

社会保障・社会福祉における日韓比較

— 高齢化社会初期段階の諸状況と政策動向を中心に —

張 炳元

■ 要約

本稿では本格的な高齢化社会を迎えている韓国における「人口高齢化」と「高齢化社会の諸状況」について、日本との比較の視点に立って、韓国的特徴をまとめた上で、国際統計から見た高齢化社会の初期における韓国の社会保障、社会福祉の水準を明らかにする。そして、現在、韓国が強く推し進めている社会福祉・社会保障の抜本的な改革について、その基本的なねらいと課題を論究する。

■ キーワード

高齢化、高齢者諸環境、社会保障給付費、国民負担率、基礎生活保障、介護の社会化、医療および医療保険制度

I はじめに

「1970年代の冒頭、イギリス当局はスウェーデンの福祉制度を理想的なものとして捉えていた。その20年後、日本が理想のモデルということになった」(Arthur Gould, 1993年)。

「『ヨーロッパに追いつけ』は、日本が政策目標とした合言葉で、社会福祉も例外ではない」(阿部志郎, 2000年)。

上記の二つの文は、欧州の福祉制度(welfare system)において「福祉の日本化」と日本の社会福祉において「福祉のヨーロッパ化」をよく表しており、一方で、社会福祉の国際化(globalization)文脈の一端がうかがえる。こうした傾向がもたらされた結果かもしれないが、今日、ヨーロッパの福祉と日本の福祉の差はかつてほど目立たなくなっている。

すなわち、欧米諸国は1980年代以降、国家福祉(state welfare)から公私混合体制、(mixed economy of welfare)へ転換されつつある一方、日本の場合

には、「日本型福祉」を前提とする企業主義の揺らぎや家族の福祉機能の低下等によって、ヨーロッパの国の道程を余儀なく歩きはじめるようになったのである。しかしながら、日本は1990年代以降、日本型福祉の終焉に対応して、介護の社会化と、それに伴うサービス供給の普遍化と多元化の積極的な展開を行っており、市町村を中心とした地域福祉体制への転換が本格化されているなど福祉の新たな方向転換が活発に論議されつつある。

「福祉の日本化」はヨーロッパに限らない。アジア諸国、特に、韓国においては、社会経済の全般にわたって、日本から多くの影響を受けたといっても過言ではない。日韓両国は、地理的には一衣帯水の至近距離にあり、歴史・文化・宗教においてかなりの共通点を有している。それによって、両国は長い間互いに影響を与えながら共存し続けてきている。特に、現代における日本の社会福祉の政策と実践が、これまで韓国の社会福祉に少なからぬ影響を与えてきたことは改めて指摘するまでもないことである。

このような背景のもとで、日韓の福祉行政体制の類似点(表1)は言うまでもなく、急速な人口高齢化や家族形態の変化等、高齢化を取り巻く環境においても、かなりの類似点が見られる。しかしながら、政治・経済・社会状況の違いや国際的福祉の流れの違いによって、韓国の高齢化社会初期の政策的対応は、確かに日本とは異なる道程を辿っているように思われる。本格的な高齢化社会

を迎え、韓国で進められている社会福祉・社会保障の抜本的改革は、福祉のグローバル化の影響を受けながらも、韓国独自の道筋、すなわち「韓国型社会福祉」を構築するための一つの試みとして見なすことができる。

本稿では、日本との比較の視点に立って、高齢化社会の初期段階における「人口高齢化」と「高齢化社会の諸状況」についての韓国的特徴や、社会

表1 日・韓福祉行政体系の比較

国名	日本	韓国	
主要な福祉立法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 児童福祉法(47) ・ 身体障害者福祉法(49) ・ 生活保護法(50) ・ 社会福祉事業法(51) ・ 精神薄弱者福祉法(60) ・ 老人福祉法(63) ・ 母子及び寡婦福祉法(64) ・ 精神保健福祉法(95) ・ 介護福祉保険法(97) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活保護法(61) ・ 児童福祉法(61) ・ 社会福祉事業法(70) ・ 老人福祉法(81) ・ 障害者福祉法(81) ・ 母子福祉法(89) ・ 嬰幼兒福祉法(90) ・ 精神保健法(97) ・ 社会福祉共同募金法(97) ・ 障害者・老人・妊産婦等の便宜増進保障に関する法律(97) ・ 家庭暴力防止及び被害者保護等に関する法律(97) 	
国と地方の関係	法令に基づき、都道府県および市町村の各種福祉施策が大部分実施されているが、地方自治体の独自プログラムも少なくない。	法令に基づき、市・道および市郡区の各種福祉施策が大部分実施されているが、地方自治体の独自プログラムはそれほど多くない。	
行政機関	国	厚生省	保健福祉部
	県	都道府県福祉部局	市・道福祉部局
	基礎自治体	市町村(福祉部等) 市福祉事務所または郡部福祉事務所	市郡区(福祉課等)
自治体レベルの福祉施策	保育所および身体障害者に対する在宅福祉サービスについては、原則として市町村が実施しているが、要介護・要支援老人に対する主な施設・在宅サービスは、介護保険の下で、市町村および多様な営利・非営利の民間団体によって提供されている。生活保険については、市および都道府県の福祉事務所によって実施されている。	社会福祉サービスについては、市郡区が実施しており、福祉事務所は設置されていない(ただし、3カ所に保健福祉事務所の試行的な事業実施中)。	
民間団体の役割	社会福祉法人という特別な法人が、自治体の委託を受けて施設・在宅サービスを実施してきたが、介護保険等によるサービス供給の多元化の下で、営利企業、特定非営利法人(NPO)、その他のボランティア団体などの参入が進んでいる。	社会福祉法人という特別な法人により各種福祉サービス・社協・共募が担われており、宗教団体等非公式的ボランティアが活性化している。	

出典：京極高宣『社会福祉学とは何か』p. 141, 韓国の福祉法令等を基に作成

経済状況および医療指標を基礎として、高齢化社会の初期における韓国の社会福祉、社会保障の水準や位置を明らかにする。その際には、韓国の社会福祉に対応する日本の社会福祉についての言及は最小限にとどめる。そして、現在、韓国が強く押し進めている社会福祉・社会保障の抜本的な改革について、その基本的なねらいと課題を検討する。

II 人口高齢化と高齢化社会初期諸状況の韓国的特徴——日本との比較の視点から

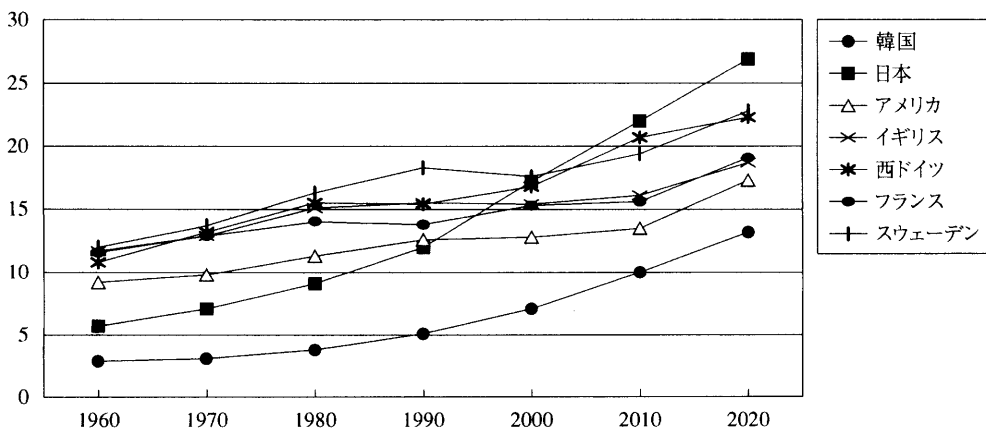
1. 人口高齢化と家族形態の変化

韓国における人口高齢化と家族形態の変化についての重要な特徴は次の3点であり、このことは社会問題と社会政策の双方にとって大きな意味をもっている。第1に、日本と同様に、人口の高齢化が急速に進んでいることである。2000年現在、65歳以上の高齢人口はわずか7.2%、ヨーロッパや日本のその半分以下であるが、2010年までには10%、2022年までには14.3%となり、今後、さらに急速に進展すると予測されている(図1)。すなわち、高齢化率が7%から14%に達する所要年数は、これまで最も速かった日本の24年より2年短くな

ると推測されている¹⁾。今まで韓国ほど高齢化が急激な国は例を見ない。このことは主に出生率と死亡率の減少や平均寿命の伸び率に起因している²⁾。

第2に、このような急速な高齢化に伴い、人口構造が急激に変化しつつある。図2からわかるように、人口高齢化の結果、生産年齢人口(15～64歳)に対する高齢人口の割合(老年人口指数)は、現在の10.9%から2020年には18.9%になる。この指数のより高い比率は、より少数の生産労働者が子供および増加する高齢者を扶養しなければならないことを意味している。すなわち、現在の10:1から20年後は5.3:1に低下するだろう。現在の老年人口指数は日本の1970年度と同じ水準であり、その推移は日本と類似していることがわかる。

第3に、韓国では、日本と同様に、一貫して核家族化が進んでおり、これによって家族形態が大きく変化しつつある。1998年における総世帯のうち高齢者がいる世帯は20.9%である。高齢者がいる世帯を世帯類型別に見ると、「単独世帯」20.1%、「夫婦のみ世帯」21.6%、「子と同居世帯」53.2%、「その他」5.1%となっている。高齢化社会初期(1975年基準)の日本に比べ、韓国の老人の子との同居率は10%以上低く、反面、老人のみ



出典：韓国の統計庁『将来人口推計』、日本の国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』、諸外国は「World Population Prospects」等を基に作成

図1 高齢人口比率の国際比較

(一人暮らしおよび夫婦のみ)世帯の比率は20%以上高いことがわかる(図3、4)。要するに、韓国においても、家族による高齢者の介護、扶養機能は、遠くない将来に限界に至ると言えるだろうし、一方で、福祉支出の増大や普遍的社会保障体制への転換等、国の政策的対応の強化が不可避になるだろう。

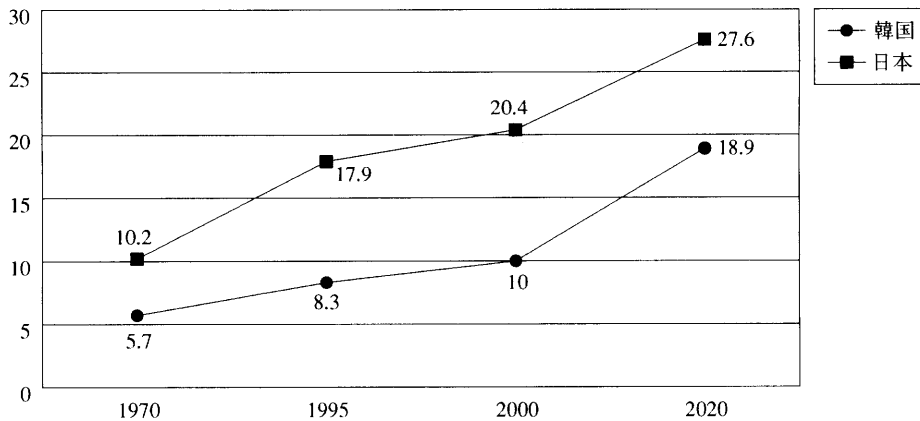
2. 高齢化を取り巻く経済・政治・社会的諸状況

(1) 経済発展と現状

日韓における高齢化社会初期の経済状況は、偶然のことかもしれないが、類似点と相違点を同

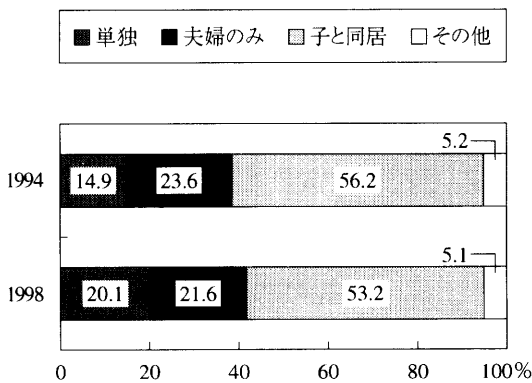
時に有しているように思われる。つまり、「高度経済成長」から「安定・低成長」への転換という点はその類似点であり、「soft landing」と「hard landing」ということは、その相違点である。

韓国は、日本が1950年代と1960年代に経験した、平均10%を超えた高度経済成長を、1970年代と1980年代にわたって成し遂げ、基本的にその傾向は1996年まで続いた(1990~1996年:6~10%)。しかしながら、1997年末の通貨危機(foreign exchange crisis)の余波によって、1998年のGDPは前年の4776億ドルから3213億ドルへ



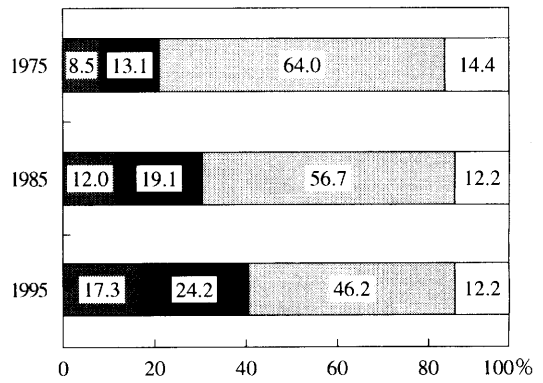
出典：韓国の統計庁『将来人口推計』,日本の国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』

図2 韓日間の老年人口指数の比較



出典：韓国保健社会研究院『老人生活実態調査及び福祉ニーズ調査』(1998)等

図3 世帯別に見た65歳以上の者の比率(韓国)



出典：ぎょうせい『新たな高齢者介護システムの確立について』(平成7年)等

図4 世帯別に見た65歳以上の者の比率(日本)

33%も大きく減少し、経済成長率はマイナス5.8%にまで落ち込み、2%台で推移してきた失業率は、1998年には8.6%へと上昇した。危機的状況は徐々に回復されつつあり、2000年においては約8%に近く、高い経済成長が見込まれている。しかし、このことはあくまで前年度を基準とした結果に過ぎないし、1997年以前の水準には及ばない。例えば、1996年度の一人当たりGNPは11,380USドルであったが、1998年には6,823ドル、そして2000年は、8,000ドル強となる見込みである³⁾。

このような韓国の経済体制の転換は、ハードランディング(hard landing)より、むしろ墜落という言葉が当てはまるかもしれない。これに対して、日本の場合には1973年第一次オイル危機の後、成長率が約3~5%に落ち込んで、ソフトランディング(soft landing)の道を辿るようになった。一方、韓国における危機的経済状況は社会福祉・社会保障に大きな影響を及ぼすようになった。それは、社会保障制度が国民の生活を守るセーフティネット(Safety-Net)としての機能を果たすよう、新たな制度構築や制度の抜本的改革を行う大きな契機となったのである。つまり、すべての事業所への「雇用保険制度の拡大」(1998.10)や「皆年金制度」の実現(1999.4)、分立した「医療保険制度の統合一本化」(2000.7)、そして「国民基礎生活保障法」の制定、施行(1999.8制定、2000.10施行)など、韓国の社会保障史において画期的な転換が行われるようになったのである。日本においても、低成長経済突入に伴い、「福祉の見直し」や社会保障制度の改革が行われたことは周知のとおりである⁴⁾。高齢化社会初期において、日韓両国はその状況や変化の度合いに若干の違いがあるとしても、武川が指摘したように、福祉国家形成と福祉国家危機の予兆を同時に体験しなければならなかったといえよう⁵⁾。

(2) 政治・社会的状況

日本と韓国における最も主要な相違点の一つ

は、政治的状況であるだろう。日本が「議員内閣制」のもとで保守的な支配的政党が存在しているのに対して、韓国では、1960年代のごく短い期間以外には一貫して「大統領中心制」の政府体制が続いており、国内の支配的な政党が存在しないということが韓国的な特徴として位置付けられる。ローズの指摘のごとく、国内の支配的な政党の価値観によって、社会福祉における国の役割や教育、医療、社会保障政策が決まるとされること⁶⁾は確かである。日本の場合においては、最近、自由民主党を主軸とした連立政府が構成されているけれども、1955年以来、一貫して保守的な自由民主党が政権の座にあり、福祉政策に関しても主に主導権を握ってきている。ヨーロッパとは異なる日本独特の福祉国家の形成・発展には、多かれ少なかれ、こうした自民党の政治理念が影響を与えることは否認できないだろう。それでは韓国はどうか。韓国においては、国政目標や国政運営方向が政党の政治理念や政策路線ではなく、大統領個人の政治哲学や考え方によって左右される傾向が際立っている。それ故、福祉国家の成立・発展とかわる最も基本的問題ともいえる「韓国の目指す福祉国家モデル」は、果たしてどのモデルなのかが未だ不明確となっており、政権交代につれて国家の政策目標の変容⁷⁾は言うまでもなく、前政府の策定した「社会福祉ビジョン」や「長期計画」がいきなり変わってしまうという福祉政策の一貫性や継続性の問題が出てくる。

次に、社会的特徴であるが、今日の著しい特徴の一つだけを取り上げたい。韓国では日本とは違って、強力な労働組合の発展に伴い、労働組合が雇い主や政府に対し極めて対立的かつ闘争的な立場に立っており、また市民団体による市民運動が活発に展開されているということである。ということは、社会保障・社会福祉政策がこれらの労働組合や市民団体によって大きく影響を受けざるをえない、ということを意味しているのである。例

えば、「医療保険統合・一本化」や「皆年金制度」、「国民基礎生活保障法」の制定等が、これらの団体の主導により成り立ったといってもよいだろう。今後、NPOをはじめ、市民団体や労働組合の福祉政策決定過程への参加がさらに促進される一方、その影響はますます大きくなるだろうと思われる。

3. 高齢化社会初期における政策的対応

(1) 国民皆年金・皆保険の実現

韓国では、1989年に国民「皆保険」が、1999年に国民「皆年金」が実現されるようになった。「福祉国家とは、さしあたり、社会保障制度を不可欠の一環として内包する現代国家ないし現代社会の体制である」という、福祉国家の定義⁸⁾によれば、韓国も福祉国家体制に入るようになったといえよう。これらを人口高齢化率を基準にして見ると、韓国の皆保険制度は高齢化率4.8%で、皆年金は6.8%で実現されるようになった。これに対して、日本は高齢化率5.8%であった1961年に皆年金・皆保険を同時に成立させることになったのである。言い換えれば、韓国における皆保険は、むしろ日本より早かったが、皆年金は立ち遅れたことがわかる。ということは、今日、高齢者にとって老後の所得保障の問題が大きな課題であることがうかがえる。

(2) 高齢者問題についての社会的関心や政策対応

韓国では、1990年に入って、ようやく国レベルで老人福祉への取り組みが行われるようになった。1990年、老人福祉法の改正により、総理を委員長とする「老人福祉対策委員会」が設置され、保健福祉部に老人福祉課が創設されるなど、高齢者問題が社会的関心と政策的な注目を浴びはじめた。その際に、高齢者の生活支援のために、「老齢手当制度」の導入や「痴呆性老人専門療養施設」が設置されたのである。

しかしながら、1997年末からの通貨危機によっ

て、それまである程度国民的関心を呼び起こしていた高齢者問題は、経済危機や失業者問題に押されてしまっ、その本質が浮き彫りにされなかったのである。とはいえ、先に述べたように、こうした経済危機は、逆に社会福祉、社会保障制度が国民の生活を守るセーフティネットとして役割を果たさなければならなくなったのである。その一環として、1998年には、老齢手当制度が「敬老年金制度」に改称、その支給対象者と給付水準が大きく拡大されるようになり、続いて、高齢者福祉を計画的・総合的に推進するための「高齢者保健福祉5カ年発展計画」が策定されるに至っている。

さらに、2000年4月には、高齢者介護の問題に対応するねらいのもとで、「高齢者介護政策企画団」が発足され、介護の社会化が本格的に論議されるようになったのである。このような一連の政策的動きは、高齢者福祉が社会福祉の最も重要な政策として位置付けられ、同時に、高齢者問題の本格的な取り組みが始まったという意味として捉えることができる。しかしながら、こうした高齢化問題は、全国民の関心を集めた「医療保険統合・一本化」や「医薬分業」というより大きな社会的問題に押され、その社会的関心や政策対応においては、日本の1970年代の「老人対策ブーム」には遙かに及ばないように思われる。

日本における1970年代初めの「老人対策ブーム」については、紙面関係もあって、詳しいことは差し控えたいが、高齢者問題に対する爆発的な社会的関心に従い、日本政府は、1973年に全政府レベルで高齢者問題に対応するために、内閣総理大臣を本部長とする「老人対策本部」の設置や老人対策室（総理府）を発足させた。高齢者施策としては、1973年の老人医療費無料化政策をはじめ、1971～1975年に国レベルでの57の新しい高齢者施策が、また地方レベルでの650を超える施策が実施されるに至ったのである⁹⁾。このことは、「老人対策ブーム」を端的に証明していることであろう。

(3) 社会保障関係および老人福祉財政

表2、3は、日韓の高齢化社会初期についての社会保障関係予算および老人福祉予算を示している。韓国の場合には、一般会計予算のなかで社会保障関係予算が占めている割合は6～7%水準であり、社会保障関係予算のなかでの老人福祉予算の割合は3%前後で、極めて少ないといわざるをえない。なお、老人福祉予算の増加においても、1997年から1999年までの3年間に、約47%にとどまっている。これは、敬老年金制度等の高齢者施策が次々に導入、拡大されるようになったとしても、公的なサービスの受給者は極めて限定的であることを端的に表している。それに比べて、日本は、1960年代の高度成長による豊富な財政状況に基づき、老人福祉予算が、1970年から1975年までのわずか5年間に約8倍以上の飛躍的な増加を見せており、社会保障関係予算に占めている割合においても7.4%から17.4%に大きく伸びた。しかし

ながら、1980年代の「日本型福祉」による福祉財政縮小の政策の影響かもしれないが、現在の高齢者人口は1975年当時の2倍以上に増えたにもかかわらず、老人福祉予算は依然15%前後にとどまっているのが特徴である。結論的に言えば、高齢化社会初期における両国の間には、高齢者福祉政策であれ、予算であれ、いずれも大きな格差があることが確かである。

III 社会福祉および医療指標からみた韓国の社会福祉の水準と位置

1. 社会保障給付費

一般に、当該国の「福祉努力(welfare effort)」を最も適切に測れる一つの手法として、社会保障給付費が用いられている(下平、1985、p.65)。韓国における1995年度のGDPに占める社会保障費支出は5.3%で、日本の1970年初期とほぼ同じ水準となっている。社会保障給付費の割合に基づき、国家群クラスター分析を行った平岡公一、藤村正之の研究結果によれば、日本は、一定水準のGDPを確保しているOECDの19カ国のなかで、1960年も1983年も19位と、最下位となっており、国際比較のなかでも、日本は極めて独特かつ単独の道程を進んできたことが確認された。

図5に示されるように、日本は急激な高齢化に伴い、社会保障給付費が飛躍的に伸び、1995年には14.1%となっているが、これは、イギリスやスウェーデンが1970年前後に到達した地点であり、増加水準では他国の伸びに追いつかないので現在も依然最下位となっている¹⁰⁾。このことから見ると、結局、韓国の社会保障給付費も極めて少なくなっていることがわかる。社会保障給付費は、高齢化率や年金制度の成熟化の違いなどによって左右されるが、一方で、このような低さは、達成された経済成長分が社会保障費に大きく配分されていないという事実を示している。

表2 韓国の社会保障関係予算および老人福祉予算 (億ウォン)

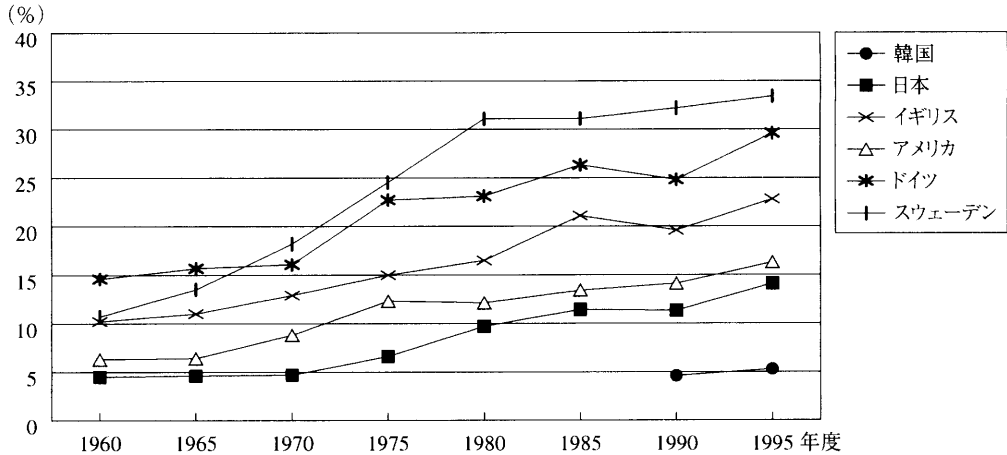
	1997年	1998年	1999年
一般会計予算 (A)	675,786	755,829	801,378
保健福祉部予算 (B)	28,512	31,127	38,968
社会保障関係予算(C)	42,071	45,761	58,268
老人福祉予算 (D)	1,300	1,691	1,917
C/A	6.2	6.1	7.3
D/C	3.1	3.7	3.3

出典：保健福祉部『1997-1999保健福祉白書』

表3 日本の社会保障関係予算および老人福祉予算 (億円)

	1970年	1975年	1995年
一般会計予算 (A)	79,497	212,888	709,871
厚生省予算 (B)	11,034	39,067	140,115
社会保障関係予算(C)	11,413	39,281	139,244
老人福祉予算 (D)	840	6,851	20,854
C/A	14.4	18.5	19.6
D/C	7.4	17.4	15.0

出典：厚生省『1971年版厚生白書』等



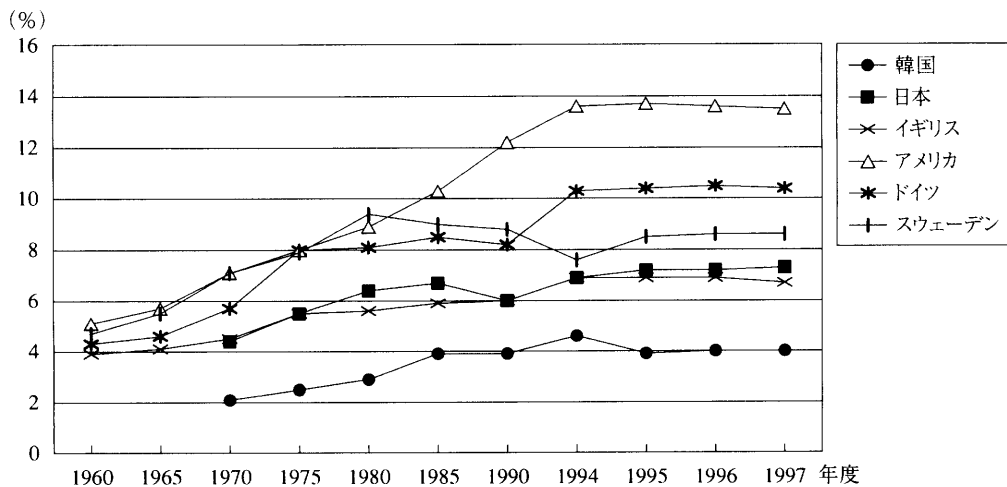
出典：ILO「The Cost of Social Security 1975-1983」, OECD「Health Data 1999」

図5 GDPに占める社会保障支出の割合(1960~1995)

2. 国民医療費および老人医療費

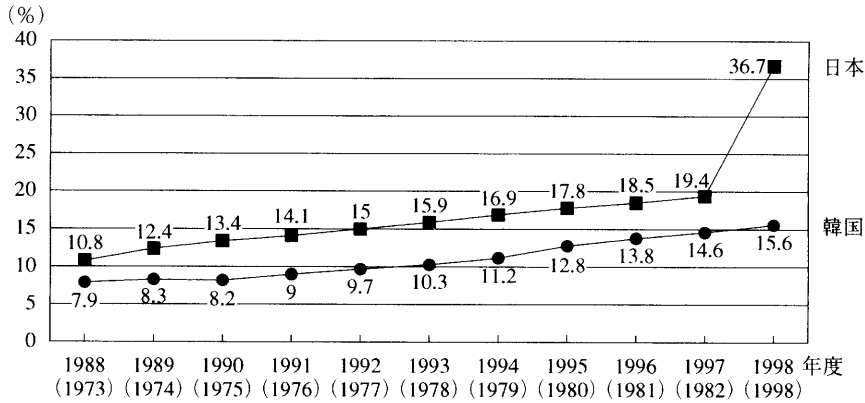
1995年度の国民医療費は、図6に示す通り、対GDP比4.0%であり、日本の1975年の5.5%に比べ、1.5%程度低い水準である。そのなかで、老人医療費の占めている割合は、図7に示す通り、1995年12.8%、1997年14.6%で、日本の1970年代半ばの14%前後と大した相違はない。このような老人医

療費の増加には、日本の1970年代ほどではないとしても、依然受診率の増加(年7.6回、老人以外の1.5倍)が大きく関与しており、1件当たり日数の伸び(9.3日、老人以外の1.8倍)も働いている。しかしながら、ここで見落としてならないことは、国民医療費の増加には老人医療費が大きく寄与している点や、日本の場合には1973年より「老人医療費無料化政



出典：OECD「Health Data 1998」

図6 対GDP比国民医療費(1960~1997)



出典：韓国『医療保険統計年報』各年度、日本『平成12年版厚生白書』
注：()内は、日本である。

図7 国民医療費に占める老人医療割合

策」が行われ、老人受診率の急増をはじめとして老人医療費が飛躍的に増大した時期でもあったということである。この点を勘案するとすれば、現在の韓国の老人医療費の比率は日本を上回る水準であることは確かであろう。

3. 国民負担率

一般に社会保障にかかわる負担については、国民負担率(租税および社会保障負担の対GDP比)の視点から論議されることが多い。これは、国民全体のなかで、政府をはじめとする公的主体の活動がどの程度を占めているのかを知るための指標の一つとして位置付けられているからである。表4に示されるように1996年度の韓国における国民負担率は23.2%で、日本の1970年代初めの国民負担率25%前後とはほぼ同じ水準である。両国ともヨーロッパ諸国の35~48%(1980年基準)に比べ遙かに低い水準であるといえよう。そして、日韓の国民負担率が同じ水準としても、その構成内容においてはかなりの格差が見られる。つまり、1975年度の日本においては、国民負担率25.8%のなか、租税負担率18.3%、社会保障負担率7.5%となっているのに対して、韓国(1996年度)は租税負担率が21.1%であり、社会保障負担率はわずか2.1%にすぎない。こ

のことは、韓国の国民負担率は主に租税によって負担されており、社会保険料の負担はごく一部にとどまっているということを端的に表している。その主な理由としては、皆年金制度が1999年4月に実現されたので、1996年度の国民負担率には含まれていないということが一つの原因として挙げられる。しかし、被保険者や雇い主の社会保険料負担が日本に比べても、極めて少ないことは確かである。今後、「適正給付・適正負担」の社会保障体制への転換を図る

表4 GDPに占める国民負担率の割合 (%)

年度	国民負担率	租税負担率	社会保障負担率
日本(1975)	25.8	18.3	7.5
(1985)	31.3	22.2	9.1
(1995)	39.2	27.8	11.4
(1999)	36.6	22.3	14.3
韓国(1980)	17.5	17.3	0.2
(1985)	16.8	16.5	0.3
(1990)	19.0	18.0	1.0
(1995)	22.3	20.5	1.8
(1996)	23.2	21.1	2.1

出典：OECD『Revenue Statistics of OECD Member Countries』1965-1997等

ために、全体的な国民負担の規模の拡大とともに、社会保険料負担の水準をいかに引き上げるかが重要な課題となる。

IV 最近の社会福祉・社会保障の改革動向と課題

1. 社会福祉・社会保障の発展過程と課題

韓国における現代的な社会福祉は、「生活保護法」等社会関係法の立法化が推進された1960年初めから展開されはじめたといえる。1940年代と1950年代においても、戦後の戦災民や避難民等に対する救護行政や戦争孤児の施設収容保護が行われないわけではなかったが、それは、あくまで救急的、臨時的な処遇にすぎないし、制度として位置付けることはやや無理があるだろう。その後40年

間、韓国における社会福祉・社会保障は、量的、質的变化の両面を含みながら進展してきた。表5は日韓における社会福祉・社会保障の発展過程について概観したものであるが、韓国は、社会福祉行政体系の確立や国民皆保険・皆年金の成立において、日本に比べ20～30年ほど立ち遅れたことが示されている。しかしながら、近年、韓国では福祉国家の基本的体制を構築し、21世紀高齢化社会に向けた社会福祉・社会保障体制を構築するために、社会福祉の全般にわたって、多様でかつ大胆な改革が行われている。その主な改革としては、生活保護から生活保障への理念の転換を通じて従来の救済的な生活保護からの脱皮を目指した国民基礎生活保障法の制定施行、負担の公平や給付の拡大を図るために、分立した医療保険制度の統合一本化の推進をはじめとする医療保険およ

表5 日韓社会保障・社会福祉の変容比較

	年代	1940年代後半	1960年前後	1970年代前半	1980年代	1990年代
日本	時期	制度成立期	制度整備期	水準拡大期	制度内調整期	構造改革期
		戦後処理	高度成長	列島改造 石油ショック	新保守主義	バブル崩壊 連立政権 世界大競争
日本	特徴的の制度 や傾向	福祉三法 社会福祉事業法	福祉六法 国民皆保険 国民皆年金	老人医療費 公費負担 福祉元年 →福祉見直し	老人保健法 基礎年金 団体事務化	ゴールドプラン エンゼルプラン 福祉関連八法改正 老人保健福祉計画 介護保険法
韓国	時期	制度未整備	制度成立期	制度整備期	制度の拡大期	制度成熟、 改革期
		朝鮮戦争 戦後処理 (50年代後半)	軍事政府 経済開発計画	高度成長 社会問題の 多様化	経済と社会の均衡 発展	文民政府 地方自治制 経済危機
韓国	特徴的の制度 や傾向	勤労基準法 外国援助団体の施設保護、民間慈善活動	生活保護法、児童福祉法等社会保障関係法大量立法化 公務員年金、産業災害補償保険制度	国民年金法、社会福祉事業法等社会福祉体制確立 職域医療保険制度導入(労働者、公務員)	国民皆保険 国民年金制度導入(農漁村自営業者) 老人福祉法 障害者福祉法制定	医療保険制度統合一元化 国民皆年金 社会保障5カ年計画 国民基礎生活保障法

出典：日本：中村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉—日本』p. 58,

韓国：金泰成他『社会福祉政策論』等を基に筆者が作成

び医療体制の抜本的な改革、そして高齢化社会に対応できる社会福祉体制の構築の一環策としての介護の社会化の論議や地域福祉の体系的な推進の動きなどである。このような韓国の改革動向は21世紀の超高齢社会に向けた社会保障制度の再構築の動きが活発化されている日本より進んでいるように思われる。現在行われている韓国における社会福祉、社会保障の改革は、ある意味で「韓国型福祉」体制の構築の試みとして位置付けることができるだろう。今後の主要な課題としては、①韓国の経済社会の諸環境に相応する福祉理念の定立と「韓国型福祉」モデルをいかに構築するか、②高齢化社会において増大、多様化しつつある国民の福祉ニーズに対応した「普遍的福祉体制」の確立、③普遍的福祉システムの構築にあたって、施設、マンパワーの基盤整備とともに、効果的な財源確保、④福祉への住民参加の促進、ボランティア部門の組織化・制度化や市場部門の参入促進、⑤都市自営業者の約50%が保険料納付例外者となっている国民皆年金制度の未加入者の対策、⑥統合一本化された医療保険制度の保険料賦課体系の開発や「適正給付・適正負担」体制への転換等、さまざまな課題がある。ここでは、以下に最近の主な改革動向と課題について、簡潔にふれておこう。

2. 「国民基礎生活保障法制定」と

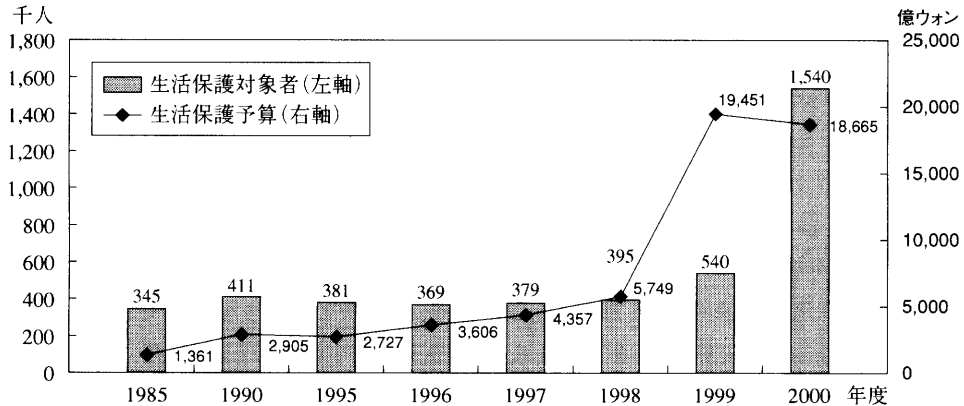
「生産的福祉政策」の志向

韓国では、過去37年間引き続き施行された「生活保護法」の代わりに、1999年9月、「国民基礎生活保障法」が制定された。この新法は、1年間あまりの施行準備期間を経て、2000年10月から本格的に施行された。新しく制定された「国民基礎生活保障法」は、IMFの経済危機のもとで、市民・社会団体の立法請願によって制定されたという特徴に加え、次のような特徴が見られる。

まず第1には、「生活保護」という恩恵的、慈善

的な要素を排除し、「生活保障」に対する‘権利性’を付与したということである。法の名称にも示されているとおり、「保護」から「保障」への理念の転換を通じて、「生活保護法」の残っていた貧民法的性格の払拭を目指している。第2に、受給権者の範囲の拡大が行われるようになったことである。これまで18歳以上65歳未満の勤労能力のある者には、定職がないため所得が最低生計費に満たず、最低限の生活ができなくても、生計費支援を行ってこなかったが、新法では勤労能力のいかんと年齢とに関係なく最低生活費以下のすべての世帯に生計費が支給されるようになったのである。これにより、生計費支援対象者は、1999年の54万人から2000年10月には154万人に大幅に増えるようになった(図8)。第3に、最低生計費の決定の客観化、透明化とともに、「住宅給付」の新設等、給付の種類が増やされたことである。第4に、勤労能力のある受給者の勤労意欲維持・向上を目的とした制度的仕組みを設け、勤労誘因の確保を図っていることである。生計給付の支給に「勤労能力のある受給者には自活に必要な事業に参加することを条件」とすることができ、市町村が受給者世帯別に立てられた「自活支援計画」を策定しなければならないと規定されている¹¹⁾。

一方、ここで見逃すことのできない点は、「国民基礎生活保障法」の制定背景となった政策理念である。その理念は、「仕事に通じる福祉(welfare to work)’ともいえる「生産的福祉」にほかならない。韓国の生産的福祉は「脆弱集団の生活保護を強化すると同時に、知識基盤産業育成と環境親和的な経済発展を促す方向で、階層間の社会的平等と世代間の環境権的平等を増進する21世紀型福祉と定義できる」¹²⁾とある。この概念は、公的扶助を失業問題解決と知識基盤産業育成に必要なマンパワー供給に結び付けようというイギリスの「仕事に通じる福祉’や、ドイツの‘公的扶助から就業へ導く福祉プログラム’と似ているが、全く同じという



出典：保健福祉部「1999年保健福祉統計年報」, 2000年度「主要業務報告」資料等

図8 生活保護対象者および生活保護予算推移

わけではない¹³⁾。いずれにせよ、今回の改革は、公的扶助のパラダイムを大転換させたという点において、韓国の社会保障制度の画期的な一歩であると評価できるだろう。また、実際の給付の水準の問題はともかく、生活保障についての権利性の強化や自立の計画的支援を図ろうとするその理念においては、日本の生活保護制度より一歩進んでいるように思われる。

3. 地域福祉の活発な展開と新たな方向転換への論議

1970年代半ば以降、社会福祉における重要な特徴を挙げれば、それは、コミュニティアケ体制への転換とコミュニティアケ計画の策定であろう。イギリスにおける1990年「NHS & Community Care Act」の制定や、日本における2000年「社会福祉法」改正（従前は社会福祉事業法である）の動きは、これを端的に例証している。

このような世界的流れは、韓国においても例外ではない。社会福祉における韓国的特徴の一つとして、地域の「社会福祉館」を中心として地域福祉が活発に展開されていることが取り上げられる。1983年5月、社会福祉事業法の改正に伴い、社会福祉館の運営が社会福祉事業の一つとして位置付

けられるようになり、それ以降、社会福祉館が年々増加され、現在では360カ所に至っている。韓国における社会福祉館は、児童、青少年、高齢者、障害者、女性等、サービス対象者を包括しており、対人福祉サービスや福祉教育、職業教育等多様なサービスを総合的に提供しているという特徴を有している。同時に、地域社会での福祉資源の開発や福祉ニーズの調査、社会的支援ネットワークづくり等、地域福祉の拠点としての役割を果たしている。戦前の日本における隣保館の実践は、今日の韓国の社会福祉館のように、地域福祉的实践であったということが出来る。これらの実践は地域組織化運動であり、隣保館を拠点にした在宅福祉サービスの提供であった¹⁴⁾。しかし、日本の隣保館が法的に裏付けられなかったゆえに発展しなかった点は、韓国とは異なる点であり、一方で、今日社会福祉協議会が地域福祉の核心主体として位置付けられているのは、このような理由にもよっているのではないかと考えられる。

しかしながら、韓国における近年の動きにおいても、地域福祉の理念や概念の確立に基づいた実践がなされたとはいいいがたい。最近、このような反省、指摘に基づき、1999年には「地域社会福祉学会」が創設され、地域福祉についての理論的研究

が本格化されはじめる一方、これまでの中央主導の社会福祉政策から脱皮し、地域実情に見合う福祉の展開の動きが目立っている。それでは、今なぜ、こうした動きが高まっているのか。それは、まず、高齢化の進展につれて、国民の福祉ニーズが多様化・複雑化しつつあり、こうした新たなニーズに対応するために、福祉政策が施設中心から次第に在宅福祉中心に変わるようになったこと、第2に、地方自治制の定着・発展に伴い、地方化時代における社会福祉が地方政府の業務として認識されるようになったこと、第3に、社会福祉館や保健所等の保健福祉施設・機関の量的拡大によって、ある程度地域を中心とした社会福祉が展開できる基盤が整備されたということ、などが挙げられる¹⁵⁾。

韓国政府は、こうした社会福祉環境の変化に基づき、地域福祉体制をより効果的に整備するねらいの一環策として、「地域福祉計画の策定」を導入することを骨子とする「社会福祉事業法」改正案をまとめるようになった。この法律改正案は2000年の通常国会に提出する計画である。しかしながら、今回の地域福祉計画に関連しては、「地域福祉の推進」はもちろん、計画策定において、地域住民が主体として位置付けられていない問題や、住民・社会福祉の関係者の意見反映、公表が制度化されていないことなどの問題を抱えている。また、地域福祉計画にかかわる国の役割や計画の目標が明確化されていないことも指摘できる。このような点は、日本の地域福祉計画の策定とは異なっている点であり、特に、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、そしてゴールドプラン21等中央政府レベルでの基本目標のもとで、地域ごとの実践目標や保健医療計画との連携統合化を図るための、地域福祉計画の策定が行われているということを注目すべきである。

4. 高齢者介護の社会化論議

周知のごとく、人口高齢化が進んでいる先進国においては、高齢者の介護問題にいかに取り組む

のかが大きな課題となっており、1990年代に入ってそれまでより体系的に取り込まれるようになった。すなわち、高齢者介護は医療サービスや社会福祉サービスに次第に取り込まれるようになり、ドイツ(1995)や日本(2000)では、介護保険が導入実施され、介護サービスが独立した社会保険の分野として位置付けられるようになった。

急激な高齢化や家族形態の変化につれて、高齢者介護問題は韓国においても例外ではない。政府は1999年2月の「高齢者保健福祉5カ年計画」の策定に次ぎ、今年4月には保健福祉部次官を委員長とする「老人長期療養保護政策企画団」を発足させ、政府レベルで高齢者介護を公式的に論議しはじめるようになった。論議の直接の背景としては、後期高齢者の割合が先進国の3分の1にすぎないにもかかわらず、表6に示すように日本(13%前後)や欧米(15%前後)を上回る高い要介護率(18.9%)、一人暮らし老人の増加や女性の経済活動の増加等による家庭の老人扶助機能の弱体化という韓国的特徴が挙げられるが、一方、日本の介護保険制度の創設、実施が大きく影響するようになったことも否定できないだろう。ここで、見落としてならないことは、要介護老人の発生率が非常に高い理由は何であるのかということである。調査方法や判定基準の違いがもたらした結果であるのか、それとも出現率が高い韓国的な理由でもあるのか。今後さらなる原因究明が進められなければならないだろう。

現に企画団での活発な論議に基づき、介護の政策方向がある程度まとまるようになり、その大筋は次のようである。①「Ageing in Place」を基本政策方向とする。つまり、1960～1970年代にかけて広く受け入れられるようになった「Ageing in Place」は、高齢者が要介護者になっても社会から閉ざされた施設でケアを受けるより、できるだけ住み慣れた自宅・地域で必要なケアを受けられるということである。② そのために、施設サービスと在宅

サービスの両面での基盤整備を段階的(1~3段階)に推進していく一方、地域社会での社会的支援システム(social support system)を構築すること、特に施設の極めて不足している現状—施設入所者の割合(2000.6):高齢者の0.3%—を勘案し、施設の整備目標を老人人口の3%と定め、第1段階では施設拡充に重点をおく、③第1~2段階において必要な財源は公的財源で賄い、第3段階では、除外された中流階層の介護ニーズに対しては、民間市場において担われるよう介護の社会市場を育成すること、④財源調達方式や長期療養に関する法律制定問題は長期的な課題とすることである¹⁶⁾。

このような政策方向は確かに世界的流れに当てはまることであり、しかも家族中心の高齢者介護問題を公論化させ、介護の社会化を図ろうとする点で、意味深い。しかしながら、本論議においては、最も基本的な介護サービスの提供パターン、すなわち、医療サービスの一部として提供するか、社会福祉サービスとして提供するか、あるいは別の制度を創設するかが明確化されていない点をはじめ、段階別目標年度が不明確なこと、介護やマンパワーの問題、介護サービスと医療サービスの連携調整問題、費用負担および財源確保等、多くの重要な部分が明らかにされていないという問題を抱えている。今後、政府のより確かな取り組みが求められている。

5. 医療保険および医療制度の抜本的改革

(1) 医療保険および医療制度の改革課題

韓国では、1998年より医療および医療保険制度に対する抜本的な改革が行われており、主な改革課題は次の5点である。すなわち、①医療保険制度の完全統合・一本化の実現、②医療の効率化を図るための診療報酬体系の見直し—一部疾病に対するDRG制度の拡大等、③薬価基準制度の市場実勢価格、すなわち「実際の取引価格」償還制度への転換、④診療報酬調整決定の仕組みを国の公定制から保険者団体と医療団体との契約制度へ転換、⑤完全医薬分業である。このような韓国における改革課題は、日本の「21世紀の医療保険制度」に示されている改革課題とほぼ一致していることがわかる¹⁷⁾。ただし、日本においてはこれらに加えて、医療提供体制の見直しや高齢者医療制度の見直しが主な改革課題として含まれている。

(2) 医療保険制度の統合・一本化

韓国では、今年7月に、医療保険についての最も大きな課題である制度体系の完全統合・一本化が成り立つようになった。統合・一本化は、「負担の公平」と「管理運営の効率化」、そして「適正給付・適正負担」の体制構築というねらいのもとで、段階的な統合を基本政策にし、1998年より推進さ

表6 介護形態別要介護対象高齢者の推計(2000年)

(単位:人)

区分	在宅要介護 高齢者	介護者がいない 一人暮らしの 高齢者	介護者がいる高齢者				施設要介護 高齢者
			配偶者		子供		
			70歳以上	65~69歳以下	専業主婦	共働き夫婦	
軽症	241,954 (7.3%)	13,442	20,163	26,884	86,740	94,725	1,931
重症	342,767 (10.1%)	67,209	33,605	57,128	88,346	96,479	4,055
最重症	50,407 (1.5%)	3,360	10,081	6,721	14,457	15,787	152
合計	635,126 (18.9%)	84,011	63,849	90,732	189,543	206,991	6,138

資料: 韓国保健社会研究院『老人長期療養保護政策案』p. 11

注:()の数字は、高齢人口に占めている在宅要介護高齢者の割合である。

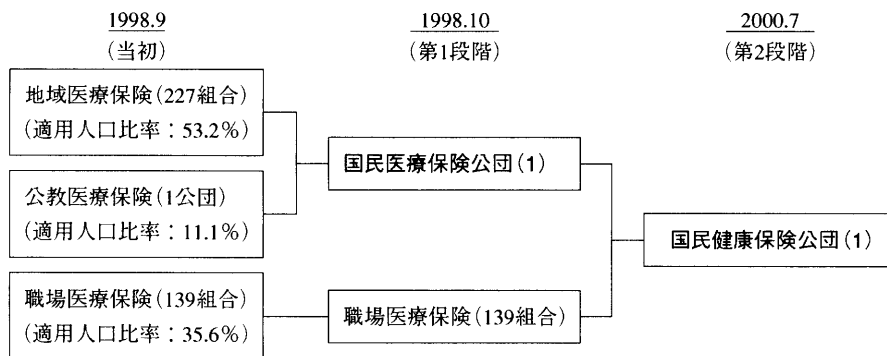


図9 段階的統合・一本化の過程

れてきた。つまり、第1段階として、1998年10月に地域保険(227組合)と公教保険(1公団)が一つの公団体系に統合され、続いて、2000年7月からは職場保険(139組合)を含む、完全統合・一本化が行われるようになったのである。このことは約20年間続いてきた統合・一本化の論争の到達点という重要な意味をもっている。

統合・一本化の意義としては、①全国単一の保険料基準を基礎にして保険料を負担することにより国民階層間の負担の公平を図るようになったこと、②保険組織だけでなく、財政の完全統合化に伴い、「適正給付・適正負担」の体制への転換ができる基盤が造成されたこと、③保険サービスの向上や組織運営の効率化を図るようになったということが挙げられる。しかしながら、保険料徴収率の低下¹⁸⁾やモラルハザード(moral hazard)というような意図しなかった影響も出てきている。

(3) 医療供給体制の改革と医療の効率化

先に述べた制度の統合・一本化が「公平」を基軸とした改革であるとするれば、医療供給体制の改革は、「効率」を基軸とした改革であるといえる。医療供給体制の改革は、韓国の医療保障制度における大きな欠陥を是正し、医療の効率化を図ることにほかならない。すなわち、医療に向けるべき経済

資源の制約のもとで、適切な規制と競争の仕組みをつくり上げることによって、医療の効率化を図ろうというねらいである。現在のシステムは、診療報酬と患者負担のみを公定し、その固定価格のもとで、医師と患者の自由行動に任せている。つまり、「患者のフリー・アクセス」「医師の自由開業制」「出来高払い制」に基づいた現行の医療保障体制は、資源の希少性の認識なしにニーズに応じる給付が自由に行われているため、医療の無駄や非効率が生じることは否定できず、同時に、医療費の増加が不可避になっている構造であると指摘できる。

韓国における今回の医療供給側の改革は、医療資源の制約のもとで、適切な規制と競争の仕組みをつくり出そうとする戦略として重要な意味をもっている。主な改革としては、次のようなものがある。第1に、疾病診断群別包括報酬制(Diagnosis Related Groups)と呼ばれる、「韓国版DRG」制度が1997年3月から試行的事業で行われている。現在798医療機関で、17疾病群(97個DRG)を対象に実施されているが、来年度よりすべての医療機関に拡大、実施されることになっている。なお、慢性疾病へのDRGの拡大が積極的に検討されつつある。DRG制度の評価の結果、入院日数の減少や診療量の減少等望ましい効果が生み出されている¹⁹⁾。第2に、1999年11月より、「薬価基準制度」から「実

際の取引価格」償還制度に転換し、公定価格と実際の取引価格との差、いわゆる薬価差の問題や薬剤の過剰使用、高価な新薬を使う傾向等のさまざまな問題に対応しつつある。

第3に、医療保険制度の統合・一本化に伴い、保険者が単一化されるのを契機に、診療報酬調整制度を「公定価格制度」から「保険者と医療団体間の契約制度」に転換するようになった。契約の対象としては医師等の「医療行為」、つまり、技術に限られている。第4に、医薬品の誤・濫用問題への取り組みや薬物療法の有効性・安定性の向上というねらいのもとで、「完全医薬分業」が2000年7月より行われている。医薬分業をめぐって、医療界と政府、医療界と薬剤界との激しい対立等、施行上の多くの問題が露呈していることは否定できないが、「医・薬・政三者協議会」の発足によって、ある程度意見が合致されていく見込みである。韓国において、こうした抜本的な改革は、今後医療保険および医療制度において大きな変動をもたらすと思われる。

V おわりに

以上、韓国における高齢化社会初期の諸状況や政策的動向について、日本との比較の視点から簡潔に検討した。韓国の人口高齢化の進展や家族形態の変化、そして今までの福祉政策や制度においては、日本とかなり類似していることが明らかになった。また、両国は社会福祉・社会保障の水準や公的支出において、欧米の国に比べて相対的に低いという共通点を有していることが確認されることになった。とはいえ、取り上げた側面が不十分ではあるが、その分析の結果を見ても、韓国の方が高齢化初期の日本より高齢者福祉の財政支出の低さはもちろん、政策的取り組みにおいても、立ち遅れていることは確かである。

しかしながら、韓国は本格的な高齢化社会に向けての最近の政策的対応において、以上の限ら

れた側面についての比較の結果を見るだけでも、日本とは異なる道程を辿っていることが明らかになった。このことは、主に政治、経済、社会的環境の違いに起因しているように思われるが、一方では、社会福祉の世界的流れの違いが大きく影響を与えているのではないかとと思われる。すなわち、福祉国家時代における高齢者対策と現在のような福祉多元主義におけるその取り組みは確かに異なっており、特に、国の役割や財政支出についての差があることは間違いではなかろう。結論的にいえば、韓国は、日本が辿ってきた高齢者福祉政策を踏まえながらも、日本のような段階的かつ進化的発展ではなく、今日の福祉多元主義のもとでの政策的対応が一層求められているのではないかと考えられる。

いずれにせよ、先に成し遂げた日本の経験は、今後韓国の福祉政策のあり方を模索するにあたって、多くの示唆を与えることは確かであり、一方、韓国が取り組んでいる改革動向は、21世紀に向けた社会福祉体制の再構築という、日本の社会福祉のあり方に何らかの示唆を与えるだろうと考えられる。今後、個別の制度や政策の研究や、比較の基準や指標の研究に加えて、福祉国家類型研究の理論枠組を設定するという方法に基づく研究が必要である。

(平成13年4月投稿受理)

注

- 1) 国連資料「World Population Prospects」によると、人口高齢化速度の国際比較は次のようになっている。

国名	65歳以上人口		7%から14%までの所要年数
	7%	14%	
韓国	2000年	2022年	22年
日本	1970年	1994年	24年
アメリカ	1945年	2015年	70年
イギリス	1930年	1975年	45年
旧西ドイツ	1930年	1975年	45年
フランス	1865年	1995年	130年
スウェーデン	1890年	1975年	85年

- 2) 平均寿命は1960年には男性51.1歳、女性53.7歳で、1980年には男性62.7歳、女性69.1歳となり、さらに2000年には男性71.6歳、女性78.6歳にまで延びている。

- 3) 統計庁『韓国主要経済指標』1999, 韓国銀行『国民計定』, 2000等。
- 4) 1973年の福祉元年における目玉政策の一つだった「老人医療無料化政策」から「老人保健制度」への転換(1983)をはじめ、年金財政の悪化への対応策として1985年に国民年金・基礎年金制度の導入, 医療保険制度間の財政調整拡大, そして、在宅福祉への福祉政策方向性転換の試みがあった。
- 5) 武川正吾『社会政策のなかの現代』, 東京大学出版会, 1999, p. 285.
- 6) 白鳥令・ローズ編『世界の福祉国家』, 『新評論』, 1990, p. 33.
- 7) 各政権の国政目標を見ると、(a) 5共和国('81.2~'88.2): ①民主主義の土着化 ②福祉社会の建設 ③正義社会の具現 ④教育改革と文化創達、(b) 6共和国('88.2~'93.2): ①民族自尊 ②民主和合 ③均衡発展 ④統一繁栄、(c) 文民政府('93.2~'98.2): ①清い政府 ②堅実な経済 ③健康な社会 ④統一された祖国、(d) 国民政府('98.2~現在): ①国民和合の具現 ②国政改革の完遂 ③新知識人社会の実現 ④世界一流経済の志向 ⑤南北協力の促進(2000年目標)である。
- 8) 東京大学社会科学研究所編『福祉国家』, 東京大学出版会, 1984, p. 3.
- 9) ジョン・C・キャンベラ『日本政府と高齢化社会』, 中央法規, 1995, p. 201.
- 10) 藤村正之「日本の社会福祉の50年」, 中村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉—日本』, 旬報社, 2000, pp. 54-56.
- 11) 保健福祉部『国民基礎生活保障法の要旨』, 2000.8.
- 12) 白鍾万「生産的福祉パラダイム: われ社会の代案であるのか」, 『月刊福祉動向』, 第12号, 1999.9, p. 7.
- 13) 白鍾万, 前掲書, p. 7.
- 14) 大橋謙策「地域福祉論」, 放送通信大学教材, p. 9.
- 15) 韓国保健社会研究院「地域福祉強化のための社会福祉事業法改正の公聴会」, 公聴会資料, 2000.10, pp. 2-4.
- 16) 韓国保健社会研究院「老人長期療養保護政策案」, 公聴会資料, 2000.10, pp. 4-8.
- 17) 日本の「21世紀の医療保険制度」に示されている主

- な改革課題としては、①診療報酬体系—出来高払い制と定額払いの適切な組み合わせなど、②薬価基準制度—参照価格制度などの導入等、③医療提供体制の見直し—医療機関の役割分担, 入院期間の短縮, 病床数の適正化等、④医療保険制度体系—保険集団のあり方等、⑤高齢者医療制度の見直し、⑥医療費の適正化の推進—社会的入院の是正, 情報提供体制の充実等である。
- 18) 地域医療保険の保険料徴収率は、1993~1997年は96%~98%であったが、1次統合以後、78%に引き下げられ、最近では80%前後である(資料: 韓国福祉部の内部報告資料)。
 - 19) 2年間の試行事業の評価結果、①入院日数の短縮(平均5%)や抗生剤使用量の減少(15.9%)など医療サービスの提供量が平均2%減少したこと、②総診療費が出来高払い制より、むしろ11%と増加し、病院の実質的な収益が向上したこと、③患者負担医療費の平均26%減少、④「診療の質の低下」に関する問題はあまりないということ、⑤診療費請求・支払いの簡素化による行政経費の節減、などが明らかになった。

参考文献

- Gould, Arthur. 1993. *Capitalist Welfare Systems*. Longman Group UK Ltd.
- 阿部志郎・井岡勉編 2000『社会福祉の国際比較』有斐閣
- 中村優一・一番ヶ瀬康子編 2000『世界の社会福祉—日本』旬報社
- 岡沢憲美・宮本太郎編 1997『比較福祉国家論』法律文化社
- 府川哲夫『OECD諸国における高齢者介護』国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』SUMMER 2000, No. 131
- 下平好博 1985「産業化と福祉国家」社会保障研究所編『福祉政策の基本問題』東京大学出版会
- 中尾美知子「韓国「国民基礎生活保障法」(1999年9月制定)と「生産的福祉」」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第2巻第2号 2000.3
- (JANG BYUNG WON 韓国保健福祉部課長)