

資料 本特集の補足と若干のデータ

金 成垣
山本 克也

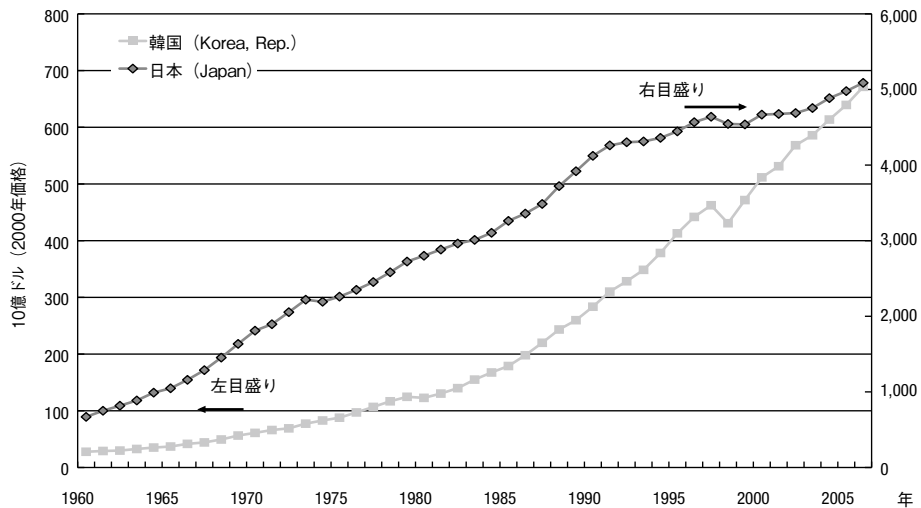
本特集の理解を深めてもらうために本資料では、若干の補足とデータの収集を行っている。読者諸氏の参考に資すれば幸いである。

1. 日韓の経済状況

本文でも触れたように、韓国経済は1945年の日本からの独立後、限られた天然資源や不十分な国内市場を背景として（この背景は日本同様であった）発展を目指すという、大変難しい経済運営を行ってきたと言える。

経済発展の過程を簡単に振り返れば①朴正熙政権が登場した1960年代に官主導型資本主義によ

る経済発展を目指し、1960年代半ばから繊維、履物など労働集約財を中心に輸出が急成長した。さらに、②1970年代になると先進国から輸入した中間財、資本財と国内の安価な労働力を使って組立、加工した製品を輸出するという加工貿易型産業を育成した。しかし、貿易収支は改善せず、生産基盤も脆弱であったため、もっと付加価値の高い生産にシフトしようと1973年に重化学工業化宣言し、鉄鋼、石油化学、造船などの基幹産業を指定して育成した。そして、③1980年代初期の政治的混乱と経済的不況（全斗煥政権のスタート）を超えて成長至上主義の修正を行い、官主導



資料：World Bank, World Development Indicators 2008

図1 GDP (名目) の推移

ではなく民間主導経済への転換を開始し、1980年代半ばには成長、物価、国際収支の均衡を達成した(前掲 大野・桜井 1997)。その後、特に1988年のオリンピックを契機として政治の民主化も達成し、1997年の通貨危機までは高度経済成長期を謳歌していたと言えよう。

韓国で98年が大きく落ち込むのは、通貨危機の影響である。1997年に中堅財閥が相次いで破綻し始め、国内金融機関の不良債権が急増するといった国内の経済状況が韓国経済に対する信認を急速に低下させた。すでに東南アジアで発生していた通貨危機により投資資金の回収可能性に敏感になっていた外国資金は、資金を急速に韓国から引き上げるといった事態に立ち至った(野呂・赤間 2003)。外国銀行が一斉に資金返済を迫ったために外貨流動性危機に陥るといふ、いわば、取り付け騒ぎが国家レベルで起こったのである。韓国通貨当局は、金融市場の破綻という状況に陥るのを防止するため、8月から11月にかけて数次にわたり金融市場安定化対策を講じるとともに外貨準備により金融市場への介入を行ってきたが、11月末にはIMFを中心とする国際的な支援を要請することとなった。韓国もIMFとの合意直後は、大統領選を控えた政治状況の下、依然不安定な状況が続き市場の信認はなかなか回復せず資金流出も止まらなかった。しかし12月末に至り、新大統領の選出後、円滑な新体制の準備が進んだことや新大統領がプログラム実施に強い意志を見せたことによる政治に対する不安感の解消、IMFなどの国際支援の前倒し決定、更には日米欧の主要民間銀行と韓国当局との間で韓国向け短期債権の長期化に関し検討の方向が合意されたことなどにより収束に向かった。韓国の危機は、いわば経済のもう一段のステップアップを狙うことで始まったと言えよう。

2. 社会支出の状況

表1はOECDが加盟国の社会保障給付費を比較

するために、データを整備したものである。社会支出データベース Social Expenditure Database (SOCX) と呼ばれている。ここで社会支出とは、日本の社会保障給付費(国立社会保障・人口問題研究所で集計)より広い概念で支出をとらえており、施設整備費など直接個人に給付されない費用まで含まれる。社会支出は公的支出と義務的な私的支出に分けられるが、後者はごくわずかである。図3では公的な社会支出のみを挙げている。項目は、①高齢者(Old age)：老齢年金や高齢者向けデイケア、リハビリ、ホームヘルプなど居宅サービスや施設サービスの現物給付、②遺族(Survivors)：遺族年金等、③障害者(Incapacity-related benefits)：障害年金、労災、傷病手当等、④医療(Health)：医療保険給付、政府による医療サービス、医療費補助、⑤家族・子供(Family)：児童手当、出産手当、産休給付など、⑥積極的雇用政策対策費(Active labor market programmes)：積極的雇用政策対策費(失業給付ではなく職業訓練、再雇用補助金など)、⑦失業(Unemployment)：雇用保険給付、⑧住宅(Housing)：住宅補助、⑨その他(Other social policy areas)：生活保護費などその他対策費の9つに分けられる。

この表1を見ると、韓国は経済成長を遂げたが社会(保障)支出は非常に小さいと言えよう。1988年に年金制度、1989年に包括的な医療制度、1995年には失業保険制度、そして2008年には介護保険制度を開始したとはいえ、支出で見るとその値はかなり小さいのが韓国の実状である。表1から明らかなように、OECDのうち29カ国で最下位であり、社会支出対GDP比もOECD平均の約1/3である。これにはいくつかの理由が考えられる。それは、まず、年金支出が対GDP比で見ても1%強である。言い換えれば、韓国の人口構成が比較的若く、まだ年金が成熟していないことによる。この比較的若い人口構成ということが、医療費や介護費を低廉にするという効果も持つ。二つめ

表1 社会支出の対GDP比(2005)

	高齢者	遺族	障害者	医療	家族・ 子供	積極的 雇用政策 対策費	失業	住宅	その他	Total
韓国	1.19	0.22	0.50	2.91	0.12	0.16	0.14	0.00	0.45	5.69
メキシコ	0.96	0.29	0.07	2.80	1.05	0.03	0.00	1.12	0.52	6.84
アイルランド	2.86	0.81	1.54	5.58	2.53	0.68	0.97	0.50	0.46	15.93
アメリカ	5.46	0.82	1.25	6.75	0.70	0.14	0.54	0.00	0.55	16.20
カナダ	3.98	0.43	0.99	6.80	1.09	0.37	0.78	0.52	2.31	17.27
スロバキア	6.37	0.17	2.19	5.23	1.91	0.28	0.32	0.07	0.77	17.32
日本	8.04	1.26	0.67	6.09	0.74	0.30	0.45	0.00	0.19	17.73
オーストラリア	3.90	0.23	2.45	6.20	3.34	0.38	0.72	0.32	0.35	17.90
ニュージーランド	4.39	0.10	2.87	6.28	2.26	0.44	0.77	0.76	0.15	18.01
アイスランド	4.13	0.04	2.83	7.20	3.18	0.10	0.48	0.20	0.54	18.70
スペイン	7.86	0.57	2.36	5.22	1.04	0.68	2.25	0.16	0.18	20.31
スイス	6.78	0.37	3.28	6.04	1.45	0.72	1.03	0.15	0.70	20.52
イギリス	5.89	0.23	2.47	6.68	2.94	0.51	0.26	1.43	0.24	20.64
オランダ	5.41	0.35	3.88	5.84	1.65	1.06	1.59	0.35	0.55	20.67
OECD - Total	6.90	0.77	2.45	5.94	2.12	0.59	1.10	0.33	0.50	20.71
チェコ	7.76	0.20	2.94	6.78	1.91	0.17	0.73	0.11	0.54	21.13
ギリシャ	11.54	0.84	1.02	5.05	1.26	0.20	0.42	0.58	0.38	21.30
ルクセンブルク	4.49	2.00	3.63	6.19	4.09	0.26	0.93	0.13	0.53	22.25
フィンランド	5.77	0.63	3.52	5.68	2.97	0.91	2.13	0.30	0.55	22.45
ハンガリー	7.53	1.13	2.97	6.03	3.52	0.37	0.51	0.48	0.13	22.68
ポーランド	11.39	1.04	3.42	4.52	1.50	0.19	0.84	0.00	0.04	22.93
ポルトガル	8.85	1.62	2.57	6.69	1.58	0.71	1.14	0.00	0.34	23.51
イタリア	11.39	2.47	1.77	6.17	1.24	0.67	0.44	0.02	0.03	24.19
ノルウェー	7.04	0.32	5.38	6.49	3.45	0.80	0.75	0.20	0.64	25.07
オーストリア	12.79	0.39	2.60	5.08	3.08	0.62	1.01	0.09	0.39	26.05
ベルギー	7.16	2.14	2.29	7.20	2.69	1.21	3.34	0.00	0.46	26.48
ドイツ	11.28	0.43	1.98	7.98	1.94	1.12	1.80	0.23	0.49	27.25
デンマーク	7.17	0.01	4.25	5.56	3.95	1.62	3.33	0.69	1.02	27.58
フランス	10.46	1.80	1.75	7.60	3.02	1.07	1.85	0.85	0.34	28.72
スウェーデン	10.11	0.69	6.00	7.13	3.54	1.28	1.25	0.59	0.70	31.28

出所：OECD (2008), Social Expenditure Database, 1980-2005, OECD, Paris (www.oecd.org/els/social/expenditure).

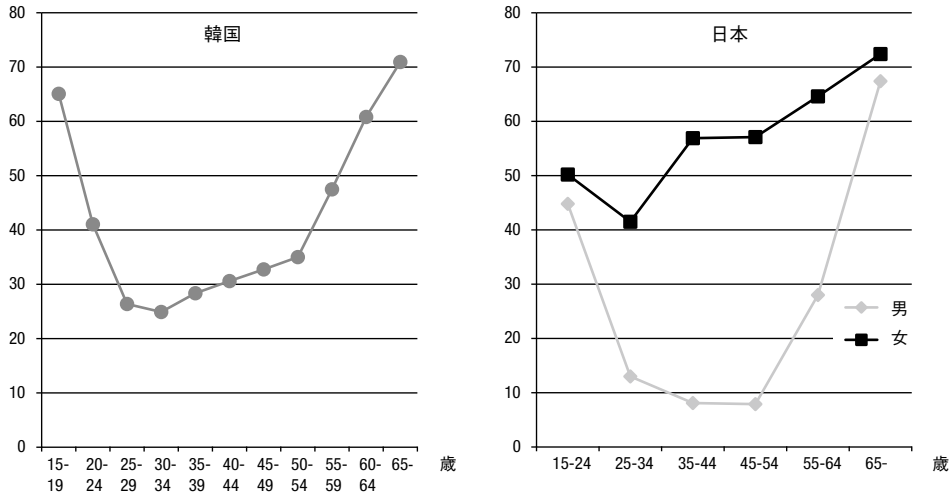
注：トルコの数値は不明

は、2000年以降、失業率が4%程度という低い水準であったため、失業保険等の労働市場対策費も低廉に押さえられたということが挙げられよう。

3. 韓国と日本の就業状況

就業状況は日本の状況も韓国と似ている。非正規雇用者の割合は、男性平均では1997年に10%を超え2008年には18.6%に達している。また、女性の平均では、2003年以降、半数を越える状態にある。重要なのは、男女とも15～24歳の若者の非正規比率が急激に高まっており、いわゆるフリーターの増加を裏づけるものとなっている。近年は若者のこうした非正規雇用化とそれに

付随する低所得が格差を生み、将来の生産性への制約となり、また少子化の大きな要因となっていることが指摘されている。65歳以上の高齢者、特に男性の非正規比率が高くなっているが、これは定年後に継続雇用される割合が高くなってきているためだと考えられ、こちらはハッピーなケースである。女性はアルバイトの多い若年層から25～34歳になると正社員となる比率が高まるが、35～49歳には、また平均以上に非正規雇用比率が高まってしまふ。日本の場合は結婚、出産で退職した女性が再度就業する場合に不安定な雇用とならざるを得ない状況を示している。いわゆる女性就業者のM字型カーブの就業率に起因する



出所：統計庁『経済活動人口調査付加調査』(2008)，総務省『労働力調査』(2008)

図2 韓国と日本の就業状況

表2 日本のレセプトオンライン化の計画

1. 平成18年4月から、これまでの紙又は電子媒体に加えて、オンラインによる請求も可能とする。
2. ①平成20年4月からは、段階的にオンライン請求に限定
 - ・病院： 規模、コンピューターの機能・導入状況により20年度から(400床以上)、21年度から(400床未満)等
 - ・診療所：コンピューターの導入状況により22年度から(既に導入している診療所)、それ以外は23年度から
 - ・薬局：コンピューターの導入状況により21年度(既に導入している薬局)から、それ以外は23年度から
- ②平成23年4月からは、原則として全てのレセプトがオンライン化

注：「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令の施行について」(平成18年4月10日付保発第0410005号)より筆者作成

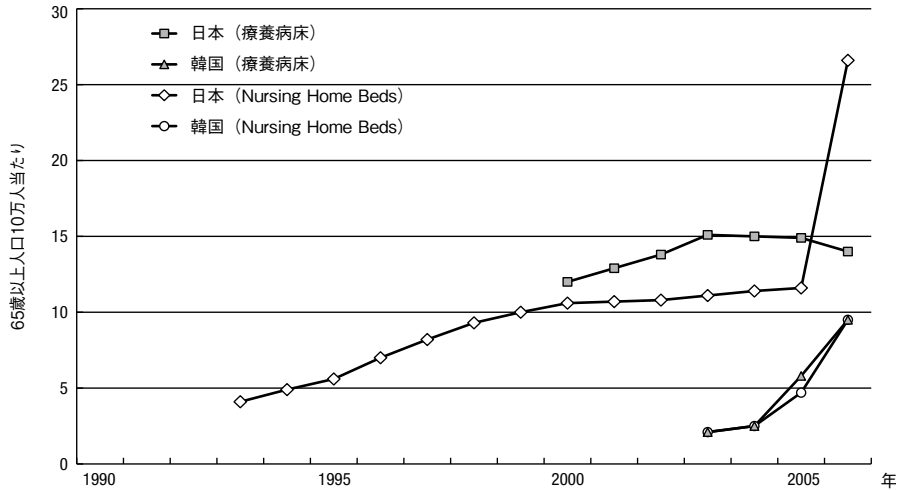
問題を示している。

4. 健康保険関連

健康保険分野でとくに韓国が目玉されているのは医療のIT化である。レセプトのオンライン化等は2004年で既に93.5%という高水準で、オンライン化(Electric Data Interchange)による事務経費削減額は審査評価院¹⁾(日本の診療報酬支払基金に当たる)で年間16億円(実績)、医療機関で年間233億円(推計)となっている²⁾。韓国では1994年からオンライン化を進め、約10年で上述の状況を作り出した。EDI化促進の中心的役割を果たし

たのはKT(韓国テレコム)と審査評価院である。KTは10年間の独占契約と引き換えに情報インフラを整備提供し、審査評価院は2000年の設立当初より、全国医療機関のEDI化とそれによるデータ収集・活用をその使命としてEDI化促進のために積極的なPRや支援策を講じた。たとえばコンピューターを整備しにくい中小病院には対してはソフトウェアをASP(Application Service Provider)として提供したり、医療機関ソフトウェアの認証制度を提供したりして、そのソフトウェアの信頼性を向上させた。

日本の場合には2001年12月12日に出された「保



資料：OECD Health Data 2008, OECD

図3 韓国と日本の療養病床と介護施設定員数の推移

健医療分野の情報化にむけての「グランドデザイン」で、レセプト電算処理システムに関しては2004年度まで全国の病院レセプトの5割以上に普及、2006年度まで全国の病院レセプトの7割以上に普及が目標とされた。その後、2006年1月の「IT新改革戦略」、6月の「重点計画－2006」では情報化のグランドデザインの策定、情報化のための共通基盤の整備（認証基盤）、医療機関の医療情報連携の促進（標準化）、医療・健康情報の全国規模での分析・活用（健康診断義務化・予防医療とEHR（Electronic Health Record後述される）、レセプトオンライン化などについて、目標、実現時期、管掌省庁が明記され、本格的な対応が始まった。

2005年12月の「医療制度改革大綱」でも、

“医療保険事務全体の効率化を図るため、医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成18年度からオンライン化を進め、平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。その際には、データ分析が可能と

なるよう取り組む”

としていたが、以上のように具体的に決まったのは、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令の施行について」（2006）であった。

「韓国と日本の社会保障制度」でも述べたように人口構成がまだ比較的若いせいもあって、GDP比で見た韓国の医療費はそれほど高くない。韓国に関して気になることは、療養病床と介護施設定員が共に伸びていることである。介護保険の導入を契機に介護施設の整備を行うことは問題がないだろう。しかし、療養病床も同程度に増加させているのは気がかりである。日本の場合は病床数、特に療養病床が多いとされ、また、これが医療費の高さの一因となっていることが指摘されている。そのため、現在では療養病床を減じよう、特に療養病床を多く持つ中小病院を老健施設等に転換することを促している最中である。しかし、韓国は後述する養老施設、養護老人施設等に加え、病院の療養病床も増加中である。これが医療費の高騰に繋がらないかは気になることである。

もちろん、日本よりもはるかに進んだレセプト管理技術やITを駆使して適切な療養病床のコントロールができるのであれば、これは杞憂に過ぎないのであるが。

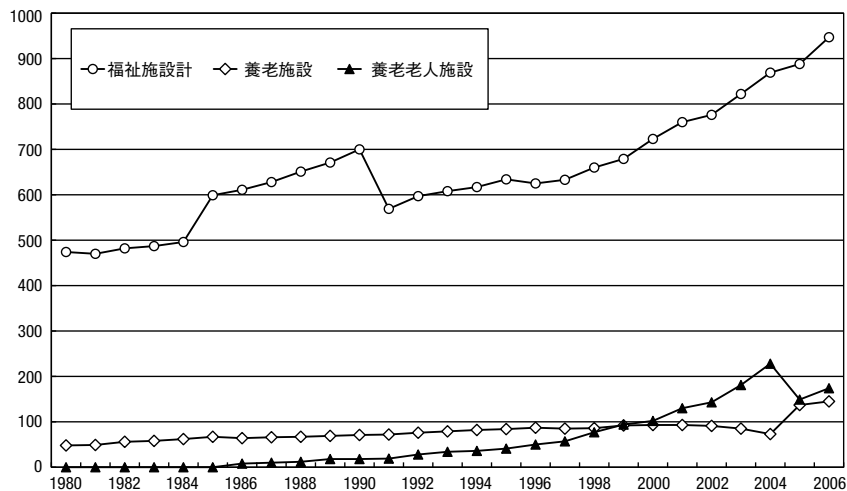
5. 介護保険関連

一般に、韓国は儒教の国であり敬老孝親の考え方が強いと思われる。しかし、1960年代以降、経済発展に伴う産業化・都市化の中で子供世代が都市へと流入し核家族化が進行した。日本の場合もそうだが、この傾向はやがて一人世帯数の増加につながる。韓国の一人世帯は1980年に4.8%だったのが2005年には20.0%にまでに増加している（おそらく、単身の女性の高齢者世帯が増えているのではないだろうか）。こうした家族の変容は韓国社会の意識の変容につながり、介護保険の導入に対しても影響を与えたことは否めない。

しかし、「先家族扶養・後社会保障」と呼ばれる高齢者扶養・介護に関する意識もまた根強いも

のがある。その証左が少ない高齢者福祉施設である。韓国には老人福祉法に基づく施設として養老施設、養護老人施設、経費療養施設及び有料養護老人施設がある。図4は養老施設、養護老人施設の数挙げた。最近でこそ両者を合わせると総福祉施設数に対する比率は40%弱になるが、昔は10%程度であった。

ちなみに、養老施設の入所対象者は高齢者であり食事と日常生活に必要な便宜を提供することが目的とされており、65歳以上で扶養家族がない高齢者は生活保護法の規定により無料または実費程度の自己負担で入居できる。また、養護老人施設は身体または認知機能の障害があり看護ケアや治療を要する高齢者のための施設である。入所対象者のうち、保健福祉部長官が定めた一定所得以下の者で市郡・区庁長が認めた65歳以上の者は食事・生活必需品・治療に関わる実費のみを自己負担する施設とケア提供費も含めて有料（一定所得以上の者）とする施設もある（百瀬ら2006）。



出所： OECD (2008), Social Expenditure Database, 1980-2005, OECD, Paris (www.oecd.org/els/social/expenditure).

注：その他の施設にはNursery institutions, Institutes for vagrants, Institutes for maternal & child Welfare, Nursing home for the aged, Institutes for the handicapped, The handicapped, Institutes for women's vocational guidance center

図4 韓国の福祉施設数

注

- 1) 韓国でもかつては、人間の主観に頼る審査が主流であったが、医療保険改革(統一本体化や審査評価院の創設)の過程で、データとエビデンスに基づく公正な審査を求める声が保険者のみならず医療機関からも求められた。複雑で多種多様なレセプトに統一した審査基準を策定するためには、膨大なレセプト内容を分析し、ばらつきや傾向を定量的に把握することが必要であり、そのためにはレセプト電算化が不可欠になった。審査評価院のレセプトの審査現場では、審査画面が開く前に、レセプトはコンピューターによる論理的なチェックを経ている。職員による審査はコンピューターのロジックでチェックできなかった例外的なものだけであり、その後の審査もできるだけ客観的な選択肢を経て行われるよう配慮されている。レセプトの大半は問題のないものであるから、客観的な基準によるコンピュータースクリーニングは詳細なチェック要不要も短時間に判定して審査効率を向上させている(レセプトオンライン化に関する韓国実態調査 p. 91)。審査評価院はこれまでに1000を超える審査基準を公表している。これら基準はいずれも膨大なデータの積み上げの結

果であり、審査評価院のデータウェアハウスがその効果を発揮している

- 2) http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/2006/060425_2.html

参考文献

- 野呂国央・赤間弘(2003)「韓国の企業改革について—政府主導から市場手動の改革への移行」日本銀行ワーキングペーパーシリーズ, 2003年3月。
特定非営利活動法人 日本医療情報ネットワーク協会医療IT化調査会(2006)「医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査報告書—レセプトオンライン化に関する韓国実態調査—」。
前田征男(1993)「レセプト処理の歴史」『医療とコンピューター』日本電子出版。
百瀬由美子, 渡辺みどり, 奥野茂代, 小野塚元子, Mymg-Ok Lee(2006)「韓国の高齢化に伴う介護問題の現状と課題」愛知県立大学紀要, Vol12

- (Kim, Sung-won 東京大学社会科学研究所助教)
(やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)