

Table 3: continued
Explanatory Variable: LogWage₁₉₉₀

Numbers in parentheses indicate columns in Table 2	Junior High								
	Age 25-39		Age 40-59						
	Men	Women	Men	Women	Without Wage	IV(8) residuals			
log(Wage1990)	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(2))	WLS (1) IV(4) residuals (Tab. 1 B. Col.(2))	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(5))	WLS (1) IV(4) residuals (Tab. 1 B. Col.(5))	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(6))	WLS (5) IV(8) residuals (Tab. 1 B. Col.(6))	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(10))	WLS (5) IV(8) residuals (Tab. 1 B. Col.(12))	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
	0.035**	0.005	0.005	0.166**	0.060**	0.034	-0.050**	-0.025**	-0.016*
	(0.013)	(0.008)	(0.008)	(0.020)	(0.020)	(0.021)	(0.007)	(0.007)	(0.007)

Numbers in parentheses indicate columns in Table 1	Senior High			
	Age 25-39		Age 40-59	
	Men	Women	Men	Women
log(Wage1990)	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(11))	WLS (1) IV(4) residuals (Tab. 1 B. Col.(11))	Without Wage (Tab. 1 B. Col.(12))	WLS (1) IV(4) residuals (Tab. 1 B. Col.(12))
	(13)	(14)	(15)	(16)
	0.080**	0.037**	0.030*	-0.035**
	(0.014)	(0.013)	(0.013)	(0.007)

Note: The sample sizes are 141 for columns (1)-(6), (13)-(15) and 188 for columns (7)-(12), (16)-(18).

All regressions include a constant.

All regressions use the weight explained in the text.

Robust standard errors in parentheses.

* significant at 5%, ** significant at 1%.

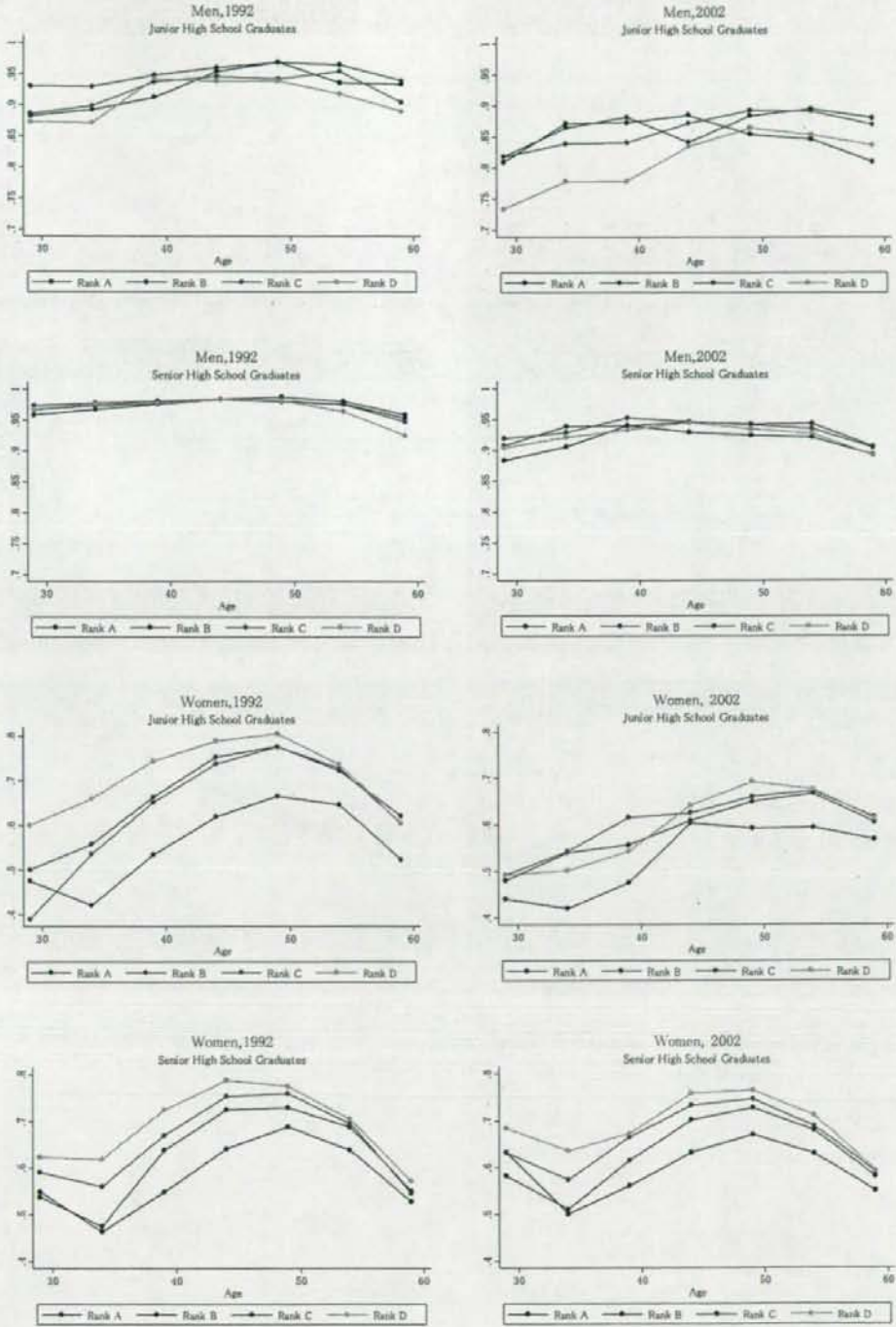
Source: Authors' calculation from Census (1990, 2000) and the BSWs (1990, 2000).

Table A1

Minimum wage rank classification in 1990

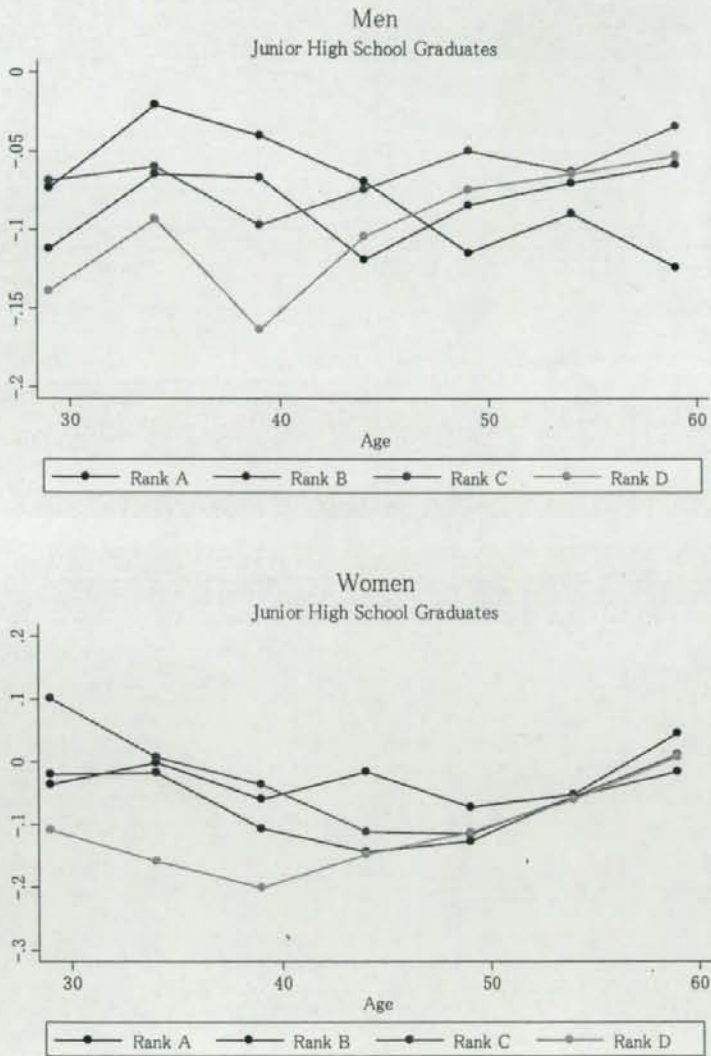
Rank A	Tokyo, Kanagawa, Osaka
Rank B	Saitama, Chiba, Gifu, Shizuoka, Aichi, Mie, Kyoto, Hyogo
Rank C	Hokkaido, Ibaraki, Tochigi, Gumma, Niigata, Toyama, Ishikawa, Fukui, Yamanashi, Nagano, Shiga, Nara, Wakayama, Okayama, Hiroshima, Yamaguchi, Fukuoka
Rank D	Aomori, Iwate, Akita, Yamagata, Miyagi, Fukushima, Tottori, Shimane, Tokushima, Kagawa, Ehime, Kochi, Saga, Nagasaki, Kumamoto, Oita, Miyazaki, Kagoshima, Okinawa

Figure B1: The Employment-population Ratios, by sex, education, and year



Source: Authors' calculation from ESS (1992-2002).

Figure B2: The Changes in The Employment-population Ratios, by sex and education
 The Changes in EPR= $EPR_{2002} - EPR_{1992}$



Source: Authors' calculation from ESS (1992, 2002).

日・韓医療保険と介護保険制度に対する比較分析

- 制度の誕生と発展過程による分析 -

金明中

1. はじめに

日本と韓国の医療保険制度は、社会保険方式という同じ母体から出発しているものの、両国の経済・政治・社会的な特徴等によって、異なる形態で発展してきた。特に、両国における人口構造の時代的なずれは制度改革の優先順位を変える原因になっており、韓国よりも人口の高齢化が速く進んだ日本では、高齢化社会を迎えた1970年以降多くの高齢者関連政策が実施された。すなわち、日本では1947年から1949年の間に団塊世代と呼ばれるベビーブーム世代が産まれたことに比べて、韓国では日本よりも8年遅れた1955年からベビーブーム世代が出現することになる。なぜ韓国におけるベビーブーム世代の出現は日本や他の国に比べて遅くなったのか。その最も大きな理由として1950年に勃発し1952年に休戦を迎えた朝鮮戦争が挙げられる。このような歴史的な事件によって、韓国は日本よりも30年ぐらい遅れた2000年に高齢化社会を迎えることになった。しかしながら、韓国における高齢化のスピードは世界でも類がないほど速く、2018年には本格的な高齢社会を迎えることが予想されており、高齢社会に向けて医療保険制度の改革が速やかに進んでいる。

また、政治的な要因も両国の医療制度に大きな影響を与えたと考えられる。日本は第二次大戦終戦以降自民党による一党独裁政治が続けられており、政権が頻繁に交代される他の国々と比較して、政治家と官僚、そして企業が密接な関係を保つ傾向にあり、癒着等の問題を引き起こす危険性が高いといえる。例えば、今回世間を騒がせた道路特定財源に関する問題もその良い事例であると言えるだろう。一方、韓国は現在まで数回にわたって政権交代が行われたものの、社会保険制度の形成期の大部分が軍事政権による統治期間であり、社会保障制度が政治的な目的に利用された可能性が高い。

従って、本稿では、日本と韓国における医療保険制度の歴史的・制度的な比較を通じて、同じ社会保険方式から出発した両国の医療保険制度が異なる政治・経済・文化・社会的な背景などによってどのように変化したのかを比較・分析する。また、2000年4月から実施した日本の介護保険制度を再考し、2008年7月から施行予定である韓国の老人長期療養保険制度と比較することによって、今後韓国が実施すべき政策方向を検討する。

本研究が、日本と韓国の医療保険制度や介護保険制度を比較する主な理由としては、①両国の医療保険制度が社会保険型を基本にしていること、②医療支出に占める国庫補助の割合が大きいこと、③全所得階層を対象に公的医療保障制度を適用していること、④日本の医療保障制度が韓国の初期医療保障制度に大きな影響を与えたこと、⑤高齢化の速度と少子化の進展など人口統計学的な側面で類似点が多いこと、⑥家族中心の介護が行われてきたこと、⑦韓国の老人長期療養保険制度(2008年7月施行予定)が日本の介護保険制度をとっても参考にしていることなどが挙げられる。次はこのうちより重要な点について整理した内容である。

1) 日本と韓国の制度を比較する理由

①日本の医療保険制度が韓国の初期医療保険制度に大きな影響を与えたこと
日本の医療保険制度が、韓国の初期医療保険制度に多くの影響を及ぼしたことは暗黙の了解とされる。もちろん、このような現状には歴史的な側面が大きく作用していることは否定できない¹。

日本の場合、アジアで最初に介護保険制度を導入した国である。ドイツの制度を多年間検討した上で日本の実情に合わせた日本の介護保険制度は、韓国の政策企画者が最も注目した制度であり、制度の多くを参考として韓国の老人療養保険制度が施行された。日本が6年以上の検討の末、高齢者医療支援政策として選択したのはドイツの介護保険制度である。日本がドイツの制度を参考にした主な理由はとして日本とドイツの医療保険制度の類似性が挙げられる。日本が1922年医療保険法を制定する時、その制度のもとになった

¹ General F. Anderson 『UNIVERSAL HEALTH CARE COVERAGE IN KOREA』 HEALTH AFFAIRS Summer 1989.

のがドイツの制度であるものの、日本とドイツの医療保険制度が全く同じわけではない。日本とドイツとの違いをいくつか挙げてみると、まず、ドイツの医療保険は国民皆保険ではないということである。ドイツの場合、90%の国民が国の運営する医療保険に加入しており、残りの10%の国民は民間保険に加入している。さらに、富裕層であるといえる国民の0.1%ほどの保険にも加入していない状況である。二番目の違いは被保険者による保険者の選択が可能なことである。日本の場合は、自治体直営の保険者が運営している強制的な保険加入方式である。一方、ドイツは、自治体が直接運営していないため、保険者の選択が可能なことが特徴である。三番目の違いとしてあげられるのが、国庫補助金の有無である。日本の場合、政府管掌健康保険と国民健康保険などに多額の政府補助金が支給されているものの、ドイツは徹底した社会保険方式の運営を基本にしている。

日本がドイツの医療保険制度をモデルにして医療保険制度を完成させたのと同様に、韓国も日本の医療保険制度をモデルにして制度を構築した。このような状況の中で、韓国が最も接近しやすい制度は日本の制度であり、日本の制度の改正を参考して韓国の制度に反映している。もちろん、他の先進国においても高齢者に対する医療制度及び介護制度は実施されている。しかしながら、フィンランド、スウェーデンなどの北欧福祉先進国で実施されている高負担・高福祉の福祉政策は、低負担・低福祉に慣れている韓国の現状とは離れており、実際に韓国に適用することことは難しい。

② 家族中心の介護体系

日本と韓国はエスピノーアンデルセンの福祉国家類型の中で保守主義的性格を持っているといえるだろう。すなわち、今まで介護における家族特に女性の役割が重要視されてきた。しかしながら雇用形態や産業構造の変化などによって女性の労働力市場参加が増加し、従前のように家族や女性が高齢者の介護を担当することは難しくなった。このような問題を解決する一環として2000年4月日本が導入したのが介護保険制度であり、韓国も2008年7月から日本の制度を参考して老人療養保健制度を施行した。

今までの韓国における高齢者福祉事業は、先に家族、その後に政府という

政策の下、極めて制限された高齢者福祉政策だけが展開されてきた。政府の社会福祉政策は救貧政策を中心として、高齢者の生活と介護は家族に任せて、身寄りの無い低所得層高齢者だけを対象として生計費を支援し医療保護を提供していた。すなわち、韓国政府は、高齢者福祉の主な責任を家族に転嫁したのである。

韓国社会の老父母扶養責任者に対する意見調査を参考すると、必ず長男が扶養すべきであると考えた高齢者が46%の割合を、必ず長男ではなくても息子の中で誰かが扶養すべきだとする意見が9.6%を占めている。反面、娘が扶養すべきであるという意見は0.7%に過ぎず、まだ、多数の人々が伝統的な(儒教的な)価値観によって長男または息子(主にその配偶者である嫁)が扶養すべきであると考えた割合が高い。実際、日常生活上の扶養を提供している人は、配偶者が37.8%、長男と嫁(ここでは長男の妻)の割合が32.8%、その他の息子とその妻の割合が21.2%、娘と婿が18.7%、孫と孫の配偶者が13.7%、友人や近所の人が8.6%の順であり、ほとんどの人が、配偶者をはじめとする家族の扶養を受けていることが分かる²。

日本の場合は1998年、介護保険制度実施以前に、東京都武蔵野市が実施した「武蔵野市保健福祉計画実態調査」によると95.8%の高齢者が世話をしている人が家族であると答えている。また、1997年総務庁が実施した「中高年齢の高齢者問題に関する意識調査」で「自分自身が寝たきりなどになった場合、介護は主として誰に頼むつもりか」という質問に60歳以上の回答者中80.9%が配偶者をはじめとする自分の家族に面倒をみてもらいたいと答えている。すなわち、介護保険制度を実施する以前における介護に対する責任は両国とも家族が中心になっており、このような類似点を持っている医療と介護保険制度を比較することはその国の政策展開過程と時代・文化的背景を理解するのに役にも立つだろう。

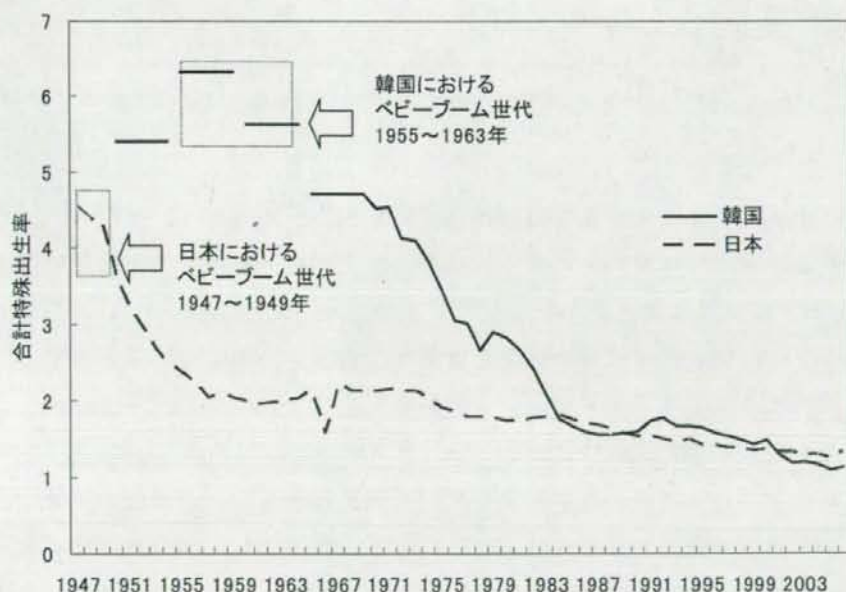
③人口統計学的類似性(少子高齢化の進展)

日本と韓国ともに少子高齢化が急速に進んでいる。日本は高齢化社会から高齢社会に突入するのに24年間という前代未聞の記録を残した。一方、韓国

² 韓国保健社会研究院『全国老人生活実態及び福祉欲求調査』(複数回答許容)。

ではこれを上回る早いスピードで少子高齢化が進んでいる。図1は日本と韓国における合計特殊出生率の動向を、図2は日韓の高齢化率の動向と将来推計を示している。韓国は日本よりベビーブーム世代が遅く出現したものの、出生率の低下パターンは日本と類似しており、さらに最近の出生率は日本を下回っている。この影響を受けて人口高齢化も急速に進んでいる。2000年に高齢化社会に突入した韓国が高齢社会に突入すると予想される時期は2018年でこれは日本より6年も早い。従って、急速な人口構造の変化に対応して社会政策を実施してきた日本の事例は韓国にとって大きな参考になることに違いない。

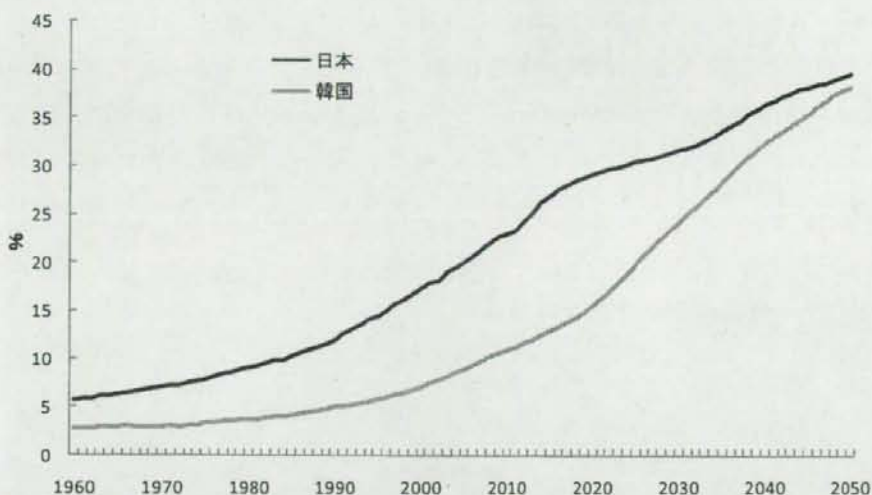
図1 日・韓の合計特殊出生率の動向



注)韓国における1955～1959年度、1960～1964年度、1965～1969年度はデータの制約により、UN(2006)の5年平均の数値を利用した。

資料) 金明中・張芝延「韓国における少子化の現状とその対策」『海外社会保障研究』No. 160

図 2 日・韓の高齢化率の動向と将来推計

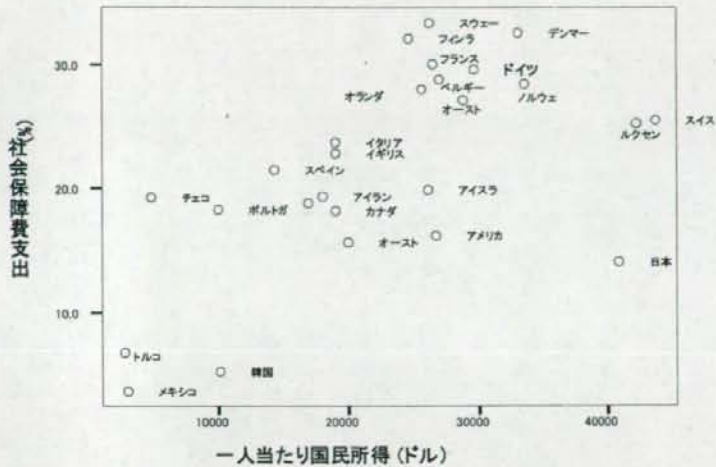


④低い社会保障費と医療費支出構造 (OECD 加盟国の中で)

日本と韓国における GDP に占める社会保障費支出と医療費支出の比率はほかの OECD 加盟国に比べるとかなり低い水準である。まず、(図 3) が示しているように、社会保障部分の支出をほかの加盟国と比較してみると日本と同じ所得水準のスイスとルクセンブルクが各々 GDP の 25.53% と 25.24% を、さらに、日本より GDP が低いノルウェー、デンマーク、ドイツが 30% 近くを支出していることに比べ、日本の場合は 14.06% に過ぎない。韓国の場合も、同じ GDP 水準であるポルトガルが 18.26% を、韓国より GDP 水準が低いチェコが 19.23% を支出していることに比べて 5.32% という OECD 最低水準を支出している。

図 3 OECD 加盟国の一人あたり国民所得と社会保障費支出

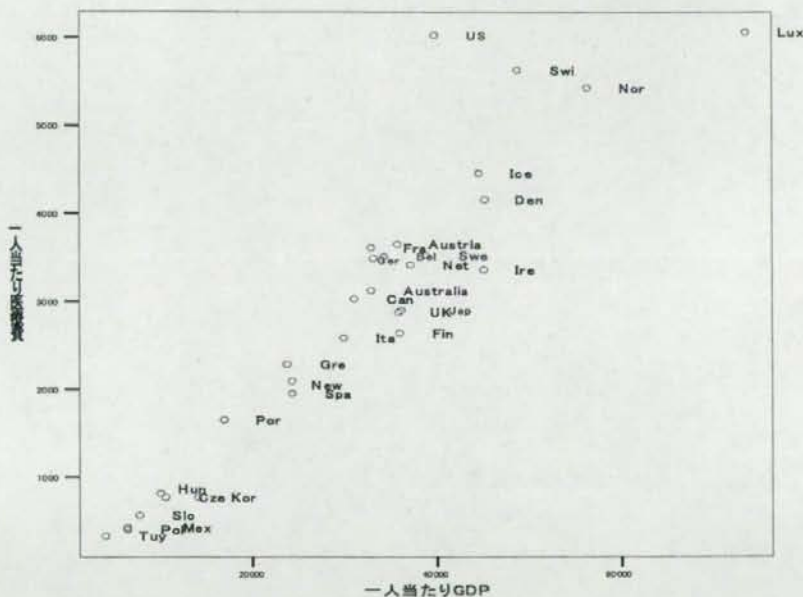
OECD 主要国の一人あたり国民所得と社会保障費支出



資料) OECD *National account* 1999

日本の医療費支出は日本とほぼ同じ所得水準であるフランスやオランダに比べて低い。また韓国も同じ所得水準であるポルトガルに比べて医療費支出が低い。このように日本と韓国の社会保障費と医療費支出が低いことは両国ともに戦後、国家復興を目標に経済発展中心の政策を推進してきたことが大きな原因であると考えられる。

図 4 OECD 加盟国の一人あたり国民所得と医療費支出



資料) OECD Health Data2007より作成

2) 先行研究

日本と韓国の医療保険制度を比較した研究はそれほど多くない。金(2002)は韓国の従来の医療保険制度を考察しつつ、日本の医療保険制度との制度的な比較を通じて韓国医療保険制度の実態を把握した。すなわち、日本と韓国の医療保険制度の比較と医療費上昇の要因分析、そして日本の介護保険制度研究を通じた韓国への介護保険制度の導入可能性などを検討した。

韓国における日本の介護保険制度を研究した論文としては朴光駿(1999)が挙げられる。この研究は日本の人口高齢化の特徴と日本の高齢者介護政策の展開過程を紹介している。そして、今後、日本の介護保険制度の課題として、介護サービスの基盤整備とケア管理の合理化のために、人材を育成すること

を強く主張している。また、要介護の認定過程における公正性と公平性の問題、そして、介護保険制度適用範囲の問題などを指摘している。

また、オンキオク(1999)は日本山間地域の高齢化の実態と特徴を説明しながら、戦後日本の高齢者福祉政策の展開過程と地域活性化案を中心に論じた。特に、大分県の高齢者福祉保健政策計画の推進と地域活性化案などを紹介している。この論文では大分県が豊かな故郷を作るために自発的に新ゴールドプランの目標値を設定して、高齢者保健施設と特別療養老人ホームなどの増設に全力を尽くしていることを紹介している。崔鍾赫(1999)は『日本の公的介護保険を巡った課題』で日本における介護保険の意義と特徴、介護変制度の目的、今後の課題などを論じている。

2. 医療保険制度の発展過程比較

本章では日韓における医療保険制度の発展過程を比較分析した。分析は「医療保険制度の導入から国民皆保険の実施以前まで」の期間と「国民皆保険の実施以降」の期間に区分している。

1) 制度の導入から国民皆保険まで

日本の医療保険制度の嚆矢としては1898年に内務省が起草し、内務省の諮問機関である中央衛生会が提出した「疾病保険法」が挙げられる。この提案では一定規模(従業員が最低100人以上)の事業所では企業ごとに疾病保険を経営することと労働者が掛金を納付し、事業主が掛金の一部を補給するなどの社会保険方式に基づいた医療保険の導入を主張したものの、当時全ての工場に衛生施設が不備であり、疾病保険法を導入することは時期尚早だという理由で否認された。しかしながら、明治維新後に当時の新政府が掲げた殖産興業政策のもとに、官営や民間の鉱山や紡績及び製糸工場などで働く労働者が増えるとともに労災が増加し、これに対する対策が要求された。従って、労働者に対する業務上の災害による傷病や死亡などに対する相互扶助組織として生まれたのが企業内に設置した共済組合や救済基金で、その代表的なものとして1905年にできた鐘紡共済組合と八幡製鉄所の八幡共済組合が挙げられる。野党の憲政会は1920年に議会で疾病保険法案を提出したものの、会

期中に議決されることはできなかった。1922年農商務省に設置された工務局労働課は健康保険の保険者、強制被保険者と任意被保険者、保険給付、国庫補助などを内容とする健康保険法案を諮問機関である労働保険調査会に提出し、一部の内容が修正されてから同年健康保険法として制定された。

1922年に制定された健康保険法は工場法の適用基準に基づいて10人以上の規模の工場で働いている労働者をその適用対象にし、1927年に施行した。1934年には5人以上の労働者が勤務している工場までその適用範囲を拡大し、1938年には自営業者、農業者を対象とする国民健康保険制度が創設された。その後、1958年に国民健康保険法を改正することによって1961年から国民皆保険を実施することになる³。この年には国民皆年金も施行されており、医療保障や所得保障両方が国民すべてに提供されることになる。

一方、韓国において医療保険制度に関する論議は1959年当時、保険社会部議定局で主催した「健康保険制度導入のための研究会」から本格的に論議されはじめ、1961年5月の軍事政権以降その転換期を迎えることになった。すなわち、朴正熙⁴を中心とする軍事政権は反対勢力の弾圧とマスコミの統制というムチの政策と政権の正当性の維持と国民の歓心を買うためのアメの政策として経済政策と社会保障制度の実施を考慮したと考えられる。しかしながら1961年の一人当たりGNPが82ドルであり、アジアの最貧国の一つであった韓国の経済を復興させようとする軍事政権の意思は強く、社会保障よりも経済発展を中心とする政策が優先された。それでも国民に最低限の社会保障を提供する目的で1963年12月に日本の健康保険法に相当する医療保険法が制定された。しかし、当時の国民の所得水準と国の経済的な状況を勘案すると強制的に保険料を徴収する社会保険料方式の医療保険制度の導入は時期尚早という意見が多く、任意加入方式の制度を実施することになった。その結果、情報の非対称性による逆選択の問題が発生し、普段から病気がちで体の弱い人のみが医療保険に加入することになり医療保険財政を悪化させることになった⁵。逆選択の問題を解決するために政府は公務員や軍人、そして労働者

³ 日本の医療保険制度の歴史は、吉原健二・和田 勝の『日本の医療保険制度史』14頁と34頁を参照した。

⁴ 韓国の第5～9代大統領（在任：1963～1979年）

⁵ 李ギョシク（1999）

に対しては強制加入を義務付けるように法律を改正したものの、財政確保の問題等によってその施行は無期限保留された。このような紆余曲折を経た後、保険料の負担能力、管理運営能力などを勘案し1977年から500人以上の事業所を対象として強制加入を基本とする医療保険制度を実施することになった。その後、その適用範囲を少しずつ拡大し1979年には300人以上の事業所まで、1981年には100人以上の事業所まで、そして1988年には5人以上の事業所まで拡大・実施した。自営業者をはじめとする地域に対する医療保険制度は1988年に郡地域の住民を、そして1989年には都市地域の住民をその対象者として適用することによって制度を導入してから満12年目で国民皆保険が実現された。

先述した通り、韓国では日本よりも丁度50年遅れた1977年から医療保険制度が施行され、医療保険法の制定から施行までの期間もより長い年月がかかった。すなわち、日本が医療保険法の制定からわずか5年という短い期間で医療保険制度を施行したことに比べて、韓国は14年という相対的に長い期間がかかったのである。日本政府が医療保険制度を早く導入した背景に対して、池上(1996)⁶は「当時中国との戦争が拡大するなかで、健康な軍隊を戦場に派遣するためには国民の体力を急増すべきであるという陸軍からの要請があった」のが医療保険導入の実質的な目的であると主張している⁷。制度の実施から国民皆保険の導入までかかった期間は韓国の方が日本より短く、日本が医療保険制度の実施から34年後の1961年に国民皆保険を実施したことに比べて、韓国は医療保険制度の実施から12年後の1989年に同制度を適用した(表3)。

このように韓国でより短い期間に国民皆保険が実現できた理由は①1986年上半期に史上初めて貿易黒字を記録した韓国政府が経済成長に自信を持ち1988年に公的年金制度を実施するなど社会保障制度を拡大・実施したこと⁸、

⁶ 池上直己(1996)『日本の医療』中公新書から引用。

⁷ 1883年ドイツのビスマルクによって世界で最初に導入された医療保険制度は、既存の相互共済金庫(Mutual Assistance Funds)が発展されたものであり、19世紀に造られた好戦的な労働組合の疾病金庫(Sickness Funds)は強制加入を基本とし、雇用者と被雇用者に保険料を分担させる保険料方式を採択していた。日本が医療保険制度を導入する以前に企業内の共済組合や救済基金に依存していたことと類似な形態である。

⁸ 1986年9月1日韓国政府は「国民福祉増進対策」を発表し、1988年1月国民年金制度を実施するとともに同年1月から国庫補助を通じて農漁村地域住民に対して地域医

表 1 日本：国民皆保険実施以前の主な変化

年度	内容
1922	健康保険法の制定(強制被保険者:常時10人以上の規模の工場労働者)
1934	強制適用対象者の拡大:常時5人以上の規模の工場労働者
1938	国民健康保険法の制定
1939	船員保険法の制定、職員健康保険法の制定
1943	点数単価表の告示
1947	労働者災害補償保険法制定(健保法改正:業務上傷病に対する給付の廃止) 収入による適用除外廃止:年収1,200円以上の者
1951	医薬分業法が成立
1953	日雇労働者健康保険法制定、私立学校教職員共済保険法制定
1954	政管健保に国庫負担を導入、薬事法等の一部を改正する法律(いわゆる医薬分業法)が制定 医薬分業法の施行を延期する法律が成立
1956	公共企業体職員等共済組合法制定、医薬分業法施行
1957	健康保険法改正が成立 政府健保に30億円の定額国庫補助 標準報酬等級月3,000円～52,000円に
1958	新国民健康保険法、被保険者5割給付
1961	国民皆保険実施 3歳児検診

資料) 医療保険制度研究会 『目で見える医療保険白書—医療保障の現状と課題 (平成17年版)』ぎょうせい、吉原 健二・和田 勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済より作成

表 2 韓国：国民皆保険実施以前の主な変化

年度	内容
1963	医療保険法制定
1964	医療保険法施行令制定
1965	職場医療保険法の任意適用
1970	第1次改正:労働者、公務員、軍人などの組織労働者に対して医療保険加入を強制的に適用するように医療保険法を改正、財政上の問題などによって実施は保留
1977	全国医療保険協議会設立、「公務員私立学校教職員医療保険法」制定 常時500人以上の大手企業から職場医療保険サービス開始
1979	公・教医療保険給付開始、労働者300人以上の事業所に強制適用 第3次改正:保険料未納者に延滞金を聴取するように法律を改正
1980	603ヶ所の職場医療保険組合のうち450ヶ所を統廃合
1981	職場医療保険の適用範囲を100人以上の事業所に拡大 地域医療保険実施のための1次モデル事業を実施
1982	労働者5人以上の事業所に任意適用
1984	医薬分業モデル事業実施
1987	定期国会で医療保険統合決議 職場医療保険の適用範囲を100人以上の事業所に拡大 漢方医療に医療保険を拡大適用
1988	農漁村医療保険実施 5人以上の事業所に医療保険強制適用
1989	都市地域医療保険実施によって国民皆医療保険時代の開幕

資料) ムンゼウ 他(2000)『国民医療保険論』癸丑文化社、文玉倫(2000)『医療保障論』新光出版社により作成

療保険を拡大・実施した。さらに1989年7月からは都市地域住民も医療保険の対象として適用されることになった。

②1988年にソウルオリンピックを開催することになった韓国政府が対外的に国家の威信を高めるための戦略として活用したこと、③政治的な目標達成のための手段として利用されたこと（当時与党であった民主正義党が1987年12月の大統領選挙を迎えて地域住民の票を集めるために地域住民に対する社会保障政策を拡大・実施したこと）、④医療保険組合の統合論が国民皆保険の早期実施に寄与したことなどが挙げられる。

表3 日本と韓国の医療保険制度比較 - 制度

区分	日本	韓国
医療保険類型	社会保険方式 (NHI)	社会保険方式 (NHI)
制度の背景	ドイツ	日本、ドイツ、アメリカ
医療保険法の制定	1922年	1963年
医療保険制度の実施年度	1927年	1977年
法制定から実施までの期間	5年	14年
国民皆保険制度の実施年度	1961年	1989年
国民皆保険制度までの期間	34年	12年
加入対象	すべての国民（強制加入）	すべての国民（強制加入）
医療保険組合の種類	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 職場 政府管掌：1 組合管掌：1,541^{注1)} 国共済：21組合^{注2)}の連合会 地方共済：54 私学：1事業団 ✓ 地域 国民健康保険：市町村1,835、 国保組合166 退職者：市町村1,835 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1998年10月1日公務員及び私立学校教職員医療保険管理公団と227カ所の地域組合を統合して「国民医療保険管理公団」を設置 ✓ 2000年7月1日「国民医療保険管理公団」と139カ所の職場組合を統合し「国民健康保険公団」に名称を変更 ✓ 2003年7月から保険財政を統合
給付種類	現物給付 ^{注3)} ＋現金給付	現物給付＋現金給付
国や公的医療機関の割合	病床数基準：26.7% (2006) 施設数基準：5.7% (2006)	施設数基準：8.5% (2006)
管理	社会保険庁、 市町村、各種共済組合	国民健康保険公団

注1) 平成19年3月末基準。

2) 衆議院共済組合、参議院共済組合、内閣共済組合、総務省共済組合、法務省共済組合、外務省共済組合、財務省共済組合、文部科学省共済組合、厚生労働省共済組合、農林水産省共済組合、経済産業省共済組合、国土交通省共済組合、裁判所共済組合、会計検査院共済組合、防衛省共済組合、刑務共済組合、厚生労働省第二共済組合、社会保険職員共済組合、林野庁共済組合、日本郵政共済組合、国家公務員共済組合連合会職員共済組合

<http://www.kkr.or.jp/soumu/enkaku.htm>

3) 現金給付：出産手当金、傷病手当金、葬儀費など。

資料)韓国：保健福祉部(2007)『保健福祉白書2006』、日本：厚生労働省(2005)『平成17年版厚生労働白書』、厚生労働省大臣官房統計情報部(2008)『平成18年医療施設調査病院報告(全国版)』、厚生統計協会(2007)『保険と年金の動向』2007年第54巻第14号、OECD Health Data 2007より作成

表4は日本と韓国における医療保険制度の財源を比較したものである。まず、被用者の平均保険料率は日本が7.317%（組合管掌健康保険、2007年）と8.2%（政府管掌健康保険）で韓国の5.08%より少し高く設定されている。被用者健康保険の保険料負担割合は韓国が労使折半を基準にしていることに比べて、日本は企業ごとに多少差があり、平均的に事業主が55%、被雇用者が45%を負担している。保険料算定の基準になる標準報酬月額等の等級は日本が47等級であることに比べて、韓国は100等級で所得の上限金額と下限金額が日本より幅広く設定されている。医療サービスを利用する時の患者負担率は日本が70歳未満は3割、70歳以上75歳未満は2割（制度上では2割としているものを、経過措置として平成20年4月～平成21年3月末までは1割としている。）、75歳以上は1割（70歳以上の高齢者のうち、現役並みの所得者は3割負担）、未就学児は医療費無料という年齢によって差別化された政策を実施していることに比べて、韓国は入院が2割、外来は3～5割に設定している。更に、韓国では混合診療を認めており、医療サービスを利用する時の個人負担は日本よりも大きい。

表5は日本と韓国における出生率と高齢化率などの人口統計学的なデータと国民医療費に関連するデータを比較している。また、両国の数値がOECD加盟国と比べてどのぐらいの位置にあるのかを比較するために右側にOECD加盟国の平均を表示した。まず合計特殊出生率は日本より韓国が低いものの、両国ともにOECD加盟国の平均を大きく下回っている。しかしながら、両国ともに最近2年間の出生率は上昇している。日本の出生率が2007年に上昇した理由は、少子化対策に対する効果というよりも出産期の女性人口の減少による影響がより強い。実際には、2007年の出産期の女性人口は2698万3000人で、前年よりも18万人が減少しており、更に出生数も2006年を下回っている。一方、韓国における出生率上昇は日本とは多少異なる。金(2007)は「現在まで旧暦を使っている韓国において2006年は「双春年」に該当する年であり、この年に結婚する女性は一生幸せになるという俗説が広がり、婚姻件数が増加したという主張である。更に、2007年は「黄金の亥の年」と言われており、その影響で出生率が上昇すると見通されている。」と説明している。

平均寿命は、世界の最長寿国である日本が韓国より男女とも7歳ぐらい高

表 4 日本と韓国の医療保険制度比較 - 財源

区分	日本	韓国
保険料率	<p>①職場 組合管掌健康保険平均保険料率 7.317% (2007年)</p> <p>政府管掌健康保険 8.2%</p> <p>②地域 得割・資産割・均等割・平等割の4つの中から、各市区町村が法令で規定されている組み合わせを決定し、一世帯当たりの年間保険料(税)を算出、住んでいる市区町村によって保険料に差が発生</p>	<p>①職場：保険料率 5.08% 保険料算定 = 報酬月額 × 2.54% (残りの 2.54% は会社が負担)</p> <p>報酬月額 = 年間総報酬額 / 12 (勤務月数)</p> <p>②地域：保険料賦課点数当たり金額 148.9 ウォン 保険料算定：保険料賦課点数当 × 148.9 円 (下限：20点、上限：11,000点) 世帯員の年間所得 → 500 万ウォン未満：所得、財産、性、年齢を考慮し、保険料を算定 世帯員の年間所得 500 万ウォン以上：所得のみで算定</p>
保険料の労使分担	2004年 7.415% 基準：事業主と被保険者の負担割合はそれぞれ 4.108% と 3.307% (55:45)	労使折半
標準報酬等級	1 等級 (月 63 千円未満) ~ 47 等級 (117 万 5 千円以上)	<p>①職場：100 等級 → 1 等級 (月 30 万ウォン未満) ~ 100 等級 (4 千 980 万ウォン以上)</p> <p>②地域：100 等級 (所得、財産、生活水準によって算定された点数を等級基準に適用して決定)</p>
財源	保険料 + 国庫負担 + 患者自己負担	保険料 + 国庫負担 + 患者自己負担
患者負担率	<p>✓ 70 歳未満：3 割</p> <p>✓ 70 歳以上 75 歳未満：2 割 (制度上では 2 割としているものを、経過措置として平成 20 年 4 月 ~ 平成 21 年 3 月末までは 1 割としている。)</p> <p>✓ 75 歳以上：1 割 (70 歳以上の高齢者のうち現役並みの所得者 (世帯年収 520 万以上、単身で 383 万以上) は 3 割負担)</p>	入院 20%、外來 30~50% (医院 30%、総合病院 50%)：詳細は表 12 を参照
児童	未就学児まで医療費無料 (地域ごとに基準が異なるものの、免除対象を継続して拡大適用中)	6 歳未満：成人自己負担率の 7 割に該当する金額を負担

資料)韓国：保健福祉部(2007)『保健福祉白書 2006』、日本：厚生統計協会(2007)『保険と年金の動向』2007 年第 54 巻第 14 号、厚生労働省大臣官房統計情報部(2008)『平成 17 年度国民医療費』、OECD Health Data 2007 より作成

表 5 日本と韓国の人口及び医療関連統計の比較(参考資料: OECD 平均)

区分	日本	韓国	OECD 平均
合計特殊出生率	1.32(2006)→1.33(2007)	1.13(2006)→1.26(2007)	1.63(2005)
高齢化率	20.8%	9.5%(2006)	14.4%(2005)
平均寿命(2005)	男:78.5歳、女:85.5歳	男:75.1歳、女:81.9歳	男:75.7歳、女:81.4歳
平均健康寿命(2002)	男:72歳、女:78歳	男:65歳、女:71歳	男:68.2歳、女:72.4歳
病床数(2005) (人口千人当たり)	14.1	7.9	5.6
医師数(2004) (人口千人当たり)	2.0	1.6	3.0
医大卒業者(2005) (人口十万人当たり)	5.8人	9.0人	9.9人(17カ国)
看護大卒業者(2005) (人口十万人当たり)	36人	28.9人	35.4人(17カ国)
平均入院日数	35.7日(2005)	13.5日(2003)	10.1日(2003、24カ国) 9.6日(2005、19カ国)
国民医療費に占める 公的医療費の割合(2004)	81.7%	52.6%	72.7%
国民医療費 (対GDP比)	8.0%(2004)	6.0%(2005)	8.9%(2004、30カ国) 9.0%(2005、25カ国)
年間一人当たり医療費 (US\$, PPP)	2,358ドル(2004)	1,318ドル(2005)	2,640ドル(2004、30カ国) 2,700ドル(2005、25カ国)

注1) 健康寿命: WHO *World Health Statistics 2008*

2) OECD 平均の ()内は該当年度におけるデータが利用可能な国の数

資料)WHO *World Health Statistics 2008*

OECD *Health data 2007*

い。韓国の平均寿命は OECD 加盟国の平均にほぼ近接しているものの、平均寿命と平均健康寿命との格差が大きいという特徴を持っている。このように両者の間に格差が大きい理由としては韓国の高齢者に対する医療や介護に対する制度的な整備がまだ十分行われていないこと、交通事故死亡率が他の OECD 諸国に比べて相対的に高いこと、成人病の有病率が高いことなどが考えられる。

人口千人当たり医師数は日本が 2.0 人で韓国の 1.6 人を上回っているものの、人口 10 万人当たり医大卒業者数は日本よりも韓国が多い。これは 1980 年代以降医学部を新設する大学や医科大学が増加したことが要因で、韓国における人口 10 万人当たりの医大卒業者数は 1999 年の 7.7 人から 2005 年には 9.0 人まで増加した。

平均入院日数や年間一人当たり医療費は、日本が韓国を大きく上回っている。更に、韓国の場合、国民医療費に占める公的医療費の割合が低く、医療費に対する国民の私的負担が大きい。