

高齢化社会と地域福祉(14)

——韓国ソーシャルワーカーが見た日本の農村地域福祉——

高崎 義幸・裴 忠真・日隈 健壬

(受付 2008年5月12日)

目 次

- I. 序 論
 - 1. 調査研究の背景と目的
 - 2. 調査概要および調査地域の概要
- II. 日韓の農村地域福祉
 - 1. 日韓の地域福祉政策
- III. 韓国の農村地域福祉と日本への政策対応
 - 1. 韓国農村地域福祉実践の必要性
 - 2. 北広島町の地域包括医療システムからの示唆点
 - 3. 芸北ホリスティックセンターの経験から
 - 4. 制度的側面から
 - 5. 社会的・教育的側面から
- IV. 要約及び結論
 - 1. 調査から得られた日本の農村地域福祉の現況
 - 2. 韓国の農村地域福祉活性化対応案
 - 3. 今後の課題

資 料

I. 序 論

1. 調査研究の背景と目的

戦後、日本と韓国は共に経済成長優先政策によって、目覚ましい経済発展を遂げたが、それによる急激な産業構造の変化は価値観の多様化、核家族化、女性の有職業化、低出産化など、社会の構造とその機能を大きく変化させた。そのような中、本調査研究は高齢者人口比率の増加、また国や地方自治体の財政に占める老人医療費の上昇と家族による介護の限界を現実のものとしている農村部を調査地を選んだ。農村地域に限っていえば日本では「超高齢社会」、韓国でも「高齢社会」に突入して久しい。

このように日本と韓国は時差を置きながらも類似した社会現象とそれに対する政策が行われているといえる。そこでこのたび我われは、両国の農村地域福祉の問題課題を明確にしながら、両国の政策にとって有益な示唆点を発見すること、社会福祉実践における国際貢献につながることを目標とした。

介護保険施行から8年が経過し、「平成の大合併」から約3年が経過した日本の農村地域における地域福祉の現況と問題課題を探りながら、老人長期療養保険施行を間近に控え、行政区域の再編も議論されている韓国の農村地域福祉活性化対応案を模索する。

2. 調査概要および調査地域の概要

(1) 調査概要

2007年8月4日から8月11日にかけて広島県山県郡北広島町において、日韓の農村地域における地域福祉活性化のための共同調査研究を実施した。本共同調査研究は、広島修道大学社会学日隈健二研究室内に「日韓農村地域福祉研究会」を設立、事務局とし、NPO 法人日韓（韓日）農業・農村文化研究所の全面的な協力を得て行った。韓国側からは、韓国全羅南道海南郡から海南郡庁社会福祉専担公務員4名、民間社会福祉施設関係者4名が参加し、芸北ホリスティックセンターを中心とする地域包括医療システムに関する調査を行った。そのほか、高齢者生活福祉センター仙水園・特別養護老人ホームやまゆり・グループホーム松籟荘・小規模通所授産所さあくる・北広島町役場芸北支所・豊平町立病院・そのほか地域のコミュニティ施設等において視察・聞き取り調査を行った。また、日本での調査研究報告会（2007年11月2日）は裏 忠真氏を講師に広島修道大学総合研究所（現広島修道大学学术交流センター）と広島市安佐南区伴社会福祉協議会によって行われた。

(2) 調査地域の概要

① 広島県山県郡北広島町の一般概況

○地理的特性：広島県の西北地域に位置し、面積は645.86km²である。

○人口動態：人口は20,857人（2005年）で10年前（1995年：22,458人）と比べ7.13%（1,601人）減少。世帯数は7,894（2005年）で10年前（1995年：7,723世帯）と比べ171世帯増加。

○人口比率：0～14歳2,654人（12.7%）、15～64歳11,287人（54.1%）、65歳以上6,916人（33.2%）[2005年]

○産業構造：第1次産業21.9% 第2次産業27.7% 第3次産業50.4%

○町財政：歳入16,088百万円 歳出15,795百万円 自主財源比率25.0%（県49.5） 義務的経費比率45.8%（県48.3%） 財政力指数0.334（県0.692）[2005年]

- 教育施設：小学校17 中学校5 高等学校3
- 医療施設：病院5，診療所19，歯科10
- その他事項：2005年2月1日に芸北町，大朝町，千代田町，豊平町の4町が対等合併し北広島町となった。

② 調査訪問機関の概要

施設名	施設区分	設立年度	施設の概要
芸北ホリスティックセンター	地域包括医療施設	1994年	全人的ケアを目指し，医療・保健・福祉（雄鹿原診療所・歯科診療所・高齢者保健福祉支援センター・デイサービス）が一体となった地域包括医療施設。
仙水園	高齢者生活福祉センター	1992年	デイサービスセンターと自炊生活型施設の機能を持つ。夜間は専門スタッフが常駐。施設全体が個人の私生活を尊重する構造になっている。
やまゆり	特別養護老人ホーム	2000年	定員40名。身体上または精神上著しい障害があるため常時の介護を必要とする者，居宅において適切な介護を受けることが困難な者のための施設。入居者が家庭で自然に感じる環境を最大限に反映させた設計で心理的安定を図っている。
松籟荘	グループホーム	1999年	芸北町社会福祉協議会が先駆的に老人福祉施設として開設したグループホーム。近隣に町役場，農協，郵便局があり，所有する畑で野菜づくりを行ったり，隣接する加計高校芸北分校のボランティアを受入れるなど，地域との連携や自然環境等にも恵まれている。
さあくる	小規模通所授産所	2003年	障害者向けリハビリ作業所。国家補助事業機関で，作業所で作られた物品に対する販売代金は人件費として執行。現在13名の知的，身体的，精神的障害者が出退勤しながら国産小麦を使った無添加のパンやクッキー，アイスクリーム，また手芸品や小物，石けん作りや自動車部品のゴムの内職作業も行っている。

Ⅱ．日韓の農村地域福祉

1. 日韓の地域福祉政策

日韓の地域福祉政策の共通的特長をみると，①近代国家形成以前は慈善・救済・相互扶助的な福祉であったこと。②第二次大戦後，占領軍（米軍政）によって社会保障制度の基礎が作られたが，当時は戦後の混乱による公的扶助制度の整備に重点が置かれていたこと。③貧困対策，国民所得向上政策として福祉よりも経済成長優先政策が採られ福祉国家形成が欧米に比べて遅れたこと。④急激な工業化，都市化による産業構造の変化，女性の就業率の上昇，核家族化・単身世帯の増加，社会保障の普及などによって扶養意識が変化したこと。⑤家族の機能の縮小によって家族による介護負担が限界となり，介護が社会化されなければならなくなったこと。⑥こうした流れの中で日本では介護保険法が施行され，韓国は老人長

期療養保険（2008.7）が施行されようとしていることなどに見ることができる。

以下、日韓の地域福祉政策の展開を振り返りながら、その差異を明確にする。

（1）日本の地域福祉政策小史

日本は戦後の経済成長優先政策によって著しい経済成長を遂げる一方で、かつての家族、地域・コミュニティの機能を崩壊させることにもつながり、その反動として1960年代後半から各種のコミュニティ政策が打ち出されるようになった。またこの時期の法整備としては、精神薄弱者福祉法（1960年、のち98年に知的障害者福祉法）、老人福祉法（1963年）、母子福祉法（1964年、のち81年母子及び寡婦福祉法）が制定され、戦後まもなく制定された「福祉三法」と合わせて「福祉六法」体制となった。また、1961年には国民健康保険と国民皆年金の全国普及が達成され、1961年はまさに、日本「福祉国家」の誕生の年であった、ともいわれた。

持続的な経済成長によって国家の財政収入が見込まれていたこの時期、「福祉元年」とも呼ばれた1973年には、社会保障給付水準の大幅な引き上げ、老人医療費の無料化などが実施された。しかし、同年10月の石油危機によって、高度経済成長は終焉を迎え、福祉国家建設構想は「日本型社会福祉」の構築に転換された。以降「福祉の見直し」政策として、老人医療費の無料化の廃止、健康保険法の改訂、基礎年金制度の導入などが図られた。

1980年代後半からは社会福祉改革が進められ、1989年には「高齢者保健福祉10カ年計画（ゴールドプラン）」が策定され、これ以降、「エンゼルプラン」、「障害者プラン」等も策定された。また「福祉八法」の改正によってそれぞれの市町村に老人保健福祉計画の策定が義務付けられた。日本の地域福祉政策はこれらの法整備等によって具体化されたといえる。

その後、ゴールドプランが改正された「新ゴールドプラン（1995年）」、「新エンゼルプラン」が策定され、市町村の役割と責任の増大、在宅福祉の充実、福祉・保健・医療の統合などが推進された。そして、1997年には市町村を保険者とする介護保険法が制定（2000年施行）され、それまで行政の「措置」としての高齢者福祉サービス提供が社会保険方式に変わり、また家族の手によって担われてきた介護が社会化され、社会全体で支える仕組みとなった。さらに介護保険施行年次には社会事業法が社会福祉法に改正され、地域福祉の推進（同法4条）が図られるとともに、市町村に対する地域福祉計画（同法107条）の策定および都道府県に対する地域福祉支援計画（同法108条）の策定が義務付けられた。

（2）韓国の社会福祉政策小史

韓国では、第二次大戦後地方自治法が制定されたが、1961年5.16軍事クーデターで政権を握った朴正熙政権によって地方議会が解散させられ、地方自治が停止した。朴正熙政権時に

は軍事独裁的な中央集権体制が敷かれ経済成長優先政策が推し進められた結果、「漢江の奇跡」とまで呼ばれた目覚ましい経済発展を遂げたが、社会的には急激な産業化と都市化によって、地域格差と対立、その他さまざまな形態の社会問題が発生した。

朴正熙政権は、執権初期に韓国初の公共扶助の根拠法として生活保護法（1961）を制定したが、年齢、労働能力基準、扶養義務者基準、財産基準を充たさなければならず、国家の責任を最小化し家族の責任を最大化した制度であった。そのほか、軍人年金法（1963）、産業災害補償保険法（1963年）、医療保険法（1963年）、援護法（1961年）、社会保障に関する法（1963年）、児童福祉法（1961年）、災害救護法（1962年）など多くの社会福祉関連法を制定したが、これらは軍事政権における正当性の確保のための側面が強かったと言われている。

1980年に執権した全斗煥政権期には医療保険制度の適応範囲が拡大された。1981年には老人福祉法が制定され、1984年に改定された。そのほか、児童福祉法の制定（1981年）、障害者福祉法の制定（1981年）、1983年には社会福祉サービスの各分野の伝達体系を合理化、体系化するために社会福祉事業法が改定された。

1987年までの社会福祉は、政権維持や経済政策優先にその名分を借りたものであったが、1988年からの盧泰愚政権では、「民主化宣言（1987.6.29）」に加え社会福祉発展の土台をつくった。主なものを列挙すると、①1988年全国民を対象とする医療保険制度が実施された。医療保険制度が農漁民にも拡大実施され、1989年、都市自営業者にも実施された。②1988年国民年金制度が執行された。③生活保護および社会福祉サービス伝達体系の確立のため、社会福祉専門要員を配置した。④民間福祉作業の一環としての社会福祉館事業の拡充が図られた。盧泰愚政権においては、施設収容保護中心の社会福祉事業から在宅福祉中心の方向転換と社会福祉館事業の拡大のため社会福祉館内に在宅福祉奉仕センターを設置するなど、地域福祉の強化が図られた。

韓国は1997年11月3日、国際金融通貨基金（IMF）に救済金融を申請することによって経済はIMF管理下に置かれた。経済危機は様々な社会問題を発生させた。中でも最も深刻だった問題は中小企業の倒産と大企業の大規模なリストラによる失業問題であった。また中産層の所得が落ち、貧富の差が拡大した。このような経済危機は経済だけでなく様々な社会問題を発生させた。金大中政権では、これらの問題を解決するための新しい社会福祉プログラムの創造と既存の社会福祉制度の拡充が図られた。それまでの生活保護に変わって国民基礎生活保障が導入されたが、実質的な福祉水準は不十分な状況にあった。

2003年に誕生した盧武鉉政権では、5ヵ年ごとに策定される社会保障長期発展計画「参与福祉5ヵ年計画（2004～2008）」が発表され、地方分権と住民参与に重点を置いた福祉施策が施行されたが、2008年3月、経済成長に重点を置く李明博政権に政権交代し、新たな局面を迎えている。

1) 韓国における福祉サービスの伝達体系

韓国の公的福祉サービス伝達体系は、日本の厚生労働省に該当する保健福祉部を頂点とし、広域自治団体の市・道、基礎自治団体の市・郡・区を経て、行政区分の最小単位である邑・面・洞へと至り社会福祉専担公務員から福祉対象者にサービスが最終伝達されるという上意下達式の垂直的な構造になっている。福祉対象者が社会福祉施設で生活したり利用したりする場合には、市・郡・区から社会福祉施設を経て、社会福祉対象者にサービスが伝達される仕組みになっている。

民間福祉の伝達体系は、韓国社会福祉協議会が代表的ではあるが、韓国社会福祉館協会、韓国在家老人福祉協会など多様な中間集団が民間福祉分野において重要な役割を果たしている。

日本の場合、社会福祉協議会が都道府県以下、市町村の小中学区単位に至るまで組織され、民間福祉伝達体系の核心を占めていることに比べ、韓国の社会福祉協議会は、市・郡・区単位においてさえ脆弱な組織状況にある。

また、韓国では1988年の地方自治法の改正、1991年の広域自治体と基礎自治体議会議員選挙実施、1995年の地方政府の首長直接選挙実施などを経て地方自治が復活し、それを期に社会福祉館と在家福祉奉仕センターの建設ラッシュが始まるとともに、基礎自治団体別に行政機関の支援を受けた支援奉仕センターが設置され、邑・面・洞事務所に住民自治センターが併設された。

社会福祉館は、地域社会住民たちの福祉サービス欲求を充足させるための直接サービス提供と、地域社会の問題を解決するため住民たちを組織することを目的としている。その数は2008年現在、全国に407ヶ所に存在しているが、ハード、マンパワー、財源不足などの問題があるといわれている。

このたび韓国農村地域福祉活性化対応案模索のため日本を訪れた海南郡庁の位置する全羅南道地域（人口1,994,011人：2005年基準）内には、社会福祉館15ヶ所、障害者福祉館12ヶ所、老人福祉館9ヶ所があり、海南郡（人口87,956人：2005年基準）には3ヶ所の福祉館（老人福祉館・障害者福祉館・総合福祉館）が設置されている（2008年現在）。

2) 高齢者に対する地域福祉

(1) 所得保障サービス

高齢者に対する所得保障サービスには、公的年金、公的扶助、退職給付金、雇用促進プログラム、敬老優待制度などがある。

公的年金の大部分を占める国民年金制度は1988年に皆保険が達成され、施行時に加入し20年間保険料を払い続けた満額受給者は2008年から現れ始める。そのため、現在、高齢者の大部分は国民年金を受給しておらず、敬老年金や子どもからの経済援助に頼らざるを得ない状

態にある。

公的扶助は国民基礎生活保障制度と敬老年金制度がある。国民基礎生活保障は、従来の生活保護法に替わるものとして2000年に施行された。給付水準は2007年度基準で一人当たり387,611ウォンであるが、受給資格基準が厳格なため恩恵に預かれない高齢者は多い。敬老年金は、年齢上の理由で国民年金の恩恵を受けることができない低所得高齢者に支給されている。給付水準は、月額3～5万ウォンである。敬老優待制度は、公共交通機関や公共施設の利用料の割引・免除、市営バスの無料券12枚の配布などを提供しているが、農村地域においてその恩恵を得る機会は少ない。その他、高齢者雇用促進施策として、高齢者就業斡旋センター、老人共同作業所、高齢者人材銀行などが実施されているが、いずれも都市部に偏重されている。

(2) 長期療養サービス

韓国の老人福祉法に基づく老人福祉施設は、老人住居福祉施設（養老施設・実費養老施設・有料養老施設）と老人医療福祉施設（療養施設・実費療養施設・有料療養施設・医療福祉専門療養施設）と在宅老人福祉施設（家庭奉仕員派遣センター・昼間保護（デイケア）・短期保護（ショートステイ））と余暇老人福祉施設（老人福祉会館）がある。しかしながら、現在、養老・療養施設への入居対象は一部の富裕層高齢者と国民基礎生活保障受給高齢者が大部分を占めているのが実情であり、いわゆる一般高齢者の介護は家族が担うよう国策として推進されてきた。

(3) 農村地域における高齢者向け余暇・生涯教育活動

韓国の農村地域における高齢者向け余暇・生涯教育活動は、老人福祉会館、敬老堂、老人教室などの機関を中心に行われている。老人福祉会館は、無料又は低料金で各種相談、健康増進、教養、娯楽活動を実施している。敬老堂は地域住民の親睦の機会提供、趣味活動、共同作業所運営、余暇活動プログラムを実施している。老人教室は高齢者の社会活動参与欲求を充足させるための趣味・健康維持・所得保障プログラムや、その他日常生活と関連する学習プログラムを実施している。

これらの中でも、韓国の農村地域における高齢者の外出動機や、地域住民とのコミュニケーションの場として大きな役割機能を果たしているのが敬老堂である。敬老堂は行政区分の最小単位である里ごとに設置されており、全国に約51,000ヶ所設置されている。敬老堂での活動内容は、主に雑談、テレビ、昼寝、花札、将棋、囲碁、飲食などが行われており、男女別に部屋が分かれている場合が多い。こうした敬老堂での活動に参加する農村高齢者は多いが、積極的、生産的な活動プログラムが行われているとは必ずしもいえない状況にある。斎藤ら(2007)は、高齢者の敬老堂参加要因を「プッシュ要因」と「プル要因」の概念を用いて分析している。敬老堂におけるプッシュ要因とは高齢者を自宅外へと押し出す要因のことで、

家計の貧困、余暇活動や生きがいの発見の困難さ、自宅の物理的窮屈さなどの要因によって敬老堂に押し出されているという。逆に、プル要因としては昼食、リーダー支援プログラム、レクリエーションや健康体操などの活動プログラム、経済性、地域的利便性などを挙げている。

Ⅲ. 韓国の農村地域福祉と日本への政策対応

1. 韓国農村地域福祉実践の必要性

韓国は急速な工業化と都市化に代表されるように社会の変化による農村人口の減少に加え離農の進行が深刻な状況にある。1990年代中間以降に始まった WTO 農業交渉と米の輸入開放、ドーハ開発アジェンダ (DDA, 2004年)、自由貿易協定 (FTA, 2007年) と続いた農業開放は、農業を 4D 業種 (Difficult, Dangerous, Dirty, Dreamless) 産業に変えてしまい、農民と農村地域社会の存立基盤を脅やかしている。

都市と農村間の所得格差は生活・教育・文化水準の格差につながっており、青壮年層がより高次元の生活、教育や就業の機会を求めて都市に移住したことによって農村の人口減少、高齢化が深刻な状態になっている。

韓国の農村地域社会における諸問題と福祉システムは、大きく以下の 3 点にまとめることができる。

第一に、セマウル運動 (1971年から始まった地域開発運動) に代表される急速な工業化、都市化によって伝統的な農村社会および家族が解体された。そして、それぞれが果たしてきた役割、機能が変化したことで、それまで家族と地域社会が担っていた福祉機能も弱体化した。また、高齢化、混住化、生活様式の変化などに伴う福祉サービスに対する欲求 (ニーズ) は増加したが、これに対応できるような福祉サービスの構築は、現在整備段階にある。

第二に、福祉資源が都市に偏重されており、農村地域が保有している資源も農村地域の中心部 (邑^{ウプ}) に偏重されているといった資源の不均等分配の問題があり、福祉ニーズが高い周辺地域 (面^{ミョン}) および末端地域 (里^リ) の住民のための社会福祉サービスは非常に不足している¹。言い換えるならば農村が都市に比べて福祉資源が不足している現象と同じように、農村地域内の中心部 (邑) と周辺部 (面・里) の間に悪性フラクタル (fractal) 構造が現れている。

第三に、公共機関が社会福祉サービスを執行する際、消極的な「補充性の原則²」を適用し、

1 韓国保健社会研究院が2002年末に全国基礎自治団体の老人福祉施設現況を調査した結果を見れば、都市部の老人福祉会館設置率は73.4%、社会福祉館設置率が91.5%であるのに対し、農村地域は23.4%と14.4%にとどまっている。在宅施設の場合も都市部が89.4%に対して農村地域は25.6%にとどまっている (農民新聞 2004年11月1日付)。

2 補充性の原則 (subsidiaritasprinzip) は法治国家の原則である正義 (justice) から導出される個人と

農村地域の福祉伝達体系は‘家族責任主義’、‘家族扶養主義’を基盤とする‘先家庭保護ありき、後社会保障ありき’という政策をそのまま踏襲している。これにより、資格基準による選別主義的な‘手続きの福祉’³⁾はある程度構築されたが、住民の欲求（ニーズ）に基づいた‘実質的福祉’は不十分な状態にある。

国の社会福祉制度は、国民が資本主義経済社会において安心して生活を営むことができるためのセーフティーネットの構築をしなければならないにもかかわらず、経済成長が優先されてきた。さらに、経済成長によって雇用創出と貧困対策がなされるという理想を持ちながらも現実には都市中心の、個人中心の社会福祉が選好され、家族による伝統主義的な社会福祉活動を維持しつつ、効率性を重視する新自由主義的福祉政策を拡大しながら農村地域を「福祉の死角地帯」⁴⁾化させてきた。

社会福祉学界による農村福祉に対する概念も確立されてこなかったし、研究も積極的に行われてこなかった⁵⁾。これらに関して김영란 (2006) は、韓国は、依然社会福祉の歴史が短く、また専門的なアプローチを繰り広げる余裕が社会になかったこと、朝鮮戦争後、約30年間という圧縮かつ偏向的な経済成長によって農村地域が社会的インフラ整備から取り残されたこと、農村地域に、都市に基盤を置く研究者たちの目が向けられず、研究が十分に行われてこなかったことを明らかにしながら、韓国社会福祉学界の非参与に、農村地域の社会福祉がなおざりにされてきた一定部分の責任があると主張している。

農村部における地域福祉は、農業を主たる生産活動としている地域住民を対象に、農村地域社会の問題・課題の解決を図るべきである。そのためには個人（家庭含む）の生活の質（QOL）の向上だけでなく、地域社会における人的資源を円滑的に活用し、地域社会全体の

共同体、上下関係にある共同体相互間の役割分担に関する法原則である。‘重層の国家共同体組織において下級単位で処理可能な業務を上級単位で処理してはいけない’という原則。下級単位に役割の優先性を付与する方法原則で大きく二つの意味を持つ。消極的な意味では、基礎共同体または基礎自治体ができる仕事に上級共同体や上級自治体が関与してはいけないということを意味する。積極的な意味では、上級自治体、上級共同体が基礎自治体、基礎共同体が一次的に活動することができる条件を取り揃えるように支援しなければならないということを意味する (이기우, 1998)。すなわち共同体組織の衰退に加え、地域産業の発展水準も低く地域の主体形成が微弱な農村地域では、その基盤形成のために中央政府の積極的な支援が要求される。

3) 例えば、扶養家族（別居の場合でも）や一定基準の財産がある場合、国民基礎生活保護制度の恩恵を受けられない。

4) 「福祉の死角地帯」とは、本来社会保障を受けるべきであるにもかかわらず、満足な社会保障の保護を受けることができないことを指す。

5) 1990-2006年まで韓国社会福祉学会誌に収録された約1,600の論文中、農村に関連する論文は7件程度で、農村社会問題に対する現行政策と問題点に関するもの1件、農村地域公共扶助の差別性反映に関する研究1件、都市-農村間の社会福祉専門要員の職務遂行と職務満足比較研究1件、社会福祉専門要員と福祉館、保健所のサービス連携に影響を及ぼす要因1件、農村地域医療保険の批判的考察1件、1995年実施された都市地域調査と農村地域統合以後の変化に関する研究1件及び農村福祉に関連する類似研究として韓国農民福祉政策の発展課題と農民の主体的役割1件の論文のみを捜すことができる。

制度およびサービスの強化・修正を通じて農村地域社会を発展させて行くための努力と工夫が必要である。

2. 北広島町の地域包括医療システムからの示唆点

本調査研究における重点視察施設である芸北ホリスティックセンターを中心とした北広島町芸北地域の地域包括医療システムを事例に、韓国農村地域福祉活性化のための政策対応を模索する。

芸北ホリスティックセンターは、広島県の西北端の北広島町内においてかつて芸北町と呼ばれた町の中心部（人口2,865人、高齢化率38%，2007）に位置し、全人的ケア（乳児から老人まで、人の一生のケア）を目指し、「医療」「保健」「福祉」（雄鹿原診療所・歯科診療所・高齢者保健福祉支援センター・デイサービス）が一体となった地域包括医療施設で、センター建設の構想、計画、建設はある一人の医師（吉見昭宏）と歴代の首長のリーダーシップをもって開始された。以下、センター前所長の吉見医師への聞き取り調査から得られたものを要約する。

「日本が高齢化社会から高齢社会へ突入しようとする頃（1990年代前半）、中山間地域とも呼ばれる農村地域は、すでに超高齢社会の入り口に立っていました。また、老人医療費の増加によって国の財政も窮迫し、医療費削減政策が行われるなか、全国の市町村立の医療機関（国保診療所、国保病院）の経営状態も悪化し、赤字経営に陥っていました。そのような状況下、厚生労働省から各地域の高齢者を支えるための新しい制度設計が出され、地方自治体は厚生労働省国保課の新規事業としての国保総合保健施設に取り組もうとしていました。

ちょうどその頃、雄鹿原診療所は築30年という年月の経過による老朽化、建替えの時期を迎えていました。そこで次の建替えに際して、私は保健・医療・福祉が一体となった国保総合保健施設（ホリスティックセンター）の建設案を町議会に提案しました。そして、それが議会通过すると、地域住民と現場の職員から成るホリスティックセンター建設推進協議会が発足しました。その頃から「医療機関らしくない建物にしよう、老若男女、だれでもいつでも気軽に来ることができて、癒され、何か新しいことができるようにしよう」という提案がだされていました。

現在、芸北ホリスティックセンター前部の通称「ふれあいゾーン」は、全世代が触れ合うゾーンとなっており、旧芸北町の形をした池に鯉が泳ぎ、その周りに足裏のつぼを刺激する健康歩道と時計台があります。さらに、盆踊りや仏教の花祭り、健康福祉祭り、神楽等が開催される広場があり、コンビニエンスストア、食事処、郵便局が集合しています。施設中央部分は「やすらぎゾーン」といい、施設を訪れた人々が安らげるように

廊下が画廊になっていて、バックグランドミュージックが流れるようになっています。この中に、医療部門である診療所、歯科診療所、歯科保健センター、理学療法室、研修室、X-線室、内視鏡室、点滴室と保健部門である総合相談室、保健指導室、乳幼児健診、福祉部門である訪問看護ステーション、デイサービス室、ヘルパーステーション、高齢者生活支援居室があります。センターの後部は、「いきがいゾーン」と呼ばれる空間があり、誰でも利用できるグランドゴルフ場（夜間照明付）と心身障害者のための作業所、高齢者の特産品づくりの場所があります。さらに高齢者のための無料生活支援居室があります（今後有料化される傾向にあるという）。

そしてホリスティックセンターの理念である「地域住民に、保健・医療・福祉制度が有効に働くような仕組みをつくり、ノーマライゼーションの視点でライフケアに関わり、地域づくりに寄与する」に基づき、センターの平面図とレイアウトは、各部署の職員が、各ゾーンのレイアウトは建設推進協議会が担当しました。

このホリスの理念に気づかされたのは、村八分（地域から疎外された他からの協力・支援が得られない家庭）の状態にあった家庭への関わりからです。農地の整備事業に、ただ一人、頑固に反対し、村八分の原因をつくった当時元気であったおじいさんがいました。彼の家庭は、悪性リウマチで寝たきり状態のおばあさん、知的障害者の長男と統合失調症（旧精神分裂症）の娘さんの家庭で、おじいさんが、ただ一人元気で家を切り盛りしてしていました。しかし、おじいさんが脳梗塞で倒れ、寝たきり状態になり、入院を勧めるも、在宅療養の意志が強く、動けるようになるまで毎日来るように頼まれました。民生委員と行政の方々が生活保護世帯として申請し、それが受理され、毎日、保健・医療・福祉に携わる者（在宅ケアチームを結成）が、午前・午後に分かれて訪問し、3食の食事支度、洗濯、掃除、風呂沸かし、畑や田んぼの仕事を手伝い、この家を支えるようになりました。そのうち、私たちがあまりに一生懸命やるものですから、次第に地域の人々が来て手伝ってくれるようになりました。この姿こそが、これからの高齢化社会を支える姿だと思い、これがホリスティックセンターの理念へとつながったのです」（2007年8月、聞き取り調査、調査に同行した一場史行（広島市看護専門学校講師）が要約したものに吉見氏自身が加筆したもの）。

芸北ホリスティックセンターは完成後、諸々の機能整備がなされ、全国のへき地診療所のモデルとして注目されるようになった。そして自治医科大学出身の東條環樹医師を迎えることになった（医師の確保ができたことが最も大きかったという）。ちなみに機能整備されたものとしては、居宅介護支援事業、居宅介護サービス提供、総合健康相談窓口、介護保険相談窓口、基幹型在宅介護支援センター併設、24時間対応の訪問介護ステーション併設、歯科併設、歯科保健センター開設、医師複数制と専門外来開設、医薬分業（完全院外処方）、研

修の場の提供、情報交換の場、社会福祉協議会や福祉施設との連携と支援、地域リハビリテーションの取り組み、情報ネットワーク化（県病院、後方支援病院、他のへき地診療所）と IT 化（レセプト電算化システム、電子カルテ、画像ファイリング）がある。

3. 芸北ホリスティックセンターの経験から

芸北ホリスティックセンターは、設立以降日本でも地域包括医療システムの代表的なモデルとして高い評価を受けて来たが、設立から13年という時間が経過した現在、表1にみられるような環境の変化によって様々な困難を経験している。

表1. 設立から13年後の芸北ホリスティックセンターを取り巻く環境変化

地 域	在 宅
1. 地域の景気悪化 スキー場営業の不振 + 気候変化による降雪量の縮小 + 若年層の減少及び趣味の多様化による集客の減少 2. 自治体合併 4町合併により効率性の向上を追求するも、サービスが小単位から中大単位になり結果的に接近性、効果が低下した。また本庁から支所への格下げによる職員数の半減は周辺商店の売上げの低下につながった。	1. 在宅サービス需要の減少 2. 在宅より施設選好傾向 介護保険制度導入後、利用者本位主義から家族本位主義に変化（家族の介護負担縮小のため施設サービスが選好された） 入所待機者の増加 3. 利用者（需要）と派遣（供給）との距離の広がり。

地域環境の変化からは、降雪量の減少、スポーツ、レジャーの多様化の中でスキー産業の不況はそれに依存していた民宿をも直撃した。地域の景気悪化と自治体合併は地域住民の不安と混乱を招いた。また自治体合併による医療・福祉サービスの接近性、効果性の低下現象がみられる。ホリスティックセンターの掲げる「在宅福祉」の状況は、介護保険制度導入後、更なる高齢化によって老々介護も限界に達した世帯では在宅よりも施設志向が顕著に現れ在宅サービスの需要が減少した。合わせて施設への入所待機者が増加している。町の財政上の問題から、訪問看護ステーションや予防医学分野事業の存立問題が発生している。この問題を打開するために人員の効率的活用や新しい事業（ホスピス、健康検診など）を模索しているが、苦肉策の範囲を超えておらず、根本的な解決策になっていないのが実情である。

4. 制度的側面から

(1) 日本の介護保険制度からみた示唆点

日本は1970年の高齢化社会突入に加え（高齢化率7.1%）、1973年からの老人医療費無料化などの影響による高齢者医療費の増加と「社会的入院」の増加という社会問題を解決するため、

疾病予防やリハビリテーションを含む総合的な保健医療施策が必要とされ、1982年に老人保健法が制定された。老人保健法では、老人医療制度とともに市町村による保険事業が制度化され、健康増進、成人病予防、リハビリテーション、訪問指導などによる在宅生活の確保が図られた。この流れを受けて、地域福祉・在宅福祉の必要性が唱えられ、高齢者保健福祉推進十ヵ年計画（ゴールドプラン）が1989年に策定され、1994年には新ゴールドプランへと引き継がれた。

こうした“施設から在宅へ”という流れの中で、日本で5番目の社会保険として市町村を保険者とする介護保険制度が制定（1997年）、施行（2000年）された。制度施行直後は、慈善・救済的な行政の「措置」としての福祉サービスから社会保険方式に変わったことによって、一気に介護サービス利用者が増加し、介護保険財政を圧迫した。それは潜在的な介護ニーズが表出したことに加え、介護がさほど必要でなかった人々までもが一気に大量にサービス申請をしたこと等による初期の混乱があった。そのため、2005年の保険制度改正においては、要介護認定基準を5段階から7段階に増設し、新たに予防項目を設定することによって介護サービス提供型から‘自立・健康的高齢者づくり型’にシフトしている。

また別の側面では民間の地域福祉実践主体である社会福祉協議会の運営が独立採算制に転換されたことによって事業収益性が低いホームヘルプサービスよりデイサービスに集中する現象が起きている。

ホリスティックセンターの場合、介護保険制度導入前のピーク時には、年間1,524回の訪問看護サービスを実施していたが、介護保険施行直後（2000年度）には、年間1,216回のサービス実施となり、2006年度には739回と、年々訪問看護サービスの業務が減少している。その理由は ①施設入所者の増加 ②高齢者人口の減少（15年間で429人減少。年平均 30人）③後期高齢者の増加による介護力の低下 ④医療依存度が高い高齢者の増加などが挙げられる。

（2）自治体合併からみた示唆点

2005年に4町が合併し北広島町として誕生したが、それ以前は芸北ホリスティックセンターは旧芸北町の中心部に位置していた。しかし合併後は北広島町の周辺部に位置づけられ、さらに町財政の合理化などによって、運営上の困難を経験している。ホリスティックセンターは設立時から予防医学、在宅福祉の理念を掲げ、医療費のかからないサービスを追及してきた。しかし、こうした理念やシステムは職員が努力すればするほど収入減となり、行政からの評価が低くなるというジレンマが存在している。また国の政策としての医療・福祉予算の縮小傾向の中でサービスの質低下や設備・マンパワー不足等の問題が頭をもたげている。

例えば介護保険制度導入直後におけるデイサービス（通所介護）は、国からの補助50%、県の補助25%、町の予算25%と、食費千円（自前）で施行されたが、財政負担に耐え切れず、

県と国が撤退した。町はすぐ撤退することができず、1, 2 年間は単独で遂行したが結局撤退せざるを得なくなってしまう。住民から不平不満の声もあったが、町単独予算でのサービス給付は継続することができなかった。

一方、自治体合併後、既存の町役場は支所となったが自己予算編成能力がなく、事業予算がない関係から公務員の勤務意欲が低下し、上部から与えられた業務だけを機械的に遂行するという現象も起きている。韓国も持続的な人口減少に見舞われている農村部の地方自治体では、行政の統合や組織の改編は避けることができない状況であり、このような事情を考慮した準備が必要である。

(3) 農村の医療・福祉人材確保のための制度的支援施策

日本では、へき地医療、地域医療の充実および人材確保のための仕組みとして、自治医科大学（現総務省設置）⁶を置き、卒業後 9 年間へき地での義務勤務をするという制度を実施している。農村の医療人材確保と代替勤務⁷への誠実さに問題課題がある韓国でも、日本の自治医科大学のような制度を導入することで少ない費用で医師になることができるという利点をもつ自治医大の事例は、今後、医科専門大学院体制⁸に改編されれば、医師になるための費用はさらに多額になるという点において、低所得階層の学業機会の提供と動機が付与された農村医療人材の確保が可能だといえる。

6 1972年開学。自治省（現総務省）が設置した大学で、へき地医療、地域医療の充実を目的に、各都道府県の共同出資によって作られた学校法人の形態を取る。卒業後は出身都道府県に戻り、在学中に自治医科大学修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（一般的には9年間）、知事の指示に基づいて出身都道府県内の病院、診療所や保健所等に勤務する。

入学者は全員修学資金貸与規定の定めるところにより貸与契約を締結し、修学資金を借り入れ、収納することになっている。この貸与金は大学卒業後、出身都道府県知事が指定する公立病院などに医師として勤務し、その勤務期間が修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間（うち2分の1は知事が指定するへき地等の指定公立病院に勤務する）に達した場合、返還を免除される（自治医科大学大学案内より引用）。

7 公衆保健医（男性医師が兵役の代わりに地方の保健所で3年間義務服務する制度）

8 韓国は2006年から医学部制度から専門医学大学院制度に移行し、医師の資格を取得するための制度が変わった。日本で言うところの法化大学院を修了後に司法試験を受験する資格が与えられるのと同じ制度になった。

2006年以前は医科大学で6年間の課程を終了後、医師国家試験を受けるという制度だったが、専門医学大学院制度に移行し、医師を希望する者はまず4年制大学を修了（学部は問わず）し、専門医学大学院を受験しなければならなくなった。そして大学院修了後、医師国家試験を受験する資格が与えられることになった。学費も医科大学の頃は一般大学レベルの学費に合わせ半期500万ウォン前後であったものが、専門大学院ではより専門的な講義、実習、優秀な教員の確保の為に、医科大学の2倍前後の学費となっている。

5. 社会的・教育的側面から

(1) 生きがい創出支援施策

北広島町では地域文化の伝承や伝統芸能、娯楽、教育プログラムの活性化を通じ、地域住民および高齢者が生きがいを感じながら生活の質（QOL）を高め、健康的に生活するという健康寿命増進のための努力と工夫が行われている。

北広島町では神楽と呼ばれる郷土芸能の伝承が神社や地域のコミュニティセンターを中心に地域文化、娯楽、教育プログラムの一環として積極的に活用されている。伝承文化である神楽は、農村地域における高齢者と青壮年、そして若年層とのコミュニケーション機能をもっていることから、核家族化、農業の機械化等によって家族や地域社会のなかで役割喪失に陥っている地域の長（おさ）としての高齢者に自信と生きがいを回復させていく可能性を持っている。さらにエンターテインメント性が高いためにイベントや地域活性化資源としても評価を得ている神楽は、地域における若者の定住化と観光資源という地域振興を図るポテンシャルにさえなっている。北広島町内だけで30を超える神楽団が連日のように夜の宮内で練習し、週末の公演を行うほど、広島県北部農村では特殊な存在である。

(2) 社会教育施策

地域福祉活動を通じて住民たちが地域福祉に関心を持ちながら問題点を共有し、問題解決を図るための実践プロセスが重要であるが北広島町では社会福祉協議会を中心に、地域ボランティア活動者の養成など、エンパワーメント（Empowerment）モデル化のための努力と住民組織化のための社会教育が推進されている。

IV. 要約および結論

本稿では、日本の農村地域福祉の調査研究を通して、日韓の農村地域における地域福祉の特徴および問題課題を明確にししながら、韓国農村地域への政策対応を探ってきた。

1. 調査から得られた日本の農村地域福祉の現況

- ① 日本における農村地域の高齢者は公的年金制度の確立により基本的な生活が保障されているため、韓国の農村地域高齢者に比べ生活に対する余裕が感じられる。

韓国の場合、特に農村地域においては社会保障制度・福祉サービスが未整備、未成熟なため高齢者が生計維持のために過度な労働負担を背負っている。

- ② 北広島町芸北地域では2世帯以上同居家族が40%以上残っており、地域社会の維持を可能にしている。その大部分は兼業農家であるが、近隣で勤め口を探すことが比較的難

しくないため、韓国の農村のように青壮年層が完全に離農離村していない。

- ③ 社会的インフラの構築が充実しており、日本の典型的な中山間地域である北広島町の場合でも、上下水道、体育・余暇施設（運動場、ゲートボール場、グランドゴルフ場等）、教育・文化施設（公民館、文化ホール、「ふれあいサロン」「寿大学」等）及び集落単位に集会所が完備されているため、韓国に比べると都市部と農村間における格差がそれほど深刻ではない。

韓国の農村地域の行政区域に置き換えてみて、面や里部に上記のような施設がほとんど整備されていないことは対照的である。

- ④ 日本は都市部がこれから超高齢社会に入る段階であるが、農村部はすでに超高齢社会になって久しく、人口の流入も少ない状況の中で持続的な人口減少（自然減）が続いている。北広島町の場合でも、高齢化率が30%を超えている状況において、地域の特性に相応しくない都市志向的な福祉政策が行われている。例えば、地域住民たちが交流と出会いの場として利用している「ふれあいサロン」は高齢化がピークに達している地域では利用者がほとんどなく、施設の遊休化現象が現われている。

- ⑤ 人口減少と行政サービスの効率化のため近年、地方自治体合併が日本全国で行われたが、2005年2月に4町（千代田町・豊平町・大朝町・芸北町）が対等合併して誕生した北広島町の場合、合併後、合併地域間における新しい格差の発生と行政上の混乱、過去に行政単位別に投資された施設の遊休化や放置の問題、行政負債の問題が現実的に現われている。

韓国の場合も2010年を前後として行政体系改編が議論されている状況にあり、このような問題に対し細心の準備が必要である。

- ⑥ 日本では保健と医療の連携が強調されてきたが、保健と医療にはその役割差が大きいということが北広島町芸北ホリスティックセンター10年間の活動経験で明確にされてきた。芸北ホリスティックセンター設立当初のビジョンと現在の状況⁹との差が深刻な問題として現われている。そして、地域づくりや保健、福祉へ献身できるマンパワー不足等の問題も農村地域社会が抱える問題課題となっている。

2. 韓国の農村地域福祉活性化対応案

- ① 高齢者人口の増加、地域社会の崩壊、核家族化、女性の社会進出の増加等によって家庭（家族）や地域社会間での高齢者扶養能力が低下している状況において、新しい高齢者扶養システムとして、問題解決的、総合的（統合的）サービスが提供可能な小生活圏

9 芸北ホリスティックセンター設立時（1994年）に比べ長寿化による後期高齢者の増加に伴い要介護高齢者、認知症高齢者の数が増加している。

単位のネットワーク形成が必要であり、高齢者が地域社会において生きがいを持ちながら自立・安定し健康に生活を営めるようなシステムの構築が必要である。

- ② そのためには地域の問題を解決するための住民参加と住民組織化の必要性和地域リーダーの養成が必要である。
- ③ 韓国の農村は経済の自由化という流れの中で、農業開放、多文化家庭の増加、都市と農村間の格差構造の深刻性、地域福祉インフラの未成熟などの問題課題が山積みされている。このような韓国の農村地域社会における福祉活性化のためには医療-福祉-保健・生きがい促進活動を3軸とする小生活圏単位の地域包括システムが相応しいのではないかと考えられる。

1 次的マウル単位にこのような形態の福祉共同体を形成させ、2 次、3 次生活圏に拡大して行くことで、地域全体の福祉環境を費用効果的かつ効率的に整備して行くことができると思われる。

- ④ 農村地域福祉実践のためには一般主義的接近が必要である (Ginsberg, 1998) ことから、韓国農村地域社会の特性に相応しい農村福祉実践理論と方法論の研究と確立が必要である。
- ⑤ 行政のスリム化のために行われる行政区域の改編や合併などによる混乱や問題点を見ながら、韓国もこれらに対する事前準備と計画、対応案を用意する必要がある。
- ⑥ 韓国の文化的特性に合った小規模型福祉施設建設計画など、老人長期療養保険の施行に備えた細心の準備が必要である。日本の場合、いわゆるゴールドプラン、高齢者福祉計画、介護保険等を通じて‘在宅’と‘自立’を目標としたが、家族の介護負担軽減のため‘施設’への依存が増え、利用者中心主義の介護は結果的に家族の便宜中心の介護になっている。国や地方自治体の財政圧迫と制度上の問題から介護予防に重点を置く体制が強化された。
- ⑦ 予防医学の重要性 - 保健所の保健機能の拡大 -
あらゆる疾病の予防に力を注ぐことが本人のためにも社会的にも有益であることから、幼少時代からの規則正しい食生活と生活習慣に対する教育が必要である。

3. 今後の課題

このたびの調査研究では、農村地域社会における激しい少子・高齢化、持続的な人口減少と長寿化による医療・社会福祉・公的扶助費用負担の増加、および地域の活力低下や新しく誕生した行政区域内における地域格差の出現などが、日韓共通の社会問題として確認された。また、日韓両国とも程度や時差こそあるが、伝統的に家族の責任であった老後の扶養・介護が、家族の崩壊によって機能喪失し、その失われた家族介護機能の代行者として福祉国家の

形成が目指されたものの、バブル崩壊後、財政的問題から最終的に地域と個人にその責任が移されたことも改めて確認された。

こうした状況の中、日韓両国における農村地域福祉は、全人的福祉の構築が進められている。すなわち、利用者の属性によるタテ目線の福祉だけではなく、地域住民すべての日常生活場面を中心に福祉サービスが提供される（或いは自ら提供する）総合的福祉サービス供給体系の構築と積極的な住民参加による福祉のまちづくりの推進が広がりを見せているが、中でも農村地域においては3人に1人の割合となった高齢者は、自分の健康にさらに責任を持ちながら、自立し、健康的に生活することが社会的にも個人（あるいは家族）のためにも求められている。そのためのインフラ整備はハード面だけでなく、ソフト面の充実も図られることが重要になってきているが、近年、高齢者の欲求と意識（身体的・経済的・社会的・文化的）は、長寿化、高学歴化、経済水準、健康状態、生活環境の違い等によって、多様化してきている。具体的には、要介護高齢者には長期的介護対策が、低所得高齢者には経済活動対策が求められている。その他にも、社会参加、余暇活動、生産活動など欲求が多様化、高度化してきている。現在、このような欲求に対応するためのプログラム及び人材育成が行われているが、日韓両国とも成熟されるにはいたっていない。

まもなく老人長期療養保険の施行、国民皆年金満額受給の開始、行政区域再編の動きがある韓国と、介護保険法の改正、後期高齢者医療制度などの新たな制度の施行開始に加え、地域間合併後、数年が経過した日本の農村地域における地域福祉が今後どのように変貌していくのか、今後も継続した調査研究が必要である。

なお本調査研究は韓国社会福祉士協会研究助成2007年、社会福祉士海外研修プログラムの一部であり、都市部（広島市安佐南区）における高齢者福祉研修では、「介護付有料老人ホームメリィハウス西風新都」、また現地踏査では NPO 日韓農業・農村文化研究所でお世話になったことを付記しておく。

■ 参 考 文 献

- 鳥越皓之, 2007, むらの社会を研究する, 日本村落研究学会.
右田紀久恵ほか, 2007, エンサイクロペディア社会福祉学, 中央法規出版.
杉澤秀博他, 2005, 介護保険制度の評価, 三和書籍.
全国社会福祉協議会, 2005, 協働による福祉のまちづくり推進のための人材養成のあり方, 社会福祉法人全国社会福祉協議会.
杉澤英宏, 2005, 介護保険制度の評価, 三和書籍.
角田由佳, 2005, 韓国における社会保障改革, 千葉大学公共研究, 第2巻2号.
佐藤満他, 2004, 「韓国の地方自治」, 立命館大学政策科学会, 11巻2号.
日隈健二他, 2003, 加齢に生きる人たち, 広島修道大学総合研究所.
韓国社会科学研究所社会福祉研究室, 2002, 韓国の社会福祉, 新幹社.

- 富永健一, 2001, 社会変動の中の福祉国家, 中公新書.
- 田端光美, 2001, 地域福祉論, 建帛社.
- 国際長寿センター, 1996, 東アジアの少子化と高齢化対策に関する日本・韓国および中国3カ国比較研究.
- 김영란, 2006, 社会福祉の死角地帯の島嶼地域福祉の実体と地域社会福祉学の課題, 韓国地域社会福祉学19巻, 韓国地域社会福祉学会.
- 裴忠真, 2006, 農村福祉事業の現在と未来, 社団法人農村福祉フォーラム, 農村福祉事業の活性化のためのセミナー資料集.
- 이기우, 2003, 地方分権と市民参加, 역사넷.
- 김중일, 2003, 地域社会福祉論, 현학사.
- 金貞任, 2003, 高齢社会と家族介護の変容, 法政大学出版.
- 이용교, 2002, 디지털社会福祉概論, 인간과복지.
- 최옥채, 2001, 地域社会実践論, 아시아메디아리サーチ.
- Leon H. Ginsberg, 1998, Social Work in Rural Communities, 3rd Edition, Council on Social Work Education, Alexandria, VA.
- Gibbs, P, Locke, B, Lohmann, R, 1990, Paradigm for the generalist-advanced generalist continuum, Journal of Social Work Education, 26(3).
- 김용운, 1987, 韓日民族の原型, 平民社.
- 韓国統計庁, 2006.
- 韓国保健福祉部, 2006.

■ 資料

♣ 韓国の社会福祉政策の流れ

高齢化社会突入 (2000. 7.3%) (2005. 9.3%)

1945	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005
地域社会福祉 形成期				定着期		発展期	
1948 大韓民国政府樹立 1956 社会福祉館（梨花女大）、阿岷隣保館設置 1961 朝鮮戦争 * 朝鮮戦争以後、外国民間援助機関による社会福祉事業が1970年代初めまで主流になる（KAVA 1960年代96機関） * 地域社会開発事業の推進 1961 朴正熙政権誕生 軍事独裁的中央集権体制による経済成長優先政策 生活保護法、援護法、児童福祉法 1962 災害救護法 1963 社会保障法、軍人年金法、産業災害補償法、医療保険法 * 1970年代中盤以降外援助減少、政府支援 * 地域開発事業としてのセマウル運動（地域福祉実践のため基盤ができたという意義があるが、政権維持のための次元の官主導事業で、自発性が欠如。本当の意味での地域福祉活動とみるには限界がある）	1980 全斗煥政権誕生 1981 老人福祉法（→84改定）、児童福祉法、障害者福祉法 1983 社会福祉事業法（社会福祉サービス伝達体系の合理化、体系化） * 地域社会開発 → 行動モデルへの変化（擁護活動の展開、都市貧民問題など） * 社会福祉館の増設、在宅福祉サービスの導入 1987 民主化宣言 社会福祉専担公務員配置、家庭奉仕員派遣事業開始（ソウル） 1988 盧泰愚政権誕生 医療保険法、国民年金法制定 1989 国家支援指針 - 民間参与			1995 社会保障基本法 * 社会福祉館の拡大及び在家福祉奉仕センター設置運営 1997 経済危機→IMF 管理下 1998 金大中政権誕生 「生産的福祉」政策 広域社会福祉協議会独立法人化 1999 国民健康保険法 2000 国民基礎生活保障制度施行 * 自活支援事業の展開 2004 社会福祉事業法改定 保健、福祉の連携 地域社会福祉協議体校正 地域社会福祉計画樹立の義務化 2008 李明博政権誕生 2008 「老人長期療養保険制度」施行予定			

高齢化社会突入(1970. 7.1%) 高齢社会突入(1997. 14%) (2000. 17.3%) (2005. 20%)

1945	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2007
地域社会福祉 導入期			形成期		発展期		
地域福祉の指向 在宅福祉への転換			地域福祉への転換 (住み慣れた地域での生活の継続性を強調)				
第2次世界大戦後 社会問題、福祉問題→ GHQ による社会福祉改革 (生活保護政策に重点)	1946 日本国憲法公布 民生委員制度(方面委員) 生活保護法	1947 共同募金法、児童福祉法 1949 身体障害者福祉法 1950 生活保護法全面改正 「福祉三法」の形成	1960 精神薄弱者福祉法 (→98知的障害者福祉法) 1961 国民皆保険・国民皆年金の達成「福祉国家」の誕生 革新自治体の登場 * 市町村総合計画の義務化	1973 「福祉元年」 社会保障給付水準の引き上げ 「老人医療の無料化」 * 10月、石油危機の到来 1978 「日本型社会福祉」 ○個人の自助努力 ○家族、近隣社会との連帯強化 ○コミュニティ形成の努力 1. 個人の自立と自助努力 2. 核家族の自立と相互扶助 3. 職場での相互扶助 4. 地域社会での相互扶助 5. 国家・地方自治体を通しての公的 扶助支援	1984 健康保険法の改正 10%の医療費自己負担→受診率の引き下げ 社会福祉・医療事業団法 1986 機関委任事務整理合理化 →法律制定 措置業務→団体委任事務に転換、自治体の責任と役割増大 基礎年金制度の導入 1990 高齢者保健福祉10カ年計画 (ゴールドプラン) 1990 福祉8法改定 在宅福祉サービス法定化 / 市町村へ権限移譲(福祉サービスの一元化) / 「老人保健福祉計画」策定の義務化 1994 新ゴールドプラン(福祉、保健、医療の統合化) →市町村責任増大 エンゼルプラン (少子高齢化対策) 1999 ゴールドプラン21, 新エンゼルプラン(保育サービス、雇用環境、母子保健体系、地域児童教育環境、教育負担軽減) 児童養育環境(まちづくり) 地域分権一括法	2000 介護保険法施行 (措置→契約方式への移行) 社会福祉事業法→社会福祉法改正 地域福祉推進の明文化 / 地方自治体の地域福祉計画樹立の法定化 / 社会福祉協議会の機能強化 / 地域福祉の推進) 2005 介護保険の改編	

Summary

고령화 사회와 지역 복지 (14)

—한국인 Social Worker 들이 본 일본 농촌지역복지—

Yoshiyuki Takasaki, Chung Jin Bae and Takeyoshi Higuma

본 조사연구는 한일의 연구자 및 소셜 워커로부터 되는 한일 농촌지역 복지 조사연구 그룹을 결성하여 한국과 일본에 있어서 저출산·고령화, 인구 감소화가 가장 심각한 농촌지역에서의 복지 현황과 시책을 조사 연구하여 양국의 농촌 지역복지의 문제·과제를 명확히 하면서 양국의 정책에 유익한 시사점을 발견하는 것, 사회 복지 실천에 있어서의 국제 공헌으로 연결되는 것을 목표로 했다.

조사는 2007 년 8 월 4 일부터 8 월 11 일까지 히로시마현 야마가타군 키타히로시마정에서 게이호쿠 호리스틱센터를 중심으로 지역포괄 의료시스템에 관한 조사를 실시했다.

조사 연구로부터 얻을 수 있던 결론을 말하면, 농촌 지역사회에 있어서 심각한 저출산·고령화, 지속적인 인구 감소와 장수화에 의한 의료·사회복지·공적부조 비용 부담의 증가 및 지역의 활력 저하나 동일 행정구역내에서의 지역 격차의 출현 등이 한일 공통의 사회 문제로서 확인되었다. 또 한일 양국 모두 전통적으로 가족의 책임인 노후 보장으로서의 부양·개호가 가족의 붕괴에 의해서 기능 상실하여 그 없어진 가족 개호 기능의 대신로서 복지국가의 형성이 목표로 해졌지만 버블 붕괴 후 재정적 문제로부터 최종적으로 지역과 개인에게 그 책임이 옮겨진 것도 재차 확인되었다.

이러한 상황하 한일 양국에서의 지역복지는 전인적 복지의 구축이 진행되고 있다. 즉 이용자의 속성에 의한 세로 시선의 복지 만이 아니고 지역 주민 모든 일상생활 장면을 중심으로 복지서비스가 제공되는 종합적 복지제공 체계 구축과 적극적인 주민참가에 의한 복지의 마을 만들기의 추진이 확대를 보이고 있다.

곧 노인장기요양보험 시행, 국민모두 연금 만액 수급 개시, 행정구역 재편의 움직임이 있는 한국과 개호보험법의 개정, 후기 고령자 의료제도 등의 새로운 제도의 시행 개시에 가하여 지역간 합병 후, 수년이 경과한 일본의 농촌 지역에 서의 지역 복지가 향후 어떻게 변모해 나가는지를 향후도 계속적인 조사 연구가 필요하다.