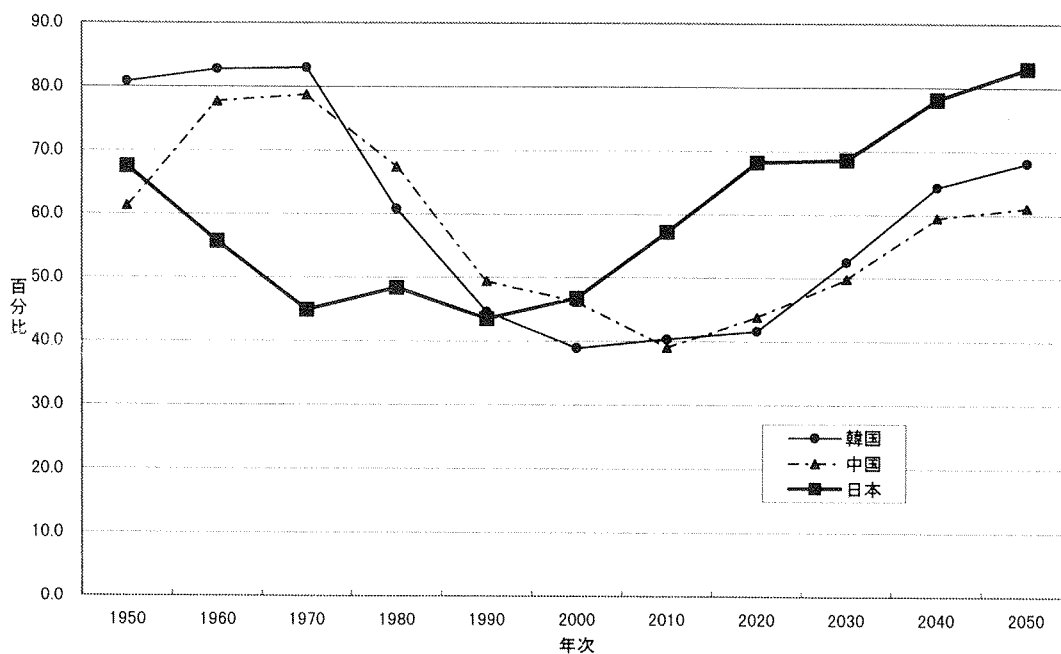
このような若年人口（0～14）比率の低下は、出生力の低下の水準と速度によって直接影響を受けることになる。出生力の低下を合計特殊出生率（TFR）でみると、日本では1950年代の後半には既に置換水準に達しているのに対して、韓国では1985年頃であり、置換水準に入った時点でみると韓国、中国は日本よりも約25年ないし30年おけている。また、韓国のTFR水準が中国よりも低く、かつ韓国の低下速度が中国より早いことの結果が年少人口比率の両国の差にあらわれていると考えられる。

以上のような年齢構造の変化は人口高齢化の過程の差異を示しているが、ここで重要な点は、年齢構造からみた従属人口指数である。これは生産年齢人口100人に対する年少人口と高齢人口の合計の割合である。これは $\frac{0\sim14\text{人口}+65\text{以上人口}}{15\sim64\text{人口}} \times 100$ で算出される。

子供と老人は働く年齢の人口で扶養されると仮定して、100人の労働年齢人口が子供と老人を何人扶養することになるかを示唆したものである。現実には、労働年齢人口の中には働かない人口も含まれており、他方老人人口のなかには働いている人口もあり、全ての老人が扶養されているわけではない。年少人口が非常に多い年齢構造の社会、あるいは老年人口が年少人口よりも多い社会といった年齢構造の差異は社会の活力をあらわす指標として、重要な経済的、社会的意義をもっており、政策担当者が重視すべき指標である。

前述の3ヶ国の従属人口指数の推移を示すと表3、図3の如くである。

図3. 3ヶ国の従属人口指数の推移、1950-2050



まず、第1に注目すべき点は、いずれの国の場合でも高い水準の段階から低水準の段階、そしてさらに高水準の段階に回復する3段階の過程がみとめられることである。この3段階の推移の仕方が日本と韓国・中国とで異なっている。日本の場合は1970年から2000年の30年間で低水準の従属人口指数の期間であるのに対して、韓国、中国の場合はほぼ1990年から2030年頃までの約40年間である。

この従属人口指数が70あるいは80と高いことは、主として老年人口が少なく子供人口が極めて多いことによるもので、この場合、社会的、経済的負担が国家財政においても家計においても大きいという特徴がみられる。しかし、この従属人口指数が40台の低い水準になることは、出生力の著しい縮小により子供負担が減少し、他方高齢人口は増加するがなお著しくないとといった年齢構造を意味する。韓国の事例をみてみよう。

表3によると、1970年の従属人口指数83であるが、その内訳は子供が77、老人は6である。100人の生産年齢人口が77人の子供と6人の老人を扶養負担するというパターンである。しかし1990年になると従属人口指数は44.6人に大幅に減少している。1970年に比較すると生産年齢人口100人が扶養する人口は83人から45人に減少している。38人の減少、46%の減少率である。国家財政、経済発展、家計にとって極めて有利な人口構造となる。子供の減少と共に他方において高出生率時代の子供達が15～24歳の若い生産年齢に達し、経済成長に必要な若い労働力の供給源となる。日本においても、このような有利な年齢構造が日本の高度経済成長に大きく貢献したことは確かである。私共はこの著しく低い従属人口指数の時期を「黄金時代」と呼んだ。国連の世界人口白書は「人口ボーナス」(demographic bonus)と呼んでいる。

しかし、この有利な年齢構造はいつまでも持続するものではない。出生力の低下の持続や高齢者の死亡率の改善などにより、人口の高齢化が加速化し、その結果従属人口指数は低水準から反転して高水準へと転換する。しかし、この高水準は初期のそれとは異なっている。初期の高水準の中心は年少人口であったが、この新しい段階の高水準の中心は高齢人口である点において根本的に内容を異にしている。

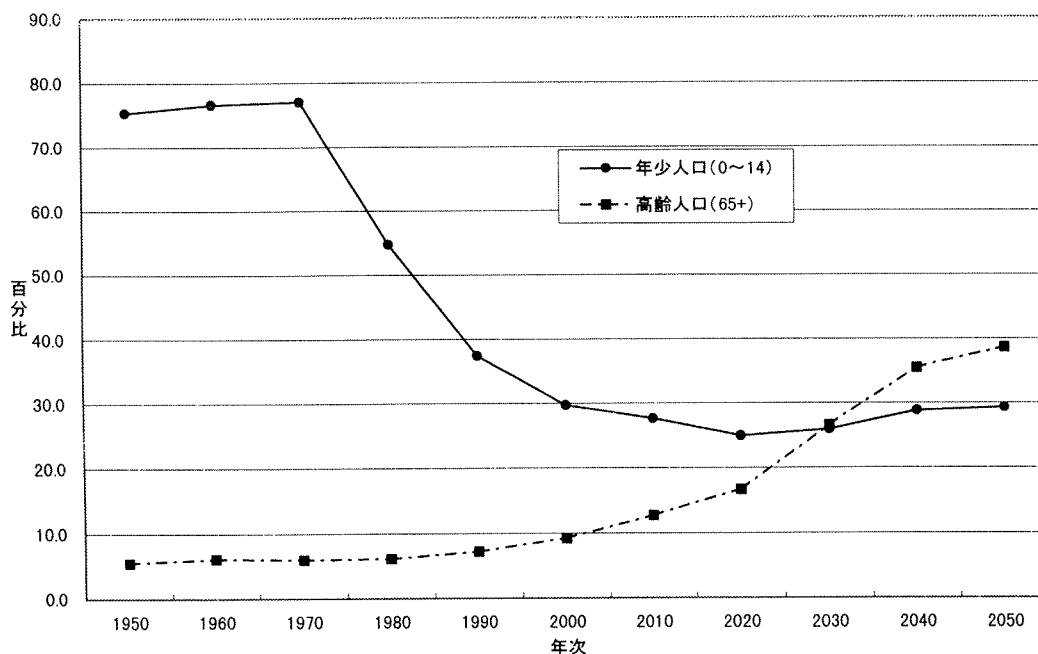
韓国も中国も黄金時代は2030年頃に終結し、そのあと急上昇を開始し、韓国は2050年には70に近い高水準に、中国は61の水準に増大することが予想される。いわゆる人口高齢化の危機の時代を迎えることとなる。

高齢人口増大過程の中で、政策担当者が特に留意すべき点は、高齢化は出生力コントロールの必然的産物であるから早期に対策をすすめる必要があることはいうまでもないが、特に考慮を要する点は高齢化の進行過程において高齢人口が年少人口を追い越していく時期があるということである。例えば日本の場合、1950年に35人の子供に対して5人の高齢者、いいかえれば老人1人に7人の子供といった割合である。しかし、1997年は15人の子供に対して15人の老人、つまり1人の老人に1人の子供の割合である。高齢化問題が極めて深刻な段階に達したことを意味する。筆者はこの時点を「高齢化の危機点」と呼んでいる。

この危機点は、日本ではすでに1997年に達しているが、韓国では2030年に、中国では2040

年に達すると思われる。高齢化対策はこの危機点に達する以前に完成されていなければならない。韓国の従属人口指数を年少人口指数と老年人口指数に分けてその数値の変化を示したのが図4である。従属人口指数に占める年少人口割合と老年人口割合は、2030年を境として両者は逆転することとなる。

図4. 韓国の従属人口指数の年少人口指数と老年人口指数の推移、1950-2050



4. 人口政策の転換 — 新人口政策へ —

人口コントロールには、増加抑制と増加を推進する政策となんらの干渉もない自由放任政策がある。一般に、もっとも重要なものは増加抑制、特に家族計画政策・プログラムである。人口の激増の経済的・社会的発展に及ぼす著しい阻害的影響を強く認識した韓国政府は積極的な出生力抑制のための家族計画政策に踏みきった。家族計画政策が経済開発5か年計画の一部として採択されたのは1962年である。当時、人口増加率は3%、合計特殊出生率は5ないしは6という高い水準にあった。しかし、1975年には一挙に3という低水準を達成した。

1962年の家族計画政策とプログラムは急速に強化されていった。その強化の一面は、政府の家族計画のスローガンによく反映されている。初期のスローガンは「子供は少なく、健全育成を」(Have few children and bring them up well)、そして「家族計画研究所」(Korean Institute for Family Planning)が設立された1971年には「子供は男女を問わず2人」(Stop at two regardless of sex)と2児政策が打出されている。しかも、男児選択傾向の強い韓国での女兒出生を避ける傾向に早

くも注意を喚起している点が注目される。この出生の男女差別に対する傾向に注目にした政府は、さらに 1978 年に次の様なスローガンを作製した。「よく育てた女兒は 10 人の男児に勝る」(A well bred girl surpasses ten boys.)。少子化が進むにしたがって、男児選択傾向の強い韓国では出生性比が不均衡になり易い。生まれてくる子供が女兒であれば、さらに男児を 1 人か 2 人生みたいと願ひ、また女兒の性別が胎児の時期から分かると人口中絶に頼るといった傾向となるからである。

出生時の性比は (sex ratio at birth) は、1980 年代前半に急速に上昇し始め、105 から 109 へ、そしてさらに 1980 年代後半には 110 以上に増大している。出生児が 2 子、3 子、4 子とパリティ (parity) が増大すると性比は著しく増大する。第 3 子、4 子では 200 を超える異常な場合も見られる (Lim 論文、p. 18)。

国際的にも高く評価された韓国の家族計画政策とそのプログラムは、目覚ましい成果をあげ、合計特殊出生率は急速に低下し、1984 年には置換水準に達した。政府並びに識者の間から、出生力コントロールがもたらした異常ともいえる出生力の低水準に対する新しい関心と懸念を引き起こすこととなった。それは、韓国人口の高齢化や近い将来に予想された人口の絶対的減少、あるいはまた労働力人口の減少といった新しい深刻な課題を強く認識し始めたことである。その結果は「新人口政策」(a New Population Policy) への転換となってあらわれる。

政府の家族計画予算は 1985、1986 年には 300 億ウォン¹⁾ のピークに達した。これは 10 年前の 1975 年の 8 億ウォンの 40 倍に近い。しかし 1980 年代の後半には急減し始め、1990 年には 3 分の 1 の 100 億ウォンに、1996 年にはわずか 24 億ウォンにまで減少した。他方において保健部門の予算は 1980 年代初期の約 1000 億ウォンが最近では 2650 億ウォン (1996) にまで激増している (N. Cho, p. 95)。このことは明らかに政府の人口政策の転換を示唆している。いいかえれば、出生力抑制のためにあらゆる手段を尽くして実行されてきた家族計画という従来の概念からの転換である。出生力抑制という量的側面の家族計画から、人間の質の向上という質的側面への方向転換である。

この新人口政策の内容を簡単に示すと次の如くである (N. Cho, 1996, p. 36)。

- (1) 置換水準の出生力の維持と疾病・死亡の改善 — 持続可能な社会・経済開発達成の一環として
- (2) 人口の地域間分布の均衡化の達成
- (3) 地域人口計画の実行と統計的データ蒐集のための組織の構築
- (4) 家族の健康と福祉の増大
- (5) 出生児性比の不均衡の防止と人工妊娠発生機会の抑制
- (6) 青少年の性関連問題への取り組み
- (7) 女性の雇用機会及び福祉サービス拡大による女性の地位強化

¹⁾ 100 ウォン=9.78 円 (平成 11 年 1 月 19 日現在)

- (8) 高齢者に対する仕事の機会の改善と適切な健康及び福祉サービスの提供
- (9) プログラム管理の再形成にしたがって全てのレベルにおける制度の施設及び能力の強化
ーそれには新人口政策の効果的な実行に必要な組織上及び機能上の再編成が含まれる。

新人口政策の以上のような目標・目的は、韓国における出生力コントロールのための家族計画政策のめざましい成果を契機として、人口政策の体系そのものの基本的な転換を示している。それを一言で要約すると出生力コントロールと家族計画政策の任務の終了の宣言であり、人口資質の向上を中心とした社会開発的志向への転換であるともいえよう。また、高齢者対策、女性の地位の強化、人口の地域分布の不均衡是正など広く人口に関連する諸問題が含まれている。

少子化を推進するための援助は必要がなくなるほどの出生力低下を実現したとの観点から政府のあらゆる援助は廃止され、それに代わって健康、疾病、そして人間資質向上のための政策が強化されることになった。

ここで注目すべき点は、置換水準以下の出生力水準に対する政府の見解である。それはここで基本的な課題である高齢化に直接関連しているからである。もし、一層の出生力低下が続けば人口高齢化の速度は一層早まることになり、また反対に、出生力の一層の低下は望ましくないとして出生力の回復あるいは増大政策がとられることになれば、高齢化は緩和されることになるからである。

例えば、シンガポールはTFRの低下が続いて、遂に1986年には1.4にまで低下した。政府は人口の高齢化と人口減少への影響を考慮して、人口増加政策に転じた。“Have Three, and more If you can afford it”のスローガンの下に、そのための一連の誘引手段を講じた。しかし、シンガポール政府はこのような pro-natalist 政策も、単に置換水準への復帰を狙ったものであり、究極の目的は置換水準の維持にあると注意深く強調している (*Population Policies in Asia*, APDA, 1998, pp. 55-56)。

シンガポールはこの人口政策の転換を「新人口政策」と呼んでいるが、韓国の場合も同様に「新人口政策」と呼んでいる。この場合、シンガポールが明確に“子供は3人”を推進するための幾多の特典を準備しているのに対し、韓国は出生力抑制の家族計画推進の特典を廃止したにとどまっておらず、出生力回復への意図は示されていない。韓国の新人口政策では、置換水準の出生力の維持が表明されている。また韓国の専門家はTFRはおそらく1.8前後で落ち着くであろうと予測し、2子までの少子家族を促進するための色々な施策 (incentives and disincentives) を全て廃止しても対して影響はないであろうという見解を示している (N. Cho, 1996, P. 36 と 70)。

また、韓国においては出生力の低下、人口の減少といった問題について、政治家やマスコミの間にも、出生力回復あるいはさらに人口増加政策といった見解はみられないようである。

人口高齢化に関連してなお留意すべき点は、高齢化の地域間の格差、特に都市と農村の間における高齢化問題である。

過去30年間に韓国は急速な高度経済成長を達した。それは農村人口の都市への大量の人口移

動を伴った。都市人口の割合は 1966 年には 36.6% にすぎなかったのが、1980 年には 57.3%、1990 年には 74.4% に激増していることは、明らかに都市への急速な人口集中を示している。ここで重要なことは、農村からの流出人口は若い人口であり、それが大量に流出して都市に流入することは、農村では高齢人口割合の増加、都市では生産年齢人口割合の増加、いかえれば前者では人口の高齢化、後者では人口の若返りが生ずることになる。

このような人口の移動によって、新しい人口高齢化問題が生ずる。出生率や死亡率の低下によって生ずる人口高齢化とは全く性質を異にした高齢化現象が生ずる。農村人口の著しい減少は日本では過疎化と呼ばれ、異常な高齢化の農村が生じた。65 歳以上人口の割合が 40% を超える町村もあらわれた。

韓国の地域別高齢化も 1980 年頃までは農村を中心としたものであったが、都市人口が全人口の半分を上回るに至ったことと、以前に農村から都市に流入した人口が都市に居住を続け老年期に達するようになると、高齢化対策の焦点は都市に移行することになる。諸国政府は、このような人口の都市集中に対して地方への再分散を検討しているが、都市化を逆転させることは先進、途上のいずれの国においてもすぐれた例はない。

いずれにしても、高齢化現象については、地域による高齢化の著しい差に注目することが必要である。

最後に、韓国における人口高齢化の推移の段階と対策の時間的焦点の重要性について触れておこう。それは従属人口指数からみた時間的戦略である。置換水準以下の低出生力により子供人口が急減し、他方高齢人口の増加はまだ緩慢である、いわゆる後期高齢化時代の従属人口指数は著しく低下する。1970 年代までの韓国の従属人口指数は 80 人（生産年齢人口（15～64）100 人に対する子供と高齢者の数）であった。1995 年以降 2020 年までの 25 年間はこの指数は 40 人に激減する。子供と高齢者は、生産年齢人口 100 人に対し 80 人から 40 人に大激減することになる。政府財政からみても家計からみても、もっとも恵まれた期間である。しかし 2020 年以降急速にこの負担指数が増大し、いわゆる危機の高齢化といわれる困難な時期に当面することとなる。日本では黄金時代と呼ばれたが、この低従属指数時代は 1965 年から始まって 1995 年で終わりをづけ、新しい重負担の時代に入っている。しかし、韓国の場合はこの“人口的”黄金時代は日本に入れかわってこれから始まることになる。本研究でとりあげられた韓国の高齢化対策は、これから始まる黄金時代（国連は人口ボーナスと呼んだ）に最優先課題として政府、企業、個人が取り組むことによって、来るべき危機の高齢化時代を克服して、豊かな安定した高齢化社会の実現を達成することが期待されるであろう。

[参考文献]

United Nations: *World Population Prospects: The 1996 Revision Annex I: Demographic indicators* 及び *Annex II & III: Demographic indicators by major area, region and country*.

United Nations Population Fund (UNFPA): *The State of World Population 1998*

APDA Resource Series 6, 1998: *Population Policies in Asia*, the Asian Population and Development Association (APDA).

Symposium Report 98-01 1998: *Proceedings of International Symposium on Population and Development Policies in Low Fertility Countries*, Korea Institute for Health and Social Affairs, United Nations Population Fund (UNFPA).

Cho, Namhoon: *Achievements and Challenges of the Population Policy Development in Korea*, Korea Institute for Health and Social Affairs

Lim, Jung Duk: *Demographic Transition and Policy in Korea* (no official paper, without date of writing).

第2章 大韓民国の保健・医療

1. 疾病構造の変化

(1) 韓国の現状

全般的な生活環境や衛生水準の向上および医療技術の発展により、伝染性疾患は著しく減少した。この一方、各種のがん、糖尿病、脳血管疾患、慢性肝疾患などの慢性退行性疾患が増加してきている。

これに加えて、平均寿命の延長による人口の高齢化によって、慢性退行性疾患の罹患やそれによる死亡率の増加はさらに深刻化することが予測されている。

(2) 死亡統計（1996年度）

① 発生申告死亡件数

表1に発生申告死亡件数を示す。全体で237,726件のうち男性が56.6%、女性が43.4%を占めていた。このうち死亡原因が分類できたものは全体の99.4%に当たる236,234件だった。

② 死亡診断者別申告件数

表2に死亡を診断した者別の申告件数を示す。医師および漢方医が全体の65.5%を占めていたが、これらの医師以外の者が死亡を診断した割合は34.5%を占めていた。

③ 死亡場所別死亡者数

表3に死亡場所別死亡者数を示す。自宅で死亡した者の割合は63.2%と最も多く、病院が25.2%、その他が11.6%だった。

④ 年齢階層別死亡者数

表4に年齢階層別死亡者数を示す。最も死亡者数が多いのは75～79歳の年齢階層で、次いで70～74歳、85+歳、80～84歳の順だった。

表 5 に男性の年齢階層別死亡者数を、表 6 に女性の年齢階層別死亡者数を示す。75 歳以上の年齢階層で女性の死亡者数が男性の死亡者数を上回っていた。これは女性の平均寿命が男性より約 8 歳長いと考えられる（95 年；男性 69.6 歳、女性 77.4 歳）。

⑤ 年齢階層別死亡順位

表 7 に年齢階層別死亡順位を示す。全体では、脳血管疾患による死亡が最も多く、ついで運輸事故、心疾患、肝疾患、胃がんの順だった（日本の統計と異なり、がんが悪性新生物としてまとめられていない）。

疾患群でみると、循環器系疾患（高血圧性疾患・脳血管疾患・虚血性心疾患・動脈硬化性疾患）が 24.6% で最も多く、次いで悪性新生物 21.7%、事故死 14.5% の順だった。

表 8 に男性の年齢階層別死亡順位を、表 9 に女性の年齢階層別死亡順位を示す。

⑥ 死亡順位の韓国と日本の比較

表 10 に 1996 年度の日本の統計との比較を示す。悪性新生物の評価が困難であるが、日本と韓国との大きな違いとして韓国で運輸事故が多いことがあげられる。

⑦ 最近 10 年間の各種疾患の死亡率の推移

表 11 に最近 10 年間の各種疾患における死亡率の推移を示す。悪性新生物について詳細にみると、10 年間で著明な増加を示しているものに脳腫瘍、大腸・直腸・肛門がん、膵臓がん、肺がん、膀胱がんが挙げられる。逆に減少を示しているものに胃がん、子宮がん、乳がんが挙げられる。日本と同様の傾向を示すものと、そうでないものがあり、特に乳がんの減少や脳腫瘍、膀胱がんの増加は生活習慣の違い、職業性等、疫学的に原因を明らかにすることで予防に役立つ可能性がある。

この表 11 を基にして、10 年間の死亡率の変化が大きかった疾患をまとめて表 12 と表 13 に示す。最も増加した疾患は精神科疾患・行動の異常で、次いで筋骨格・結合織疾患、糖尿病、脳の悪性新生物、虚血性心疾患だった（表 12）。最も減少した疾患は有毒物質による中毒で、次いで高血圧性心疾患、動脈硬化性疾患、呼吸器・結核、肺炎だった（表 13）。

（3）韓国政府の取り組み

このような現状の中で、韓国政府は以下のような取り組みを行っており、21 世紀にむけて、主要疾病の国家管理体系を構築していこうとしている。

① 慢性退行性疾患の管理・広報の強化

- * 各種マスコミを通じた広報の実施
- * 多様な広報物の作成と配布
- * 訪問保健事業の拡大・強化
- * 関連団体を通じた無料講座・広報の実施

② 新生物の管理の強化

- * 2000 年の開院を目指したがん専門病院の建設

- *がんの早期発見・早期治療のための検診事業の実施
- *がんの発生率・有病率・死亡率などの、がん関連要因を分析するための登録事業の拡大実施

2. 健康増進活動

(1) 健康診断の実施状況

医療保険法第 39 条の 2 及び国民医療保険法第 29 条により、医療保険の被保険者および扶養者を対象にした定期健康診断の実施を義務づけている。保険の区分と健康診断の種類を表 14 に示す。

(2) 健康診断受診率

健康診断の受診率を表 15 および表 16 に示す。一般健康診断の受診率は比較的高いが、成人病検診の受診率は低い。

(3) 定期健康診断実施結果

表 17 に 96 年度の定期健康診断の実施結果および疾患別有所見者率を示す。最も多い異常は肝疾患で、次いで高血圧、糖尿病、高脂血症の順だった。

(4) 口腔保健対策

① 口腔健康増進事業の活性化

97 年 11 月に保健福祉部に口腔保健課が新設されたことにより、口腔保健事業の長期的な政策開発および調査・研究などを活発に遂行できる環境がつけられた。

特に水道水のフッ素化事業は虫歯予防効果が大きいと言われていたことから、現在 25 ヶ所の浄水場を対象にフッ素投入機の設置費を支援しており、年次的に拡大していく計画である。また、水道水フッ素化事業を実施していない地域では、小学校の生徒を対象に保健所の歯科医師・歯科衛生士・学校の養護教諭が協力してフッ素溶液歯磨き事業を積極的に実施し、口腔病の原因と予防に対する教育や広報物を作成・配布している。

② 国家口腔保健政策の目標

- 1) 12 歳児童のう歯*経験永久歯指数を 3.0 以下に下げる。
- 2) 12 歳児童のう歯*永久歯率を 10% 以下に下げる。
- 3) 15 歳児童の歯面研磨必要者率*を 25% 以下に下げる。

*う歯・歯面研磨必要者率：韓国語からの翻訳不能。前後の意味より判断

③ 現在すすめられている口腔保健事業

- 1) 水道水フッ素化事業
- 2) フッ素溶液歯磨き事業
- 3) 継続的學校口腔保健管理事業
- 4) 歯牙の充填事業
- 5) 口腔保健教育事業
- 6) 貧困階層に対する訪問口腔保健事業
- 7) 妊婦および幼児の口腔保健事業

(5) 国民健康増進法の制定

慢性退行性疾患は、国民の福祉水準を低下させるだけではなく、国民医療費の増加を招くことになる。これらの疾病の原因は、ほとんどが個人の偏った食生活習慣や運動不足に起因するので、事前の予防努力が重要である。

このため、過去の伝染病対策や各種の疾病管理などの事後治療に重点をおいた保健政策から、健康な生活を維持し、健康増進を図る事前予防的な保健政策への転換が必要である。

韓国では 1995 年に国民健康増進法を制定し、国民の健康に対する価値や責任意識を高め、健康生活を実践できる環境をつくり、個人はもちろん、国家が健康増進のために努力し、責任を持つべきであることを法的に規定している。

(6) 現在実施されている政策

① 保健所における健康増進事業の活性化

市・道から各 1 ヶ所の保健所を選定し、疾病予防、健康生活の実践、栄養改善、口腔保健、保健教育・広報などの健康増進事業を 98 年から試験的に 2~3 年間実施する計画がある。この後、事業の運営結果を評価・分析し、健康増進事業のプログラムを開発して全国的に拡大していく予定である。

② 国民健康増進基金

国民健康増進事業を円滑に進めるために、タバコ事業者からタバコ 20 本当たり 2 ウォン、医療保険の予防保険事業費から 5 % を出資させ、国民健康増進基金を 97 年に設立した。

③ 禁煙・節酒などの健康生活実践環境づくり

禁煙の定着のために、タバコの箱に禁煙警告文の表記を義務化している。また、一般大衆が利用する大規模公衆利用施設では禁煙区域と喫煙区域を区分し、決められた場所だけで喫煙を許可するように指導している。これに加え、青少年の喫煙抑制のため、民間の禁煙運動も支援している。

健全な飲酒文化の定着のため、酒類の販売容器に警告文を必ず表記させ、マスコミを通

じた酒類の広告・景品の提供はできないように制限している。

④ 国民栄養調査の実施

3年毎に全国民を対象にした国民栄養調査を実施している。今年は、従来の食品栄養摂取調査を中心に行われてきた調査内容を拡大・改善して、特に国民の健康状態・食品摂取・食生活調査などを含めた国民健康・栄養調査を98年11月に実施した。

また、保健所の栄養事業と関連して、保健所に勤める栄養士に対する再教育や予算支援を通じて栄養事業の基盤を拡大し、地域別に模範メニューを作成して展示会を開くなど、望ましい栄養摂取を指導している。

3. 保健所の役割

(1) 日本の保健所との性格の違い

韓国では1977年に国民皆保険制度が開始された。この時点では公共の医療施設が脆弱だったため、保健所が診療事業を開始し、地域における診療事業の強化に貢献してきた。

(2) 地域保健法成立にともなう機能拡大

保健所の活動は「保健所法」に基づいて行われてきたが、1995年に「地域保健法」が制定された。この法改正にともない、老人保健事業、救急医療、精神保健、リハビリテーションなどの事業が保健所の業務の中に新たに含まれるようになった。

この法改正にともなう最も大きな変化は、各保健所に地域保健医療計画書という今後4年間の活動計画書を作成させるようになった点である。この作成に当たっては、作成指針が保健福祉部から出されているが、今までの政府主体の活動から、地域特性にあった独自の活動を計画することも可能になった。

(3) 業務の民間委託の検討

このような改革が進められている中、昨年のIMF危機が明るみになり、98年度予算は17%削減、99年度予算は13%削減され、全体で当初の70%の予算に削減されることになった。このため、業務の民間委託が検討されており、現在1番のトピックスとなっている。

4. 今後の主要課題

健康と福祉・医療に関する主要課題として、以下の項目が挙げられている。

(1) 健康教育と栄養：健康教育資料の作成、人材教育、禁煙活動、寄生虫疾患の予防、栄養、

口腔保健など

- (2) 感染性疾患の予防
- (3) メンタルヘルス
- (4) 慢性疾患の予防：早期発見・早期治療、国立がんセンターの設立、がん登録事業など
- (5) 母子保健
- (6) 家族計画
- (7) 高齢者医療

① 老人性痴呆の問題

老人性痴呆患者の割合は、65 歳以上の老人の 4%と推測され、その実数は 10 万人以上と考えられている。このため、政府は「老人性痴呆に対する 10 年計画」を作成し、看護施設や病院などの施設の充実、痴呆に関する調査機関の設立、試験的な遠隔治療の導入などを開始した。特に、政府は包括的な管理を行うための痴呆センターの設立を 1993 年から開始し、1997 年までにすでに 4 施設が建設された。今後さらに 12 のセンターの建設が計画されている。

② 老人特有の疾患を予防するための健康診断

老人病の早期診断と、予防のための健康教育を通じて高齢者の健康を向上させるために、政府は 1983 年から収入の低い高齢者に対して健康診断のための助成金を出してきた。最初のスクリーニング検査で何らかの病気が疑われた患者に対しては、二次検査の実施もすすめている。

5. 主要都市に集中する医療

(1) 医療機関統計

表 18 に医療機関数の推移を示す。総数は 1985 年から 1996 年にかけて約 2 倍に増加した。各医療機関の割合を比較すると、歯科病院・歯科医院の増加が目立ち、大学病院・一般病院はわずかに減少した。

表 19 に病床数の推移を示す。総数は 1985 年から 1996 年にかけて約 2 倍に増加し、人口／病床の割合も 447 から 245 に減少した。

表 20 に医療従事者数の推移を示す。1985 年から 1996 年にかけて歯科医師数は約 3 倍に増加し、医師・漢方医・看護婦は約 2 倍に増加した。

(2) 主要都市に集中する医療

韓国の人口の多くが主要都市に集中しているのと同様、医師の多くがソウルを中心とする都市部に集中し、その割合は 80%に達している。

(3) 公衆保健医師制度と融資制度

このような医療の不均衡問題の解決策の一つに「公衆保健医師制度」がある。韓国では徴兵制度が実施されているが、農村で3年間の医療活動を行うことによって、この徴兵が免除される制度が公衆保健医師制度である。医科大学を卒業してすぐに農村部へ行く場合と、専門医になってから行く場合の選択が可能となっている。

また、病院の地方への分散を目的として、政府は1995年から低利率での融資を開始した。一部の地域では実際に融資が行われたが、ベッドの過剰供給を招く結果となった。

6. 国民医療費

(1) 医療費の現状

表21・22の通り、医療費および老人医療費はともに増加する傾向を示している。しかし、医療費全体に占める老人医療費の割合はまだ低く、老人医療費が医療費全体を押し上げているとはいえない段階である。

医療費上昇の原因としては医療の利用度が多いことが挙げられている(表23)。これは韓国の医療保険報酬が安いために、検査件数を増やして収入を上げる傾向があるからである。MRI・CTなどの最新設備の数は、日本・アメリカに次いで世界で3番目に多い。

(2) 高齢者が病院を受診した際の自己負担率

表24に高齢者が病院を受診した際の自己負担率を示す。1977年に医療保険制度がスタートしたが、その後自己負担率は何度も変更されている。

(3) 医療費抑制政策と問題点

① 不正保険請求の厳重審査

不正請求が多い機関には警告を出し、それでも改善がない機関には保険適応を除外してきた。

② 医療保険報酬の検討

CTなどの保険料を、物価の変動に比例した検査費用にしていくことが検討されている。

③ 高い自己負担率

入院時の自己負担率は20%だが、入院中の費用の中で保険が適用されるものと全額自費のものが混在している。これが自己負担を大きくしている要因の1つになっている。

④ 保険が適応されない検査

CTは保険が適応されるが、MRIは保険適応になっていない。このことは保険財源の削減には有効だが、本当に検査が必要な人の負担が大きくなっている（MRIの検査料40～50万ウォン。平均的な4人家族の都市生活者の月収は150万ウォン）。

⑤ 保険適応日数

以前は保険が適応される診療日数が180日だった。これが300日に増やされ、2000年には365日を目標にしている。

7. 医療保険制度

（1）韓国の医療保険制度

ドイツと日本の影響を強く受けた制度になっているが、日本より簡単なシステムとなっている。

（2）医療保険対象者

医療保険対象者は全人口の96.5%で、残りの3.5%は保険料の支払い能力のない生活保護対象者である。

医療保険連合会がすべての医療保険組合をまとめているが、ここに所属する組合は大きく3つに分かれている（図1）。

- A. 賃金労働者（145組合、約1600万人）
- B. 公務員・私立学校教職員（1組合、500万人）
- C. 自営業者（227組合、2100万人）

このうち、C. 自営業者の所得が正確に把握できないために、保険料の徴収が困難であった。このため、98年だけでも2000億ウォン、過去5年間の合計で5000億ウォンの赤字がでており、政府は年間1兆ウォンの補助を出してきた。

（3）医療保険制度の改革

赤字体質を改善させるために、1997年12月に改革のための法案が成立し、1998年10月1日からB. 公務員・私立学校教職員とC. 自営業者の組合が統合された（図2）。

（4）改革によって生じた問題点

- ① 新しい保険証をもらっていない人が多い。
- ② 保険料の徴収は以前のまま別々に行われている
- ③ 今までのC. 自営業者の組合の赤字分をB. 公務員・私立学校教職員の組合の保険料で補充するかどうか問題となっている。さらにB. 公務員・私立学校教職員の組合が赤字に

なった場合、どのように補充するかが問題となっている。

(5) 今後の改革

- ① 今後、A. 賃金労働者の 145 の組合を加えて、全体を一つにまとめる方向にあり、現大統領も統一をすすめている。国民健康保険法案（選挙公約）：1998 年 10 月 16 日提出予定。
- ② しかし、組合からは反対も多い。
 - * A. 賃金労働者の準備積立金 2 兆ウォンを他の赤字に補充しようとすることに反対
 - * 組合が 1 つになると政府からの干渉が大きくなる
 - * 規模が大きくなると意志の決定スピードが遅くなる

(6) 保険料の変化と問題点

- ① 支払金額の割合とその変化
 - A. 賃金労働者は平均 3.2% を保険料として支払っていたが（1/2 は本人負担、1/2 は事業者負担）、昨年以降 3.4%～3.5% に上がってきている。
 - B. 公務員は 3.8% だったが（1/2 は本人負担、1/2 は政府負担）、今年はじめから 4.6% へ上がった。
 - C. 私立学校教職員は 3.8%（5/10 本人負担、2/10 は政府負担、3/10 は財団負担）。
 - D. 自営業者の保険料は、1) 所得、2) 財産、3) 世帯員数、4) 世帯当たり、5) 自動車・船舶の所有の有無 の 5 つの要素から決められていた。1)～4) は日本と同じ基準だが、5) は韓国独自のものである。この決定方法では必要額の 68% しか徴収できていなかったため、98 年 10 月 1 日から扶養者の要素である 3)、4) をなくし 1) の所得を
年間所得 500 万ウォン以下：年齢・性・自動車・財産による所得評価
年間所得 500 万ウォン以上：所得に比例
に変更した。
- ② 上記変更にもともなう問題点
62 (65) % の人は保険料が下がり、38 (35) % の人は自己負担率が上がった。この自己負担率が上がった人のうち、保険料が 2 倍の 28 万ウォンの人もでてきてしまった（過去最高は 11 万ウォン）。

表1 発生申告死亡件数

(%)

	合 計	分類可能件数	分類不可能件数
計	237,726 (100.0)	236,234 (99.4)	1,492 (0.6)
男 性	134,577 (56.6)	133,759 (56.3)	818 (0.3)
女 性	103,149 (43.4)	102,475 (43.1)	674 (0.3)

表2 死亡診断者別死亡件数

(%)

	合 計	医 師	漢方医	その他
申告件数	237,726 (100.0)	151,149 (63.6)	4,485 (1.9)	82,092 (34.5)
死因分類可能件数	236,234 (99.4)	150,628 (63.4)	4,353 (1.8)	81,253 (34.2)

表3 死亡場所別死亡者数

(%)

	合 計	男 性	女 性
計	237,726 (100.0)	134,577 (56.6)	103,149 (43.4)
自 宅	150,291 (63.2)	79,525 (33.5)	70,766 (29.8)
病 院	59,921 (25.2)	37,160 (15.6)	22,761 (9.6)
その他	27,514 (11.6)	17,892 (7.5)	9,622 (4.0)

表4 申告死亡者の性・年齢階層別死亡者数（全体）

	総申告死亡者数	分類可能件数 (%)	分類不可能件数 (%)
総数	237,726	236,234 (99.4)	1,501 (0.6)
0	1,971	1,960 (99.4)	11 (0.6)
1～4	1,761	1,747 (99.2)	14 (0.8)
5～9	1,096	1,088 (99.3)	8 (0.7)
10～14	1,080	1,072 (99.3)	8 (0.7)
15～19	3,108	3,093 (99.5)	15 (0.5)
20～24	3,971	3,953 (99.5)	18 (0.5)
25～29	4,733	4,706 (99.4)	27 (0.6)
30～34	5,639	5,609 (99.5)	30 (0.5)
35～39	8,483	8,450 (99.6)	33 (0.4)
40～44	9,466	9,412 (99.4)	54 (0.6)
45～49	10,756	10,708 (99.6)	48 (0.4)
50～54	13,679	13,598 (99.4)	81 (0.6)
55～59	18,655	18,524 (99.3)	131 (0.7)
60～64	21,284	21,045 (99.9)	239 (1.1)
65～69	23,222	23,064 (99.3)	158 (0.7)
70～74	28,288	28,155 (99.5)	133 (0.5)
75～79	28,482	28,338 (99.5)	144 (0.5)
80～84	25,485	25,332 (99.4)	153 (0.6)
85+	26,567	26,380 (99.3)	196 (0.7)

表5 申告死亡者の性・年齢階層別死亡者数（男子）

	総申告死亡者数	分類可能件数 (%)	分類不可能件数 (%)
総数	134,577	133,759 (99.4)	818 (0.6)
0	1,061	1,055 (99.4)	6 (0.6)
1～4	1,017	1,006 (98.9)	11 (1.1)
5～9	682	678 (99.4)	4 (0.6)
10～14	664	659 (99.2)	5 (0.8)
15～19	2,172	2,164 (99.6)	8 (0.4)
20～24	2,851	2,841 (99.6)	10 (0.4)
25～29	3,419	3,406 (99.6)	13 (0.4)
30～34	4,155	4,138 (99.6)	17 (0.4)
35～39	6,278	6,255 (99.6)	23 (0.4)
40～44	7,102	7,071 (99.6)	31 (0.4)
45～49	8,093	8,060 (99.6)	33 (0.4)
50～54	10,051	9,993 (99.4)	53 (0.6)
55～59	13,584	13,490 (99.3)	94 (0.7)
60～64	14,277	14,109 (98.8)	168 (1.2)
65～69	13,740	13,637 (99.3)	103 (0.7)
70～74	15,448	15,375 (99.5)	73 (0.5)
75～79	13,449	13,383 (99.5)	66 (0.5)
80～84	9,623	9,570 (99.4)	53 (0.6)
85+	6,911	6,869 (99.4)	42 (0.6)

表6 申告死亡者の性・年齢階層別死亡者数（女子）

	総申告死亡者数	分類可能件数 (%)	分類不可能件数 (%)
総数	103,149	102,475 (99.3)	674 (0.7)
0	910	905 (99.6)	5 (0.5)
1～4	744	741 (99.6)	3 (0.4)
5～9	414	410 (99.0)	4 (1.0)
10～14	416	413 (99.3)	3 (0.7)
15～19	936	929 (99.3)	7 (0.7)
20～24	1,120	1,112 (99.3)	8 (0.7)
25～29	1,314	1,300 (98.9)	14 (1.1)
30～34	1,484	1,471 (99.1)	13 (0.9)
35～39	2,205	2,195 (99.5)	10 (0.5)
40～44	2,364	2,341 (99.0)	23 (1.0)
45～49	2,663	2,648 (99.4)	15 (0.6)
50～54	3,628	3,605 (99.4)	23 (0.6)
55～59	5,071	5,034 (99.3)	37 (0.7)
60～64	7,007	6,936 (99.0)	71 (1.0)
65～69	9,482	9,427 (99.4)	55 (0.6)
70～74	12,840	12,780 (99.5)	60 (0.5)
75～79	15,033	14,955 (99.5)	78 (0.5)
80～84	15,862	15,762 (99.4)	100 (0.6)
85+	19,656	19,511 (99.3)	145 (0.7)

表7 年齢階層別死亡順位 (全体)

	1位	2位	3位	4位	5位
総	脳血管疾患	運輸事故	心疾患	肝疾患	胃がん
0	先天異常	周産期異常	乳児突然死症候群	心疾患	運輸事故
1-9	運輸事故	溺 水	先天異常	墜 落	白血病
10-19	運輸事故	自 殺	溺 水	白血病	心疾患
20-29	運輸事故	自 殺	溺 水	白血病	墜 落
30-39	運輸事故	自 殺	肝疾患	心疾患	脳血管疾患
40-49	肝疾患	運輸事故	脳血管疾患	肝がん・肝内胆管がん	心疾患
50-59	脳血管疾患	肝疾患	肝がん・肝内胆管がん	運輸事故	心疾患
60-69	脳血管疾患	胃がん	心疾患	気管気管支肺がん	肝がん・肝内胆管がん
70~	脳血管疾患	心疾患	慢性下気道疾患	胃がん	高血圧性心疾患

表8 年齢階層別死亡順位 (男 性)

	1位	2位	3位	4位	5位
総	脳血管疾患	運輸事故	肝疾患	心疾患	肝がん・肝内胆管がん
0	先天異常	周産期異常	乳児突然死症候群	心疾患	肺 炎
1-9	運輸事故	溺 水	先天異常	心疾患	白血病
10-19	運輸事故	溺 水	自 殺	墜 落	白血病
20-29	運輸事故	自 殺	溺 水	心疾患	墜 落
30-39	運輸事故	肝疾患	自 殺	心疾患	脳血管疾患
40-49	肝疾患	運輸事故	肝がん・肝内胆管がん	心疾患	脳血管疾患
50-59	肝疾患	脳血管疾患	肝がん・肝内胆管がん	脳血管疾患	心疾患
60-69	脳血管疾患	気管気管支肺がん	胃がん	心疾患	肝がん・肝内胆管がん
70~	脳血管疾患	心疾患	胃がん	慢性下気道疾患	気管気管支肺がん

表9 年齢階層別死亡順位 (女性)

	1位	2位	3位	4位	5位
総	脳血管疾患	心疾患	運輸事故	胃がん	糖尿病
0	先天異常	周産期異常	乳児突然死症候群	運輸事故	心疾患
1-9	運輸事故	先天異常	溺水	墜落	心疾患
10-19	運輸事故	自殺	白血病	心疾患	溺水
20-29	運輸事故	自殺	心疾患	胃がん	白血病
30-39	運輸事故	自殺	胃がん	脳血管疾患	心疾患
40-49	脳血管疾患	運輸事故	胃がん	心疾患	肝疾患
50-59	脳血管疾患	胃がん	運輸事故	心疾患	肝疾患
60-69	脳血管疾患	心疾患	糖尿病	胃がん	運輸事故
70~	脳血管疾患	心疾患	高血圧性心疾患	慢性下気道疾患	糖尿病

表10 韓国と日本の死亡順位の比較 (1996)

		1位	2位	3位	4位	5位
全体	韓国	脳血管疾患	運輸事故	心疾患	肝疾患	胃がん
	日本	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎・気管支炎	不慮の事故
男	韓国	脳血管疾患	運輸事故	肝疾患	心疾患	肝がん
	日本	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎・気管支炎	不慮の事故
女	韓国	脳血管疾患	心疾患	運輸事故	胃がん	糖尿病
	日本	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎・気管支炎	老衰

表 11 10年間の死亡率の推移

死亡の原因	1987			1988			1989			1990			1991		
	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
1.感染症及び寄生虫疾患	19.9	26.3	13.3	17.4	23.9	10.7	16.0	21.2	10.6	15.7	21.1	10.0	14.4	19.3	9.1
1)呼吸器・結核	14.9	21.0	8.5	13.4	19.4	7.2	12.0	17.1	6.6	11.0	16.0	5.7	10.4	15.0	5.5
2)敗血症	1.7	2.0	1.4	1.2	1.4	1.0	1.4	1.5	1.2	1.4	1.5	1.3	1.3	1.4	1.2
2.新生物	96.9	121.1	71.9	99.4	124.4	73.7	105.0	130.8	78.3	110.6	136.9	83.2	108.2	133.2	81.7
1)悪性	94.5	118.1	69.9	99.5	124.3	73.8	105.2	130.8	78.5	110.4	136.7	83.0	105.3	129.8	79.2
(1)口唇・口腔・鼻腔がん	0.8	1.1	0.4	0.7	1.0	0.4	0.8	1.3	0.4	0.9	1.3	0.5	0.9	1.3	0.5
(2)食道がん	2.8	4.5	0.9	2.7	4.6	0.7	2.9	4.9	0.8	3.3	5.7	0.8	3.1	5.3	0.7
(3)胃がん	32.8	40.5	24.8	31.5	38.8	23.9	31.7	39.1	24.1	31.5	39.1	23.6	29.5	36.2	22.5
(4)大腸・直腸・肛門がん	3.1	3.3	2.9	3.1	3.1	3.0	3.9	4.2	3.7	4.5	4.5	4.5	4.4	4.2	4.7
(5)肝がん・肝内胆管がん	21.6	32.0	10.6	22.4	33.4	10.9	23.8	35.3	11.6	24.1	35.4	12.0	23.7	34.7	11.7
(6)膵臓がん	2.2	2.6	1.8	2.7	3.3	2.0	3.0	3.7	2.3	3.3	3.8	2.8	3.4	3.8	2.9
(7)咽頭がん	1.5	2.4	0.5	1.6	2.5	0.7	1.6	2.5	0.7	1.6	2.6	0.5	1.5	2.4	0.6
(8)気管・気管支がん	10.5	15.3	5.3	11.8	17.1	6.2	13.2	19.3	6.7	14.5	20.8	7.7	15.2	22.1	7.7
(9)乳がん	1.9	-	3.9	1.2	-	2.4	1.6	-	3.4	1.7	-	3.5	1.7	-	3.6
(10)子宮がん	7.6	-	7.6	7.5	-	7.5	7.8	-	7.8	7.9	-	7.9	7.3	-	7.3
(11)膀胱がん	0.7	1.1	0.3	0.8	1.2	0.4	0.8	1.3	0.3	0.9	1.4	0.5	0.9	1.3	0.5
(12)脳	0.8	0.9	0.5	2.5	2.9	2.2	2.7	3.0	2.3	1.3	1.4	1.2	1.5	1.6	1.4
(13)白血病	3.0	3.2	2.7	3.0	3.2	2.7	3.2	3.4	3.1	3.2	3.5	3.0	3.3	3.5	3.1
3.栄養・内分泌・代謝異常	9.2	10.0	8.5	8.4	9.0	7.9	10.7	11.5	10.0	13.7	14.5	13.1	14.0	14.3	13.8
1)糖尿病	7.8	8.7	6.9	7.4	8.0	6.8	9.4	10.1	8.6	11.8	12.9	10.8	12.4	12.9	12.1
4.精神科・行動障害	3.5	4.9	2.0	1.7	1.7	1.6	1.7	1.8	1.6	3.1	3.5	2.6	5.1	6.7	3.2
5.神経系疾患	5.9	6.5	5.3	5.5	6.3	4.8	5.6	6.2	4.9	6.0	6.2	5.8	6.5	6.7	6.5
6.循環器疾患	171.6	182.9	162.0	163.8	173.4	154.8	161.5	167.3	156.9	164.0	165.8	163.9	157.2	161.2	153.1
1)高血圧性心疾患	45.2	50.0	40.4	39.9	43.4	36.3	37.3	39.7	35.1	35.6	36.8	34.7	29.9	30.1	30.2
2)虚血性心疾患	6.2	7.3	5.0	6.8	8.0	5.5	9.0	9.9	8.2	10.4	11.3	9.6	11.6	13.2	10.0
3)脳血管障害	73.5	75.4	72.1	73.3	74.9	72.2	74.1	74.7	74.2	75.7	75.0	77.3	72.6	69.7	77.1
4)動脈動化性疾患	2.1	2.0	2.2	1.9	1.8	2.0	1.9	1.8	2.0	2.3	2.1	2.5	2.5	2.3	2.9
7.呼吸器疾患	22.9	25.0	20.8	22.6	25.2	20.0	23.7	26.3	21.0	21.9	23.7	20.1	21.4	23.4	19.5
1)肺炎	8.0	8.6	7.5	8.5	9.3	7.8	7.8	8.8	6.8	6.2	6.5	5.9	5.1	5.3	4.8
2)慢性下気道疾患	10.2	10.9	9.6	8.9	9.7	8.2	10.8	11.2	10.4	10.5	10.9	10.3	11.6	12.1	11.1
8.消化器疾患	48.8	70.7	26.0	45.7	66.6	24.0	47.1	68.5	24.4	44.5	65.1	22.4	42.6	61.5	21.9
1)胃・十二指腸潰瘍	2.5	3.1	1.8	1.9	2.4	1.4	1.8	2.3	1.3	2.0	2.5	1.4	1.9	2.3	1.4
2)肝疾患	35.1	54.5	14.5	33.5	52.6	13.4	34.6	54.5	13.5	33.7	53.2	13.0	32.3	50.1	12.7
9.筋骨格・結合織疾患	1.8	1.5	2.2	1.7	1.6	1.9	2.1	1.7	2.5	2.4	1.9	3.1	2.5	1.8	3.5
10.泌尿・生殖器疾患	4.9	4.9	4.8	4.2	3.3	5.0	3.6	3.8	3.4	4.5	4.7	4.3	4.7	4.8	4.7
11.先天奇形・変形・染色体異常	2.0	2.1	2.0	3.0	2.9	3.1	3.3	3.4	3.3	3.4	3.6	3.2	3.5	3.5	3.5
12.外因	74.6	107.3	40.3	75.2	109.8	39.0	80.7	117.0	42.3	84.8	121.3	45.7	85.8	122.1	46.3
1)運輸	23.7	35.0	11.8	23.5	34.7	11.7	31.8	47.1	15.7	39.8	58.1	20.4	38.3	55.7	19.1
2)墜落	8.4	12.7	3.8	8.8	13.7	3.8	4.7	7.2	2.2	3.6	5.5	1.6	3.0	4.6	1.2
3)溺水	7.3	11.2	3.2	6.2	9.8	2.5	5.5	8.7	2.0	4.2	6.6	1.6	4.9	7.6	2.0
4)煙火(火事)	1.6	2.1	1.1	1.9	2.5	1.4	2.1	2.7	1.4	1.7	2.2	1.1	1.5	2.0	1.0
5)有毒物質による中毒	9.1	10.4	7.8	7.3	8.5	6.2	6.3	7.3	5.3	5.2	6.0	4.4	4.6	5.4	3.8
6)自殺	9.6	13.6	5.5	8.5	11.9	4.9	8.7	11.8	5.4	9.1	12.1	5.8	8.4	11.2	5.5
7)他殺	1.3	1.7	0.9	1.2	1.8	0.6	1.7	2.2	1.2	1.9	2.4	1.3	1.7	2.2	1.1

(人口10万対)

1992			1993			1994			1995			1996			87年と96年の比較		
合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	男	女
13.8	18.7	8.7	13.2	17.7	8.6	13.1	17.7	8.4	11.6	16.3	6.9	10.7	14.7	6.7	-46.2	-43.9	-49.5
9.9	14.3	5.3	9.6	13.7	5.3	9.0	13.2	4.8	8.3	12.5	4.0	7.3	10.7	3.8	-50.3	-49.0	-55.3
1.4	1.6	1.2	1.4	1.6	1.2	1.7	1.9	1.4	1.5	1.7	1.3	1.7	2.0	1.5	2.0	-0.4	5.4
112.0	138.3	84.6	111.0	138.9	82.3	113.8	145.2	82.0	112.1	142.7	81.2	111.9	142.4	81.0	15.5	17.6	12.7
110.9	137.0	83.6	110.6	138.4	82.0	112.7	144.0	81.0	110.7	141.3	79.9	110.1	140.4	79.5	16.5	18.9	13.7
1.0	1.4	0.5	0.9	1.3	0.5	1.2	1.7	0.6	1.1	1.7	0.5	1.2	1.8	0.6	48.8	65.6	38.3
3.0	5.1	0.8	3.0	5.3	0.8	3.1	5.4	0.8	3.2	5.6	0.8	3.0	5.3	0.7	7.8	18.1	-22.4
30.6	37.2	23.8	29.4	36.1	22.5	28.8	36.5	21.1	26.5	33.2	19.8	25.5	32.0	18.9	-22.2	-20.9	-23.7
4.6	4.7	4.5	5.3	5.4	5.1	5.6	5.7	5.6	5.8	6.1	5.6	6.3	6.5	6.1	102.9	97.2	109.3
23.9	35.2	11.8	23.1	34.5	11.2	23.0	34.9	11.0	22.0	33.6	10.4	21.4	32.6	10.0	-0.9	2.0	-5.2
3.8	4.4	3.1	4.0	4.5	3.4	4.4	5.1	3.6	4.3	4.9	3.7	4.4	5.1	3.6	98.3	95.8	101.5
1.6	2.5	0.6	1.8	2.9	0.6	1.9	3.2	0.6	1.9	3.3	0.6	1.7	3.0	0.5	15.2	23.4	-3.4
17.0	24.5	9.0	17.4	25.4	9.1	18.8	28.0	9.5	18.9	28.1	9.6	19.4	28.7	10.0	85.0	87.9	88.8
1.9	-	3.9	2.0	-	4.1	1.9	-	3.8	2.0	-	4.0	2.2	-	4.3	-15.8	-	10.7
7.5	-	7.5	6.8	-	6.8	7.0	-	7.0	6.2	-	6.2	6.1	-	6.1	-19.7	-	-19.7
1.1	1.6	0.5	1.1	1.5	0.6	1.1	1.6	0.6	1.1	1.8	0.5	1.2	1.9	0.6	71.4	70.7	106.4
2.3	2.5	2.1	2.8	3.1	2.5	2.2	2.4	2.0	2.0	2.1	1.9	1.7	1.9	1.5	111.1	107.2	202.2
3.4	3.6	3.2	3.3	3.7	3.0	3.2	3.7	2.6	2.9	3.1	2.7	2.9	3.3	2.6	-2.3	3.1	-5.2
14.8	15.0	14.6	17.7	18.1	17.3	18.3	18.6	17.9	18.7	18.7	18.7	18.7	18.5	18.8	103.1	85.5	121.5
13.5	13.9	13.2	16.3	17.0	15.7	17.0	17.6	16.4	17.2	17.4	17.0	17.4	17.4	17.3	122.9	100.4	151.2
6.4	7.2	5.5	7.1	8.5	5.6	10.5	11.4	9.6	11.4	10.4	12.4	13.0	11.3	14.7	272.5	131.6	637.2
6.1	6.5	5.7	7.0	6.9	7.1	5.4	5.9	4.9	4.9	5.6	4.3	4.6	5.1	4.1	-21.2	-20.8	-21.9
156.4	149.2	165.7	156.0	149.2	163.9	158.3	152.3	164.6	138.6	134.5	142.8	127.0	124.4	129.6	-26.0	-32.0	-20.0
27.5	26.1	29.2	26.9	24.9	29.1	25.8	23.8	27.8	18.3	16.4	20.2	13.8	12.0	15.7	-69.3	-75.9	-61.6
12.5	14.3	10.7	13.3	15.8	10.8	12.6	15.3	9.8	13.1	15.7	10.4	13.0	15.4	10.5	109.1	111.4	109.5
80.4	75.4	86.7	82.5	78.0	87.7	84.4	80.4	88.5	79.7	75.6	83.9	74.7	71.0	78.4	1.6	-5.8	8.8
2.6	2.4	2.9	2.3	2.1	2.5	2.0	1.8	2.1	1.6	1.6	1.6	1.0	1.0	1.0	-52.5	-49.1	-55.5
22.8	24.8	20.8	25.1	27.4	22.9	25.7	28.8	22.5	24.3	27.6	21.0	23.2	26.8	19.5	1.3	7.4	-6.3
4.5	4.9	4.2	4.7	5.2	4.2	4.6	5.1	4.0	4.2	4.6	3.8	4.1	4.8	3.5	-48.1	-44.6	-52.9
12.9	13.2	12.8	15.5	15.9	15.1	15.7	16.7	14.6	14.9	16.1	13.7	14.0	15.4	12.0	36.9	41.2	31.5
42.7	61.6	22.6	42.3	61.0	23.1	40.7	58.5	22.0	39.2	58.3	19.9	36.1	53.3	18.6	-26.1	-24.6	-28.3
2.2	2.7	1.6	2.1	2.6	1.6	2.3	2.7	1.8	1.8	2.2	1.4	1.7	2.0	1.3	-33.0	-35.6	-24.9
31.7	50.0	12.2	31.4	49.4	12.7	29.2	46.7	11.4	29.4	47.8	10.9	27.3	44.0	10.5	-22.1	-19.2	-27.6
3.6	2.3	5.0	4.8	3.4	6.3	5.2	3.5	7.0	4.5	2.9	6.2	4.4	2.8	6.0	145.7	89.3	173.7
4.8	5.0	4.8	5.0	5.2	4.7	5.2	5.5	4.9	4.9	5.2	4.5	4.8	5.1	4.5	-2.0	3.5	-5.5
3.2	3.4	3.0	3.0	3.3	2.8	2.7	2.9	2.4	2.2	2.4	2.0	2.1	2.2	2.0	4.4	5.4	-1.8
81.5	116.9	43.9	76.5	110.1	41.7	73.6	107.9	38.8	75.4	108.9	41.7	75.1	109.6	40.2	0.6	2.2	-0.2
34.5	50.0	18.1	33.0	48.0	17.5	35.3	52.0	18.3	38.7	57.1	20.0	38.3	56.6	19.9	61.7	61.7	68.4
3.6	5.3	1.7	4.1	6.3	1.9	5.1	7.7	2.6	5.3	7.5	3.0	5.1	7.5	2.7	-39.1	-40.6	-30.0
5.2	8.2	1.9	4.6	7.3	1.7	5.4	8.7	2.1	3.9	6.3	1.5	4.0	6.5	1.4	-45.6	-42.3	-54.7
1.9	2.6	1.2	2.1	2.8	1.3	1.8	2.4	1.3	1.9	2.5	1.2	1.8	2.4	1.1	10.1	13.0	3.8
4.5	5.3	3.7	4.1	5.0	3.1	3.4	4.3	2.5	2.9	3.8	2.0	2.4	3.1	1.7	-73.4	-69.7	-78.4
9.0	12.1	5.7	10.8	14.6	6.8	10.6	14.4	6.8	11.8	16.2	7.4	14.1	19.4	8.7	46.9	42.6	58.2
1.4	1.7	1.1	1.7	2.1	1.2	1.6	2.2	1.1	1.8	2.3	1.3	1.9	2.3	1.5	48.2	38.6	65.9

表 12 10年間で死亡率が増加した疾患

精神科疾患・行動の異常	+272.5%
筋骨格・結合織疾患	+145.7%
糖尿病	+122.9%
脳の悪性新生物	+111.1%
虚血性心疾患	+109.1%

表 13 10年間で死亡率が減少した疾患

有毒物質による中毒	-73.4%
高血圧性心疾患	-69.3%
動脈硬化性疾患	-52.5%
呼吸器・結核	-50.3%
肺炎	-48.1%

表 14 健康診断の区分

	一般健康診断	成人病検診
職場医療保険組合	被保険者	扶養者
公務員教職員医療保険組合	被保険者	扶養者
地域保健医療保険組合		被保険者

表 15 一般健康診断受診率

(単位：1000人)

	計画人数	受診者数	受診率
職場被保険者	3,755	3,008	80.1%
公・教被保険者	1,318	1,229	93.2%

表 16 成人病検診受診率

(単位：1000人)

	計画人数	受診者数	受診率
職場組合被扶養者	1,363	289	21.2%
公・教組合被扶養者	959	336	35.0%
地域組合被保険者	3,580	761	21.3%

表 17 定期健康診断実施結果：疾患別有所見者数・有所見率

区 分	実施者数	肺結核	他胸部疾患	高血圧	高脂血症	肝疾患	糖尿病	腎疾患	貧血
合 計	4,105,933	10,540 (0.26)	4,979 (0.12)	56,229 (1.37)	29,622 (0.72)	96,123 (2.34)	41,215 (1.00)	12,155 (0.30)	7,060 (0.17)
職場被 保険者	2,877,116	8,451 (0.29)	3,996 (0.29)	39,763 (1.38)	22,003 (0.76)	71,178 (2.47)	27,698 (0.96)	8,346 (0.29)	5,094 (0.18)
公・教 被保険者	1,228,817	2,089 (0.17)	983 (0.08)	16,466 (1.34)	7,619 (0.62)	24,945 (2.03)	13,517 (1.10)	3,809 (0.31)	1,966 (0.16)

() 内%

表 18 医療機関数

	1985年	1990年	1995年	1996年
医療機関総数	14,358	21,077	29,308	30,722
大学病院 (%)	1.3	1.1	0.9	0.9
一般病院 (%)	2.2	1.6	1.4	1.4
医 院 (%)	56.2	51.9	48.9	48.8
歯 科* (%)	20.9	25.1	28.3	28.6
漢 方* (%)	19.4	20.4	20.5	20.4

*: 病院と医院の合計

表 19 病床数

	1985年	1990年	1995年	1996年
総 数	91,220	119,061	174,900	185,713
人口/病床	447	360	258	245

*: 病院と医院の合計

表 20 医療従事者数

	1985年	1990年	1995年	1996年
医 師	29,596	42,554	57,188	59,399
歯科医師	5,436	9,619	13,681	14,371
漢方医	3,789	5,792	8,714	9,299
薬剤師	29,866	37,118	43,269	44,577
看護婦	165,444	224,746	309,129	324,933

表 21 国民医療費関連指標:1985-1995

年 度	国民医療費 (10億ウォン)	増加率 (%)	GNP対比 (%)	GDP対比 (%)	1人当り (千ウォン)	医療費 (\$)
1985	3,814.5	-	4.81	4.65	93.5	201
1986	4,257.4	11.6	4.58	4.45	103.3	218
1987	4,811.8	13.0	4.39	4.29	115.6	239
1988	5,939.1	23.4	4.52	4.46	141.3	285
1989	7,353.1	23.8	4.97	4.93	173.2	346
1990	9,099.0	23.7	5.10	5.07	212.3	402
1991	10,652.6	17.1	4.97	4.94	246.2	438
1992	12,792.0	20.1	5.36	5.32	293.0	518
1993	14,346.6	12.2	5.40	5.37	325.6	559
1994	16,383.0	14.2	5.39	5.35	368.5	612
1995	18,838.5	15.0	5.41	5.36	420.0	678

表 22 年度別医療保険での老人医療費増加推移 (単位:百万ウォン)

年 度	全体医療費	増加指数	老人診療費	増加指数	老人医療費 の構成費%
1985	583,278	(100)	27,515	(100)	4.7
1990	2,219,773	(381)	239,173	(869)	8.2
1996	7,423,716	(1,273)	976,184	(3,548)	13.1

(%)

表 23 国民医療費増加要因の寄与度:1985-1995

(単位: %)

年 度	国民医療費 増加率 ¹⁾	保険医療 相対価格 ²⁾	一般物質 水準 ³⁾	人 口	利用量及び 強度(残余)
1986	11.5 (100.0)	1.1 (9.6)	2.7 (23.5)	1.00 (8.7)	6.7 (58.2)
1987	15.9 (100.0)	0.4 (2.5)	3.0 (18.9)	0.99 (6.2)	11.5 (72.2)
1988	23.8 (100.0)	-0.5 (-2.1)	7.1 (29.8)	0.98 (4.1)	16.3 (68.2)
1989	27.4 (100.0)	-2.8 (-10.2)	5.7 (20.8)	0.99 (3.6)	23.5 (85.8)
1990	22.5 (100.0)	-1.3 (-5.9)	8.6 (38.2)	0.99 (4.4)	14.2 (63.1)
1991	18.9 (100.0)	-2.5 (-13.2)	9.3 (49.2)	0.93 (4.9)	11.2 (59.3)
1992	18.3 (100.0)	-1.9 (-10.5)	6.2 (33.9)	0.91 (5.0)	13.1 (71.6)
1993	12.8 (100.0)	-1.9 (-14.8)	4.8 (37.5)	0.90 (7.0)	9.0 (70.3)
1994	10.9 (100.0)	-3.0 (-23.4)	6.2 (48.4)	0.90 (8.3)	8.7 (68.0)
1995	16.3 (100.0)	1.8 (11.0)	4.5 (27.6)	0.90 (5.5)	9.1 (55.8)
1988-1995	219.1 (100.0)	-11.1 (-5.1)	55.3 (25.2)	6.70 (3.0)	168.2 (76.8)

1)公衆保健もしくは投資支出等を除外した個人保健医療に対する支出増加率

2)保健医療部門消費者物価指数(MCPI)を全体消費者物価指数(CPI)で割った数値

3)消費者物価指数(CPI)増加率

表 24 高齢者が病院を受診した際の自己負担率

入院	20%
外来 大学病院 (最高)	55%
一般総合病院	40%
医院 (定額制)	3200ウォン*
歯科 (定額制)	4000ウォン*

*: 不足分を保険料として請求

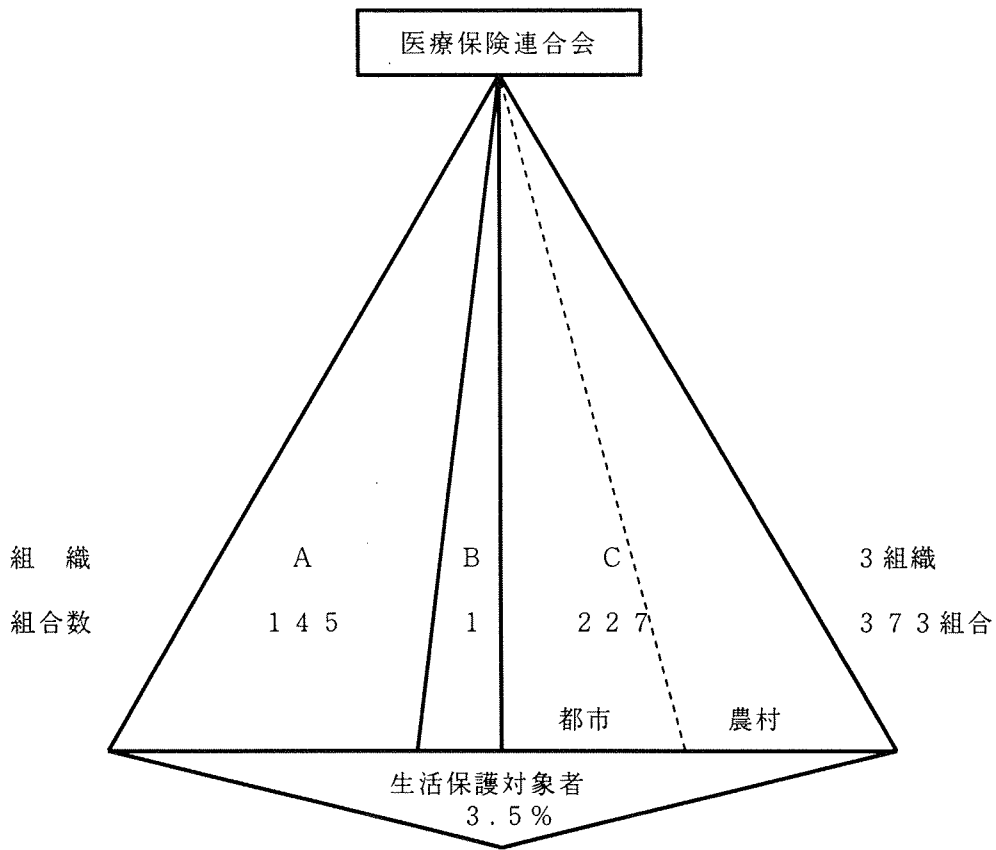


図1 医療保険組合の構成
A：賃金労働者、B：公務員・私立学校教職員、C：自営業者

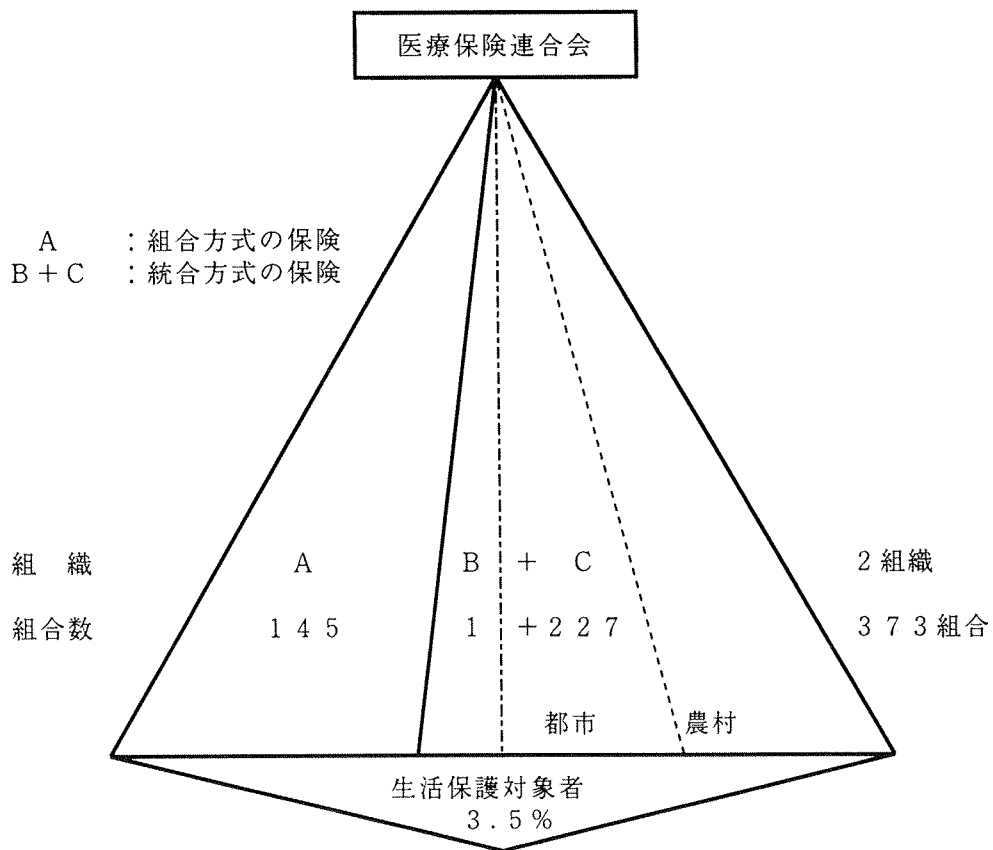


図2 改革後の医療保険組合の構成
A：賃金労働者、B：公務員・私立学校教職員、C：自営業者

第3章 大韓民国における老人保健福祉政策の検討

1. はじめに

(1) 韓国における高齢化の趨勢

韓国は現在まで続いてきた経済成長とともに生活水準の向上と医学の発達によって 1985 年 69.0 歳であった平均寿命が 1990 年には 71.3 歳になり、2000 年には 74 歳になると推計されている。これとともに高齢者人口（65 歳以上）も増加して、1998 年現在その人口比率は 6.6% である。そして 2000 年には 7.1% である 3,371 千人まで増加し高齢化社会(aging society)となり、2022 年には 14.3% になって高齢社会(aged society)に入ると予想される。生産年齢人口(15 - 64 歳)に対する高齢者人口比率である従属人口指数は、1998 年現在の 9.2% から、2022 年になると 20.8% にまで増加すると考えられる。したがって、現在は生産人口 10.9 人当たり 1 人の老人を扶養しているが、2022 年には 4.8 人当たり 1 人の老人を扶養せざるをえない現実に直面すると考えられる。

表1 65歳以上の高齢者人口の趨勢

区分	1990年	1998年	2000年	2003年	2022年
高齢者人口	220万人 (5.1%)	305万人 (6.6%)	337万人 (7.1%)	390万人 (8.0%)	752万人 (14.3%)
全体人口	4,269万人	4,643万人	4,727万人	4,843万人	5,256万人
従属人口指数	7.4	9.2	10.0	11.4	20.8

資料：韓国統計庁、1996年12月、将来人口推計

このような高齢者人口の増加速度は世界のなかでも前例のない早いものであって、高齢者人口が全人口の 7% である高齢化社会から 14% である高齢社会に到達する時間は僅か 22 年しかかからないと展望される。表 2 に示すように高齢化を早くに体験したフランスは 115 年、スウェーデン

ンは 85 年、日本は 25 年かかった。これに対して韓国は日本よりもっと短い 22 年しかかからないと予測され、高齢者扶養、保健医療・福祉など様々な分野の問題も当然早めに出現するとみられている。したがって、これから迎える高齢化社会に対する準備は急を要する事項である。

表 2 高齢化社会から高齢社会へ進入するために必要な期間

高齢者人口の比率	日本	アメリカ	イギリス	フランス	ドイツ (西独)	スウェー デン	韓国
7%	1970	1945	1930	1865	1930	1890	2000
14%	1996	2020	1975	1980	1975	1975	2022
必要年数	26	75	45	115	45	85	22

註： JARC, *Aging in Japan*, 1996。

(2) 高齢人口の保健・福祉の需要

1997 年現在、国民全体の 2.1% が生活保護の対象である一方、高齢者人口の場合はこれの約 4 倍の 8.6% であることから、高齢者の所得水準の方が相対的に劣っているといえる。

表 3 生活保護対象者の規模

	全国民	高齢者
総人口	46,429,817	2,908,283
生活保護対象人口	988,812	251,085
構成比	2.1%	8.6%

資料： 保健福祉部、『1997 年生活保護対象者の現況分析』、1997 年 11 月。

さらに、65 歳以上の慢性疾患有病率が全人口に対して明らかに高く、1995 年全人口の慢性的病気保有率は人口 1,000 人あたり 431 で、65 歳以上の場合は 1052 である。また 1994 年の場合をみると、65 歳以上の高齢者の 5.6% にあたる約 15 万人は日常生活のために必要な僅かな動きもできないねたきり老人であるが、韓国ではこれに必要な基本的保健医療サービスさえも提供できない状態である。

表 4 高齢者人口の急・慢性有病率

(単位：件数)

有病率	全国		市地域		郡地域	
	65 歳以上	全人口	65 歳以上	全人口	65 歳以上	全人口
急性疾患 (註 1)	925	477	931	462	914	531
慢性疾患 (註 2)	1052	431	1081	403	1012	531

註：(1) (2 週間の罹病件数 ÷ 全体調査対象人口) × 1,000

(2) (年間慢性疾患の罹患件数 ÷ 全体調査対象件数) × 1,000

資料：韓国保健社会研究院、1995、『韓国人の健康と医療利用実態』

表 5 65 歳以上の老人の健康状態及び機能障害程度

健康で独立生活 の可能な老人 (13.3%)	慢性疾患を持っているが、独立生活が可能な老人 (86.7%)				
	慢性疾患はある が独立生活の可 能な老人 (43.4%)	I A D L だけ制限された老人 (43.4%)			
		I A D L に限って 制限される老人 (18.4%)	A D L 制限老人 (31.9%)		
			A D L 1~5 個 制限(28.4%)	6 個制限 (3.5%)	

註：1) N=2,221 人

2) A D L : Activities of Daily Living

3) I A D L : Instrumental Activities Daily Living

資料：鄭京姫外、1998、『1998 年度 全国老人生活実態及び福祉欲求調査』

一方、核家族化、少子化によって家族内の高齢者扶養機能が縮小し高齢単独世帯が急増している。総世帯のなかで高齢者だけで生活する世帯の比率は、1985 年の 2.7%から 1995 年には 5.8% になって約 2 倍以上増えている。そして老人のなかで子供と同居しないで老人だけで生活する老人単独世帯は 1995 年現在 42.3%であり、これは 10 年前に比べると 19.1%増加したことになる。

このような高齢者人口の絶対的・相対的増加とそれによる高齢者人口の保健・福祉需要の多様化に、また同時に発生している家族の高齢者扶養機能の低下に対処するために、新しい政策が要求されている。

表 6 高齢者人口の居住形態

(単位：%)

居 住 形 態	1985	1990	1995
(老人独居世帯+老人夫婦世帯) / 総世帯	2.7%	3.7%	5.8%
(老人独居及び老人夫婦世帯に居住する老人数) / 総老人数	23.2	30.0	42.3

資料：鄭京姫、1997、“社会指標から見た家族変化と政策課題”『保健社会研究』

17 卷 1 号。

2. 高齢者福祉政策の基本方向

高齢化時代の到来と共に急増する多様な福祉ニーズを効率的に充足させることによって、より生産的でそして安らかで生きがいのある老後生活を保障しなければならない。そしてなによりも重要なのは、老人保健福祉政策の基本目標である‘社会的連帯による自立支援’に対して、国民すべてが認識を共有せざるをえないのである。そのための基本的方向は次のとおりである。

① 生活保護高齢者を中心にする事業を強め、徐々に全高齢者を対象にして社会的生産性向上のための高齢者福祉政策を開発することによって、高齢者福祉の対象及び事業内容を拡大する。そのためには、生活能力のない低所得高齢者は国家支援によって所得・医療・住居などの基礎生活を保障し、経済力のある高齢者には民間の資源を利用する。

② 対象者中心の事業からニーズ中心の事業に変える。施設所保護中心の事業から地域・家庭中心の福祉体系への発展を企てる。また、韓国固有の伝統的家族制度での高齢者保護機能を最大限に活かして、産業化社会の高齢者扶養機能の弱化傾向を補うことによって、施設収容より地域社会資源を用いた福祉体系を形成する。同時に、老人自らのニーズに合わせて福祉サービスが利用できるように利用者中心の事業基盤を構築し、その便利性を増進して高齢者が適切な時期に福祉サービスを利用するように導くという利用者中心の事業基盤を構築する。

③ 社会的連帯を通じて自立支援を強める。そのために、高齢者が引退後に余暇活用、生涯教育、再就業、支援奉仕活動を通じ、生きがいのある社会活動に参加して老後を過ごすことができる条件を整備をする。さらに、西欧先進国の持っていない韓国固有の伝統的家族制度の長所を最大限に活かすため高齢者扶養家族を支援するとともに、敬老優遇の雰囲気を作ることによって尊敬され活動的な高齢者像を作り出す。

3. 高齢者福祉関連政策

(1) 所得保障政策

1) 高齢者の経済状況

1998年度現在、高齢者の29%が就労し収入を得ているし、仕事・職業からの収入は33.7%である¹。一方、高齢者の66.3%が非同居子女から補助を得ており、同居子女から補助を得ている高齢者も23.4%である。これを非同居子女からの補助を得ている高齢者を含めて考慮してみると、ほとんどの高齢者が子女からの補助を得ていると理解できる。

¹ これは本人だけではなく、配偶者の仕事から発生する勤労所得を調査したものであるので、前で提示されている所得になる仕事をやっている老人の比率の方が、些か高めに示されたのである。

そのような状況のなかでも、不動産・家賃からの収入があると回答した高齢者は高齢者全体の12%で、生活保護及び老齢手当など国家からの補助をもらっていると回答した高齢者も8.5%に達する。年金、退職金、個人年金など一生の間の勤労と関わっている老後所得は各々2.9%、0.9%、0.2%でかなり低い回答率をみせている。これは一部の高齢者だけが公的所得保障制度による老後所得をもらう事になっていて、現世代の高齢者たちは子女の助けに依存せざるをえないということを示している。

表7 老人の雇用現況

(単位：%)

就業の可否	性		年齢			全体
	男子	女子	65～69	70～74	75+	
勤めている	39.8	22.6	40.2	28.5	16.3	29.0
勤めてない	60.2	77.4	59.8	71.5	83.7	71.0
計 (人数)	100.0 (874)	100.0 (1,497)	100.0 (901)	100.0 (693)	100.0 (776)	100.0 (2371)

註： 1) 回答なし1人除外する

資料： 鄭京姫、1998、『1998年度全国老人生活実態及び福祉欲求調査』

2) 所得保障制度

① 年金

国民年金制度は老齢、障害、死亡などの社会的な危険に対して国民の安定した生活を保障する中枢的社会保障制度である。韓国は1973年に『国民福祉年金法』を制定し1974年から年金制度を導入する予定であったが、当時の石油危機などによる経済的状況の悪化によって導入は無期間延期になった。しかし、その後の経済成長と全国民の生活向上によって、老後所得保障のための国民年金制度の導入の必要性が引き続いて提起され、政府は1986年には国民福祉年金法を「国民年金法」と全面改訂し、1988年1月から10人以上の事業場の勤労者を適用対象にする国民年金制度を実施することになった。その後これを1992年に5人以上の事業場の勤労者までに拡大することによって、事業場勤労者中心の年金制度を優先的に行うことになった。さらに5人以上の事業場勤労者の適用に限られた国民年金制度を普遍的な公的年金制度に発展させるために、1995年には農民と軍関係の自営者にまで国民年金を適用拡大したのである。このことが、国民年金が導入されてから僅か7年しか経過していない時期で行われたということから考えると、他の先進国家に比べて国民年金制度の導入が遅くなっていたことを取り戻す画期的な措置だったと評価できる。また、現在の都市地域の自営者にまで拡大して適用するための準備が進みつつある。

表8 高齢者の収入源

(単位：%)

収入源	地域		年齢		全体	
	都市部	農漁村部	65～69	70～74	75+	
仕事・職業	23.1	52.0	46.5	32.3	18.0	33.7
不動産、家賃	13.2	9.8	12.8	13.4	9.4	12.0
貯金・株式の利益配当	6.8	3.7	6.7	4.3	5.8	5.7
年金	4.0	0.9	3.8	4.2	0.2	2.8
退職金	1.0	0.7	1.6	0.5	0.3	0.9
個人年金	0.3	0.2	0.3	0.4	0.0	0.2
非同居子女からの補助	64.0	70.3	62.5	68.3	69.2	66.3
同居子女からの補助	24.8	20.9	20.2	22.8	28.3	23.4
他の親戚からの補助	1.8	0.2	1.1	0.9	1.6	1.2
生活保護・老齢手当	8.6	8.3	6.5	10.0	9.7	8.5
団体からの補助	0.8	0.3	0.4	1.0	0.5	0.6

註：1) 重複応答の結果である。

2) N=2,224人(代理回答148人除外)。

3) 貯金及び株式を含む。

4) 退職金、個人年金を含む。

5) 長男(5.8%)、その他の息子(40.2%)、娘(38.0%)、未婚子女(5.8%)、孫子女(4.7%)、その他の親戚(2.4%)

資料：1998、『1998年度全国老人生活実態及び福祉欲求調査』

表9 国民年金加入者現況

(単位：千人)

年度	全加入者数	事業場加入者	農漁村地域加入者	地域加入者	任意継続加入者
1993	5,160	5,109	-	40	11
1994	5,445	5,383	-	48	14
1995	7,496	5,542	1,890	49	16
1996	7,829	5,678	2,085	50	16
1997	7,871	5,693	2,046	52	80

資料：国民年金管理公団、各年度、『国民年金通計年報』

農漁村地域年金の拡大による農漁民189万人の追加によって、総加入者数は1994年の545万人から1997年の787万人にまで急激に増加した。これは今後の農漁村地域の所得保障対策になる根幹を提供したという点においても高く評価される。特に、この間、農漁民には保健制度の適用不可による障害及び死亡に対する社会保障制度が存在しなかったが、国民年金の適用によって老齢年金のみならず障害年金及び遺族年金まで支給され、総合的社会保障制度の基礎が整備されたと言える。

一方、都市に居住する子女達が農村に居住する父母に代わって保険料を納付するように勧誘して保険料徴収率を高め、父母孝養意識を高揚させるための「親孝行年金運動」が社会運動として積極的に展開された。それによって大韓老人会、農・水・畜協、一線行政機関などの共同参加の上で10万人（50歳以上農漁民加入者671千人の子女の中で親孝行年金参加可能者）を目標として設定し、1997年7月末の現在に至っては97,802人（97.8%）の参加実績を達するなど順調に進んでいる。

また、国民年金の長期的財政安定化のために、このあいだ問題として指摘されてきた「低負担・高給与」の不均衡構造を改善し、国民年金基金運用の収益性・透明性・専門性を高めるために、「国民年金基金制度改善企画団」を発足させ国民年金制度改善作業が進んでいる。

② 敬老年金制度

1991年に導入し始めた老齢手当制度は70歳以上居宅保護世帯主など7万6千人に対して月1万ウォンずつ支給され、支給対象に限られるなどあまり満足できる水準ではなかった。しかし、この制度は徐々に支給額が上がり支給対象も拡大され、1997年現在65歳～79歳である生活保護対象者高齢者（228,477人）に月3万5千ウォンずつ、80歳以上生活保護対象者老人（36,642人）に月5万ウォンずつ支給された。しかし、1997年7月の老人福祉法の全面改訂によって老齢手当制度がなくなり、新たに敬老年金制度が導入された。

韓国の高齢者所得保障の基本的な制度は1988年に導入された国民年金制度ではあるが、国民年金制度は導入時に勤労世帯の老後所得保障のための制度として設けられ、すでに高齢者になった階層は適用対象から除外されていた。このような既存の老齢階層は勤労のときに親孝行及び子女教育費の支出によって老後のための貯金がない世帯であって、家族機能による私的扶養から公的扶養に移る過渡期に置かれている世代であると言える。しかし、この間の高齢者所得保障政策は脆弱な低所得層老人に対する生活保護と老齢手当、65歳以上の一般高齢者に対する交通費の支給など制限的で間接的支援にとどまっていた。

このような側面から見て、敬老年金制度の導入は国民年金の適用を受けることの出来ない既存の老齢階層に対する公的所得保障制度であるという点で、画期的なこととして評価されがちがある。しかし、現在の老人福祉法に規定された敬老年金制度は、まだ未完成の状態であると判断できる。

現在行われている敬老年金は、国民年金加入対象から除外された既存の老人階層の中で生活保護対象者及びこれに次ぐ低所得高齢者に対する老齢所得保障制度として機能している。したがって、既存の生活保護対象高齢者に支給された老齢手当制度を敬老年金制度として吸収・統合して運営されている。

また、予算の制約上から国民年金制度から排除された全高齢階層ではなく、低所得高齢に限った支給をしているので、選定の基準を老人福祉法施行令の中で別に規定している。所得基準は本人及び配偶者と扶養義務者の月額所得を合わせた金額を世帯員数で除した1人当たり月平均所得

額が前年の都市勤労者世帯の月平均所得の 60/100 以下であり、財産の基準は本人及び配偶者と扶養義務者の財産を合わせた金額が生活保護法の自活保護対象者選定の財産基準の 140%以下として設定されている（老人福祉法施行令第 15 条）。

1998 年 8 月現在の敬老年金は生活保護老人 24 万 8,764 人（39.9%）と一般低所得高齢者 37 万 4,715 人（60.1%）など 62 万 3,479 人を対象にして支給されている。このような支給対象の範囲は 65 歳以上の高齢者全体の 20.4%を占める水準である。支給額は生活保護高齢者の場合 5 万ウォン、65 歳以上～80 歳未満高齢者の場合 4 万ウォンを支給、一般低所得高齢者の場合には 2 万ウォン、夫婦受給のとき、片方の配偶者に対して 25%減額した 1 万 5 千ウォンを支給している。総所要予算は 1054 億ウォンで、この中で一般会計予算は 722 億ウォン（68.5%）で、地方自治団体から 332 億ウォン（31.5%）を負担している。

表 10 敬老年金の支給現況（1988 年）

区 分	生活保護高齢者		低所得高齢者		総計
	80 歳未満	80 歳以上	全額支給者	減額支給者	
支給人員	195,345 人 (31.3%)	53,419 人 (86%)	291,296 人 (46.7%)	83,419 人 (13.4%)	623,479 人 (100.0%)
支給額 (1 人当り)	4 万ウォン	5 万ウォン	2 万ウォン	1 万 5 千ウォン	—
総所要予算 ¹⁾	468 億ウォン (44.5%)	160 億ウォン (15.2%)	350 億ウォン (33.2)	75 億ウォン (71)	1054 億ウォン (100.0%)

注： 1) 一般会計予算 722 億ウォン、地方自治団体予算 332 億ウォン。
資料：保健福祉部、老人福祉課内部資料、1998。

3) 雇用関連政策

① 高齢者就業の斡旋

高齢者の就業相談及び斡旋を通じて高齢者に余暇の善用および所得を得る機会を与えるために大韓老人会（社団法人）が 1981 年から老人能力銀行の運営を始め、政府は 1997 年に 70 ヶ所に対して 1 個所当り月 50 万ウォン（従前 30 万ウォン）の運営費を支援した。同時に労働部傘下に 1993 年 7 月から高齢者人材銀行 25 ヶ所を設置し運営しており、ソウル市も高齢者の就業斡旋センターを設置し運営中である。

表 11 年度別就業斡旋実績

分け方	計	1992	1993	1994	1995	1996	1997
計	1,069,400	88,009	76,868	107,879	97,728	91,488	70,594
長期就業	186,643	25,438	21,000	27,579	25,593	27,726	17,215
短期就業	791,269	62,571	55,868	80,300	72,135	63,762	53,379

資料：保健福祉部『保健社会白書』各年度

② 共同作業場

政府は敬老堂を含む老人福祉施設に作業場を設置するように勧めている。このような施設は老人の適性に合わせて作業をすることによって余暇善用はもちろん、所得を上げる機会を提供する。政府は同施設などで作業場を設置しようとする場合、共同作業場に必要な基本的設置費を支援（従前の1個所当り300万ウォンが1997年から500万ウォンに増額：国庫50%、地方費50%）している。支援個所は1992年に200余りであったのが1998年現在に大幅に増加して481ヶ所に至っている。

一方、高齢者の雇用機会拡大のために1991年‘高齢者雇用促進法’に基づいてその適合職種60種が指定されており、2002年までは80種にまで段階的拡大を推進する予定である。

表12 年代別老人共同作業場設置現況

分け方	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
設置個所	152	212	266	311	356	401	441	461	481
支援個所	50	66	54	45	45	45	40	20	20

資料：保健福祉部『保健社会白書』各年度

(2) 福祉及び保健・医療政策

1) 医療保健及び医療保護

高齢者は大部分の肉体的・精神的老化による慢性的老人性疾患を持っており健康の問題は非常に重要である。現在、大部分の韓国人は医療保険に加入しており、生活保護対象者には医療保護が提供されている。1995年現在には高齢者の96.7%が医療保険に加入し、その他は医療保護対象者である。一方、1995年現在までには高齢者に対する医療保険給与が年間270日に制限されていて、慢性退行性疾患の多い高齢者が長期間の診療・療養をうけられないという問題があったが、1996年からは老人及び障害者の場合、保険制度の期限制限が廃止されたことによって高齢者の医療費負担が軽減された。

しかし、現行の医療保険体系は急性疾患の治療が中心で、看病及び療養が重要な老人性疾患の特性はありのまま反映されておらず、長期療養による扶養負担が多すぎるのが実情である。各種の検査(MRI、CTなど)、予防的健康検診、物理治療、漢薬製剤費用、補鉄、老人医療機器、医療用具及び物品、補助機費用などが医療保険の非給与項目であるので、今後段階的に給与項目に含まれるよう努力する必要がある。また、現在70歳以上の高齢者に限って外来本人負担金が軽減されるが、その対象を65歳まで拡大する必要がある。

一方、在宅及び老人療養施設が医療保険療養機関に指定されることによって、家庭看護事業、家庭奉仕員事業、老人療養施設、ホスピス事業などに関連した費用が保険給与に含まれるようにしなければならない。同時に既存の診療費用の代わりに他の療養サービス費用を開発・適用する方法を積極的に検討しなければならない。また、長期的にはアメリカの長期療養保険、日本・ド

イッの公的介護保険制度のような他の保険制度などを通じて、新しい“看病システム”を導入することが必要である。

一方、痴呆老人は65歳以上高齢者人口の8.3%の25万人と推定されており、2020年には9.0%になると見られている。したがって、政府は全国の保健所に“痴呆相談申告センター”を設け、地域社会に基盤を置いた痴呆管理事業を行う予定である。また、家庭あるいは一般療養施設で保護し難い重症痴呆疾患老人のための療養施設は、1988年末現在総24ヶ所が国庫支援によって運営あるいは建設中で、2003年までには50ヶ所まで拡充、痴呆療養病院（98年末6ヶ所）も2001年まで市・都別に一つずつ拡充する予定である。

これとともに、国立保健院の脳医薬学センター内に退行性疾患研究チームを設け、痴呆の原因、予防及び治療、診断法など総合的研究体系を構築し、痴呆専門研究人力養成に力を尽くす予定である。

2) 無料健康検診

政府は、老人性疾患を初期に発見し健康指導及び保健教育を実施して高齢者の健康を増進しようと、1983年から低所得層の高齢者を対象にして無料健康診断を行っている。1992年には健康診断項目に糖尿病、白内障など老人性疾患検査項目を加え、1996年からは前の日常的血液検査、レントゲン検査で、癌検査など老人が希望するを老人性特殊疾患検査を選択できるようにしてより充実した健康診断になるようにした。

高齢者の健康診断は1、2次に分けて行われるが、1次基本検査結果の疾患の疑いのある者に対しては2次に精密検査を行い、検査結果は本人と家族に知らせて老人病の予防と治療に役立てる。

この健康診断は1997年度に3億4,200万ウォンの予算（国庫2億3,300万ウォン、地方費1億900万ウォン）が策定され、約30,000人の低所得層高齢者の診断機関を通じて無料で行う計画である。

3) 老人福祉施設

生活の困難な身寄りのない高齢者を対象に、無料及び経費を負担して運営される老人福祉施設の拡充だけでなく、老人達が自分の負担能力に応じて福祉施設を選んで利用できるように、有料老人養老院、有料老人療養院、有料老人福祉住宅、老人専門病院など新しく痴呆療養施設が設置されるようになった。また、各種有料老人福祉施設の供給を活性化し民間人の積極的参与を誘うため国民年金基金では1995年から2000年まで毎年1,000億ウォンずつ融資する計画を持っている。1997年末現在、全国に173ヶ所の入所施設があり、入所老人は9,539人で全高齢者の0.3%に過ぎない。

また高齢者の水準の高い住居生活欲求充足のために有料養老施設、療養施設、老人専門病院などシルバー事業に対する民間分野の参与を勧めるために、施設を設ける事業者には施設当り50～60億ウォンを長期低利で融資し、税制減免など制度改善を推し進めている。

表 13 老人福祉施設運営現況（1997 年末現在）

（単位：個所、人）

施設種類	施設数	老人数
無料養老	85	4,526
無料療養	53	3,243
痴呆療養	4	659
軽費養老	3	88
軽費療養	12	562
有料養老	13	411
有料療養	3	50
計	173	9,539

4) 在宅福祉サービス

政府は高齢者世帯の中低所得層そして精神的・身体的障害がある高齢者を対象にして家庭で充実した日常生活を営めるように在宅老人福祉事業を行っている。この間断片的に推進されて来た事業が 1993 年老人福祉法の改訂によって法的根拠ができた事から、この事業基準を明瞭化して個人や民間企業も参与できるようにするなど在宅老人福祉事業を強化している。

1980 年代半ばから在宅福祉に関心が高まり 1987 年に家庭奉仕員派遣事業 2 ヶ所をモデル的に実施してから在宅高齢者福祉施設数が増加し 1998 年度現在 52 ヶ所の家庭奉仕員の派遣事業所、31 ヶ所の週間保護施設、15 ヶ所の短期保護施設など総 98 ヶ所となっている。このような老人福祉法による在宅高齢者サービス以外にも社会福祉事業法によって、1996 年現在 276 ヶ所の社会福祉館に 243 ヶ所の在宅福祉奉仕センターが付設されている。一方医療法によって保健所及び看護協会が実施している訪問看護サービス、現在病院が中心になってモデル事業実施中で 1999 年 7 月から全国的に実施される予定である訪問看護サービスなどがある。現在の在宅老人福祉サービスの対象は生活保護対象の高齢者に限らず低所得層高齢者と一般高齢者まで拡大されている。65 歳以上の生活保護対象高齢者の場合は無料、4 人家族基準都市勤労者世帯当り月平均所得（215 万ウォン）未満である世帯の 65 歳以上の高齢者の場合は軽費、それ以外の 60 歳以上の一般老人には有料でサービスが提供されている。しかし、現在の在宅高齢者福祉サービスはサービスの規模から見れば絶対的に不足しているのが実情である。

精神的・身体的理由によって一人で日常生活が困難である高齢者のために食事、シャワー、病院案内など各種生活の便利を提供する「家庭奉仕員派遣センター」は 1998 年現在 52 ヶ所あり、2000 年までは全国の市・郡・区に 1 個所ずつ運営する予定である。

一方、やむをえない理由（扶養家族の病気、出張など）のために家族による保護ができない高齢者を昼間あるいは数日間（2～3 日間、または 10～15 日間）入所させて必要な各種サービスを提供する週間施設及び短期保護施設は 1998 年現在各々 31 ヶ所と 15 ヶ所で、各々 238 までに拡充する計画である。

1998 年度現在家庭奉仕員派遣事業の場合には 1 個所当り年間 7 千 5 百万ウォンが、短期保護施

設には6千万ウォンの運営費が補助されている。このような運営費の補助は各施設のサービス提供の規模とは関係なくなされているが、改訂された老人福祉法によると社会福祉事業法第43条の規定などによる施設評価の結果によって運営費を施設規模に応じて支援できるようになった（老人福祉法第27条第4項）。このような運営費の支援を通じて運営費の提供上の公平性に力を尽くし、また施設のサービス対象高齢者の数を拡大させるように努力しなければならない。

一方では、在宅高齢者福祉サービスの問題点は施設の絶対的不足と地域別のアンバランスな施設の分布、高齢者の欲求に応じることのできないサービスの提供と要約できる。このような問題を解決するためには地域別均衡、既存施設間の連携作業を通じた在宅老人福祉サービスの拡大が指摘されている。

5) 余暇施設

高齢者の社会活動参加ニーズを満足させ、生きがいのある余暇にさせるために余暇施設を全国に設置・運営している。

敬老堂は現在一番多い施設数を持っている地域社会の在宅高齢者の代表的余暇施設であり、1996年末現在30,401ヶ所あると把握されており、1998年現在の1ヶ所当り月4万4千ウォンの運営費と年24万ウォンの暖房費が国庫から支援されている。これと共に、敬老堂運営の活性化のために健全で様々な余暇プログラムを開発・供給し、健康・福祉相談、就業案内、医療保健、年金など各種の有用な情報を積極的に提供する方策を講じている。また老人教室は444ヶ所あるが、活発には運営されていない。一方様々な余暇プログラムを持っている老人福祉会館は1996年末43ヶ所から1998年5月現在80ヶ所に急速に増加している。

表14 老人余暇施設現況（1996年）

(単位：ヶ所、人)

年度	敬老堂	老人教室	老人福祉会館
施設数（ヶ所）	30,410	444	43
利用老人数（人）	1,326,473	43,713	—

政府は老人福祉法によって法制化された敬老堂、老人教室以外にも老人休憩所を新しく規定して余暇施設を多様化し、同施設を市・郡・区に登録して管理・運営するようにした。その他、一般老人たちにも健康・教養・娯楽・文化などの様々な福祉サービスを総合的に提供するように2000年まで全国5ヶ所に‘老人総合福祉タウン’を示範的に運営した後、全国に設置を広げて行く計画である。

6) 支援奉仕及び社会参加の機会拡大

現在一部の高齢者が自然保護、交通案内など支援奉仕に参加しているが、高齢者の認識不足と社会的条件が不十分なため参加率が低いのが実情である。支援奉仕活動は老人の精神的・肉体的

健康維持と生産的でやりがいのある老後生活に非常に多く寄与することから、その活性化のために政府は民間団体の活動を育成し、活動に必要な交通費などを支援する計画を持っている。

(3) 老人を尊ぶ社会雰囲気の助成

1) 老人の日及び敬老の月の行事实施

政府は老人福祉法により毎年5月8日である両親の日と同週間を敬老週間にして両親の恩に感謝し老人を尊ぶ気風を造り、韓国の伝統的な美風良俗である敬老孝親思想を発展させるために各市・都、市・郡・区など地域単位はもちろん職場別に敬老行事を行うようにしている。これと共に両親に手厚く仕え、老人を尊んで他人の模範になる全国の孝行者を大々的に発掘して1997年まで総4,918人を表彰した。また1997年から10月2日“老人の日”には模範老人などに対する表彰と老人体育大会、学術セミナーなど様々な行事を行い、老人の社会的役割及び社会的関心を高めていく計画を持っている。

表 15 孝行者などの表彰実績

年代別	計	孝行者	立派な父	老人福祉の寄与者	伝統的な模範家庭
計	4,918	3,720	294	645	259
1982～96	4,669	3,575	278	572	244
1997	249	145	16	73	15

2) 敬老優待の定着及び拡大

敬老優待制度は1980年5月8日両親の日に70歳以上の老人に対して鉄道、銭湯など8個の業種に初めて優待制度を行い、1982年には優待対象高齢者を65歳以上にまで拡大し、そしてその業種も市内バス、劇場など5個の業種を追加し13種類にした。

しかし、同制度がこの間政府の支援なしで民間業体だけの負担によって行われたのでバス乗車の拒否、不親切などの問題が起こった。これを解決するために1990年から政府が財源を担当し、1994年からは100%地方費から負担して老人乗車券の支給を実施したが、1996年からはこれをさらに改善して現金で支給した。また鉄道の一部(統一号50%)と地下鉄に限られた交通料金割引制度を拡大し1996年6月と7月から航空機及び船舶利用料金を各々10%、20%ずつ割引するようになっている。

一方、民間企業が自主的に行っている銭湯、理髪など民営業種の優待制度は参与業体が少なく、地域間のサービス範囲が狭いので改善が必要である。

〔 筆者： 韓国保健社会研究院
 卞 在寛 (Byeon Jae-Kwan) 研究員
 鄭 京姫 (Chung Kyung-Hee) 研究員 〕

[参考文献]

- 国民年金管理公団、各年度、『国民年金統計年報』。
- 労働部、各年度、『労働白書』。
- 卞在寛、1998、“韓国における老人保健福祉政策の現状及び政策方案”、『保健福祉フォーラム』、総巻第 25 号、pp. 6～13。
- 卞在寛、“福祉国家の危機と新保守主義への再編”、『母子研究』17、社会福祉法人真生会 社会福祉研究所、1996 年 4 月。
- 卞容燦、1997、『痴呆管理 Mapping 開発研究』、韓国保健社会研究院。
- 保健福祉部、1997、『1997 年生活保護対象者現況分析』。
- 保健福祉部、各年度、『保健福祉白書』。
- 徐美卿、“老人保健医療の現況と政策方向”、『保健福祉フォーラム』、総巻第 25 号 pp. 27～35。
- 石歳恩“敬老年金の現況と発展方向”『保健福祉フォーラム』総巻第 25 号 pp. 36～48。
- 鄭京姫外 3 人、1998、『1998 年度老人生活実態及び福祉欲求調査』、韓国保健社会研究院。
- 鄭京姫、1998、“在家老人福祉サービス現況と政策課題”『保健福祉フォーラム』、総巻第 25 号、pp. 14～26。
- 鄭京姫、1997、“社会指標から見た家族変化と政策課題”『保健社会研究』17 巻 1 号。
- 統計庁、1996、『将来人口推計』。
- 統計庁、1996、『韓国の社会指標』。
- 統計庁、各年度、『人口住宅総調査報告書』。
- 韓国保健社会研究院、1995、『韓国人の健康と医療の実態』。
- Japan Aging Research Center, [Aging in Japan](#), 1996。

第4章 大韓民国における高齢者の雇用

1. 高齢者の雇用

(1) 高齢者雇用率

労働部が5人以上の従業員を有する全企業を対象にして毎年実施している事業体労働実態調査によると、97年現在の高齢者雇用率は6.65%となっている(表1)。高齢者雇用促進法によれば、事業主は3%以上の高齢労働者を採用することを規定しているが、すでにこの目標は達成されている。

(2) 高齢者の雇用を促進させる必要性

日本では2005年に若年労働者が減少することが予測されており、高齢者を労働力として活用していくことが必要とされている。しかし、韓国では少子化が高齢者の雇用を促進させる理由には当たらず、むしろ高齢者の収入の確保や生活の安定化が目的となっている。

91年に高齢者雇用促進法が定められた時期は、韓国経済が好調で労働力が不足していた。この不足する労働力として、当初は外国人労働者を活用していたが、その後「有休労働者の活用」と「労働福祉の促進」のために高齢者に目がむけられた。

(3) 高齢者雇用促進奨励金制度

年金制度とは別に、高齢者の雇用を促進するために3種類の高齢者雇用促進奨励金制度がある。

① 高齢者多数雇用奨励金

6%以上の高齢者を雇用した場合、高齢者1人当たり半期毎に9万ウォン、年間36万ウォンを高齢者多数雇用奨励金として支援している。

② 高齢者新規雇用奨励金

6ヶ月間に高齢者を10人以上または5%以上新規に雇用した事業主を対象に、新しく雇

用した高齢者に支給した賃金の1/4～1/5を高齢者新規雇用奨励金として支援している。

③ 再雇用奨励金

退職した中高齢者（45歳以上）を2年間以内に再雇用した事業主を対象に、再雇用中高齢者1人当たり40～80万ウォンの再雇用奨励金を1回支援している。

（4） 今後の方向性

2010年頃には、韓国の高齢労働者の割合は1998年の日本と同じレベルになることが予測されている。しかし、短期的な問題として、大卒・高卒の青年の失業率が高いために、高齢者の雇用促進には慎重になる必要がある。

また、現時点では長期プログラムは作られていない。しかし、韓国労働研究院が97年に実施した「高齢者市場の分析」では、日本と韓国を対比させながら将来の人口予想の一部と高齢者労働市場の特性について問題点を抽出している。

2. 定年制度

（1） 定年に関する法律

労働に関する法律では、定年制度の設定等に関する一般的な規定はなく、定年の年齢設定は企業の自主的な決定事項になっている。

しかしながら、高齢者雇用促進法（法律第4487号、91.12.31）第19条では、「事業主が勤労者の定年を定める場合には、その定年が60歳以上になるように努力しなければならない」と規定している。

その他にも、同法第21条では、定年退職した高齢者を再雇用する場合、当事者との合意によって、労働基準法の退職金および有給休暇日数を計算するための継続勤労時間算定において、従来の勤労期間を除外することができることを規定している。

（2） 定年の現状

労働者の定年は通常55歳であり、一律定年制の定年年齢の平均は1988年には55.2歳だった。1995年には56.5歳とわずかに延びているが、現在の産業の状況を考えると、定年の延長は難しいと言える。事実、5人以上の従業員を有する事業所の86.8%が、未だに定年年齢が60歳未満である（表2）。

なお、高齢者とは55歳以上をさし、50～54歳までの者は準高齢者と言われている。

（3） 定年退職および失業に対する年金制度

定年退職および失業に対する年金制度は、保健福祉部で管理している国民年金があるが、労働

部では特別な制度を設定していない。ただし、雇用保険では、日本の失業保険に相当するような保険制度があり、失業者に対して失業給与を支給している。

(4) 定年後の再就職

定年後は、日本では関連会社へ出向する場合もあるが、韓国では低熟練職や単純職へ臨時労働者として就職することが多い。このため、再雇用の際にはできるだけ同じ職場にもどることを指導している。

しかし、現実にはリストラがさかんに行われており、定年と関係なく会社を辞める人が大変増えてきているのが現状である。

表1 高齢者雇用率

年度	事業場規模	事業場数	労働者総数	55歳以上労働者数	高齢者雇用率
93年	5人以上	153,554	5,733,837	276,418	4.82
	300人以上	2,052	1,679,176	43,402	2.58
94年	5人以上	167,403 (+9.0%)	6,085,354 (+6.1%)	315,546 (+14.2%)	5.19
	300人以上	2,086 (+1.7%)	1,785,779 (+6.3%)	50,937 (+17.4%)	2.85
95年	5人以上	178,051 (+6.4%)	6,617,596 (+1.4%)	352,762 (+11.8%)	5.72
	300人以上	2,113 (+1.3%)	1,719,201 (-3.7%)	52,176 (+ 2.4%)	3.03
96年	5人以上	186,903 (+4.5%)	6,236,261 (+1.1%)	389,695 (+10.5%)	6.24
	300人以上	2,113 (+0%)	1,694,295 (-1.4%)	54,488 (+ 4.4%)	3.21
97年	5人以上	202,095 (+8.1%)	6,342,071 (+1.7%)	422,344 (+ 8.4%)	6.65
	300人以上	2,048 (-3.1%)	1,611,679 (-4.8%)	55,837 (+ 2.4%)	3.46

(資料:事業体労働実態調査報告書)

表2 一律定年制の定年年齢分布

年	49歳以下	50歳	55歳	56-57	58-59	60歳	61歳以上	平均定年年齢
88	-	3.8	88.3	0.7	2.7	4.1	0.3	55.2歳
95	0.2	1.0	54.8	11.2	19.6	11.7	1.5	56.5歳

(単位:%)

第5章 国際協力の課題

1. 基本的な視点

社会福祉・社会保障における国際協力を理解しようとする場合、対象となる国の政治社会状況を抜きにすることはできない。そこで、韓国と国際協力の課題を検討するにあたって、韓国の政治経済状況を瞥見しておきたい。

多くの国が国民の生活の向上を目指している。そして、その理想とする状況を福祉国家に求めることが多い。韓国もこの福祉国家路線をとろうとしている。このことは、1977年に第4次経済開発が策定された際、その名称が「経済開発」から「経済社会開発」にあらためられ、1981年からは福祉国家建設がうたわれるようになったことであらわれている。

ところで、「経済が発展すると福祉も発展する」とよく言われる。これは経済発展の「滴り効果」(Trickle down effect)とよばれる。しかし、これは必ずしも正しいことではない。たとえば、いくつかの東南アジアの国を見た場合、これは明らかである。現在でこそ経済危機に見舞われているが、東南アジア地域は経済的に急成長した。しかし、これらの国における富の平準化を示すジニ係数を見ると、一部の社会層がほとんどの富を独占し、富は不平等にしか分配されていないことがあきらかである。なぜこのような状況となったのか簡単に説明するのは困難であるが、ひとつの要因として考えられるのは、これらの国の政治状況である。W. A. ロブソン(W. A. Robson)が指摘するように、福祉国家の成立には政府が市民によって平和的な手段で選ばれるという民主的政治状況の存在が重要なのである。(W.A.ロブソン「福祉国家と福祉社会」、東京大学出版会、1980年、10頁) 東南アジアの国の中には、治安維持法が残っている国もあり、それらの国々では元首が選挙によって選出されているとはいっても、民主化は限定的なものである。つまり、一国の社会福祉・社会保障の充実発展には、民主主義という政治的要素が不可欠なのである。

このような政治的要因を考慮して韓国の社会福祉の発展を時系列的に検討してみたい。韓国の社会保障・社会福祉法制の立法動向と政治情勢及び経済情勢の動向をみると、社会福祉関連立法

は、1961年に生活保護法と児童福祉法が立法化されたのをはじめとして、1960年代にはさまざまな社会福祉・社会保障関連の立法化が行われている。しかし、1968年の勤労者賃金実態報告にも見られるように、勤労者の平均賃金は最低生活費の50%にもみならず、これだけの社会福祉・社会保障制度を運用するだけの経済力はなかった。したがって、これらの法制度はかなり名目的なものであったとって差し支えない。

しかし、1980年代にはさまざまな実質的な民主化が行われるようになり、政治的にも軍人独裁の色彩は薄められていった。そして、1993年には初めての文民出身の金泳三大統領が誕生し、さらに1997年には野党党首の金大中氏が大統領として選出されたのである。社会福祉・社会保障の発展状況を見ると、民主化の進みはじめた1980年代に地域福祉への関心が高まり、1990年代に入って社会保障基本法が制定され、さらに国民皆保険が達成されている。つまり、民主主義へと歩みだした時点から、実質的な社会福祉・社会保障の制度が形成されてきたのである。

このように見てくると、韓国の社会福祉・社会保障は、最近になってようやく形式的にも実質的にも充実してきたといえるのである。そして、今後の韓国の社会福祉社会保障制度充実を考えると、国際協力による充実を図る受け皿が準備されたと考えられるのである。

2. 韓国の国際協力のニーズ

社会福祉・社会保障分野における国際協力には、ふたつの領域がある。ひとつは、政府間の協力であり（政府間協力）、ふたつ目は民間レベルでの協力である（民間協力）。韓国における民間協力は、朝鮮戦争の時から活発に行われていた。例えば、1955年にアメリカ・オレゴン州のホルト夫妻が韓国人とアメリカ人の血をもつ8人の子どもたちを養子にしたことから始まったホルト財団基金は、規模を拡大し、現在は国際養子縁組だけではなく児童施設の経営にもたずさわっている。（Bertha Holt 'The Seed from the East', Holt International Children Service, 1992 (3rd edition)）

このような海外の民間団体による社会福祉・社会保障分野での国際協力は、韓国では非常に盛んになっていた。しかし、1960年代になって形式的に社会福祉・社会保障の制度が整ったことによって、海外からの民間協力はやや低調となった。海外の国際協力団体は経済の面でも社会福祉・社会保障の法制度の面でも、ある程度かたちの整った韓国よりも、他の開発途上国へと目を向けたのであった。また、ソウル・オリンピックを目前にして、国際養子縁組に対しての世論の批判もあって、このホルト財団基金は国際養子縁組よりも、児童養護施設の運営へと、方向転換をした。

このように外国の援助による社会福祉活動が徐々に韓国化され、また地域レベルの社会福祉活動が活発化してきている。したがって、民間協力の受け皿も徐々に復活しているのである。また、韓国国民の30%がキリスト教徒ということもあって、宗教団体による社会福祉活動が活発である。これらの宗教団体による活動が、市民参加へと結びつけば、より民主的な社会福祉実践が可能と

なる。ただ、問題は社会福祉の現場における人材不足である。社会福祉の大学レベルの教育、研究が政策に偏っていることもあって、民間の現場における専門職従事者の養成が十分でない面がある。

次に政府間協力の可能性について、検討する。先にも述べたように、韓国の社会福祉・社会保障の制度は、形式的にも実質的にも、過去のものと比較すると格段に発展している。ただし、ここでも問題となるのは、人材育成である。韓国の社会福祉研究はアメリカで理論を学んだ研究者が国立ソウル大学、国立釜山大学、私立延世大学に集まって、主として政策研究を行っている。また、そこから輩出される人材の多くは、政府に入り、政策担当者として育成されている。今後は、援助技術の分野での専門家養成が必要となっている。

3. 韓国の文化と国際協力

韓国では、韓国型福祉社会が目指されているが、この韓国型福祉社会は韓国の文化に根ざしてものである。1997年版保健福祉白書によると、「韓国型福祉社会」とは、①老齡、疾病、失業、産業災害などの危険から全国民を保護する社会的安全網（Safety net）の構築、②マージナルな階層の統合と社会階層間の融和、③敬老孝行思想に基づく家族・地域相互扶助と社会福祉の調和、④公的扶助、社会保険、ソーシャル・サービスの相互協力、⑤経済成長と福祉の調和、を目指す社会である。これはどの国との国際協力にあてはまることではあるが、韓国との社会福祉・社会保障分野での国際協力を考えるとき、この「韓国型福祉社会」にあらわされた「韓国の文化」を十分理解しておかなければならない。

第6章 調査団メンバーおよび日程

1. 調査メンバー

国内検討委員会

黒田俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水英佑	東京慈恵会医科大学環境保健医学講座 教授
萩原康生	日本社会事業大学社会事業研究所 教授
新津谷真人	北里大学医学部衛生学 講師 (現地調査団員)
広瀬次雄	(財)アジア人口開発協会 常務理事・事務局長
楠本修	(財)アジア人口開発協会 主任研究員
北畑晴代	(財)アジア人口開発協会 国際課長
星合千春	(財)アジア人口開発協会 国際課主任 (現地調査団員)

2. 調査協力者 (大韓民国調査：1998年10月12-17日)

大韓民国駐在日本大使館

松瀬貴裕 二等書記官

Korean Parliamentary League on Children, Population & Environment (CPE)

Ms. Amy Kim General Director

Ministry of Health and Welfare

Mr. Do-Seok Jeon Director-General, Bureau of Family Welfare
Mr. Kyong-Ho Park Director, Older Persons' Welfare Division
Mr. Weonjong Kim Manager for Program Planning and Evaluation, Policy Coordination
Division, Health Policy Bureau

Ministry of Labour

Mr. Dong-Nam Kim Director, Division for the Employment of the Disabled
Mr. Jong-Seok Choi Deputy Director, Division for the Employment of the Disabled

National Statistical Office

Mr. Bong Ho Choi Director, International Cooperation Division
Mr. Jong-Joon Ryu Deputy Director, International Cooperation Division
Mr. Jae-Ho Seo Statistical Cooperation Division, Statistical Planning Bureau
Dr. Ahn Jae-Hack Deputy Director, Population Census Division, Population and Social
Statistics Bureau
Dr. Kyung-Ae Park Deputy Director, Vital Statistics Division
Mr. Dong-Hoy Kim Deputy Director, Vital Statistics Division
Dr. Saim Woo Deputy Director, Social Statistics Division
Mr. Ha Bong Chae Deputy Director, Social Statistics Division

Korea Institute for Health and Social Affairs (韩国保健社会研究院)

Dr. Kyung-Bae Jung President
Dr. Nam-Hoon Cho Vice President
Dr. Jae-Kwan Byeon Research Fellow
Dr. Eun-Jin Choi Research Fellow
Dr. Kyung-Hee Chung Research Fellow
Dr. Mee-Kyung Suh Fellow

Seoul National University

Dr. Seonja Rhee Associate Dean, Graduate School of Public Health
Dr. Lee Si Baek Professor, Graduate School of Public Health
Vice President, The Korean Federation of Family Planning

Dr. Sung-Jae Choi Professor, Dept. of Social Welfare, College of Social Sciences
Dr. Ok Ryun Moon Professor of Health Policy and Administration, Division of Health
Policy, Graduate School of Public Health
Dr. Chang-Yup Kim Assistant Professor, Dept. of Health Policy and Management, College
of Medicine

Chung Woon Nursing Home

Mr. Lee Jong-Hoo Director

Book-Boo Welfare Center for the Elderly

Mr. Kong Dong-Won Director
Mr. Bae Suk-Kyung Head of Welfare Department
Mr. Moo-Young Lim Social Worker, A Planning Education Department

調査日程

調査日程：1998年10月12日(月)-10月17日(土)

日 付	調 査 概 要
10月12日(月)	<ul style="list-style-type: none"> • 11:20 成田発 - 13:40 ソウル着 (JD251) • 現地コーディネーターと調査日程について打ち合わせ。
10月13日(火)	<ul style="list-style-type: none"> • 日本大使館訪問。松瀬貴裕二等書記官から大韓民国の社会保険制度(医療保険・国民年金制度)及び社会福祉制度(高齢者福祉)について説明を受ける。 • 保健福祉部家族福祉局訪問。Mr. Do-Seok Jeon, Director-General より、老人福祉及び社会保障政策について説明を受ける。 • 保健福祉部老人福祉課 Mr. Kyong-Ho Park, Director より、高齢化対策、家族計画事業、社会保障政策の問題点について説明を受ける。 • 保健福祉部健康政策局政策調整課 Mr. Weonjong Kim, Manager for Program Planning and Evaluation より、保健福祉部の組織編成、保健政策の特徴について概要説明を受ける。
10月14日(水)	<ul style="list-style-type: none"> • 労働部訪問。障害者雇用課 Mr. Dong-Nam Kim, Director, Mr. Jong-Seok Choi, Deputy Director 及び国際課 Mr. Bong-Ho Choi, Deputy Director から、高齢者の雇用政策、健康診断制度について説明を受ける。 • Taejeon 市にある統計局訪問。人口調査課 Dr. Jae-Hack Ahn, Deputy Director より人口構造及び家族形態の変化について、人口分析課 Mr. Dong-Hoy Kim, Deputy Director、Dr. Kyung-Ae Park, Deputy Director より人口動態及び人口推計について、社会統計課 Dr. Saim Woo, Deputy Director, Mr. Bong-Chae Ha, Deputy Director より経済活動人口及び都市家計状況について説明を受ける。
10月15日(木)	<ul style="list-style-type: none"> • 国立韓国保健社会研究院訪問。Dr. Nam-Hoo Cho, Vice President より、高齢化の状況について説明を受けた後、Dr. Jae-Kwan Byeon, Dr. Eun-Jin

	<p>Choi, Dr. Kyung-Hee Chung, Dr. Mee-Kyung Suh から、保健・医療・人口・社会保障政策について説明を受ける。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 社会福祉法人・青雲養老院訪問。青雲老人療養院 Jong-Hoo Lee 院長より、養老院及び療養院の活動について説明を受けた後、施設見学。 • 北部老人総合福祉館訪問。Dong-Won Kong 館長、Suk-Kyung Bae 福祉部長、Moo-Young Lim 社会福祉士より、活動内容について説明を受けた後、施設見学。
10月16日(金)	<ul style="list-style-type: none"> • 老年学会10代目会長 Dr. Seonja Rhee (現・ソウル大学保健大学院副院長)より、老年学会の活動内容について説明を受ける。 • ソウル大学保健大学院教授・大韓家族計画協会副会長 Dr. Si-Baek Lee より、韓国の人口政策及び高齢化の状況について説明を受ける。 • ソウル大学保健大学院保健政策教室教授 Dr. Ok-Ryun Moon 訪問。保健・医療について説明を受ける。 • ソウル大学医科大学保健政策・管理学科助教授 Dr. Chang-Yup Kim 訪問。保健・医療政策及び保健所のシステムについて説明を受ける。 • ソウル大学社会科学大学社会福祉学科訪問。Dr. Sung-Jae Choi 教授より、高齢化の今後の展望と対策、都市・農村部における高齢者問題とその対策について説明を受ける。
10月17日(土)	<ul style="list-style-type: none"> • 11:45 ソウル発 - 13:55 成田着 (UA882)

付 資料

－ 収集文献リスト －

Ministry of Health and Welfare

1. The Republic of Korea. Ministry of Health and Welfare. 1997 Major Programs for Health and Welfare

National Statistical Office

2. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1997 Annual Report on The Economically Active Population Survey, May 1998.
3. The Republic of Korea. National Statistical Office. An Official Guide to National Statistical Office, 1997.
4. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1996 Annual Report on the Cause of Death Statistics (Based on Vital Registration), December 1997.
5. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1995 Life Tables for Korea, May 1997.
6. The Republic of Korea. National Statistical Office. Korea～Figures in Short 1998, May 1998.
7. The Republic of Korea. National Statistical Office. Statistical Handbook of Korea, 1997.
8. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1995 Population and Housing Census Report Volume I Whole Country (1), 1995.
9. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1995 Population and Housing Census Report Volume I Whole Country (2), 1995.
10. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1995 Life Table for Korea, May 1997.
11. The Republic of Korea. National Statistical Office. 将来推計人口 (Population Projection), December 1996 (in Korean).
12. The Republic of Korea. National Statistical Office. Report on the Social Statistics Survey, 1997.

13. The Republic of Korea. National Statistical Office. Social Indicators in Korea, December 1997.
14. The Republic of Korea. National Statistical Office. Monthly Report on the Economically Active Population Survey, August 1998.
15. The Republic of Korea. National Statistical Office. Annual Report on the Family Income and Expenditure Survey, June 1998.
16. The Republic of Korea. National Statistical Office. An Official Guide to National Statistical Office, 1997.
17. The Republic of Korea. National Statistical Office. 1996 Annual Report on the Vital Statistics (Based on Vital Registration), December 1997.
18. The Republic of Korea. National Statistical Office. Statistical Handbook of Korea, 1997.
19. The Republic of Korea. National Statistical Office. Invitation to hold the 53rd Session of the International Statistical Institute in Seoul, Republic of Korea in 2001, August 1997.

Korea Institute for Health and Social Affairs

20. Cho, Namhoon. Achievements and Challenges of the Population Policy Development in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, November 1998.
21. Symposium Report 98-01 1998: Proceedings of International Symposium on Population and Development Policies in Low Fertility Countries, Korea Institute for Health and Social Affairs, United Nations Population Fund (UNFPA), May 1998.
22. Korea Institute for Health and Social Affairs, Development of Comprehensive National Policies on Aging: Life-Long Preparatory Measures Including Social Security, August 1994.
23. Chung, Kyunghee and Jungja Nam. Women's Health Status and Policy Issues in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, November 1996.
24. Chung, Kyunghee and Meekyung Suh. The Changing Structure of the Korean Family and Policy Issues, Korea Institute for Health and Social Affairs, January 1997.

25. Hwang, Nami. Overview of Reproductive Health Indicators in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, November 1996.
26. Han, Youngja and Eunjin Choi. Health Profile of Korean Women ~Exploring the Socio-Cultural Dimensions of Women's Health, Korea Institute for Health and Social Affairs, November 1996.
27. Han, Youngja., et al. Infant Mortality Rate and Causes of Death of 1993 Birth Cohort in Korea, Korea Institute for Health and Social Affairs, May 1998.