

資料 9 母子保健法

1973年2月8日
法律第2514号

第 1 条〔目 的〕 この法は、母性の生命と健康を保護し、健全な子供の出生と養育を図り、国民の保健向上に寄与することを目的とする。

第 2 条〔定 義〕 この法において使用する用語の定義は次のとおりである。

1. “妊産婦”とは、妊娠中の女子又は、出産後6箇月未満の女子をいう。
2. “乳幼児”とは、出生後6年未満の者をいう。
3. “不妊手術”とは、生殖腺を除去せずに生殖を不能にする手術をいう。
4. “人工妊娠中絶”とは、胎児が母体外で生命を維持することのできない時期に胎児とその附属物を人工的に母体の外部に排出させる手術をいう。
5. “受胎調節”とは、妊娠可能な者に対しその願により、前もって、手術によらずに避妊器具又は、避妊薬等にて避妊を可能にするとか、その避妊を中止させて妊娠を可能にする調節行為をいう。
6. “母子保健要員”とは、医師・助産員・看護員・看護補助員の免許を受けた者で、母子保健事業に従事している者をいう。
7. “家族計画要員”とは、医師・助産員・看護員・看護補助員の免許を受けた者又は保健社会部令にて定める資格を持った者で、家族計画事業に従事する者をいう。
8. “母子保健事業”とは、妊産婦又は、乳幼児に対し、専門的な医療奉仕を行って、精神的・身体的健康を維持させる事業をいう。
9. “家族計画事業”とは、家族の健康と家庭経済の向上のため受胎調節に関する専門的な医療奉仕・啓蒙又は、教育を行う事業をいう。

第 3 条〔母子の尊重〕 国家又は、地方自治団体は、乳幼児の健全なる発育を図るため、母性と乳幼児に対する疾病と事故の予防、疾病の早期発見と治療等に関して、必要、適切な措置をとらねばならない。

第 4 条〔母性等の義務〕

- ① 母性は妊娠・出産等に当って、自己の健康に関する正しい理解と関心を持って、その健康管理に自発的に努力しなくてはならない。
- ② 乳幼児の親権者・後見人その他乳幼児を保護している者は、育児に対する正しい理解をもって、乳幼児の健康増進に積極的に努力しなくてはならない。

第 5 条〔安全出産措置〕 ソウル特別市長・釜山市長・市長又は、郡守は、妊産婦の安全出

産と健康のため妊産婦が医療機関に対し、出産のための入院を要請した場合には、医療機関を指定して、妊産婦が安全出産と医療が受けられるようにしなくてはならない。同じく、妊産婦が家庭にて出産をするため、助産を要請する場合には、母子保健要員をして助産に当らせることができる。

第 6 条〔乳幼児の健康管理〕 ソウル特別市長・釜山市長・市長又は、郡守は、管轄区域内の乳幼児に対し、定期的に健康診断・予防接種その他の保健管理に関して、必要な措置をとることができる。

第 7 条〔受胎調節〕 受胎調節に関する一般的な実施指導は、医師・助産員・看護員・看護補助員又は、保健社会部令にて定めた一定の訓練を受けた者でなければ、これを行うことはできない。子宮腔内に避妊用器具を挿入する受胎調節は、医師その他大統領令にて定められた者でなければ、これを行うことはできない。

第 8 条〔人工妊娠中絶手術の許容範囲〕

① 医師は次の各号のひとつに該当する場合に限って、本人と配偶者（事実上の婚姻関係にある者を包含する。以下同じ）。の同意を得て人工妊娠中絶手術を行うことができる。

1. 本人又は、配偶者が、大統領令にて定めた優生学的又は、遺伝学的な精神障害と身体疾患のある場合。
2. 本人又は、配偶者が、大統領令にて定める伝染性疾患のある場合。
3. 強姦又は、準強姦により妊娠した場合。
4. 法律上婚姻のできない血族又は、姻戚間による妊娠の場合。
5. 妊娠の持続が、保健医学的な理由で、母体の健康に甚しく害を与えているとか、害を与える憂慮のある場合。

② 第 1 項の配偶者の同意に当って、配偶者が、死亡・失行・行方不明その他やむを得ない理由により、同意を得られない場合には、本人の同意だけで、その手術を行うことができる。

③ 第 1 項の場合に、本人又は、配偶者が心身障害で意思表示を行うことができないときは、その親権者又は、後見人の同意をもって、同じく親権者又は、後見人のいないときには、扶養義務者の同意をもって、その同意に代えることができる。

第 9 条〔不妊手術手続きと訴訟の提起〕

① 医師が、患者を診断した結果、大統領令に定めた疾患に罹病していることを確認して、その疾患の遺伝又は、伝染を防止するため、その患者に対し不妊手術を行うことが公益上必要であると認定するときには、大統領令の定めるところに従い、保健社会部長官に対し、不妊手術対象者の件を報告しなくてはならない。

- ② 保健社会部長官が、第1項の規定による報告を受けたときには、大統領令の定めるところに従って、その患者に対し、不妊手術を受けるよう命令することができる。
- ③ 第2項の規定による保健社会部長官の命令を受けた者が不服のあるときには、命令を受けた日から2週間以内に、その命令の取消しを求める行政訴訟を提起することができる。行政訴訟を提起された場合には、第2項の命令は判決が確定するまで、その効力が停止される。
- ④ 保健社会部長官は、大統領令の定めるところに従い医師を指定して、第2項の規定による不妊手術命令を受けた者に対し、不妊手術を行わせねばならない。

第10条〔国庫補助等〕 国家は、予算の範囲内で、次の各号の経費を補助することができる。

1. 事業に必要な要員に対する所要経費
2. 負担能力のない者に対する助産経費
3. 第9条による不妊手術費と負担能力のない者に対する不妊手術費
4. 家族計画事業を行う団体で、保健社会部長官の指定する団体に対する事業費

第11条〔罰 則〕 第7条の規定に違反した者は、1年以上の懲役又は、50万ウオン以下の罰金に処す。

第12条〔刑法の適用排除〕 この法に依る人工妊娠中絶手術を受けた者と手術を行った者は、刑法第269条第1項、第2項と、刑法第270条第1項の規定に拘わらず処罰しない。

第13条〔医療法の適用排除〕 この法の規定による母子保健要員中、看護員と看護補助員が、第5条の規定によって行う助産行為に対しては、医療法第25条と第65条の規定を適用しない。

第14条〔施行 令〕 この法の施行に関して、必要な事項は、大統領令をもって定める。

附 則

この法は、公布後90日経過した日から施行する。

母 子 保 健 法 施 行 令

1973年5月28日
大統領令第6713号

改正

1981年11月2日領10566号

第1条〔目 的〕 この令は、母子保健法（以下“法”という）の施行に関して必要な

事項を規定することを目的とする。

第 2 条〔受胎調節〕 法第 7 条にて“その他大統領令にて定める”者とは、助産員又は、看護員の名称を受けた者で、国立保健院・家族計画研究院又は、保健社会部長官の指定する医療機関等にて、保健社会部長官が定め、召集した訓練課程を 2 カ月以上履修した者をいう。（1981 年 11 月 2 日領 10566 号で改正）

第 3 条〔人工妊娠中絶手術の許容範囲〕

- ① 法第 8 条の規定による人工妊娠中絶手術は、妊娠した日から、28 週以内に在る者に限り行うことができる。
- ② 法第 8 条第 1 項第 1 号の規定による、優生学的又は、遺伝学的精神障害、あるいは、身体疾患とは次の各号に掲げるものがある。
 1. 遺伝性 精神分裂症
 2. 遺伝性 うつ病
 3. 遺伝性 てんかん
 4. 遺伝性 精神薄弱
 5. 遺伝性 運動神経失調症
 6. 目まい
 7. 顕著な遺伝性犯罪傾向のある精神障害
 8. その他遺伝性疾患の胎児における発生頻度が 10%以上の危険性のある疾患
- ③ 法第 8 条第 1 項第 2 号の規定による伝染性疾患とは、伝染病予防法第 2 条第 4 項に規定された伝染病を指すものとする。

第 4 条〔不妊手術対象者報告と命令等〕

- ① 法第 9 条第 1 項の規定による不妊手術対象者は、第 3 条第 2 項第 1 号に該当する疾患の疑いのある者とする。
- ② 医師が第 1 項の規定による不妊手術対象者を発見した時には、保健社会部令の定めるところに従い遅滞なく管轄保健所長に対し、その事実を報告しなくてはならない。
- ③ 第 2 項の報告を受けた保健所長は、保健社会部令の定めるところに従い、遅滞なくソウル特別市長・釜山市長又は、都市市長を経て保健社会部長官に対し、その事実を報告しなくてはならない。
- ④ 保健社会部長官は、法第 9 条第 1 項の規定に従って、不妊手術の命令を発令するときには、家族計画審議委員会の審議を経なくてはならない。

第 5 条〔不妊手術担当医師の指定〕 保健社会部長官は、法第 9 条第 4 項の規定により不妊手術を行う医師を指定するときには、次の各号のひとつに該当する医師の中から指定しなくてはならない。

1. 産婦人科専門医師
2. 泌尿器科専門医師
3. 外科専門医師
4. その他、一定の期間、不妊手術に関する教育を受けた医師

第 6 条〔補修教育〕 保健社会部長官は法第 5 条の規定による助産行為を行う母子保健要員中の看護員と看護補助員に対しては、保健社会部令の定めるところにより、助産に関する補修教育を実施しなくてはならない。

第 7 条〔施行規則〕 この令の施行に関して必要な事項は、保健社会部令にて定める。

附 則

この令は、公布された日から実施する。

母子保健法施行規則

1973年8月13日
保健社会部令第420号

第 1 条〔家族計画要員の資格〕

- ① 母子保健法（以下“法”という）第 2 条第 7 号にいう、“保健社会部令にて定めた資格を持った者”とは、高等学校を卒業した者又は、これと同等以上の学力があると認定された者で、家族計画研究院において 2 週間の家族計画に関する訓練課程を履修せる者をいう。
- ② 第 1 項の規定による訓練課程を履修せる者は、法第 7 条の規定による受胎調節に関する一般的な実地指導を行うことができる。

第 2 条〔受胎調節の訓練機関〕

- ① 母子保健法施行令（以下“令”という）第 2 条の規定により保健社会部長官が、受胎調節の訓練機関として指定できる医療機関等は、総合病院、産婦人科専門科目の設置されている病院又は、保健所に限る。
- ② 第 1 項の規定により、保健社会部長官の指定を受けようと願う医療機関等は、別紙第 1 号書式による受胎調節訓練機関指定申請書を、保健社会部長官に対し提出しなくてはならない。
- ③ 保健社会部長官は、第 2 項の申請書を受けて医療機関等を指定するときには、別紙

第2号書式による受胎調節訓練機関指定書を申請機関に対し発行する。

第3条〔訓練課程〕

- ① 令第2条の規定による訓練課程は次のとおりであるが、訓練時間は、1日6時間（土曜日は3時間）を基準とする。

区分	期間	訓練内容
講義	14日以上	助産学・産婦人科領域の解剖生理と病理学
実習	16日以上	内臓と子宮内への装置挿入についての細かい実技の実習

- ② 第1項の規定による訓練を履習した者に対しては、別紙第3号書式による修了証を発行する。

第4条〔不妊手術対象者報告と命令〕

- ① 令第4条第2項の規定による報告は、別紙第4号書式による不妊手術対象者発見報告書によるが、不妊手術対象者を発見した日から7日以内に報告しなくてはならない。
- ② 令第4条第3項の規定による報告は、別紙第4号書式による不妊手術対象者発見報告書によるが、第1項の報告を受けた日から5日以内に報告しなくてはならない。
- ③ 法第9条第2項の規定による不妊手術の命令は、別紙第5号書式によるものとする。

第5条〔不妊手術担当医師の指定〕

- ① 保健社会部長官は、法第9条第4項と令第3条の規定による不妊手術を行う医師を指定する時には、管轄のソウル特別市長・釜山市長又は、道知事をして推薦させることができる。
- ② 不妊手術担当医師の指定は、別紙第5号書式によるものとする。

第6条〔補修教育〕

- ① 令第6条の規定による看護員の補修教育は、令第2条の規定による訓練課程を履習し、これに代えることができる。
- ② 令第6条の規定による看護補助員の補修教育は、令第2条の規定による機関において行うが、その訓練課程は次のとおり。この場合、訓練時間は、第3条の規定に準ずる。

区分	期 間	訓 練 内 容
講義	28日	助産学・新生児看護学・臨産ケ イスの示範・麻酔学・公衆保健 学・医療関係法律
実習	92日	実技・実習

附 則

この令は、公布した日から施行する。

韓国母子保健プロジェクト資料

第5次 経済社会発展 5ヶ年計画

保健医療および社会保障部門計画
(仮訳)

1982～1986

1981

保健医療計画班

社会保障計画班

国民教育憲章

我々は民族中興の歴史的使命を担ってこの韓国の地に生れた。

祖先の輝かしい精神を今日再び生かえらして、内にあっては自主独立の姿勢を確立し、外に対しては人類の共栄に貢献すべきときである。

ここに我々の進むべき道を明らかにして教育の指標とする。

誠実な心と強健な体で学問と技術を習得し、持って生れた各自の素質を開発して我々の立場を躍進の土台として、創造の力と開拓の精神を育てる。また公益と秩序を優先にし、能率と実質をあげて、敬愛と信義に根をおろした相互扶助の伝統を受継いで、明朗にして温かい協同精神を培う。

我々の創意と協力を基にして国家が発展し国家の育成が己の発展の根本であることを自覚して、自由と権利に伴う責任と任務を果たして、自ら進んで国家の建設に参加して奉仕する国民精神をより高める。

防空・民主の精神に徹した愛国・愛族精神こそ我々の生きる道であり、自由世界の理想を実現する基盤である。それゆえ永遠に子孫に引継ぐ栄光に満ちた祖国統一の将来を考えて、信念と矜持をもった勤勉な国民として、民族の聡明さを集めた力強い努力で新しい歴史を創造しよう。

1968年12月5日

発 刊 の 辞

正しい福祉社会建設を国政の基本目標として提示している第5共和国の発足とともに、国民の健康保護と社会福祉の増進を主たる任務としているわが保健社会部の役割と機能が大きく増大している。振かえって見ると戦後50年代までは取戻した国の基盤を強固にするため、対外的に政治的役割が何よりも強調され、60年代初期から70年代中頃までは国民の貧困さをなくすため、経済開発が政策の最優先課題となって効果的に推進された。

併しながら70年代後半に入ってからには経済成長優先の政策追及により惹起された多くの社会経済的な問題点を解決してゆくと同時に、80年代福祉国家建設の意志闡明とともに漸次高まっている国民の福祉欲求に対応してゆくため、社会開発が主要政策課題の一つとして採択されて第4次計画からは経済開発と併行して社会開発を本格的に推進することになった。

当部においてはかかる社会開発計画の一環として1977年に医療保険・医療保護等の医療保障制度を最初に実施して、国民保健の向上に画期的な転機をもたらした。特に1981年には老人福祉法・障害者福祉法等を制定公布して、社会福祉増進のための制度的必要条項を整えた。1982年から始まる第5次経済社会発展5ケ年計画期間中にはその間に整えられた制度的必要条項を基にして、国民保健を一段と向上させ社会福祉をより一層増進させるよう拍車をかける計画である。これ等を実現させる具体的施策としては医療保障制度を漸次拡大実施して、80年代末には全国民が医療保険の恩恵を受けられるようにし、また医療保障の拡大に伴って漸次その需要が増えると思われる医療要員と病床等医療資源を含めた保健医療の基盤も確充してゆく計画である。

同じく低所得零細庶民の自活能力を培養して彼等に対し自立更生の基盤を準備し与えて、障害者・老人・不遇児童等の社会的脆弱階層のため各種の社会福祉施設を拡充してゆくと同時に、これと関連した諸制度と法令も体系的に整備補完してゆく計画である。

80年代には我々全てが望んでいる正しい福祉社会を期して達成できるよう、保険社会分野に従事する我々全ての公職者一同は、最善をつくして受持った任務を誠実に遂行する覚悟であるゆえ、国民各位も福祉社会建設に積極的な参加と協調があるよう願うのである。

1982. 5

保健社会部 長官 キム・ゲョン・ヘ

序 文

去る60年代と70年代の高度経済成長は、国民所得の増加と生活環境の改善等国民生活の全般的向上をもたらした。併しながら経済の発展による都市の産業化が進展するにつれ、公害による各種の新たな疾病が発生するにいたった。また生活様式の変化で高血圧・糖尿病等の成人病と社会構造の複雑多岐化に因る精神病が急増するようになって国民の健康は大きな脅威を受けるに至った。同じく所得と富の隔差の深刻化、失業、産業災害等各種の社会的事故と危険の増加とともに、平均寿命の伸びと核家族化等にて老令人口の増加、非行青少年、未婚の母等多くの社会経済的な問題が現われるようになった。

一方、80年代に入って福祉に対する受惠欲求と期待感が漸次高まっているので現政府は憲法上にて幸福追求権、健康権、環境権等各種の福祉権を強化し、同じく福祉社会建設を国政の基本指標として提示する等、福祉社会建設の意志が5,000年の歴史の中でかつてない程強烈に表明されている。

このような状況のもとで、いまだ新たに第5次経済社会発展5ヶ年計画の中で保険医療と社会保障部門計画を樹立発表するに至ったことは極めて意義深いことと云うべきである。

5次5ヶ年計画期間の間に社会保障部門計画に於いては“国民保健の向上と最低生活の保障”を政策の基調として、

第一、保健医療の平等と公益性の提高のため、医療保障を拡大実施して医療基盤を継続拡充してゆくはずである。

第二、低所得の零細民と障害者等のため従来の単純な生活保護の方法を脱皮して、自立と自活能力を培養して自立更生の基盤を備えることができるようにする。

第三、先進国の福祉制度に対する諸般の欠点を調べて韓国の実情に適した福祉の型を開発して、これを段階的に発展させてゆくと同時に

第四、韓国社会の伝統的強さである家族制度と隣保協同精神を最大限に維持発展させながら日毎に増加している各種の社会問題と社会的倫理道德の退潮に対処してゆくはずである。

この部門計画書が作成発表される前までは、保健医療と社会保障部門の実務作業班を中心とした、関係専門家の広範囲な参加のもとに数次にわたる討議と調整が行われていたのである。

何卒、この計画が成功的に推進されて、80年代福祉社会建設のための礎石となるようお願い、終りにこの部門計画樹立の責任者としてその間これに参加された関係同僚・公職者各位の労苦に対し深い感謝の念と祝辞の意を表する次第である。

1982. 5

保健医療及び社会保障部門 実務計画班長

企画管理室長 イ・トック ホ

総 目 次

	原本	訳文
保健・医療部門計画	1	11
第1章 保健医療施策の背景と現況	1	18
第2章 主要政策方向および課題	9	27
第3章 部門別 計画	13	31
社会保障部門計画		
第1章 社会保障の現況	121	135
第2章 計画の方向および目標	128	143
第3章 部門別 計画	131	147

保健・医療部門計画

目 次

	原本	訳文
第1章 保健医療施策の背景と現況	1	18
第1節 背景	1	18
第2節 保健医療の現況	2	19
第2章 主要政策の方向と課題	9	27
第1節 計画の基調	9	27
第2節 主要政策課題	9	27
第3節 政策手段の展開	11	29
第4節 保健医療の主要計画目標	12	30
第3章 部門別 計画	13	31
第1節 保健医療基盤の確立	13	31
第2節 公衆保健の管理強化	32	54
1. 急慢性伝染病の早期退治	32	54
2. 国民栄養の改善	48	73
3. 母子保健の増進	53	78
4. 精神疾患の管理対策	58	84
5. 成人病対策	65	91
6. 優秀医薬品の生産基盤造成	69	97
7. 食品の品質管理強化	74	102
8. 簡易給水施設	77	106
9. 火葬場および納骨堂の増設	80	109
第3節 保健情報 管理体系の改善	82	112

図 表 目 次

		原本	訳文
<表 1>	平均寿命と国民の栄養状態	3	21
<図 1>	平均寿命と国民栄養の国際比較	3	21
<表 2>	乳児および母性の死亡率	4	22
<図 2>	乳児および母性死亡率の国際比較	4	22
<表 3>	医療資源とその利用	5	23
<図 3>	医師および病床当り人口数の国際比較	6	24
<表 4>	国民総保健医療費の支出	7	25
<表 5>	保健医療費支出水準の国際比較	8	26
<表 6>	医療費価格指数	8	26
<表 7>	医療資源の分布現況	14	32
<表 8>	地域別人口の診療圏接近の時間帯	14	33
<表 9>	医療保険受診率の推移	15	34
<表 10>	医療費の増加推移	16	35
<表 11>	報酬別 決定方法と差等率	17	36
<表 12>	医療人力の推移および活用率	18	38
<表 13>	医療人力構成の国際比較	20	39
<図 4>	医療伝達体系の都市・農村型	23	43
<表 14>	無医地域解消計画	25	46
<表 15>	医師需給推計 模型	27	49
<表 16>	年度別 医師需給推計	28	49
<表 17>	病床の需要推計 模型	30	52
<表 18>	年度別病床需要推計と増設計画	30	52
<表 19>	公共保健医療施設の拡充計画	31	53
<表 20>	民間地域病院の建立計画	31	53
<表 21>	年度別伝染病の発生状況	32	54・55
<図 5>	結核有病率の推移と国際比較	35	57
<図 6>	癩病有病率と国際比較	36	59
<図 7>	癩患者の管理現況	37	60
<表 22>	寄生虫感染率の推移	38	61
<表 23>	慢性伝染病感染率の低下目標	39	63

	原本	訳文
<表 24> 急性伝染病の年度別事業計画	41	65
<表 25> 結核事業管理計画	43	68
<表 26> 癩病管理計画	45	70・71
<表 27> 寄生虫管理計画	47	72
<表 28> 熱量および蛋白質摂取量	48	74
<表 29> 穀類および動物性食品摂取量	49	74
<表 30> 栄養障害症候 発見者数	49	74
<表 31> 栄養改善事業の計画	52	78
<表 32> 母子保健対象人口	53	79
<表 33> 母性および乳児死亡率	54	79
<表 34> 母性・乳児死亡率の国際比較	54	80
<表 35> 安全分娩率	54	80
<表 36> 施設分娩率	55	80
<表 37> 産前診察率	55	81
<表 38> 母子保健事業計画	57	83
<図 8> 精神疾患者の実態	58	84
<表 39> 精神疾患 専門医療要員の現況	59	85
<表 40> 精神疾患診療機関と病床数	60	86
<表 41> 精神科病床数の国際比較	60	86
<図 9> 診療専門担当体系図	62	88
<表 42> 専門医療要員確保計画	63	89
<表 43> 精神病床増設計画	63	89
<表 44> 市・道保健所に精神保健要員の配置計画	64	90
<表 45> 原因別 死亡率	65	92
<表 46> 主要成人病の種類別感染率	66	93
<表 47> 診病圏の区分	68	95
<表 48> 年度別 細部事業計画	69	97
<表 49> 医薬品等の製造企業と品目現況	70	98
<表 50> 医薬品等の検定と取締実績	71	99
<表 51> 薬効再評価の事業実績	72	100
<表 52> 薬効再評価の事業計画	73	102
<図 10> 都市民の食料品費支出中の加工食品比率	75	103

		原本	訳文
<表 53>	食品企業の現況	75	104
<表 54>	衛生検査の実態	76	104
<表 55>	簡易給水施設の設置実績	78	106
<表 56>	簡易給水施設の設置計画	79	108
<表 57>	墳墓の現況	80	109
<表 58>	火葬の年度別推移	80	109
<表 59>	火葬率提高計画	81	111
<表 60>	火葬場および納骨堂設置計画	82	111
<表 61>	調査統計の現況	83	112
<図 11>	保健状報の報告体系	84	113
<表 62>	年度別 投資計画	88	117

第1章 保健医療施策の背景と現況

第1節 背 景

健康な生活の享有は衣・食・住の問題とともに国民各位の必須的・基本的欲求であり、同じく国民の健康は経済発展の原動力である労働生産性向上の主要素となっている。

国民の所得が高まるにつれ健康に対する国民の関心はだんだん高まっており、同じく近頃になって保健医療問題は、従来個人的運命とか責任と認識されていた考えが変わって、国家とか社会が責任を負わねばならない課題になっている。特に都市産業化社会の進展に伴って各種の職業病、精神病、公害による多くの保健阻害要因の増加は、政府の積極的な役務を促す契機となっている。

従って政府においては、保健医療問題を経済と社会開発を同時に追求するための基本戦略の一つとして取上げて推進している。特に第5共和国になってからは憲法上に国民健康権を明示して、制度的な保障の基盤を整えて韓国は1977年から医療保険、医療保護などの医療保障制度を実施して、1981年末現在全国民の約39%がその恩恵を受けている。医療保障制度が実施されると、その間潜在していた医療需要が、急速に顕在化する勢いである。国民の生活と意識の向上は医療需要を一層増大させる要因となり、国民の漸増する医療需要を満たすため適正な医療資源の確保と安い価格で保健医療サービスを提供することのできる制度の開発等、供給側からの問題を再検討しなくてはならない転換期を迎えるに至った。

従って第5次計画においてはかかる諸般の条件を考慮して、全ての国民が何時どこにいても必要とする保健医療サービスを受けられるように保健医療サービスの平等と公益性を高めてゆくことのできる持続的な政策を推進してゆくはずである。

第2節 保健医療の現況

韓国は去る60年代と70年代の経済成長に力を得て、食生活の向上と生活環境の改善、保健医療サービスの拡充に伴って国民保健の水準は大きく向上したが、先進諸国の水準に較べると未だに大きく遅れている。

急速な都市産業化社会の進展にて環境汚染の深刻化と精神病および成人病が大きく増加する勢である反面、結核、癩病等の慢性疾患は漸次減少してはいるが、先進国に比較して未だに後進性を免れずにいる。

1. 平均寿命と国民の栄養状態

韓国の平均寿命は1970年の63.2才から1980年には65.9才に10年の間に2.6才が伸びた。国民の栄養状態も大きく向上して1980年には成人1人が一日に摂取するカ

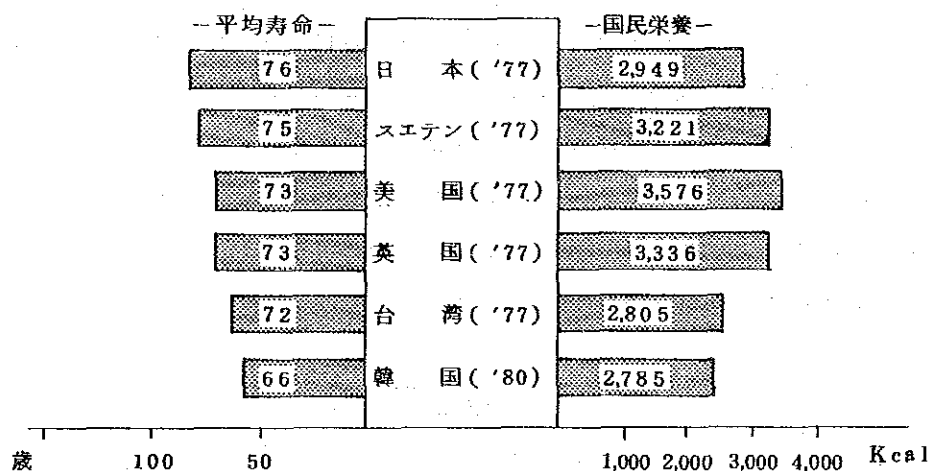
ロリが2,785 Kcal, 蛋白質量が84gでその中の動物性蛋白質が20.3gに増加するに
 いたった。

併し次の(図1)にて見られるように平均寿命は日本より約10年も短く, 国民の栄養面
 においても米国等の先進諸国の水準に遠く及ばないのである。

<表1> 平均寿命と国民栄養状態

区 分	単 位	1970	1975	1980
平 均 寿 命	歳	63.3	-	65.9
カロリー摂取量(1人1日)	Kcal	-	2,704	2,785
蛋白質摂取量(1人1日)	g	-	69.1	84.0
動物性蛋白質(1人1日)	g	-	14.3	20.3

<図1> 平均寿命と国民栄養の国際比較



(資料:世界銀行報告書, 1980)

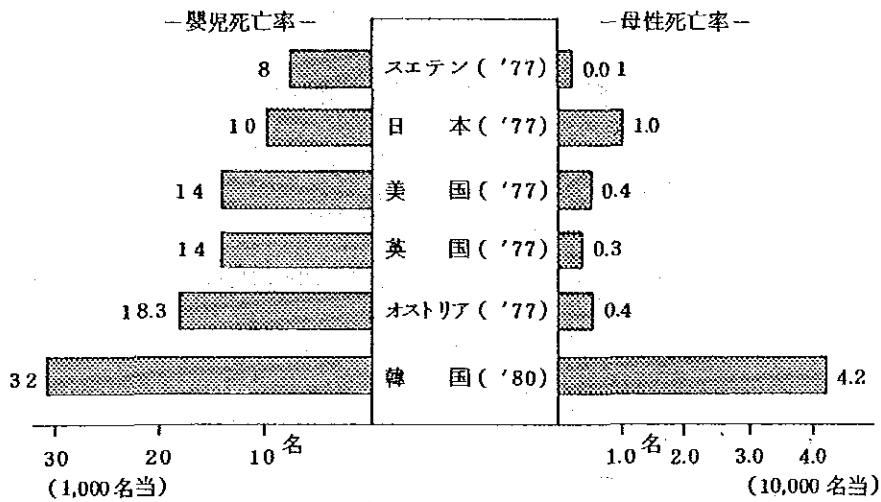
韓国の乳児および母性の死亡率は徐々によくなっており, 医療人に依る分娩介助率も1975
 年の20.1%から1980年には50.5%に大きく向上したが, 未だに乳児の死亡率はスウ
 ェーデンの4倍, 母性死亡率は日本の4.2倍の高い水準にあるので母子保健増進の対策が切
 実に要請されている。

<表2> 乳児および母性死亡率

区 分	単 位	1970	1975	1980
母 性 死 亡 率	万名当	8.3	5.6	4.2
乳 児 死 亡 率	千名当	53.0	38.0	32.0
分 娩 介 助 率	%	—	20.1	59.5

(資料：保社部)

<図2> 乳児および母性死亡率国際比較



(資料：世界銀行報告書, 1980)

3. 医療資源およびその利用

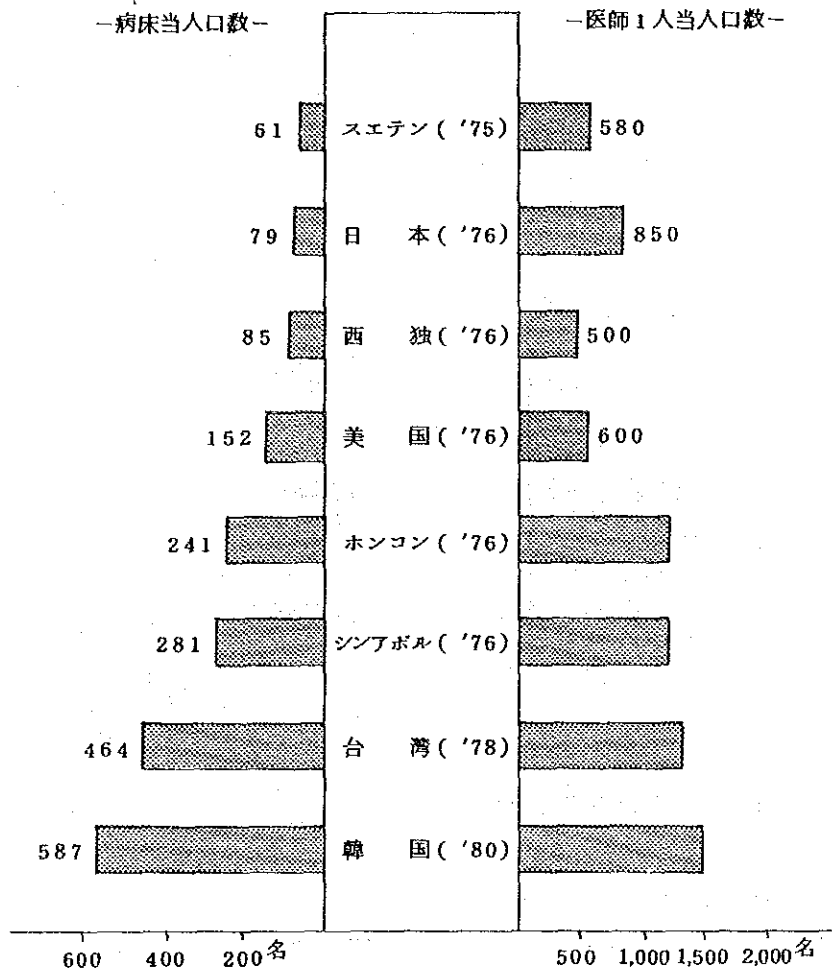
韓国の医療資源は過去10年間に大きく拡充され、1980年末現在の医師数は25,579名、病床数は65,036個にいたっている。同じく病床利用率も1977年から始まった医療保障制度の影響を受けて1970年度に58.4%であったのが1980年には75.9%に大きく高まった。

<表3> 医療資源とその利用

区 分	単 位	1970	1975	1980
医 師 数	名	18,184	19,558	25,579
医師1人当人口	名	1,773	1,801	1,493
病 床 数	個	33,940	47,582	65,036
病 床 当 人 口	名	909	796	587
病 床 利 用 率	%	58.4	55.6	75.9

併しながら病床当りの人口数および医師1人当りの人口数にあつては、先進国は勿論のことと同じ途上国であるシンガポール・台湾の水準にも及ばない実状である。

〈図3〉 医師および病床当人口数の国際比較



(資料：世界保健機構)

4. 保健医療費の支出現況

韓国の保健医療費対GNPの比率は1971年の2.8%から1977年には3.4%に増加して政府予算にて保健費がしめる比重が漸次高まっている。政府予算にて保健費がしめる比重が高まってはいるが、総歳出予算の場合1%の水準に過ぎない実情である。同じく国民保健医療費中、公共部門の支出は1977年には951億ウォンで全体の約17%に過ぎない反面、民間部門が4,761億ウォンで全体の約83%をしめており、韓国保健医療サービスの大部分が民間部門に依存していることがわかるのである。

＜表4＞ 国民総保健医療費支出

(単位：百万ウォン)

区 分	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
公 共 部 門	10,643	14,705	16,420	18,044	22,510	32,830	52,240	95,106
民 間 部 門	60,785	76,293	107,846	137,407	214,892	273,696	343,072	476,128
総 医 療 費	71,428	90,998	124,266	155,451	237,402	306,526	395,312	571,234
総医療費対 比 率 (%)	2.7	2.8	3.1	3.0	3.3	3.2	3.0	3.4
政府予算対 保健費支出(%)	—	0.25	—	—	—	0.40	—	1.09
1人当医療費 (ウォン)	2,272	2,859	3,840	4,724	7,095	8,838	11,186	15,861

(資料：韓国開発研究院, 1979)

一方韓国の医療費支出はGNPの規模および人口を勘案して世界各国と比較して見ると、1976年の韓国国民1人当り平均の保健医療費は約23ドルに過ぎない。日本は233ドル、米国は646ドルであるので韓国とは各段の差があり、またGNPに対する保健医療費の比重は、バングラデシュ1.5%、印度2.0%、タイ2.4%、日本4.5%、米国8.7%等である。保健医療費の支出水準は所得に適応した特性を担っていることが窺える。

同じく韓国の1人当りの医療費支出と消費者物価指数を対比して見ると、1971年を基準年度として1977年までの変動率は1人当りの医療費支出率が急増して、消費者物価指数の2.43倍を記録している。従って保健医療費支出の家計に対する負担が徐々に加重していることがわかるのである。

＜表5＞ 保健医療費支出水準の国際比較(1976)

(単位：\$)

区 分	1人当GNP	1人当保健費	保健費/GNP(%)
米 国	7,440	646	8.7
日 本	5,130	233	4.5
韓 国	760	23	3.0
タ イ	380	9	2.4
インドネシア	180	4	2.2
印 度	150	3	2.0
バングラデシュ	110	2	1.5

(資料：WHO, Annual Statistics Report, 1978)

〈表6〉 医療費価格指数

区 分	1971	1975	1977	1979
医療費価格指数<1人当医療費>	100	309	555	
消費者物価指数	100	180	228	309

第2章 主要政策方向および課題策

第1節 計画の基調

保健医療の平等を通じた国民保険の向上

1. 国民医療保障基盤の拡充
 - 医療資源の適正確保および効率性の増大
 - 医療に対する近接性の提高
2. 公益性の提高
 - 公共保健医療機能の拡充
 - 公益性を基にした医療制度の確立
 - 予防保健事業の強化

第2節 主要政策課題

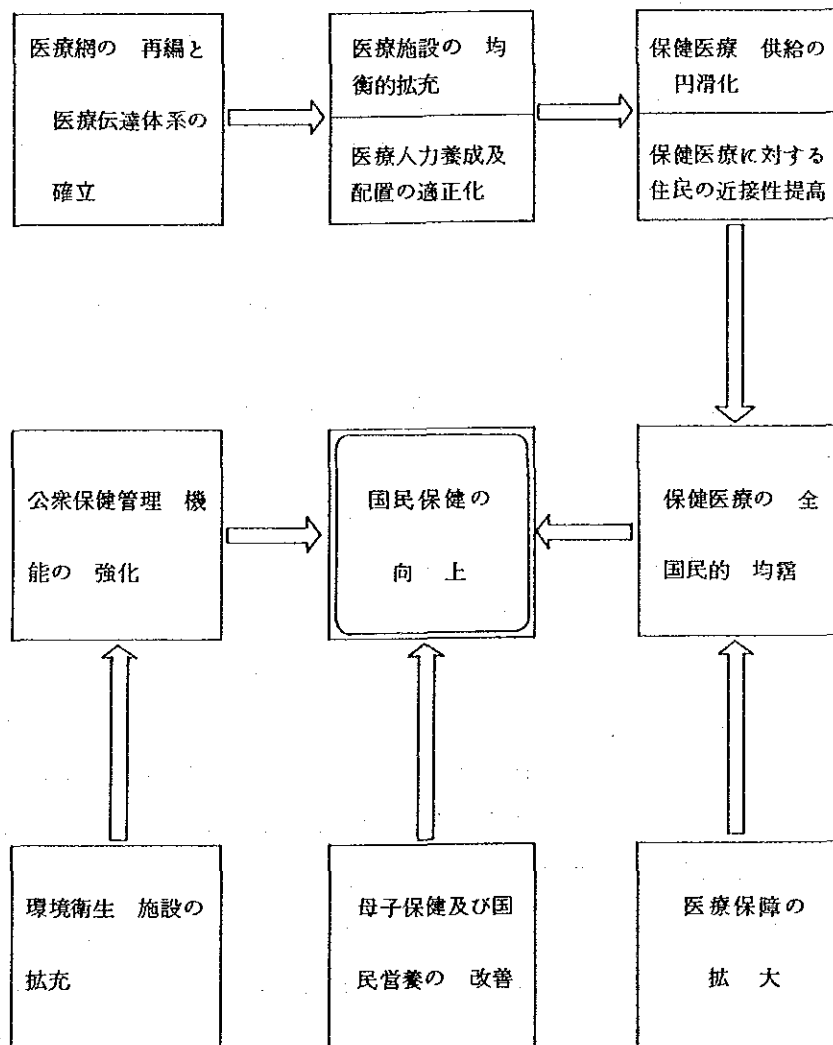
1. 医療資源の効率的活用
 - 合理的医療伝達体系の確立
 - － 全国保健医療網の再編
 - － 医療機能の分担及び後送体系の確立
 - 医療資源の地域間 均衡配置
 - 保健医療人材の効率的活用と養成制度の改善
 - 公共的保健医療機能の拡充
2. 保健医療に対する近接性の提高
 - 農・漁村保健医療水準の向上

- 1次保健医療水準の向上
- 無医地域解消と農・漁村開業の誘導
- o 適正な医療報酬の維持と報酬体系の一元化
- o 医療需要に相応する医療資源の確保

3. 医療サービスの必要性の極小化

- o 予防保健活動の強化
- o 急慢性伝染性疾患の早期根絶
- o 国民栄養の改善
- o 環境衛生施設の拡充
- o 母子保健の増進
- o 精神病および成人病対策の強化

第3節 政策手段の展開



第4節 保健医療の主要計画目標

区 分	単 位	1980	1986
1. 健康状態			
○ 平均寿命	歳	65.9	68.5
○ 人口自然増加率	千名当	16.7	16.1
○ 嬰兒死亡率	〃	32.0	22.0
○ 母性死亡率	万名当	4.2	3.2
○ 分娩介助率	％	59.5	78.0
2. 医療資源			
○ 医師1人当人口	名	1,493	1,227
○ 病床当人口	〃	587	428
3. 農・漁村安全給水率	％	52.0	92.0
4. 疾病罹患率			
○ 結核	％	2.5	1.0
○ 癩病	〃	0.14	0.08
○ 寄生虫(廻虫)	〃	12.2	2.0

第3章 部門別計画

第1節 保健医療基盤の確立

1. 現況および問題点

保健医療サービスは供給独占の傾向が濃く倫理性と公益性が大きいので、自由市場の機能にだけまかすことのできない特性のため、公共機関の介入が当然であるにも拘わらず韓国の医療供給体系はこれまでは公共機関の介入が程んどないまま民間主導の勝手気ままな状態になっていたが、医療資源の量的増大と医療技術は相当な水準にまで発展したのである。併しながら医療機関相互間の機能分担化が未だにできずに各々が独自に高価な施設と装備投資を行うようになり、かゝる過剰投資は医療費用の上昇と保健医療資源の遊休化と浪費を招き、また一方では医療資源の地域間の不均衡が大きくなり、国民の医療サービス利用慣習がゆがめられて上級医療機関選好性等の問題点を内包しているのである。

1・1 医療資源の都市偏在

医療資源の地域的分布現況は、1980年末現在医師は漢方医を含めて総数25,579名

で、病床数は総数 65,036 床に至っているが、医師は 90% が、病床は 81.9% が都市に偏在しており、まだ医療資源が効率的に活用されずにいるので、農・漁村住民の医療施設に接する機会が少ない実情である。

〈表 7〉にて見られる如く、日本の農村と対比して見ると韓国の医療資源の都市・農村間の分布は極めて不均衡な状態であることが理解できる。

〈表 7〉 医療資源の分布現況

(1980 年末現在)

区 分	都 市	農 村	日 本 農 村
人 口	55.5%	44.5%	30.0%
病 床	81.9%	18.1%	40.4%
医 師	90.0%	10.0%	19.0%

このような医療資源の都市偏在現象と農・漁村生活圏範囲の広域性、交通手段の不十分等にて農・漁村住民の医療に対する近接性 (accessibility) が甚だ低い実情なので、普通の交通手段を用いて最も近い医療機関に到達する所用時間帯は 30 分圏内が 38.4%、60 分圏内に住んでいる住民は 69.7% に過ぎない実情である。

〈表 8〉 地域別人口の診療圏接近時間帯

区 分	全 国 平 均	都 市	農 村
30 分 圏	66.1%	97.4%	38.4%
60 分 圏	83.5%	99.2%	69.7%

資料：KDI

1・2 医療伝達体系の未確立

医院と病院の医療機関相互間の機能未分担化は、必然的に患者診療に当って相互競争を誘発するようになり、結果的には医療機関の大小と診療能力および活用度を無視した高価な医療設備の過多導入現象を招く一方、また患者の上級医療機関選好性により病院への集中現象が起って、医院級の医療機関は施設、装備、人力等の医療資源の浪費と遊休化を招来している。

同じく疾病の軽重に伴う上下医療機関間の輸送体系の如は、単独開業を営む専門医の過多輩出と軽い疾患までも専門医が診療する医療の高度化現象を招き、1次医療機関の重要な役である。医療の需要を少なくする予防医療の役割は程んど見すごされて、全ての医療機関は治療専門の医療供給に重きを置いている実情である。

1・3 医療受診率の急増

最近の医療需要の勢いと供給能力を見ると1977年から医療保障制度が実施されて、国民の医療需要は〈表9〉の如く急増しているが、医療供給はこれに追いつけずにいる実情である。従ってこのような医療資源の不足現象は、今後医療保障受惠対象が拡大するにつれ一層加重されるものと予測される。

〈表9〉 医療保険受診率の推移

区 分	1977	1978	1979	1980
入 院	0.02	0.04	0.04	0.05
外 来	0.54	0.77	1.42	1.95

1・4 医療費負担の加重

年度別医療費の増加推移を見ると〈表10〉にて見られる如く、消費者物価指数のそれよりも遥かに高い比率で増加している。また家計費の中で医療費支出が占める比率もだんだん増加している。

このような現象は全般的に医療需要に較べて医療供給が不足するだけでなく、高価格医療装備の導入等医療施設の過剰投資による医療報酬の上昇と医療保障の拡大実施による受診率の増加にその原因があるものとして分析される。

〈表10〉 医療費増加推移

区 分	1971	1975	1977	1979
医療費価格指数	100	309	555	
消費者物価指数	100	180	228	309

1・5 医療報酬体系の不合理的

韓国の保健医療サービスは自由放任主義の自由市場競争の原理により供給されてきた。また医療報酬も同じく独断的供給価格を堅持している。

このような慣行報酬に決定は全面的に、医療界の裁量事項と云う認識が一般化し、また市・道に於いての専門的な報酬審査決定能力の欠如によって、慣行報酬に対する規制策は、現行医療法の規定があるにも拘わらずその効力をあげることができずにいる。

報酬は慣行報酬の他に1977年から施行された医療保障制度による医療保険報酬と医療保護報酬があり、医療報酬は3元化している実情である。報酬別の決定方法および差等率を比較すると次の如くである。

<表 1 1> 報酬決定方法および差等率

区 分	決 定 方 法	差等率
慣行報酬	医療機関が市・道知事の認可を受けて決定 (医療法第37条)	157
保険報酬	保健社会部長官が定めた基準によって算定した金額 (医療保険法第35条)	100
保護報酬	保健社会部長官が定む (医療保護法第6条)	70

医療報酬の決定には供給者と需要者の利害が相反するだけでなく、現代の国家は全ての国民の健康を保護することが国家の一つの任務として普遍化しており、特に韓国の如く医療保障制度が徐々に拡大している過程では、非保障層の人口が保障人口に比較して遥かに高い報酬を負担せざるをえない現実であるので、医療報酬の合理的な決定が強く要請されるのである。

1・6 医療要員の就業率の低調と供給体系の不合理的

1・6・1 医療要員の就業率低調

1980年末現在韓国の医療要員の総免許者数は168,798名でこの中で現業に従事している要員は47.4%に該当する79,992名にすぎない。

これを転種別に見ると漢方医が88.3%で最も多く、歯科医84.3%、一般医師73.5%、薬剤師が74.5%、看護員が37.5%、看護補助員が29.8%でその就業率が最も低い実情である。

＜表12＞ 医療要員推移および活用率

(単位:名)

職種 年度	区分	計	医師	歯科医師	漢医師	看護員	助産員	看護補助員	医薬技士	薬師
1970	免許者	61,589	14,932	2,132	3,252	14,506	6,182	3,452	2,504	14,648
	従事者		10,355	1,708	2,425	5,685	1,170			12,629
	活用率		69.4	80.5	75.6	39.2	18.9			86.2
1975	免許者	87,416	16,800	2,595	2,788	23,632	3,773	33,433	4,395	19,750
	従事者	58,316	11,258	2,051	2,382	10,998	1,675	14,601	2,532	12,869
	活用率	66.7	67.0	79.0	85.4	46.5	43.0	43.7	57.6	65.2
1979	免許者	153,320	21,279	3,326	2,913	36,905	4,641	53,288	7,517	23,381
	従事者	69,153	14,087	2,543	2,271	14,112	1,426	17,346	3,951	13,917
	活用率	45.4	66.2	76.5	78.0	38.2	30.7	32.6	52.6	59.5
1980	免許者	168,798	22,564	3,620	3,015	40,373	4,833	61,072	8,955	24,366
	従事者	79,992	16,588	3,050	2,661	15,132	1,543	18,219	4,649	18,150
	活用率	47.4	73.5	84.3	88.3	37.5	31.9	29.8	51.9	74.5

1・6・2 保健医療要員構成の不合理的

医療要員は医師の需給を基礎として養成することが合理的であるが、現行の韓国制度は医療要員相互間の構成比率を無視した個々の養成機関の能力による要員供給体系によるため、下記〈表13〉にて見られる如く医師数に比して薬剤師は過多輩出され、歯科医師は少ない等医療要員構成上不合理性を現わしている。

〈表13〉 医療要員構成の国際比較

(単位：名)

国 別	医 師	歯科医師	薬 剤 師	看 護 員
	1人当人口数	1人当人口数	1人当人口数	1人当人口数
韓 国('79)	1,554	11,306	1,608	417
香 港('76)	1,350	7,580	16,990	1,060
日 本('76)	850	2,600	1,420	290
シンガポール('76)	1,340	5,260	7,640	380
カ ナ ダ('76)	580	2,440	1,650	130
メ キ シ コ('74)	1,840	30,930	518,930	1,420
米 国('76)	510	1,150	3,790	170
西 独('76)	500	1,930	2,010	270
ネーデルランド('76)	600	2,990	10,950	300
ニュージーランド('70)	730	2,920	1,310	200

1・6・3 医療要員養成制度の不合理的

一般的に医師の立場は専門医の診療を要する病気が全体の病気の約15%に過ぎないが、専門医の資格を取得しようとする医師数は徐々に増加して1980年末現在、医師に対する専門医の比率は約45%になっておりまた最近に至っては医科大学卒業生の95%が専門医課程を希望していると見られている。

このような現象は専門医課程が医科大学教育過程の延長として必要だとの考えが普遍化している結果であって、必要以上の専門医養成は報酬の上昇要因になるばかりでなく、医療伝達体系を確立するにあたっては障害要因となっている。

看護師の場合も正規の大学にて4年間の教育を受ける修業年限に比べて、活動期間が短期であるばかりでなくその業務内容にあっても単純医療の補助行為にとどまっております、その結果大部分の病医院においては看護師の代わりに給料の安い看護補助員を採用しているため、看護師が効率的に活用されずにいる実情である。

2. 基本政策方向

- 医療網の再編拡充および医療伝達体系の確立
- 農・漁村保健医療水準の向上
- 既存医療資源の効率的活用
- 医療報酬体系の合理的改善
- 医療人材の供給と養成制度の改善
- 医療施設の拡充

3. 部門別細部計画

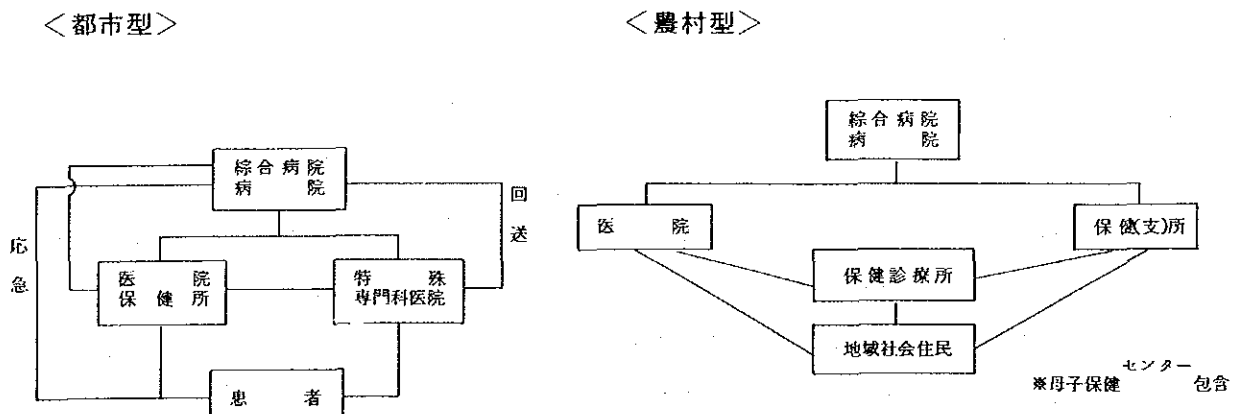
3・1 医療網の再編

全ての国民が必要とする、保健医療サービスが受けられる医療基盤を確立するため、全国的な保健医療網を再編する計画であるので、このため先ず1982年までに全国の地域別既存医療資源の分布現況と人口分布および医療需要、交通の便宜等の諸般の医療条件に対する基礎資料調査を実施し、その結果を土台に生活圏を中心とした全国の保健医療網を再編成して、医療網による診療圏別に適正な医療施設の設置基準を整えて、全国的な保健医療機関の適正配置を期してゆく。

3・2 医療伝達体系の確立

医院または保健所等の1次診療機関は、外来患者の診療と応急処置等の外来診療を担当させ、病院と総合病院は原則的に入院診療だけを専門担当する機能を分担させて、医療サービスに対する親近感を高めながら、専門医の過多輩出に伴う不必要な領域までの医療の高度化現象を止める一方同じく医療資源の重複投資による浪費要因の除去等の効果をあげるため、医療サービスの伝達体系を都市型と農村型に図示すると〈図4〉と同じ

〈図4〉 医療伝達体系の都市・農村型



3・2・1 報酬の調整

医療伝達体系の円滑な運営と2次機関としての役目である患者後送の不履行および過剰診療行為等の非合理要因を除去するため、現行の診療行為別報酬制を人数制または疾病別の包括的報酬制への転換を慎重に検討していく方針である。

3・2・2 医療伝達体系の適用段階

医療伝達体系は全医療機関と全国民を対象に一時に実施するには、先ず医療機関と患者の受入態勢を整えねばならないため、受入態勢を勘案して医療保障対象者から漸次拡大適用できるようにするはずである。

3・2・3 救急医療網の拡充

応急患者の救急診療のため農・漁村地域は保健所と市・道立病院を主軸とする救急診療網を編成し、都市地域は夜間の救急患者申告センターを拡充して救急診療体系を確立する。

3・3 農・漁村保健医療水準の向上

1次の保健医療は保健支所よりも下部単位の農・漁村・僻地の自然部落に保健診療所を設置して、一定期間教育を受けた看護員を保健診療員として養成配置して農・漁村住民に対する予防保健活動と軽微な患者に対する診療を担当させる制度であるので、韓国人口保健研究院の主管のもとに1976年から4年間に互たり3ヶ郡（江原道の洪川、慶北道の軍威、全北道の沃溝）を対象に模範医療を実施した結果大きな成果をあげたのである。

1次保健医療の本格的な実施のため、1981年から1984年までに毎年500名づつ計2,000名の保健診療員を養成配置して、彼等が勤務する保健診療所の施設と装備を補強しながら1次保健医療を定着させるはずだ。

3・3・2 農・漁村医療資源の拡充

農・漁村地域の不足がちな医療施設を継続拡充してゆくため、農・漁村に定着開業を希望する者に対しては租税の減免および金融支援等の融引策を講究する一方、医科大学卒業後農・漁村勤務を希望する学生に対する奨学金制度も継続実施してゆく方針である。

同じく公共医療施設は農・漁村に対し優先的に設置する一方、軍医の余剰人材にて補なっている公衆保健医も継続増員して、1983年までには無医村地域を完全に解消してゆく方針である。

<表14> 無医地域解消計画

区 分	1981	1982	1983	備 考
要 配 置 数	1,321名	1,321名	1,321名	
確 保	870	1,024	1,321	
一 般 医	545	530	500	
公 衆 保 健 医	253	380	766	
奨 学 医	5	20	55	
特 定 医	67	94	-	
不 足	△451	△297	-	

3・3・3 既存医療資源の効率的活用

既存医療資源を効率的に活用するため、

第一、漢方医療の科学化と漢方薬剤の規格化を推進する。

第二、薬局の医療保険参加方法を講究して漢方と薬局の国民保健に対する寄与度を高め、

第三、市・道立病院の運営改善と保健所および保健支所の診療機能を強化しながら、公共保健医療機関の活用率を高める。

第四、1・2次診療機関別に各々保有せねばならない装備の標準を定め、診療機能に対する適正な装備を備えるようにし、また高価な医療装備は診療機能を阻害しない範囲内で、医療機関相互間にて共同利用できる方法を講究して医療装備の活用率を高めてゆく方針である。

3・4 公共医療機能の特性強化

公共医療部門と民間医療部門間で機能が分離されていないので、相互機能の重複ないし競争関係に在る現在の医療供給体系を改善して、公共部門と民間部門が相互協力または補完関係を維持する一方、公共保健医療機関は予防保健事業と結核・精神病等の特殊な疾患を管理し、同じく農・漁村、僻地および低所得層に対する医療サービス機能に重点をおく等、民間部門にて担当が難しい役割を遂行するようにする。そのため公共医療機関としての特性を生かすため、公共部門に対する機能を再調整してゆくはずである。

3・5 医療報酬体系の合理的改善

医療報酬を現在の体系のまま放置した場合、医療に対し国民皆保障が実施される前までは保険報酬と慣行報酬の隔差が存続するため、医療保障の受惠を受けられない国民が現在と同じく医療費負担の加重現象が継続するので医療報酬体系を年次的に一元化してゆく。

このために一般慣行報酬に対しても医療法にて規定せる認可制を実施して、保険報酬と

の隔差を段階的に解消してゆく方針である。

3・6 医療人材の供給および養成制度の改善

3・6・1 医師人材の供給拡大

急増する医師需要を円滑に充足して国民医療保障拡大のためにも、医療施設とともに医療人材の供給が医療需要と均衡しなくてはならない。

特に医療人材を養成するにあたっては長期の時間が所要されるので、医療人材の長期的需給推計が先行せねばならない。医師需要推計模型とこれによる年度別需要推計は、次の〈表15〉と同じであるので同需要推計に従って1982年から1986年まで毎年150名づつ医科大学の定員を増やしてゆくはずだ。

〈表15〉 医師需給推計模型

需 要 推 計

$D = D_t + D_p$	D : 医師総需要
$D = \frac{P \cdot V}{C}$	D_t : 診療医総需要
$V = 2.834 + 0.3166n$	D_p : 予防医総需要
$C = 7,000 + 50n$	P : 総人口
$D_p = \frac{1}{10} D_t$	V : 1人当年間医師訪問回数
1980 : n = 0	C : 医師1人当年間診療能力
1981 : n = 1	
: :	
供 給 推 計	
$S = L - (M + O + R)$	S = 供給医師
	L = 免許発給人員
	M = 死亡
	O = 海外就業
	R = 未就業

〈表16〉 年度別医師需給推計

区 分	1982	1983	1984	1985	1986	1991	1996
需 要 推 計	21,190	23,330	25,530	27,760	30,020	42,010	51,930
現定員	19,160	20,280	21,500	22,990	24,600	35,650	46,440
維持時	過不足	△2,030	△3,050	△4,030	△4,770	△5,420	△6,360
増員時	過不足	△2,030	△3,050	△4,030	△4,770	△5,420	△4,860
							510

3・6・2 保健医療人材養成制度の改善

(1) 一般医師

韓国の医科大学はその教科課程にて実習時間の不足と卒業後に実施される医師資格試験に備えるための理論教育に重きを置くので医科大学6年の課程を終了した後でも患者に対する診療能力が未熟な実情である。

従ってこれを是正して一般医師の患者診療能力を高めるため、教科過程に実習時間を大幅補強して大学6年の課程中最後の一年間は現行のインタン教育を履修するよう義務づける等、医科大学の教科課程を改編し同じく医師国家試験に於いても、理論を主とする筆記試験以外に実技試験を追加する方法を講究してゆくはずである。

(2) 専門医師

一般的には専門医の診療を要する疾患は全疾患の約15%に過ぎないが専門医の数は約45%に達している。最近に至っては医科大学卒業生の約95%が専門医を志願する等、専門医の過多輩出の様相を見せているので、不必要な領域まで高度の医療が行われ、これによって医療人材の浪費と医療報酬の引上要因となっている。

従ってこれを是正するため専門医の数を適正水準に制限してゆく計画である。その一環として現在一連の修練課程になっているインタン課程とレジタント課程を分離して、インタン課程は医師免許取得後の技術習得課程、または一般開業医の補修教育課程化して、その定員は現行と同じく自由にする一方、レジタント定員は厳格に制限する方向に進むはずである。また包括医療提供人材（仮称、家庭医）制度の導入も検討するはずである。

(3) 看護員

韓国の看護員は正規の大学4年間の修業年限に比べその業務内容が単純医療の補助行為にすぎず、医療機関においては看護員の代わりに報酬の安い看護補助員を雇用する傾向が多いので、看護員の活用率も低調な実情である。

従って看護大学の教育内容を改編して、1次の保健医療および助産業務に関する教育を強化して、看護大学を卒業するとき看護員の資格と同時に助産員の資格も与えて、看護員の活用を増大してゆく方針である。

3・7 医療施設の拡充

医療施設の不足現象を緩和するため病床を段階的に増設してゆく方針であるから、この計画期間中に公共部門6,580病床、民間部門2,5920病床、計32,500病床を確保する計画である。

<表17> 病床の需要推計模型

$D = \frac{H \cdot I \cdot P}{365M}$	D = 病床総需要
M = 0.8	M = 病床稼働率
$f_n = 0.038(1 + 0.084)^n$	I = 入院率
$H_n = 13.6(1 - 0.022)^n$	H = 平均在院日数
	P = 総人口

<表18> 年度別病床需要推計および増設計画

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
需 要		78,460	84,540	91,100	98,160	105,760
供 給		71,040	77,280	84,280	91,580	99,400
増 設 計 画	計	32,500	4,140	6,240	7,000	7,820
	公 共	6,580	740	2,240	2,000	1,100
	民 間	25,920	3,400	4,000	5,000	6,200
過 不 足		△7,420	△7,260	△6,820	△6,580	△6,360

計画期間中の公共および民間医療施設の細部拡充計画は<表1.9・20>にて見られる如く、特に民間部門の医療施設の拡充を支援・誘導するため、借款導入の斡旋・金融支援・利差補填の支援および租税減免等の恩恵で選別的に講究していくはずである。

<表19> 公共保健医療施設拡充計画

(単位：個所)

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
市 道 立 病 院						
新 築	6 (1,400 病床)		2 (400)	2 (400)	2 (600)	
改 築	8 (640 ")	4 (320)	4 (320)			
保 健 所						
新 築	20	4	4	4	4	4
改 築	60	25	25	10	—	—
増 築	92	30	30	32	—	—
保 健 支 所	234	75	75	84		
保 健 診 療 所	1,000	250	250	250	250	

<表 20> 民間地域病院建立計画

(単位：個所)

計	1982	1983	1984	1985	1986
293 (25,920病床)	38 (3,400)	45 (4,000)	57 (5,000)	70 (6,200)	83 (7,320)

第 2 節 公衆保健の管理化

1. 急性伝染病の早期退治

1・1 現況および問題点

1・1・1 急性伝染病

韓国の急性伝染病は経済発展と生活環境の改善により、その発生様相が大きく変わってきた。

1960年代には腸チブス、パラチブス、コレラ等の水因性伝染病とチブテリア、百日咳等の呼吸器の伝染病が頻繁に発生して多くの人命の損失があった。

併しながら生活環境の改善および政府次元にての集中的防疫対策により、各種の急性伝染病は<表 21>にて見られる如く漸次減少している。

<表 21> 年度別伝染病発生状況

イ. 第 1 種

区 分	1961	1969	1971	1976	1977	1978	1979	1980
腸チブス	4,982	5,404	3,146	672	304	427	215	201
パラチブス	92	20	5	-	1	4	-	7
赤痢	145	282	306	78	9	40	39	57
チブテリア	914	220	349	493	185	120	80	51
流行性脳脊髄膜炎	9	3	349	-	-	-	-	-
痘瘡	-	-	7	-	-	-	-	-
発疹チブス	41	-	-	-	-	-	-	-
コレラ	1	1,538	-	-	-	-	-	145

ロ. 第2種

区 分	1961	1969	1971	1976	1977	1978	1979	1980
ボ リ オ	2,003	194	61	77	35	2	9	14
百 日 咳	16,887	1,205	1,436	1,177	3,162	713	787	1,554
紅 疫	16,251	5,397	4,192	7,328	5,064	6,149	2,533	5,097
流 行 性 耳 下 腺 炎	7,269	1,961	1,431	1,627	1,607	1,950	1,575	866
破 傷 風	—	—	—	—	4	1	5	1
恐 水 病	—	1	2	1	—	4	—	—
マ ラ リ ヤ	1,083	299	9,914	294	860	—	1	—
猩 紅 熱	2	—	—	—	9	107	48	26
再 熱	5	—	—	—	—	—	—	—
髄 膜 球 菌 性 髄 下 腺 炎	9	3	7	2	3	1	2	3
流 行 性 出 血 熱	—	—	—	—	176	100	73	20
日 本 脳 炎	1,058	76	43	30	101	11	18	107

併し最近になっては過去に相対的に発生率が低かった肝炎、流行性出血熱等のバイロソス性疾患が増加している。特に1980年度後半に入ってから1969年以後発生していなかったコレラが再び集団的に発生して、水因性伝染病と腸疾患伝染病の定着化が憂慮されている。同じく国民等の個人衛生規則の遵守等、国民保健意識が未だに低い実情である。

一方、政府に於いて実施している防疫活動も予算不足で、活発に行われていない実情である。韓国の中央防疫費は国民1人当たり69ウオン(1981年)に過ぎず、日本の1,629ウオン(1979年)、米国の2,975ウオン(1978年)に比べその規模が極めて不足な有様である。

同じく、第1線の市・道保健研究所および保健所の検査と防疫活動に必要な装備も不足または老朽化しており、また防疫に従事する人も不足しているので全国的な防疫体制の確立に対し大きな障害要因となっている。

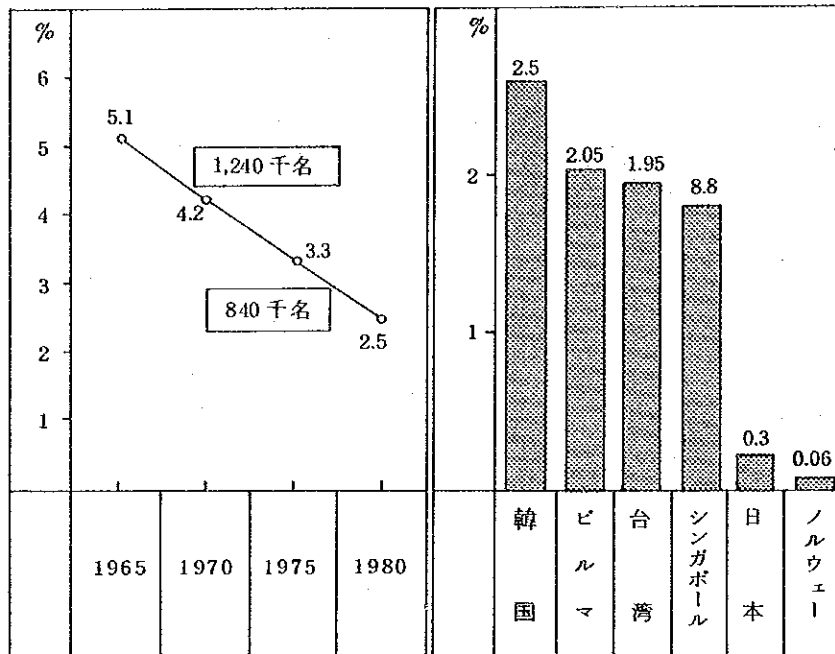
1・1・2 慢性伝染病

1・1・2・1 結核

韓国の結核感染率は1965年に5.1%であったのが1980年には2.5%に高まった。その間政府が推進して来た予防接種作業、患者発見作業、登録治療作業等の結核撲滅事業の積極的展開にて漸次減少の勢を見せているが、未だに先進諸国に比べ高い感染率を見せている。

1980年末現在の結核患者数は約84万名に推定されているが、この中の60%が未発見患者である。発見患者中の保健所登録患者数は18%に当る15万4,000名に過ぎず、残りは病院或は薬局を利用して自宅にて治療しているとか未発見の状態におかれている。

〈図5〉 結核有病率の推移 各国の結核有病率比較



B・C・G 接種は主に乳・幼児および学生を対象に実施しているが、その接種率は1965年の29才以下人口の24.3%から1980年には69.9%に大きく増加している。併し住民の自発的な参加意識の欠如で予防接種および患者発見作業が不振な実情である。

結核管理要員は1981年現在2,145名が保健所および保健支所に配置され活動しているが、要員に対する訓練不足と専門知識および資質が低いので、専門的な治療および患者の管理が徹底していない実情である。それに加え結核専門医師の場合1976年～1980年までの間に僅か16名しか新規の専門医が出なかったために、結核管理専門要員の確保に多くの困難をきたしている。

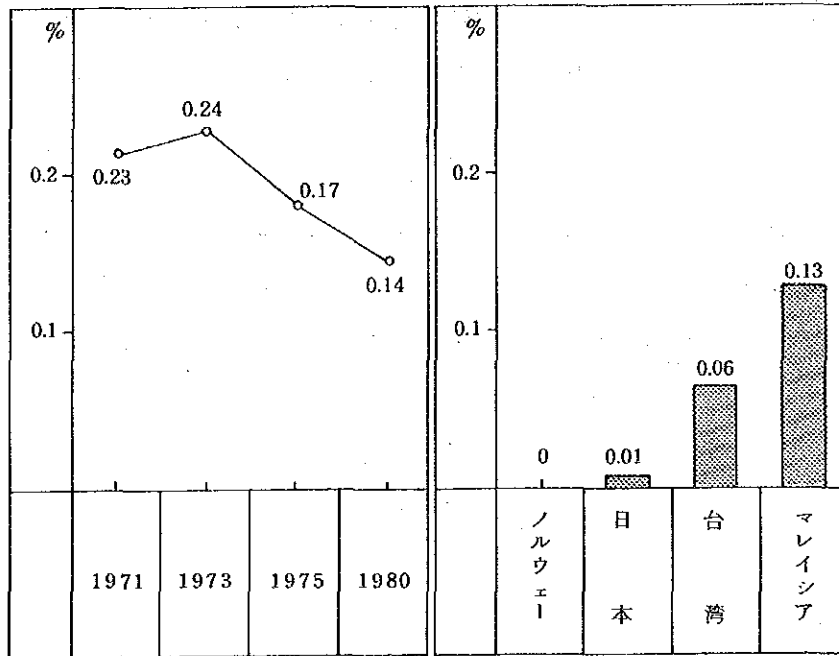
また同じく結核専門治療機関は全国19個所の機関に1,686個の病床しか持っておらず、また各種の検査設備も不足または老朽化している状態である。

1・1・2・1 癩病

韓国の癩病患者数は1980年末現在約5万名と推定され癩病の感染率は全国民の0.14%で1971年度の0.23%に比べ大きく減少しているが併し外国に比較して見

ると未だに高い感染率を現わしている。

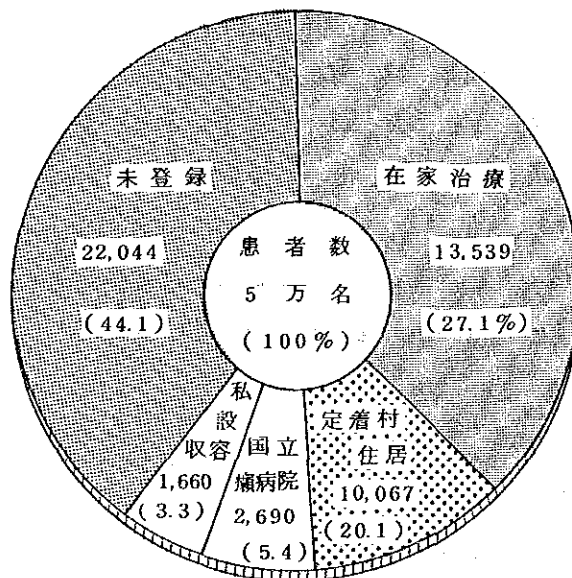
<図6> 癩病有病率 国際比較('75)



癩病患者の管理実態を見ると患者全体の約50%に対する27,956名が保健所に登録されているが、残りの約2万名と推定される患者は未だに未発見状態におかれている。

登録患者の中で13,539名が自宅治療をうけており、10,067名は全国に散在している101個の定着村に集団居住しており、また国立癩病院には重症患者2,690名、5個の私設機関に約1,660名が各々収容保護されている。

<図7> 癩患者管理現況



癩患者管理のための施設として国立癩病院と13個の短期入院施設および5所の収容保護施設が運営されており、全国に11個の移動診療班が編成されて癩患者の発見および治療事業に従事している。また癩管理要員は全国218個の保健所の中で、癩定着村の集中している114個の保健所に114名が配置されているが、全般的に癩管理専門要員と収容施設が大きく不足している実情である。

1・1・2・3 寄生虫

1960年代初期には全国民の70～80%に達していた寄生虫の感染率が、所得の向上・生活環境の改善・保健意識の向上と優秀な駆虫薬剤の開発普及等にて1980年には約20%水準(蛔虫の場合12.2%)に減少されました。

<表22> 寄生虫感染率推移

区 分	蛔 虫	十二指腸虫	ジストマ
1973	48.1 (%)	0.3 (%)	0.5 (%)
1975	38.7	0.1	0.4
1977	29.7	0.02	0.2
1979	19.4	0.02	0.2
1980	12.2	0.02	0.2

政府が推進している主要駆虫事業としては初・中・高校生を対象に年2回(春・秋)検便を実施して、その中の陽性者に対しては無料で治療している。また寄生虫発生地域である全国104個地域住民の約36,000名(7,962世帯)と事業所の勤労者に対しても、寄生虫検査と投薬を実施している。

同じく生活保護対象者と社会福祉施設の収容者に対しても年2回一斉投薬を行っており、特に特殊寄生虫であるジストマ感染濃厚地域の住民に対しては、皮下反応検査を行った後陽性者を保健所に登録して治療を行っている。

併しながら未だに淡水魚類と肉類の生食習慣と人糞を肥料として使用しているので、寄生虫感染の危険が存続しており、また近來になって住居生活の集団化で接触性寄生虫の感染率が高まっている。

また同じく国民の大多数が寄生虫疾患を軽視する風潮が多いので、寄生虫疾患に対する国民啓蒙教育および弘報活動の強化が要請されている。

1・2 基本政策の方向

- 国民保健意識の提高
- 急性伝染病防疫体制の確立
- 予防接種、患者発見と治療事業の強化

〈表 2 3〉 慢性伝染病有病率低下目標

(単位：％)

区 分	1 9 8 0	1 9 8 6
結 核	2.5	1.0
癩 病	0.14	0.08
寄 生 虫	12.2	2.0

1・3 部門別の細部推進計画

1・3・1 急性伝染病管理の徹底

1・3・1・1 国民の保健意識提高

各種急性伝染病の事前予防のため個人衛生規則等を広く普及して、各種媒介体を通じた弘報啓蒙活動を強化して国民の保健意識を提高する。

1・3・1・2 予防接種の効率的実施

計画期間中に延べ 8,280 万名に対し予防接種を実施する計画である。幼児の基礎免疫のための D・P・T, ポリオは全対象幼児に対し無料接種を実施し、第 2 種伝染病の日本脳炎と麻疹に対する予防接種は自費負担を原則とし零細民の子供全員に対しては無料で接種を実施するはずだ。

同じく腸チブス・コレラの予防接種は、必要に応じて伝染病発生危険地の住民に対し接種を行うことを原則とし、その他の住民に対しては希望者に限り接種する。

1・3・1・3 保菌者索出検査の強化

腸チブス・コレラ等の保菌者索出のため、飲食店に従事する従業員と保菌者として疑いのある者に対しては定期検便を実施し、また港口および既発生地域住民に対する保菌検査を実施して、保菌者による伝染病の伝播を事前に防止する。

1・3・1・4 保健研究所と検疫所の検査機能の強化

各市・道の保健所中 4 箇所を増改築して検査機能を強化する一方、3 箇所の検疫所を新築して 5 隻の検疫船を新造運用するとともに 72 点の検査装備を購入して、検査と防疫機能を一層強化していく。

<表 2 4> 急性伝染病年度別事業計画

区 分	単位	計	1982	1983	1984	1986	1986
急性伝染病管理強化							
1. 予防接種強化	千名	82,800	18,000	17,500	17,500	15,000	14,800
2. 保菌者索出および患者治療	"	4,210	1,002	802	802	802	802
○ 保菌者索出							
- 腸チブス：3,000 千名							
- コレラ：1,200 "							
○ 患者治療：10 "							
3. 検疫所活動強化							
○ 検疫所新築	個所	3	1	1	1		
○ 検疫船建造	隻	5	1	1	1	1	1
○ 装備補強	点	72	18	18	18	18	
4. 保健研究所機能強化							
○ 研究所 舎改築	個所	3		2	1		
○ 研究所 舎増築	"	1	1				

1・3・2 慢性伝染性疾患の早期撲滅

1・3・2・1 結核管理

(1) 予防接種の拡大実施

結核に対する免疫人口を拡大するため1才未満の接種適令期にB・C・Gを接種するよう積極的に勧奨し、また民間の病・医院を通して接種の終わっていない未就学児童に、同じく国民学校1～6年生に対しては全国の保健所と保健支所を通して接種を行う。このため必要なB・C・Gワクチンも円滑に供給してゆく。

(2) 患者発見事業の徹底

全国の保健所を通して有症状者と患者家族に対する喀痰検査とX線検査を実施する一方、大韓結核協会の移動診療班を活用して医療脆弱地域に対する集団検診を実施して、患者を早期発見するように務める。また勤労作業所および各級学校の学生等の集団群に対しても定期的に健康検診を実施してゆく計画である。

(3) 患者治療事業の改善

結核患者治療の効率性を高めるため、患者の管理上特に必要と認定された地域に於いては民間病・医院にても登録治療するようにして、国家または地方自治団体がその診療費の全部または一部を負担する民間病・医療の登録診療制を実施する。

同じく治療方法においても過去に18ヶ月間所要された長期投薬療法を、9ヶ月間の短期投薬療法に転換して陽性患者の短期陰性を期してゆくはずである。

(4) 結核管理専門要員の確保および検査装備の補強

患者発見および登録患者に対する効率的管理を行うため、結核管理班を現在の11ヶ班から13ヶ班に増設運営し、同じく結核管理要員も現在の2,090名から2,130名に増員してゆく一方、結核検診の効率的な遂行のため保健所の検査装備も補強してゆく計画である。また結核患者の管理を電算化して結核治療中断者と二重登録患者を事前に防ぎ、同じ個人の病歴等を記録維持して、全国に散在している患者を迅速・正確に把握して、結核管理を徹底的に行うため中央登録制を実施する。

(5) 難治性患者収容施設の設置・運営

一般の病・医院にて入院治療が困難または不可能な重症難治性患者を収容保護して、伝染性を遮断するため1986年までに、総計3,000病床の収容施設を確保運営してゆく計画である。

(6) 国民の啓蒙および患者保護教育の強化

結核に関する認識を高めて結核の予防、患者の自発的検診参加および治療の効率を高めることのできる国民啓蒙映画を製作して弘報を強化し、特に保健所または一般の病・医院に登録された患者に対しては、早期治療と家族等他人に対し伝染を予防するため教育を強化していく。

<表25> 結核管理事業計画

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
予防接種(千名)	6,850	1,410	1,380	1,360	1,360	1,340
患者発見(名)	382,600	99,700	90,300	81,100	68,600	42,900
登録治療(千名)	950	150	170	190	210	230
・保健所(千名)	500	140	120	100	80	60
・指定診療機関(千名)	450	10	50	90	130	170
結核管理班運営(班)	13	13	13	13	13	13
要員配置(名)	2,130	2,130	2,130	2,130	2,130	2,130
検査装備補強(種)	44	8	9	9	9	9

1・3・2・2 癩病管理

(1) 新患者発見事業の強化

新患者発見事業を積極的に推進するため、現在11個の移動診療班を20箇所を増設運営し、癩管理要員も全国218個の保健所に各一名ずつ配置してゆくはずである。

(2) 癩患者治療事業の改善

定着村に居住する陰性癩患者中の適当な者を医療要員として選んで、これ特に対し必要な教育を実施した後、定着村住民の健康管理を担当させる。また治療方法を改善して、現在1次薬重視の投薬療法を2次薬重視に転換して、短期陰性化を図謀してゆく一方、入院治療対象者を拡大して伝染性患者全員の入院治療を行ってゆく。

(3) 浮浪癩患者善導事業の強化

浮浪癩患者善導事業のため、先ず自立基盤を造成するのに重点をおいて、自立基盤造成対象の定着村を1980年現在の15ヶ村から1986年までに101ヶ村に拡大すると同時に、自立基盤造成事業の業種を彼等の能力に適するよう多様化し、また収入金の蓄積を導いてこれを再投資するようさせる一方、在宅および定着村の陰性患者中30代以下の勤労能力のある者に対しては、技術教育を実施して自立能力を培ってゆく方針である。

同じく貧しい在宅患者に対しては、定着に必要な施設を提供して自立基盤造成事業を優先的に支援する。一方民間団体による善導事業を積極的に奨励して浮浪癩患者の発生を極力防止してゆく。

(4) 登録脱税制の実施と地域監督官制実施

一旦癩患者として登録されると一生の間癩患者として管理対象となるため、社会活動に多くの障害となる現行制度を改善して、専門医師によって完治したものと判明した患者には登録を脱退させる。即ち一般人と同じく社会に復帰活動できる登録脱退制を実施してゆく計画である。湖南、嶺南、中部地域単位に癩管理専門医の中から監督官を任命して、移動診療班と癩管理要員の活動を指導監督をする地域監督官制を実施する。

<表26> 癩病管理計画

① 新患者発見

区 分		1981	1982	1983	1984	1985	1986
集 団 検 診	千名	150	200	250	300	300	300
癩 管 理 要 員	名	116	146	176	218	218	218
弘 報 事 業	種	4	4	4	4	4	4

② 患者治療事業

区 分		1981	1982	1983	1984	1985	1986
定着村医療要員	名	70	100	130	150	200	200
短期入院施設	"	3,000	2,500	2,000	1,500	1,000	1,000
定期検診実施	"	18,000	21,000	23,000	25,500	24,000	24,000
教 育 強 化	"	670	650	550	500	500	500

③ 浮浪癩患者善導事業強化

区 分		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
自立基盤造成	個所	11	20	20	20	15	15	11
職業教育	名	-	50	80	100	200	200	200
定着村入住	〃	-	120	160	200	100	100	100

1・3・2・3 寄生虫管理

(1) 検便事業の強化

初・中・高校の学生に対しては継続して検便事業を実施し、一般住民は零細民を中心に事業を遂行する。医療保険の診療項目に対し寄生虫を追加して、事業所勤労者とその家族に対する寄生虫管理を強化してゆく。

(2) 生活保護者への投薬事業

生活保護対象者中の在宅保護対象者に対しては、国庫負担にて多目的駆虫剤であるメベンタゾル製剤（適応虫、蛔虫、鞭虫、蟯虫、東毛虫、虫）を一斉投薬（Blanket Mass Treatment）するはずである。

(3) 肝ジストマ感染者の発見と治療

ジストマ感染濃厚地域の住民に対しては、保健所別に1,000名以上の皮下反応検査を実施して、陽性反応者は確認検査を行い感染者は保健所長の監督のもとにピチオノル製剤を投薬して治療する。肝ジストマの感染者には特効薬として開発されたブラジキントール製剤を服用させて完全に治療させる。

(4) 全国腸内寄生虫感染実態調査の実施

1971年以来5年毎に実施する全国腸内寄生虫感染実態調査を1986年度（第4次）に実施するはずである。

全国の約100個地域の35,000余名に対し実施する。約3ヶ月間現地にて検査物を収集した後セロハン厚層塗抹法等4個の検査方法によって検査する。結果は虫卵別感染率等15の観点から分析して寄生虫管理対策の指標として使用されるはずである。

<表 27> 寄生虫管理計画

(単位：千名)

区 分		合 計	1982	1983	1984	1985	1986
検 便	計	116,000	20,500	21,850	23,200	24,550	25,900
	学 生	81,000	16,000	16,100	16,200	16,300	16,400
	一 般 住 民	27,500	3,500	4,500	5,500	6,500	7,500
	労 働 者	7,500	1,000	1,250	1,500	1,750	2,000
生 保 者 投 薬		1,600	320	320	320	320	320
ヂ ス ト マ	感染者発見事業	1,700	300	300	350	350	400
	肝ヂストマ治療	125	15	20	25	30	35
	肺ヂストマ治療	17	3	3	3.5	3.5	4
民間団体支援		1 個所	1 個所	1 個所	1 個所	1 個所	1 個所
感染実態調査		40	-	-	-	-	40

2. 国民栄養の改善

2・1 現況および問題点

2・1・1 現況

栄養は個人に対しては健康な身体を通して幸福な生活を営むための最も基本的要素である。また国家の経済社会発展に必要な良質の労働力確保と云う観点から、その重要性が強調されると云うべきである。

1979年末現在韓国国民の栄養状態は、国民1人が1日に摂取する総熱量が2,098 Kcalである。また蛋白質の摂取量は69.6gで1971年に比べ国民の栄養は大きく向上はしたが、未だに先進国に比べて低い水準である。また熱量摂取量中の穀類による摂取比重が多すぎる反面、動物性蛋白質の摂取比重が低くまた妊産婦および乳幼児等の栄養管理が手ぬるくてビタミンB₂の不足による“口角炎”とか、鉄分の不足による貧血等の栄養障害症候の発見率が減少せずにいる。

<表28> 熱量および蛋白質摂取量(人/日)

区 分		1971	1976	1979	日本(1979)
熱 量 (Kcal)	摂 取 量 (A)	2,065	1,926	2,098	2,113
	所 要 量 (B)	2,077	2,121	2,145	1,999
	(A/B %)	99.4	90.8	97.8	105.7
	穀類による摂取比率(%)	84.4	82.3	77.4	47.8
蛋 白 質 (g)	摂 取 量 (A)	67.0	60.4	69.6	78.4
	所 要 量 (B)	66.5	67.6	69.1	65.4
	(A/B %)	100.8	89.3	100.7	119.9
	動物性蛋白質摂取量 (C)	7.8	12.2	22.2	39.4
(総摂取量対比%) (C/A)	11.6	20.2	31.9	50.3	

資料：保健社会部国民栄養調査報告書('71, '76, '79)
日本厚生省国民栄養の現状('79)

<表29> 穀数および動物性食品摂取量(人/日)

区 分	1971	1976	1979	日本(1979)
総類摂取量	978	949	1,004	1,382
穀類摂取量	540	490	478	321
(比率%)	(55.2)	(51.6)	(47.6)	(23.2)
動物性摂取量	45.8	62.8	118.5	315
(比率：%)	(4.6)	(6.6)	(11.8)	(22.8)

資料：保健社会部国民栄養調査報告書('71, '76, '79)
日本厚生省国民栄養の現状('79)

<表30> 栄養障害症候発見者数

区 分	1971			1976			1977		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村	全国	都市	農村
全対象者数 (A)	3,612	1,113	2,499	5,854	3,186	2,668	5,640	3,164	2,476
(地域/全国%)	(100)	(30.8)	(69.2)	(100)	(54.4)	(45.6)	(100)	(56.1)	(43.9)
◦口 角 炎 (B)	486	75	411	442	162	280	272	57	215
(B/A%)	(13.4)	(6.7)	(16.4)	(7.6)	(5.1)	(10.5)	(4.8)	(1.8)	(8.6)
◦貧 血 (C)	377	132	245	524	238	286	500	188	312
(C/A%)	(10.4)	(11.9)	(9.8)	(9.0)	(7.5)	(10.7)	(8.9)	(5.9)	(12.6)

資料：保健社会部国民栄養調査報告書('71, '76, '77)

2・1・2 問題点

- 栄養指導業務の不足
 - － 栄養専門担当要員の未確保
 - － 栄養士の活用不足
 - － 集団給食所の栄養管理の不徹底
- 国民栄養調査の非効率性
 - － 標本調査規模の過少と有意性の欠如
 - － 統計的価値の稀薄
 - － 栄養に関する基礎資料の不足
 - － 研究活動の低調
- 栄養に関する対国民広報と教育の不足
 - － 妊産婦、乳幼児栄養管理に対する認識不足
 - － 教育資料および施設の未備

2・2 基本政策の方向

- 経済性のある栄養食品の開発普及
- 栄養指導啓蒙の強化
- 栄養研究調査の拡充

2・3 細部推進計画

2・3・1 栄養管理体系の確立

2・3・1・1 一線行政機構の補強および要員の積極活用

各市・道および保健所に専門職の栄養士を配置して栄養指導業務を専担させる。また、保健所内に栄養相談室を設置するとともに栄養管理要員を積極的に活用する。

同じく、既存保健所および支所の保健要員とセマウル（新しい村造り）婦人会組織を最大限に活用し、また1981年から僻地の自然部落に配置される保健診療要員として先ず最初に地域住民に対する栄養指導と啓蒙を強化してゆくはずである。

2・3・1・2 関係機関との協調強化

関係部局、研究機関、学会等と栄養関係民間団体等との間に相互協力関係を維持して、栄養改善のための施策の樹立に共同努力を誘導してゆくようにする。

2・3・2 栄養広報、啓蒙活動の強化

体系的にして合理的な内容の各種の啓蒙資料を製作して、国民に対する栄養教育と広報活動を強化して国民の栄養知識の向上と栄養の重要性に対する認識を提高させてゆく計画である。栄養に関する各種情報、研究結果、活動状況等を内容とする週報を発刊して、随時に栄養に関する知識を伝達して栄養施策の樹立のため資料を提供するようにな

せる。

2・3・3 集団給食所管理の徹底

集団給食所に栄養士を配置して給食管理を徹底に行わせ、栄養士配置基準の合理的設定と未配置給食所に対する指導を強化する。

2・3・4 調査および研究活動の強化

国民栄養に関する正確性を期するため、調査対象の範囲を拡大して調査方法を改善する。また社会福祉施設・炭鉱地域等の特殊集団と地域に対する調査を実施する一方、栄養施策樹立の基本となる各種の資料を合理的に体系的に収集整備してゆく。

栄養研究機能を補強して栄養関係の基礎資料の調査と研究、栄養食品の開発、栄養知識等を各種資料の開発と栄養指導員に対する教育資料として活用する。

<表 3 1> 栄養改善事業計画

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
1. 栄養指導						
イ. 栄養指導員配置						
- 新規配置	225名	36	90	99		
- 啓蒙資料製作普及	25種	4	5	5	5	6
2. 栄養研究調査						
イ. 国民栄養調査						
- 一般調査	20,000世帯	4,000	4,000	4,000	4,000	4,000
- 特殊調査						
○ 集団給食所	800箇所			400	400	
○ 特殊地域	3,000世帯	1,000	1,000			1,000
ロ. 基礎資料整備						
- 栄養勸奨量	3回	1	1	1		
- 食品分析表	5回	1	1	1	1	1
ハ. 栄養週報発刊	275回	55	55	55	55	55

3. 母子保健の増進

3・1 現況および問題点

3・1・1 現況

3・1・1・1 母子保健事業の対象人口

1980年末現在の母子保護対象人口は0～6才の乳幼児6,677千名と15～49

才の母性 5,635 千名で総対象数は全人口の 3.23% に該当する 12,312 千名である。

<表 3 2> 母子保健対象人口

(単位: 千名)

区 分	対 象 年 齢	人 口	比 率 (総人口対比)
計		12,312	3.23
乳 幼 児	0 歳 ~ 6 歳	6,677	1.75
母 性	15 歳 ~ 49 歳 (有配偶女性)	5,635	1.48

資料: '80 韓国統計年報

'80. 12. 韓国統計月報

3・1・1・2 母性および乳幼児死亡率

韓国の母性および乳幼児の死亡率は 1980 年末現在母性の死亡率が 1 万名当り 4.2 名, 乳幼児の死亡率が 1,000 名当り 3.2 名で, 70 年代に比べ徐々に減少しつつあるが, 外国に比べて未だに高い死亡率を見せている。

<表 3 3> 母性および乳児死亡率

区 分	1961	1971	1976	1980
母 性 死 亡 率 (万名当)	22.7	8.0	5.0	4.2
乳 児 死 亡 率 (千名当)	121.0	51.3	3.5	3.2

資料: 保健社会統計年報 1980.

<表 3 4> 母性・乳児・死亡率国際比較 ('77 年度)

区 分	単 位	韓 国	台 湾	日 本	米 国	英 国
母 性 死 亡 率	1 万名当	4.6	3.0	2.2	1.1	1.3
乳 児 死 亡 率	1 千名当	3.4	11.5	8.9	1.4	1.4

資料: 世界保健機構統計年鑑 1980

3・1・1・3 安全分娩の実態

医療人による安全分娩率は 1980 年末現在 59.5% で, 1974 年度の 20.1% に比べ相当に高くなったが, 農村の場合は 31.9% で未だに低い水準である。

<表35> 安全分娩率

(単位：%)

区分		年度			
		1974	1977	1979	1980
平均	医療人	20.1	40.2	52.8	59.5
	非医療人	79.2	59.8	47.2	40.5
都市	医療人	-	62.5	71.7	79.3
	非医療人	-	37.5	28.3	20.7
農村	医療人	-	18.9	28.6	31.9
	非医療人	-	81.1	71.4	68.1

資料：'80 韓国の社会指標

施設分娩率の場合は1980年に平均56.9%で1974年の8.5%に比べ大きく高まったが、農村では未だに相当数(73.5%)が家庭分娩である。

<表36> 施設分娩率

(単位：%)

区分		年度			
		1974	1977	1979	1980
平均	施設分娩	8.5	35.3	49.3	56.9
	家庭分娩	91.5	64.7	50.7	43.1
都市	施設分娩	-	57.4	70.9	78.8
	家庭分娩	-	42.6	29.1	21.2
農村	施設分娩	-	14.1	21.3	26.5
	家庭分娩	-	85.9	78.7	73.5

資料：'80 韓国の社会指標

3・1・1・4 産前診察の実態

妊産婦の産前診察率は1980年現在全国平均75.9%である。妊産婦1人の産前診察数の平均回数は3.9回で農村の場合は3回に止まっている。

<表37> 産前診察率

区分	産前診察率(%)			平均回数(回)		
	1977	1979	1980	1977	1979	1980
全国	57.2	72.8	75.9	4.2	4.1	3.9
市部	-	85.8	86.2	5.1	4.7	4.4
郡部	-	56.1	61.6	2.6	3.1	3.0

資料：経済企画院 '80 韓国の社会指標

3・1・1・5 母子保健施設および要員の配置

安全分娩のための施設は農村の場合330病床に過ぎず、施設の絶対数が不足しているだけでなく、母子保健要員も都市を除外せる農村1,433ヶ邑・面中933ヶ面にだけ配置されており、彼等の資格を見ると助産員と看護員の免許を所持している者が30%に過ぎず、70%が看護補助員にて補なわれている。

3・1・2 問題点

- 母子保健施設の不足と安全分娩介助率の低調
- 母子保健専門要員の不足と資質の未熟
- 母子保健の重要性に対する国民の認識不足

3・2 基本政策の方向

- 母性および乳児死亡率の低下
- 安全分娩介助率の提高

区 分	1980	1986
母性死亡率 (1万名当)	4.2名	3.3名
乳児死亡率 (1千名当)	32名	22名
安全分娩介助率	59.5名	78.0名

3・3 細部推進計画

3・3・1 母子保健診療所の設置運営

農・漁村地域住民の母子保健向上のため1981年から1984年までに分娩施設の少ない農・漁村地域に対し、外資（IBRD借款）3,000万ドルと内資42,164百万ウォンを投資して総計91ヶ所の母子保健診療所を建立運営して、農・漁村の安全分娩率提高と乳幼児と母性の健康管理を強化してゆく一方、将来保健所と統合活用して地域単位総合医療機関として育成してゆく計画。

3・1・4・2 保健要員教育の強化

市・道の一線保健要員を対象に彼等の資質の向上と業務推行能力を高めるため、教育と訓練を実施して、母子保健管理および1次保健医療事業の効率的な推進を期す。

3・1・4・3 登録管理事業の拡大実施と栄養補助剤の支給

計画期間中、妊産婦2,728千名、乳幼児3,346千名を保健所に登録して、これ等の健康管理を強化し特に零細世帯の妊産婦と乳幼児に不足しがちなカルシウム・鉄分・ビタミン等の栄養補助剤を支給して、虚弱児出産を防止するなど妊産婦および乳幼児の健康増進を進めていく。

<表 3 8> 母子保健事業計画

区 分	単位	計	1982	1983	1984	1985	1986
1. 母子保健センター 設置運営	個所	77	34	33	10	—	—
2. 保健要員訓練	名	3,600	1,200	1,200	1,200	—	—
3. 登録管理事業							
○ 妊産婦	千名	2,728	381	457	571	628	691
○ 乳幼児	"	3,346	772	849	871	408	446
4. 栄養補助剤支給							
○ 妊産婦	"	137	19	20	20	39	39
○ 乳 児	"	137	19	20	20	39	39
○ 幼 児	"	445	80	49	110	101	105
5. 安全分娩介助事業	千件	1,351	174	237	290	320	330

4. 精神疾患の管理対策

4・1 現況および問題点

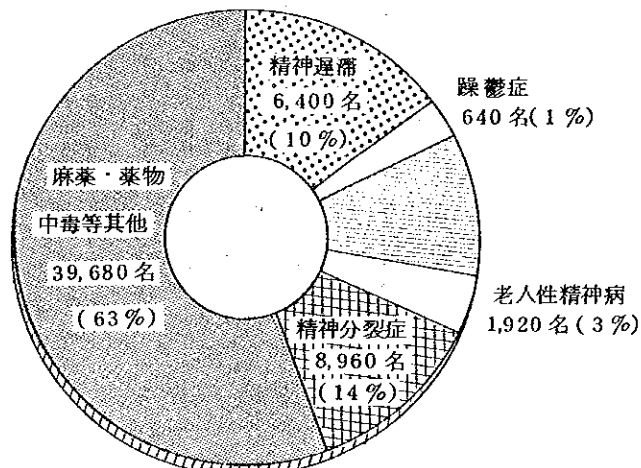
4・1・1 現況

4・1・1・1 精神患者の実態

韓国の精神障害者数は1980年末現在約38万名で全人口の1%に達している。この中の約17%に当る6万4,000名が入院加療を必要とすることが判明している。

入院を要する精神患者を症状別に分類して見ると、精神分裂症(14%)、癲疾(10%)、老人性精神病(3%)、精神遅滞(10%)、麻薬・薬物中毒等(63%)にて現われている。これ等の患者の中での収容治療患者は1/6に該当する1万1,000名に過ぎない実情である。

<図 8> 精神患者実態



医療保険管理公団の患者多発生順位の調査によれば、11の大多発性患者の中で精神疾患が9位を占めており、また都市産業化社会による国民生活の複雑多技化現象によって精神障害者は一層増加するものと見られている。

4・1・1・2 精神疾患の専門医療要員

精神疾患に従事する専門医療要員は1980年末現在、精神科医師86名、看護員150名、医療技士11名、看護補助員33名、薬剤師7名にて、実際に必要とする医療要員数が大いに不足している実情である。

<表39> 精神疾患専門医療要員現況

(1980年末現在)

種 別	登 録 数	実 従 事 者	所 要 要 員
医 師 (神 経 精 神 科)	22,564 (282)	16,588 (86)	(1,710)
看 護 員	40,373	150	6,400
医 療 技 士	8,955	11	576
看 護 補 助 員	61,072	33	6,437
薬 師	24,366	7	400

4・1・1・3 精神疾患の診療機関と病床数

精神疾患に対する診療機関数は、1980年末現在125の機関に対し4,117病床である。

これは要入院患者の治療のためには絶対的に不足した数であって、外国の場合に比較して見ても大きく遅れている水準である。

<表40> 精神疾患診療機関および病床数

区 分	機 関 数	病 床 数	構 成 比 (%)
計	125	4,117	100
病 院	72	3,574	86.8
国 立	1	500	12.1
公 立	2	279	6.8
私 立	69	2,795	67.9
医 院	53	543	13.2

＜表 4 1＞ 精神科病床数の国際比較

国 別	全 病 床	精神科病床	比 率	備 考
米 国	1,160,000	670,000	58%	外国 '73年基準
英 国	464,000	180,000	40%	韓国 '80年基準
日 本	1,130,000	260,000	24%	
韓 国	65,000	4,117	6%	

4・1・2 問 題 点

- 専門医療要員および診療施設の絶対的不足
- 精神疾患の制度的管理体系の未熟
- 軽症患者に対する回復対策の弱さ

4・2 基本政策の方向

- 精神疾患の専門要員および施設確保
- 精神疾患管理体系の確立

4・3 細部推進計画

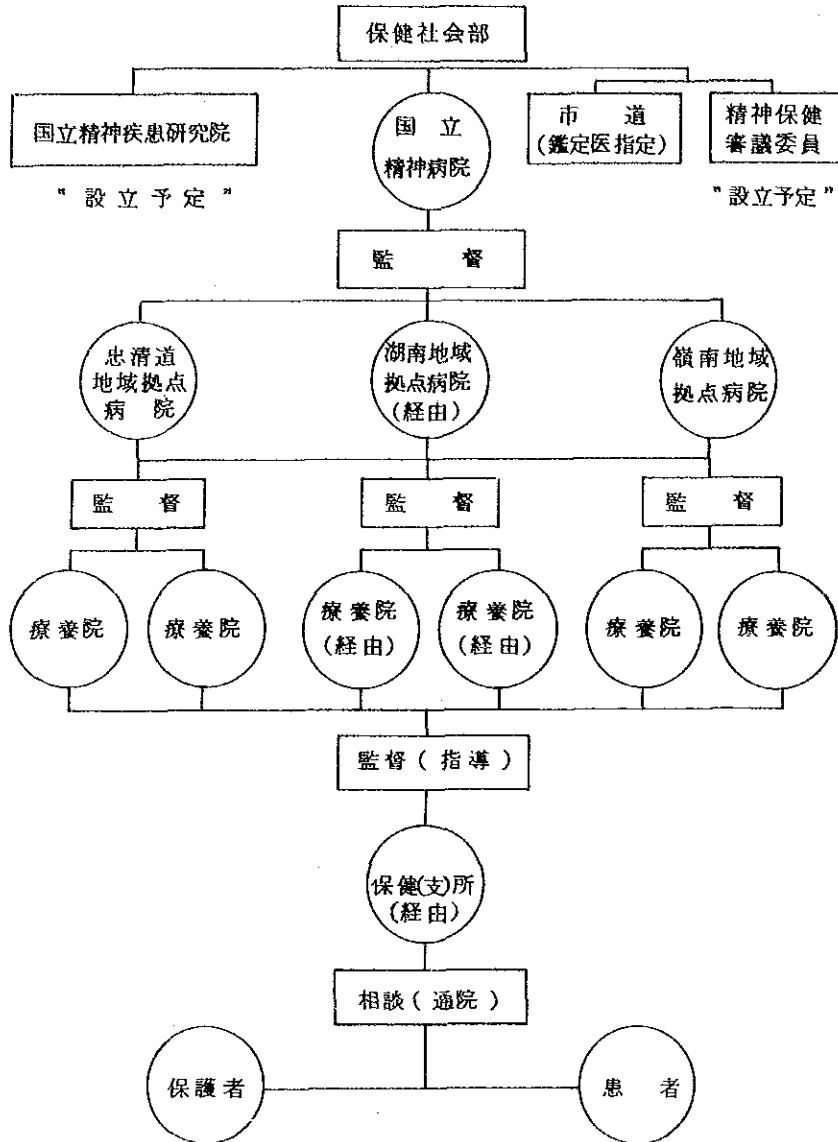
4・3・1 精神疾患管理体系の確立

国立精神病院を主軸にして3個の拠点病院を運営し、その下に市・道立精神疾患療養所を設置して保健所と連繫関係を持たせて、精神疾患の管理体系を確立する。

精 神 疾 患 管 理 体 系

単 位 機 関	設置場所および個所	主 要 機 能
国立精神病院	ソウル(1個所)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 拠点病院に対する指導監督 ○ 高度の診療技術を要する患者に対し収容診療 ○ 精神科医療要員の訓練 ○ 精神保健に関する調査研究
拠点精神病院	忠清, 湖南, 嶺南 地域に各1個所づ つ(3個所)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管轄地域内の重症患者入院診療 ○ 精神疾患療養所指導監督
精神疾患 療 養 所	各道に1個づつ (9個所)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 管轄区域内の軽症患者収容および回復治療 ○ 拠点精神病院に重症患者移送 ○ 市・郡保健所にて取扱うのに困難な患者の診療 および相談技術支援
保 健 所	218個所	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者登録および調査実施 ○ 精神保健相談および簡単な薬物治療 ○ 保健診療要員を活用精神保健相談

<図9> 診療専門体系図



4・3・2 精神疾患専門要員の確保および診療施設の拡充

精神障害者数に比べて絶対的に不足している専門医療要員と施設を拡充する計画である。

先ず専門要員を確保するため精神科専門医を優遇して精神保健要員養成機関を指定する一方、精神疾患に対する専門的な研究と訓練のため、精神疾患研究機関を設置運営して年次的に専門医療要員を確保していく。

<表42> 専門医療要員確保計画

(単位：名)

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
精神科医師	395	50	75	100	80	90
精神科看護員	1,710	260	300	430	360	360
医療技師(3種)	144	27	27	36	27	27
看護補助員	1,250	150	200	250	350	350
薬剤師	95	10	18	26	21	21
療法士	48	9	9	12	9	9

同じく診療施設の拡充のため国立精神病院の分院を設置(1箇所)して6,000個の国・公立の病床を増設する一方、融資等の斡旋を行って2,700個の私設病床を増設していく。

<表43> 精神病床増設計画

(単位：個所)

区 分	計	1982	1983	1984	1985	1986
計	8,700	1,600	1,600	2,100	1,600	1,800
国 立	3,000	500	500	1,000	500	500
公 立	3,000	600	600	600	600	600
私 立	2,700	500	500	500	500	700

4・3・3 専門担当機能の強化

精神病の専門担当機能を強化して、精神疾患に対する諮問に応ずるために精神保健審議委員会を置く。精神病の病理的基礎調査研究と専門医療要員の教育訓練を専門担当するため、国立精神保健研究機関(仮称)を設置して運営する。

4・3・4 精神保健要員の配置運営

全国の各保健所に精神保健要員を1名ずつ確保配置して、相談・単純投薬・患者発見・後送および登録管理を行わせる。

<表44> 市・道保健所精神保健要員配置計画

計	1982	1983	1984	1985	1986
218名	18	50	50	50	50

4・3・5

精神障害者をより効率的に管理するため、強制検診および精神障害者収容施設に対する国庫補助等の内容を規定する精神健康法を制定施行する計画である。

4・3・6 回復機能の強化

精神疾患療養所（仮称）に回復指導機能を与えて患者の社会適応力を高め、患者登録制度をもって患者管理体系を確立する。また精神障害者収容の社会福祉施設を拡充するため国庫補助を拡大して、精神障害者の回復機能を強化していく。

5. 成人病対策

5・1 現況および問題点

5・1・1 現況

韓国国民の保健状態はその間の経済成長に伴って、生活水準の向上と環境の改善により全般的に大きく改善されて来た。特に防疫、保健啓蒙等、政府の持続的にして集中的な保健活動のお蔭で急慢性伝染病が年毎に減少している反面、癌・高血圧・脳血管疾患者所謂“成人病”と呼ばれる“非伝染性慢性退行性疾患”の発生が急激に増加して国民保健の新たな問題としてあげられている。

1979年度の韓国の全死亡者を原因別に分類すると、脳血管の疾病による死亡が14.8%、悪性新生物10.7%、高血圧8.6%、慢性肝疾患3.8%、その他循環器系疾患による死亡率が11.5%にて、死亡全体の原因の中で成人病による死亡が50%以上を占めている。

＜表45＞ 原因別死亡率（1979）

原因別	死亡率	原因別	死亡率
1. 脳血管疾患	14.8	6. 胃 癌	5.2
2. 循環器系疾患	11.5	7. 結 核	4.9
3. 高 血 圧	8.6	8. 肝疾患および肝硬変症	3.8
4. 外的損傷	7.0	9. 中毒および毒性影響	3.2
5. その他癌	5.5	10. 肺 炎	3.1

成人病は大部分が費用のかゝる長期治療を要する慢性病であるのに加えて、社会的に最も活動している年齢層の人達の活動能力を急に中断不具化させるため、国家の中堅人材の損失と家庭生活の決定的破滅を招く要因となっている。

成人病の範疇に属する疾病の種類は多いが現実的には悪性新生物（癌）、高血圧、脳血管疾患、心臓病、糖尿病、腎臓炎、肝硬化症等7ヶ疾病が主として問題となっている。

このような成人病の罹患実態は調査資料が極めて不備でまた、同じく大部分が初期段階において非自覚無症状の特性があるので、正確に把握できない点が多いが、1980年に行った医療保険加入者の診療実績を分析した資料を基に推定した主要成人病の種類

別の有病率は次の如くである。

〈表46〉 主要成人病の種類別有病率 (人口10万名当)

種 類	平 均	男 子	女 子
悪 性 新 生 物	680名	719名	640名
糖 尿 病	130	143	117
高 血 圧	584	536	631
脳 血 管 疾 患	140	133	147
慢性肝疾患および肝硬化	187	243	132
慢 性 腎 臓 病	24	19	28

資料：全国成人病実態調査研究（1980，保健社会部）

上記の資料によれば成人病中最も有病率の高いものは悪性新生物即ち各種の癌である。その次が高血圧であるが、これは医療機関に診療をうけた実績を集計した資料である。特に癌の場合は少くとも罹病事実を自覚または各種症状の現われたものだけを把握した結果であるので実際の有病率はこれより遥かに高いものと推定されている。

5・1・2 問題点

- 成人病発生の急速な増加
- 大部分が長期治療を要し多額の治療費が所要
- 成人病に関する基礎資料の不足
- 成人病管理に伴う費用投入効果の過少

5・1・3 主要政策の方向

- 成人病の早期診断管理体系の確立
- 成人病専門研究機関の育成
- 成人病予防に関する弘報事業の強化

5・1・4 細部事業計画

5・1・4・1 成人病検診センターの設置運営

成人病を早期に発見して短期治療にて完治できるようにするため、全国に計10ヶ所の成人病専門検診センターを設置運営する。

同検診センターの運営のためには、別途に機構とか団体を設立せず全国的な組織を持った既存の団体（例：韓国寄生虫撲滅協会）を活用して、原則的に民間主導にて運営し、運営費の一部を国庫をもって補助して同事業の公共性を高め、地域住民が安い費用にて成人病の罹病の有無を検診してもらうことができるようにする。

5・1・4・2 指定専門医療機関の育成と治療機能の分業化を誘導

全国を5個の成人病診療圏として区分し、各圏域別に成人病専門医療機関を指定育成して、該当地域住民が一次的に同地域内の指定医療機関にて治療を受けられるようにする。

<表47> 診療圏区分

区 分	管 轄 地 域
ソウル圏	ソウル, 京畿, 江原(中以北)
釜山 "	釜山, 慶南地区
大邱 "	慶北, 江原(中以南)
光州 "	全南, 全北
清州 "	忠南, 忠北

また同じく医療機関が多様な種類の成人病治療に必要な設備と人力を具備するには、経済的な面で困難であるため、成人病の診療機能を特定医療機関の間で疾病別に分担させてそこに適応した治療設備を選別的に選んで支援を行い、成人病治療の効率化を図謀してゆくはずである。

5・1・4・3 特定成人病患者登録管理の実施

成人病の罹患実態の把握と治療の適性を期するため、成人病を種類別に優先順位を定め、医療機関をして特定成人病に対しては登録をさせるよう義務づけて、患者の正確な実態把握と基礎資料を収集するようにして、計画期間の間に総計20万名を登録管理していく。

5・1・4・4 成人病予防のための弘報および調査研究事業の実施

成人病の事前予防のため、食生活の改善と定期健康診断の生活化等の弘報と啓蒙事業を積極的に展開して、成人病の徴候のある場合、これを早期に発見して治療が可能ないように、成人病の初期徴候または徴候自覚方法を広く弘報するはずである。

同じく成人病に対するより正確な実態把握とそれに伴う対策を講究するため1984年までに3件の調査研究事業を実施する。

<表48> 年度別細部事業計画

事業名	計	1982	1983	1984	1985	1986
成人病検診センター	10個所	1	2	2	2	3
癌患者登録管理	200千名	40	40	40	40	40
指定専門医療機関育成	51個所	51	51	51	51	51
調査研究	3件	1	1	1		

6. 優秀医薬品生産基盤の造成

6・1 現況および問題点

6・1・1 現況

6・1・1・1 医薬品製造業所および品目の現況

医薬品製造業所は1980年末現在298ヶ所、製造品目は9,747種で販売業所数は18,690ヶ所である。

<表49> 医薬品等製造業所および品目現況

年度別	区分	総計	医薬品	医薬部外品	化粧品	医療用具	衛生用品	小分医薬品
1977	業所数	576個所	301	46	49	113	32	35
	品目数	17,815個	10,617	241	4,543	1,114	302	998
1978	業所数	568個所	296	53	47	109	33	30
	品目数	17,248個	10,577	251	4,064	1,104	306	946
1979	業所数	587個所	295	63	47	119	36	27
	品目数	17,126個	10,337	210	3,850	1,440	313	976
1980	業所数	639個所	298	71	51	150	42	27
	品目数	16,497個	9,747	229	3,700	1,553	327	941

6・1・1・2 製造業所の実態

医薬品製造業所の大部分が首都圏に集中しており(1979年末現在、全体の64%)、全製造業所中の68%に該当する業所の生産製品の市場占有率が2.8%に過ぎず、製造業所の大部分が零細性を免れずにいる。

6・1・1・3 不良薬品の流通実態

不良薬品の流通率は1975年の3.0%から1980年には3.5%にむしろ増加したが、これは検査対象品目を主として問題のある品目を中心に集めて検査を行ったためである。

<表50> 医薬品等の検定および取締り実績

(単位：件)

		1975	1976	1977	1978	1979	1980
収去検査	目 標	6,000	6,000	6,000	6,600	6,600	6,600
	実 績	6,247	6,956	7,463	6,802	6,595	4,774
	不 適 合	190	213	214	220	173	169
	不適合率 (%)	3.0	3.0	2.9	3.2	2.6	3.5

		1975	1976	1977	1978	1979	1980
施設調査	目 標	600	500	400	400	400	400
	実 績	347	330	343	338	363	382
	不 適 合	39	73	49	43	55	64
	不適合率 (%)	11.2	22.1	14.2	14	15	16.7

6・1・1・4 薬効再評価事業の現況

国内に流通している医薬品に対する薬効再評価事業は、現代医・薬学および関連科学の発達により、今日の水準においての医薬品の有効性と安全性に対する再評価が要求されているため、1975年から再評価を実施している。この再評価により、医薬品の有効性と安全性を確認して副作用と薬害をなくし、同じく誤・濫用を防止して国民保健の向上に貢献するようになり、1980年末までに計475個の成分と5,125個品目の薬効再評価を実施した。

<表51> 薬効再評価事業実績

年度 区分	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981 実施中
薬効群	5	6	6	14	15	15	14
成分数	20	29	60	110	110	150	150
品目数	460	765	727	1,097	1,099	977	809

6・1・2 問題点

- 不良医薬品の流通存続
- 医薬品製造業所の零細性
- 薬品の毒性研究等安全性検査のための研究機能未熟

6・2 基本政策の方向

- 医療品の安全性・有効性の確保
- 優秀医薬品生産基盤の造成
- 食品・医薬品の安全センター設立

6・3 細部推進計画

6・3・1 優秀医薬品製造管理基準(KGMP)の実施

KGMPの全面実施のため、1982年から1984年までの準備期間を置いて、1985年からは全製造業所に対し義務的に実施するようにして、優秀医薬品の生産を通しての国民保健の向上と海外医薬品市場に於いての競争力強化に寄与させる。

6・3・2 製薬公団の造成

製薬施設の近代化のため京畿道華城郡一帯に20万坪規模の製薬公団を造成して、首都圏に密集している42個の製薬企業を1984年までに移転させて、優秀医薬品製造管理基準に適した施設を整えて、技術の相互交流と高価装備の共同利用にて、医薬品生産原価の低廉化を図り、延いては医薬品輸出の伸張にも寄与するようにさせる。

6・3・3 薬効再評価事業の継続実施

<表52> 薬効再評価事業計画

区分	計	1982	1983	1984	1985	1986
成分数	750個成分	150	150	150	150	150
品目数	1,650個	300	300	350	350	350

6・3・4 食品・医薬品安全性センター建立運営

食品・医薬品の根本的な安全性を確保するため、現在の国立保健研究院の食品と医薬品の検定機能を拡大改編して“食品・医薬品安全性センター”を1983年までに設置完了する計画である。この機構の機能は食品および医薬品の安全性に対する評価分析と、食品・医薬品の基準および試験方法の検討と、製品に対する検定機能を大幅補強して、不良製品を根絶するようにさせる。優秀食品および医薬品に対しては品質を保証する公認制度を実施する。

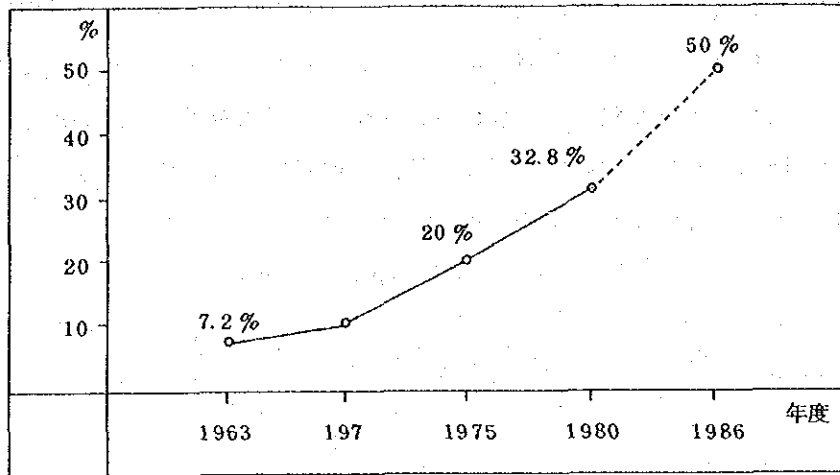
7. 食品の品質管理の強化

7・1 現況および問題点

7・1・1 現況

韓国国民の食生活は国民所得の増加に伴って、穀物重視の自家調理パターンから栄養価の高い加工食品に転換している。大都市住民の世帯当りの食料品費中、加工食品に対する支出の比率は<図10>にて見られる如く、1963年の7.2%から1980年には32.8%に急増した。かかる増加の勢が継続すれば1986年に至っては約50%の水準に近づくものと推定される。

<図10> 都市民の食料品費支出中加工食品比率



7・1・1・1 食品製造と販売・接客業所の現況

1980年末現在、食品製造業所は計203,167個所である。この中で接客業所が167,396個所、販売業所21,785個所、製造加工業所13,986個所であるが、製造加工業所の95%が当時10人未満の零細企業である。

<表53> 食品業所現況

計	製造加工業所	接客業所	販売業所
203,167	13,986	167,396	21,785

7・1・1・2 不良食品の流通実態

食品営業所および製品の衛生検査の実績による不良食品の流通実態を見れば下記<表54>にて見られる如くその違反率が減少しておらず、国民保健に対し大きな阻害要因となっている。

<表54> 衛生検査実態

区分	営業所衛生検査			製品衛生検査		
	実施件数	違反件数	違反率(%)	検査件数	不良件数	不良率(%)
1971	284	70	24.6	17	0.4	2.3
1973	367	87	23.7	22	0.4	1.8
1975	283	73	25.8	28	0.6	2.1
1977	243	69	28.3	29	1.0	3.4
1979	255	64	25.1	35	0.9	2.5
1980	326	68	20.9	35	0.9	2.6

7・1・2 問題点

- 不良食品流通の存続
- 食品製造業所の零細性
- 食品製造業界の自律的な品質管理の不足

7・2 基本政策方向

- 食品工業施設の近代化推進
- 企業の自律的な品質管理制度の確立

7・3 細部推進計画

7・3・1 食品製造業所の近代化促進

食品製造業所の施設基準を強化して長期低利融資の斡旋等の金融支援を行って、零細な製造業所の統合を誘導して食品工業施設の大型化ないし近代化を推進していく。

7・3・2 企業の自律的な品質管理制度の確立

民間自らが食品に対する自律的な品質管理制度を確立するための民間食品衛生検査センターの建立および食品衛生指導員の養成所の建立を支援するはずである。

8. 簡易給水施設

8・1 現況および問題点

8・1・1 現況

簡易給水施設は従来井戸水・自然水等非衛生的な飲料水を使用していた農・漁村の自然部落に安全な水を供給するため、1967年から地域条件と投資効果を考慮して、20戸以上の全国農・漁村の自然部落46,824個所の中で1981年末までに水資源確保の容易な地域29,145個所に設置して、農村人口の53%に達する人々に対し安全な水を供給可能にした。

<表55> 簡易給水施設設置実績

区 分	目 標	実 績 (累 績)	'67-'71	'72-'76	'77-'81
施 設 数	32,624個所	29,145	1,180	11,460	16,505
受 恵 人 口	9,502千名	7,971	628	3,482	3,861
比率	目標進度	100%	3.6	35.1	50.6
	給 水 率 (農村人口対比)	63.2%	4.2	23.1	25.7

20戸以上の自然部落の中で1981年末までの未設置数は17,679個所で、この中の約80%は水資源確保が比較的困難な地域である。

8・1・2 問題点

20戸以上の自然部落を施設設置対象地としているが、単一部落を給水計画基礎地域として採択したので給水人口が漸次減少して、管理資金拠出の減少と投資効率の低下を招いた。

同じく水質管理体制の未備で、消毒と水質検査が全般的に不振な状態である。

1981年以後の施設地域は水資源確保が難しく、また住民負担能力の低い地域であるため一個所当りの単価の増加が予想される。

8・2 基本政策の方向

- 簡易給水事業はセマウル(新しい村造り)事業の一環として引続き推進して、農・漁村地域の給水率をより一層高める。
- 水因性伝染病の減少と都市農村間の生活の隔差を解消すると同時に、事業の投資効率を高め、衛生措置等の合理的な管理を行うために現在の部落単位中心の給水方式と管理制度を止めて、施設と管理の統合を目標に給水地域の広い大単位を形成させる計画である。

8・3 細部事業計画

全国の20戸以上の自然部落46,824個所の中で、1981年までに設置できなかった残りの17,679個所は5次計画期間中に設置し、設置地域の選定順位は次の如し

- 水源1個で2個以上の部落の集団給水可能な地域
- 施設当り投資効率の高い地域
- 水因性伝染病多発地域と飲料水の少ない地域
- セマウル(新しい村造り)運動の優秀部落

<表56> 簡易給水施設設置計画

区 分	単 位	計	1982	1983	1984	1985	1986
設 置 数	個所	17,679	3,535	3,536	3,536	3,536	3,536
受 恵 人 口	千名	5,919	1,183	1,184	1,184	1,184	1,184
安 全 給 水 率	%		60.8	68.7	76.6	84.5	92.4

9. 火葬場・納骨堂の設置

9・1 現況および問題点

9・1・1 現況

全国の林野等には伝統的な埋葬風習の葬式によって、約1,700万基の有縁無縁の墳墓が散在しており、これ等の墳墓による墓地の国土占有面積が850km²に達している。この風習により毎年約20万基の墳墓が新設され、火葬率も1980年末現在18.5%で極めて低調な状態であるため、国土の効率的な利用に少なからざる支障を招いている。

<表57> 墳墓現況

総数	有縁	無縁	国土占有面積
1,700万基	1,200	500	850km ²

<表58> 火葬の年度別推移

区分	年度	単位	1972	1974	1976	1978	1980
人口数		千名	33,505	34,679	35,860	37,019	38,182
死亡者		名	264,689	242,844	236,676	229,147	232,000
火葬者		名	28,604	34,851	38,292	38,831	44,000
火葬率		%	10.8	14.4	16.2	16.9	19.0

9・1・2 問題点

- 墓地の継続増加による国土の効率的利用の阻害
- 伝統的埋葬観念にて納骨および火葬忌避現象
- 既存火葬場の施設の老朽化

9・2 基本政策方向

- 火葬場と納骨堂増設を通して火葬の提高
- 単独墓地の小規格化推進

9・3 細部事業計画

9・3・1 火葬基盤の造成

全国の28個地域生活圏に1個所以上の火葬場および納骨堂を設置する。

9・3・2 火葬場・納骨堂利用率の提高

火葬場・納骨堂の使用料(手数料)を低廉化した火葬の必要に対する弘報と啓蒙を強化して火葬率を提高する。

<表59> 火葬率提高計画

区分	1981	1982	1983	1984	1985	1986	備考
火葬率(%)	20	22	24	26	28	30	

9・3・3 墓地の国土蚕食防止

墓地の国土蚕食予防のため、個人墓地の設置を最大限に抑制して墓地を集団化・規格化し、墳墓1基当りの面積を最少限に縮小する。このため財団法人墓地の拡大と平面式碑石墓を奨励して、公設墓地の増設と1基当りの面積を縮小する。また同じく納骨墓地の設置を継続勧奨してゆく。

<表60> 火葬場および納骨堂設置計画

(単位：個所)

区分	総目標	1981	1982	1983	1984	1985	1986
火葬場	79	54	5	5	5	5	5
納骨堂	56	31	5	5	5	5	5

※ 火葬場1個所当火葬炉3基設置

第3節 保健情報管理体系の改善

1. 現況および問題点

1・1 現況

1・1・1 調査統計

定期的に実施される調査統計は結核実態調査・医療機関実態調査、寄生虫感染実態調査・国民栄養調査・疾病傷害統計調査等があるが、保健政策の樹立または行政管理に必要な情報を提供するには、内容と調査方法に多く問題点を内蔵している。

現在実施されている調査統計を見ると次の如くである。

<表61> 調査統計現況

名称	主要内容	所管課	年度
1. 結核実態調査	○ 結核感染率 ○ 有病率把握	慢性病課	5年
2. 医療機関実態調査	○ 一般事項 ○ 診療科目 ○ 医療従事要員 ○ 医療施設	病院行政課	1年
3. 国民栄養調査	○ 健康調査 ○ 食品摂取調査 ○ 食生活調査 ○ その他	保健教育課	1年
4. 疾病傷害統計調査	○ 医療人実態調査 ○ 入院および外来患者調査 ○ 退院患者調査	医療制度課	
5. 寄生虫感染実態調査	○ 寄生虫感染実態 ○ 寄生虫感染率	寄生虫撲滅協会	5年

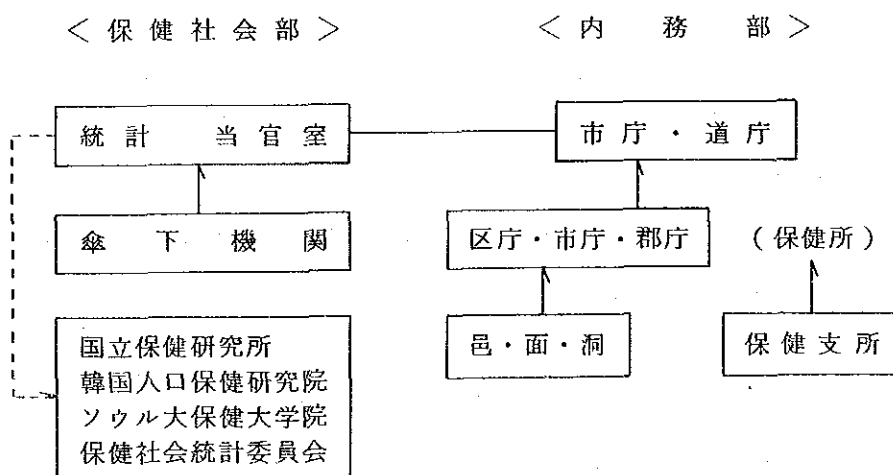
1・1・2 報告統計

1980年末現在の定期報告件数は全部で40種に達し非承認定期報告も少なくない実情ではあるが、資料相互間の調整統制と報告様式の不合理、特に各市・道の報告実績が信用性がなく、資料の活用度が極めて低調である。また統計に対する関心不足により信頼性のある資料収集が困難である。その上最初の報告機関が一線保健所、保健支所および邑・面・洞単位なので、行政の運営上多くの困難をいただいている。

1・1・3 電算室業務処理実情

年平均51件を処理(総穿孔枚数535,000枚)して来たが、1981年からはG・C・Cの業務移管と保健統計方式の電算化の開発で、年平均60余件に達している。

〈図11〉 保健情報の報告体系



1・1・4 保健指標

保健指標は散発的に必要に応じて作られるので体系化されていない。従って公認された指標が少く利用者の用途によって同一内容に対する指標が異なる現象を現わしている。

1・2 問題点

- 統計調査の各部署別分散実施による内容の重複
- 統計調査の非継続性による時系列対比の困難
- 各種統計資料の正確性と信憑性の弱さ
- 電算室の機器および人材不足にて、迅速正確な資料処理、保管、活用体系の未確立
- 体系的な保健指標の開発不足

2. 基本政策方向

- 統計調査の開発
- 保健情報の報告体系の確立

- 保健指標の開発

3. 細部推進計画

3・1 統計調査の開発

統計調査の集中管理のため、統計調査業務を統計担当官室にて専門担当し、毎年年次的な統計調査の基本計画を樹立施行する。

3・2 統計調査項目の多様化

計画期間中の開発予定統計調査項目は次の如し

- 保健総合調査（1982～1983年）
- 医療費の実態調査（1983年）
- 死亡実態調査（1984年）
- 診療生活圏の調査（1985年）
- 保健医療サービス総合指標調査（1986年）

3・3 保健情報の報告体制確立

保健情報の報告体制を確立するため、行政資料室と電算室を補強する一方、保健統計用語の統一を期するため、保健用語集を発刊する。

3・4 保健指標の開発

保健指標の体系化作業のために、年齢別死亡率、比例死亡率等の主要保健社会指標28種を開発する。

＜表62＞ 年度別投資計画

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
総計		1,237,484		182,193		243,169		257,489		254,897		299,735
	国庫	368,723		368,723		93,439		83,584		63,162		55,866
	地方民間	124,961		124,961		32,230		33,405		25,335		17,410
		743,800		743,800		117,500		140,500		166,400		226,460
1. 医療平等体制の確立	計	905,900		116,156		165,501		191,821		194,421		238,001
	国庫	134,200		134,200		36,696		38,816		22,886		14,331
	地方民間	53,200		53,200		16,505		17,805		9,935		2,010
		718,500		718,500		112,300		135,200		161,600		221,660
2. 公衆保健の管理	計	331,584		66,037		77,668		65,668		60,476		61,735
	国庫	234,523		234,523		56,743		44,768		40,276		41,535
	地方民間	71,761		71,761		15,725		15,600		15,400		15,400
		25,300		25,300		5,200		5,300		4,800		4,800
1. 医療伝達体系確立 および医療施設の 拡充	計	761,600		105,240		145,560		169,660		169,590		171,550
	国庫	119,100		119,100		32,655		35,355		20,055		12,480
	地方民間	53,200		53,200		16,505		17,805		9,935		2,010
		589,300		589,300		96,400		116,500		139,600		157,060
○ 保健診療所設置運 営	計	34,800		8,700		8,700		8,700		8,700		8,700
	国庫	18,700		18,700		4,075		3,975		3,975		3,975
	地方民間	16,100		16,100		4,625		4,725		4,725		4,725
- 新築	計	10,400		2,600		2,600		2,600		2,600		2,600
	国庫	8,000		8,000		2,000		2,000		2,000		2,000
	地方民間	2,400		2,400		600		600		600		600
- 要員配置	計	24,400		6,100		6,100		6,100		6,100		6,100
	国庫	10,700		10,700		2,075		1,975		1,975		1,975
	地方民間	13,700		13,700		4,025		4,125		4,125		4,125

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
。病院給運営	計	900	5	180	5	180	5	180	5	180		180
	国庫	600		120		120		120		120		120
。市・道立病院	地方	300		60		60		60		60		60
	計	28900		9600		9600		9600		9700		9700
- 新築	国庫	19,300		6,400		6,400		6,400		6,500		6,500
	地方	9,600		3,200		3,200		3,200		3,200		3,200
- 新築	計	20,700	6個所	5,700	2	6,000	2	6,000	2	9,000	2	9,000
	国庫	13,800	(1,400)	3,900	(400)	3,960	(600)	3,960	(600)	5,940	(600)	5,940
。保健所(新築)	地方	6,900		1,800		2,040		2,040		3,060		3,060
	計	8,200	8個所	2,050	2	3,075	3	3,075	3	3,075	3	3,075
。保健支所(新築)	国庫	5,500	(640病床)	1,374	(160)	2,063	(240)	2,063	(240)	2,063	(240)	2,063
	地方	2,700		676		1,012		1,012		1,012		1,012
。精神疾患施設拡充	計	3,400	20個所	680	4	680	4	680	4	680		680
	国庫	2,300		460		460		460		460		460
。保健支所(新築)	地方	1,100		220		220		220		220		220
	計	33,600	234個所	11,000	75	11,000	84	11,600	84	11,600		11,600
。精神疾患施設拡充	国庫	22,400		7,400		7,400		7,500		7,500		7,500
	地方	11,200		3,600		3,600		4,000		4,000		4,000
。精神疾患施設拡充	計	49,300	4,300病床	3,440	300	16,000	1,400	18,400	500	57,300	500	57,300
	国庫	34,400		2,400		11,200		12,800		40,000		40,000
。精神疾患施設拡充	地方	14,900		1,040		4,800		5,600		17,300		17,300

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
一 国・公立病院	計	8,300	-	-	500	1,660	3,300	1,670	500	1,670	1,670	1,670
	国庫 地方	5,000				1,000	2,000	1,000		1,000	1,000	1,000
一 療養所	計	3,300			660	660	1,300	670		670	670	670
	国庫 地方	6,000	300	1,000	3,000	600	2,000	-		-	-	-
一 専門教育	計	3,600		600	1,800	1,200	1,200	706		251	746	746
	国庫 地方	2,400		400	1,200	800	688	233		18	728	728
一 研究院設置	計	2,574		685	186	18	200	200		18	18	18
	国庫 地方	2,482		665	168	495	495	200		-	-	-
一 要員確保	計	695		-	495	495	200	200		-	-	-
	国庫 地方	695		-	495	495	200	200		-	-	-
一 生計支援	計	11,269		1,395	2,480	3,100	2,407	1,887		2,407	1,887	1,887
	国庫 地方	8,260		895	1,780	2,497	1,804	1,284		1,804	1,284	1,284
一 整備補強	計	3,009		500	700	603	603	603		603	603	603
	国庫 地方	2,687		360	360	510	660	797		660	797	797
一 整備補強	計	1,920		240	240	360	480	600		480	600	600
	国庫 地方	767		120	120	150	180	197		180	197	197
一 整備補強	計	17,775		-	7,819	8,584	7,42	630		7,42	630	630
	国庫 地方	12,443		-	5,717	483	388	242		483	388	388
計	5,332			2,102	2,729	2,59	242		2,59	242	242	

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
○ 民間地域病院設立	計	610,700	38	81,240	45	99,400	57	120,500	70	144,600	83	164,960
	国庫 民間	21,400 589,300	(3,400)	1,500 79,740	(4,000)	3,000 96,400	(5,000)	4,000 116,500	(6,200)	5,000 139,600	(7,320)	7,900 157,060
□. 優秀医薬品生産基盤造成	計	142,900		10,180		19,480		22,080		24,780		66,580
	国庫 民間	13,700 129,200		2,180 8,000		3,580 15,900		3,380 18,700		2,780 22,000		1,780 64,600
○ 医薬品・食品安全性モニター建立 (2,000坪)	計	11,300		1,700		3,100		2,900		2,300		1,300
	国庫	11,300		1,700		3,100		2,900		2,300		1,300
○ 薬効再評価事業	計	2,400	150	480	150	480	150	480	150	480	150	480
	国庫	2,400		480		480		480		480		480
○ 製薬工団造成 (20万坪)	計	129,200		8,000		15,900		18,700		22,000		64,600
	国庫	129,200		8,000		15,900		18,700		22,000		64,600
ハ、保健情報体系の改善	計	1,400		736		461		81		51		71
	国庫 民間	1,400		736		461		81		51		71
2. 公衆保健の管理	計	331,584		66,037		77,668		65,668		60,476		61,735
	国庫 地方 民間	234,523 71,761 25,300		51,201 9,636 5,200		56,743 15,725 5,200		44,768 15,600 5,300		40,276 15,400 4,800		41,535 15,400 4,800
1. 母子保健の増進	計	70,000		19,940		23,760		11,900		7,000		7,400
	国庫 地方	64,500 5,500		18,840 1,100		22,660 1,100		10,800 1,100		5,900 1,100		6,300 1,100

(単位:百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
○ 診療所設置	77箇所	39,048	A型:28	14,274	A型:30	18,431	A型:10	6,343				
		39,048	B型:6	14,274	B型:3	18,431		6,343				
○ 要員訓練	3,600名	2,000	1,200	671	1,200	666	1,200	663				
		2,000		671		666		663				
○ 栄養補助剤支給	719千名	14,859	118	2,506	89	20,500	150	2,303	179	3,992	183	4,008
		14,859		2,506		20,500		2,303		3,992		4,008
○ 安全分娩介助事業	1,351千件	1,264	174	44	237	53	290	243	320	462	330	462
		1,264		44		53		243		462		462
○ 妊産婦・乳幼児登録管理		12,829		23,180		24,300		24,490		26,190		30,130
		7,329		1,218		1,330		1,349		1,519		1,913
- 妊産婦健康管理	2,728千名	1,607	381	103	457	223	571	242	628	339	691	700
		1,607		103		223		242		339		700
- 乳幼児健康管理	3,346千名	272	772	23	849	15	871	15	408	88	446	131
		272		23		15		15		88		131
- 要員配置	10,131名	10,950	1,707	2,192	2,106	2,192	2,106	2,192	2,106	2,192	2,106	2,182
		5,450		1,092		1,092		1,092		1,092		1,082
□. 急性伝染病管理		5,500		1,100		1,100		1,100		1,100		1,100
		10,984		2,903		2,368		2,118		1,816		1,779
国庫		10,523		2,567		2,243		2,118		1,816		1,779
	地方	461		336		125		-		-		-

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
○ 予防接種および消毒	82,800千名	7,921	18,000	1,722	17,500	1,674	17,500	1,674	15,000	14,355	14,800	14,116
国庫		7,921		1,722		1,674		1,674		1,435		1,416
○ 保菌者素出および感者治療	4,210千名	1,387	1,002	330	802	265	802	264	802	264	802	264
国庫		1,387		330		265		264		264		264
- 腸チフス：3,000千名												
- コレラ：1,000 "												
- 患者治療：10 "												
○ 検査活動強化		754		179		179		180		117		99
国庫		754		179		179		180		117		99
- 検査所新築		187	1	62		62		63				
国庫		187		62		62		63				
- 検査船建造		495	1	99	1	99	1	99	1	99	1	99
国庫		495		99		99		99		99		99
- 装備補強		72	18	18	18	18	18	18	18	18	18	
国庫		72		18		18		18		18		18
○ 保健研究所強化		461	1	87	2	336	1	125				
国庫		-		-		-		-				
地方		461		87		336		125				
- 研究所新築		374	3		2	249	1	125				
国庫		-		-		-		-				
地方		374				249		125				

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
一 研究所増築	1箇所	87	1	87								
ハ、慢性疾患管理	計	121,100		24,850		23,660		23,520		24,130		24,940
	国庫	100,100		20,650		19,640		19,320		19,930		20,740
	地方	21,000		4,200		4,200		4,200		4,200		4,200
<結核>	計	96,700		20,200		18,700		18,500		19,200		20,100
	国庫	81,500		17,000		15,700		15,500		16,200		17,100
	地方	15,200		3,200		3,000		3,000		3,000		3,000
。 予防接種	計	500	410	100	1,380	100	1,360	100	1,360	100	1,340	100
	国庫	500		100		100		100		100		100
。 患者発見	計	1,000	99,700	200	90,300	200	81,100	200	68,600	200	42,900	200
	国庫	1,000		200		200		200		200		200
。 登録治療	計	36,000	150	5,900	170	6,500	190	7,100	210	7,800	230	8,700
	国庫	36,000		5,900		6,500		7,100		7,800		8,700
。 要員配置	計	34,400	2,126	8,000	2,126	7,200	2,126	6,400	2,126	6,400	2,126	6,400
	国庫	19,700		4,900		4,300		3,500		3,500		3,500
	地方	14,700		3,100		2,900		2,900		2,900		2,900
。 結核管理班運営	計	1,000	13	200	13	200	13	200	13	200	13	200
	国庫	500		100		100		100		100		100
	地方	500		100		100		100		100		100

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
。 装備購入	44種	1,000	8	200	9	200	9	200	9	200	9	200
	国庫			200		200		200		200		200
。 施設および団体支援	2箇所	5,500	2	1,100	2	1,100	2	1,100	2	1,100	2	1,100
	国庫			1,100		1,100		1,100		1,100		1,100
。 国立結核病院運営	800病床	17,300	800	4,500	800	3,200	800	3,200	800	3,200	800	3,200
	国庫			4,500		3,200		3,200		3,200		3,200
〈薬病管理〉												
。 新患者発見	2,650名	4,100	600	900	550	800	500	800	500	800	500	800
	国庫			500		600		600		500		500
。 患者治療	128,980名	6,800	24,250	1,300	1,300	25,680	27,650	1,400	30,200	1,400	30,200	1,400
	国庫			900		900		900		900		900
。 浮浪患者善導	81箇所	1,900	20	2,200	20	2,600	15	2,500	15	2,400	11	2,400
	国庫			400		400		500		500		500
。 検便事業	1,440名	9,800	240	2,000	300	2,000	300	2,000	300	2,000	300	1,800
	国庫			200		600		500		400		600
〈寄生虫管理〉												
。 検便事業	千名	1,600	250	250	260	260	320	320	330	330	330	440
	国庫			250		260		320		330		440
計	117,600千名	非予算	20,820	-	22,170	-	23,520	-	24,870	-	26,220	-

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986		
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	
。 生保者投薬	計	1,600千名	320	40	320	40	320	40	320	40	320	40	
	国庫			40		40		40		40		40	
	計	125千名	15	150	20	150	25	200	30	200	35	200	
	国庫			150		150		200		200		200	
。 民間団体補助	計	1個所	1	60	1	70	1	80	1	90	1	100	
	国庫			60		70		80		90		100	
。 調査事業 (施設調査)	計	40千名		100							40	100	
	国庫			100							40	100	
二、成人病等特殊疾患 対策	計	39,800		414		9,800		9,800		9,800		9,986	
国庫		14,600		414		3,500		3,500		3,500		3,686	
地方		25,200		-		6,300		6,300		6,300		6,300	
。 成人病管理	計	29,500		414		7,418		7,368		7,338		6,962	
	国庫		4,300		414		1,118		1,068		1,038		662
	地方		25,200				6,300		6,300		6,300		6,300
	計	10個所	1	164	2	6,628	2	6,628	2	6,628	3	6,792	
一	国庫	1,640		164		328		328		328		492	
地方		25,200				6,300		6,300		6,300		6,300	
一 罹患者登録管理	計	400	40	80	40	80	40	80	40	80	40	80	
	国庫		400		80		80		80		80		80
一 指定専門医療機関 支援	計	20,200		110		650		600		600		600	
	国庫		20,200		110		650		600		600		600

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
一 装備支援	51箇所	1,970	51	100	51	640	51	590	51	590	51	590
国庫		1,970		100		640		590		590		590
一 訓練費支援	51箇所	50	51	10	51	10	10	10	51	10	51	10
国庫		50		10		10		10		10		10
一 広報啓蒙	5件	150		30		30		30		30		30
国庫		150		30		30		30		30		30
一 調査研究	3件	90	1	30	1	30	1	30		30		30
国庫		90		30		30		30		30		30
。難治性患者収容治療施設設置	10,000坪 (1,000名収容)	10,300			5,000	2,382	5,000	2,432	(1,000)	2,462	(1,000)	3,024
国庫		10,300				2,382		2,432		2,462		3,024
ホ. 食品の品質管理強化		25,300		5,200		5,200		5,300		4,800		4,800
民間		25,300		5,200		5,200		5,300		4,800		4,800
。食品工業施設の近代化	統合推進	17,200		4,100		4,100		4,200		2,400		2,400
民間		17,200		4,100		4,100		4,200		2,400		2,400
。民間食品衛生検査センターおよび食品衛生指導員養成所建立	センター：1,000坪 養成所：2,000坪	8,100		1,100		1,100		1,100		2,400		2,400
民間		8,100		1,100		1,100		1,100		2,400		2,400
ハ. 国民栄養の改善		5,200		830		980		1,130		1,130		1,130
国庫		5,200		830		980		1,130		1,130		1,130
。栄養指導員配置	837名	1,190	36	50	126	180	225	320	225	320	225	320
国庫		1,190		50		180		320		320		320

(単位：百万クウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
○ 啓蒙資料製作普及	25種	3,130	4	600	5	620	5	630	5	640	6	640
○ 栄養研究調査		3,130		600		620		630		640		640
— 一般調査		880		180		180		180		170		170
— 特殊調査		880		180		180		180		170		170
・ 特殊地域		600	4,000	120	120	4,000	120	120	4,000	120	4,000	120
・ 集団給食所	20,000 家口	600		120		120		120		120		120
— 基礎資料整備	3,000	150		30		30		30		30		30
・ 栄養勸奨賞	3,000	150		30		30		30		30		30
・ 食品分析表	3,000	90	1,000	30	1,000	30					1,000	30
— 栄養週報発刊	800箇所	90		30		30						30
		60					400	30	400	30		
		60						30		30		
	8回	80	2	20	2	20	2	20	1	10	1	10
	3回	80		20		20		20		10		10
	5回	30	1	10	1	10	1	10	1	10	1	10
	275回	30		10		10		10		10		10
		50	55	10	55	10	55	10	55	10	55	10
		50		10		10		10		10		10

(単位：百万ウォン)

事業名	総規模		1982		1983		1984		1985		1986	
	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算	目標量	予算
1. 簡易給水施設の拡充	計	17,679	53,900	10,800	3,536	10,800	3,536	10,800	3,536	10,800	3,536	10,700
	国庫地方	個所	3,590	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,200	7,100
チ. 火葬場および納骨堂増設	計	5,300	5,300	1,100	5	1,100	5	1,100	5	1,000	5	1,000
	国庫地方	納骨堂：25個所 火葬場：25個所	3,700	700	700	700	700	700	700	800	800	800
		1,600	400	400	400	400	400	400	200	200	200	200

JICA