

制度の発展過程から 見た日本と韓国の医療保険制度



生活研究部門 金 明中

kim@nli-research.co.jp

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生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。韓国におけるベビーブーム世代の出現が日本や他の国に比べて遅れた理由としては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。

韓国におけるベビーブーム世代は1955年から1963年までに生まれた世代で日本よりその期間が長いという特徴を持っている。さらに、このような高い出生率は政府が本格的な産児制限政策を実施するまで続いており、実際に出生率が4.0以下まで低下したのは1974年以後である。す

なわち朝鮮戦争の影響でベビーブーム世代の出現が遅れたことや高い出生率が長く維持されたこと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る。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、韓国政府の将来人口推計によると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。

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。

本研究が、日本と韓国の医療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東洋的な儒教思想に基づいて長い間、家族を中心とする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）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。

2——医療保険制度の発展過程比較

1 | 国民皆保険制度の成立までの過程

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運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。その後1922年農商務省に設置された工務局労働課が健康保険の保険者、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年に施行される。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、農業者を対象に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^(注1)。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^(注2)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のである。その結果、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ものの、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、強制方式ではない任意加入方式の制度を実施することになった。その結果、

情報の非対称による逆選択の問題が発生し、医療保険財政を悪化させることになった。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、財源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医療保険を拡大・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国民皆保険が実現された。

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。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年上半年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、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利用したこと、③政治的な目標達成のための手段として利用したこと（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。図表-1は日本と韓国における医療保険制度の詳細を示している。

[図表-1] 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ヵ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ヵ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2) + 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。

(注2) 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 (2008) *Health Data 2007*より作成

2 | 国民皆保険以後の医療保険制度の変化

日本における国民皆保険以後の医療保険制度の主な特徴は、老人医療費の無料化政策と老人保健制度の実施が挙げられる。厚生労働省(2000)は、老人医療費の無料化政策を実施した背景について次のように説明している。「1961年に国民皆保険は達成されていたものの、当時は、加入する医療保険によって保険給付率が異なり、複数の病気を抱えて長期の療養生活を送ることも多い高齢者の医療費負担をいかに軽減するかが大きな問題となっていた。こうした中で、1969年に秋田県と東京都が老人医療費の無料化に踏み切ったことを契機に、各地の地方公共団体がこの動きに追随し、1972年には、2県を残して全国で老人医療費が無料化されることになった。このような背景の中で、1973年から、国の施策として老人医療費支給制度が実施されるに至った。この制度は、70歳以上(寝たきり等の場合65歳以上)の高齢者に対して、

医療保険の自己負担分を、国と地方公共団体の公費を財源として支給するものであった。」

老人医療費の無料化政策実施以降、高齢者の医療サービス利用は増加し、老人医療費は大きく増加した。特に高齢者の割合が相対的に高い国民健康保険の財政を悪化させる原因になった。そこで、高齢者の医療費負担の公平化と壮年期からの総合的な保健対策による高齢者の健康の確保を目指して、老人保健法が1982年に制定され、老人医療費無料化政策は廃止されることになった。

1984年には健康保険法の改正により自由診療の一部を保険で給付する特定療養費制度と退職者に対する退職者医療制度が創設される。それ以降1998年には国民健康保険法等が改正され退職被保険者等に係る市町村負担の老人医療費拠出金算定方法の見直し、老人医療費拠出金算定に用いる各保険者の老人加入率上限の引き上げ(25%から30%)、保険医療機関の病状の指定等に関する

る見直し等が実施される。また2000年の健康保険法改正案では老人の患者負担と高額療養費の見直しが行われる。さらに2002年の健康保険法改正案では老人保健の対象年齢及び公費負担割合の引き上げ、各制度・世代を通じた給付と負担の見直し（3割負担・乳幼児2割負担・70歳以上の者原則1割負担、総報酬制の導入）を行った。

一方、1989年に国民皆保険が実施されてから、韓国における主な医療制度の変化は2000年の医薬分業と医療保険組合の統合であると言える。2000年以前の大きな変化は1989年に薬局医療保険が実施されたことと1997年の障害者補助装備に医療保険が適用されたことが挙げられる。そ

れ以降1997年12月31日に『国民医療保険法』を制定し、1998年10月1日から、既存の組合主義方式の医療制度から統合主義方式に変更することになり、公・教組合と227個の地域医療保険組合を統合した。更に1998年2月労・社・政委員会^(注3)で医療保険統合に関する合意がなされ、同年12月『国民健康保険法』を制定し、2000年7月1日に139箇所の職場組合までを含む健康保険組合の完全統合を達成した。また、2000年8月には医薬品の過剰投薬と乱用の防止、国民の薬剤に対する意識の改善、医薬品の取引の透明性向上、情報の非対称性を解消するという目的で、強制的に医薬分業を実施した。

[図表-2] 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	①職場： 組合管掌健康保険平均保険料率7.317% (2007年) 政府管掌健康保険8.2% ②地域： 所得割・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	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) 報酬月額=年間総報酬額/12(勤務月数) 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×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 →500万ウォン以上：所得のみで算定
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)	①職場：100等級→1等級(月30万ウォ ン未満)～100等級(4,980万ウォン以上) 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)
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	✓ 70歳未満：3割 ✓ 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。) ✓ 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520万円以上、単身で383万円以 上)は3割負担)	入院20%、外来30～50%(医院30%、 総合病院50%)：詳細は図表-3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(2008)
Health Data 2007より作成

3—主な制度の比較

1 | 医療保険の財源

図表-2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%^(注4)（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（図表-3）。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。

【図表-3】韓国における患者負担比率

区分		成人	6歳未満の児童
入院		20%	10%
外来	総合専門医療機関	50%	35%
	総合病院	50% (45%)	35% (31.5%)
	病院	40% (35%)	28% (24.5%)
	医院	30%	21%
保健関連機関		30%	21%

2 | 医療保険組合

日本の公的医療サービスは大きく職域部門と地域部門に区分して提供されている。職域部門は、

一定規模以上の企業が企業独自にあるいはいくつかの企業が連携して健康保険組合を運営している組合管掌健康保険と中小企業で働く被用者のために政府が団体健康保険として提供している政府管掌健康保険に分けられる。健康保険組合の運営は、組合管掌健康保険の場合には企業グループで作った健康保険組合が、政府管掌健康保険の場合には社会保険庁がそれぞれ担当している。また、公務員の場合は共済組合に、漁業従事者・日雇労働者のような特殊職種従事者の場合は特定被用者保険に加入し、被保険者と被扶養者が医療保険制度の適用を受けている。職域を基準とした健康保険の適用対象とはならない自営業者、農業従事者等は国民健康保険に加入することが義務づけられており、地方自治体が独立的な保険者としての役割を担当している。

日本の医療保険組合が、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、船員保険、各種共済保険、国民健康保険に分離されているのに対して、韓国の場合には、これまで地域保険、職場保険、公・教組合に分離されていたそれぞれの組合を、1998年の1次統合と2000年7月1日の2次統合を経て「国民健康管理公団」という一つの団体に統合して、現在は一つの医療保険組合で運営している。医療保険の統合は、「国民の政府」^(注5)が発足する時の国政改革100大課題の一つとして挙げられ、1998年2月医療保険全体統合に対する合意がなされた。そして同年3月、各団体の代表と専門家で構成された「医療保険統合推進企画団」によって統合法案が樹立された。韓国における医療保険組合の統合は、①管理運営機構の統合、②財政の統合、③保険料賦課体系の統合を意味する。

3 | 医薬分業

医薬分業とは医院や病院などの医療機関が自院で薬を出さないで患者に処方箋を出し、患者はその処方箋を保険薬局へ持って行って、処方

箋と引き替えに医師の処方した保険薬を購入する仕組みである。

日本における医薬分業は近代的な医療制度の基本原則の一つとして、薬剤師を中心に早くから実施しようとした動きがあったものの、医療費に占める薬剤費の割合が極めて高く、調剤による収入が医師の所得に大きな影響を与えたので、常に医師会の反対によって実現できなかった。医薬分業が初めて公式的に示唆されたのは、アメリカの薬剤師協会使節団の影響を受けて、1950年7月厚生省に設置された臨時医療報酬調査会の答申からであり、その内容は「物と技術が不可分の形をとっている診療報酬を物と技術の報酬に区分して考えるべきである」であった^(注6)。それ以降1951年医師法、歯科医師法および薬事法が改正され、医師の処方箋発行の義務化、薬剤師の処方箋による調剤などを明示したものの、医師会はこれに反発し処方箋を発行しなかった。医師会が医薬分業を反対した最も大きな理由は①薬局の調剤環境が十分整備されていないことと②技術料に対する評価が十分に行われていないことであった。結局、1955年から実施される予定であった医薬分業は医師会の猛烈な反対と政治的な影響力などによって医師側が調整できるケースを広げる法律改正^(注7)を行った後、1956年4月から強制分業の代わりに任意分業の形で実施されることになった。しかしながら、それ以降分業率は継続して上昇し、施行初期に10%を下回った分業率は2007年には56.8%まで上昇した。

このように医療機関の分業率が上昇した理由としては、政府が処方料よりも処方箋料を高く設定したことと、薬価を継続的に引き下げて医療機関の利益となる薬価差額が減ったことが挙げられる。従来の病院では、院内に調剤部門を設置しており、患者が医師の処方箋をそこへ持参すると、院内で薬を購入できる仕組みが多かった。このように院内の薬局で薬を処方する場

合には、医療機関は診療費に加えて処方料という収入を得ることができた。また、院内調剤部門に使用する薬を製薬会社から直接購入することによって、薬の公定価格である「薬価基準」よりも安く薬を購入することができ、この過程で発生する薬価差益が、医療機関においてはもう一つの主な所得源になった。したがって、医療機関としては処方箋を院外より院内の調剤部門に出せば出すほど、また薬価差額が大きい薬を使えば使うほど利益が増加したので、院外に調剤部門を出さずに院内で診察から調剤まで一貫して済まそうとしたのである。更に、薬をたくさん購入した場合、もしくは、新薬を購入した場合において、製薬会社から医療機関に対して供与されるリベートは、医療機関にとっては貴重な副収入源であったのである。しかしながら、政府による「薬価基準」の引き下げ政策によって薬価差額は徐々に低下し院内調剤によるメリットが大きく縮小された。図表-4は1969年から2000年までの薬価基準の引き下げ率を示しており、長期間にわたって薬価基準が引き下げられたことが分かる。また、院内の調剤部門で薬を処方する場合の「処方料」よりも院外処方である「処方箋料」の点数を高く設定した政策も、分業率を引き上げる一翼を担当したといえる（図表-5）。

また、厚生労働省は医薬分業の進展を支援するとともに、「かかりつけ薬局^(注8)」の育成を図り、医薬分業のメリットがさらに広く国民に受け入れられるよう、2004年度から①医薬分業推進支援センターの施設・設備整備費、②薬局機能評価制度導入整備事業費、③医薬分業啓発普及費を設定・実施している。

一方、韓国では2000年8月1日に、数多くの紆余曲折の末に医薬分業が実施された。実際には、医薬分業に対する本格的な論議が1963年の薬事法改正によって提案されたものの、当時の医師

【図表-4】日本における薬価基準の引き下げ率の動向

年度	薬価引き下げ率	年度	薬価引き下げ率
1969	5.60%	1985	6.00%
1970	3.00%	1986	5.10%
1972	3.90%	1988	10.20%
1974	3.40%	1989	2.70%
1975	1.60%	1990	9.20%
1978	5.80%	1992	8.10%
1981	18.60%	1994	6.60%
1983	4.90%	1998	9.70%
1984	16.60%	2000	7.00%

(資料) 日本医師会「日本医師会通史」などにより作成

【図表-5】日本における処方箋料と処方料の点数改正現況

年度	処方箋料の点数	処方料の点数
1961	5	—
1974	50	—
1981	55	—
1990	55	—
1992	74	24
1994	76	26
1996	76	26
1998	81	37
2000	81	42
2004	69	42
2006	68	42

(注) 2006年：後発医薬品を含む場合の処方箋料の点数：70円

(資料) 竹下昌三(2004)『新版わが国の医療保険制度』大学教育出版55頁

と薬剤師の数が医薬分業を実施するには絶対的に不足であったので、事実上その実施が留保された。その後、1982年に地域医療保険モデル事業の一環として全羅南道木浦市においてモデル事業の実施、そして1989年7月に薬局医療保険制度の施行、その後1998年には「医薬分業推進協議会」、「医薬品分類委員会」、「医薬分業実務企画団」の構成等を経て医薬分業制度施行の基本的な骨格が作られるに至った。韓国政府が、医薬分業を実施した主な理由としては次のような四つの要因が挙げられる。

一つ目は院内での調剤部門を院外に移動させることによって医薬品の過剰な投薬と制度の濫用を防止することである。実際にOECD諸国の医療費全体に占める医薬品の割合は2005年平均で17.2%であることに比べて、韓国の場合には27.3%で、OECDの平均を大きく上回った^(注9)。

二つ目は、国民の薬剤に対する誤った意識を改革することである。当時、国民の間に広まっていた「薬をたくさん飲めば、薬の成分が強ければ、注射を打ってもらえば早く病気が治る」という誤った意識を変えることで、不要な薬剤の使用を削減することを目的にしている。

三つ目は医薬品の取引の透明性を高めることである。診療報酬をめぐる製薬会社と医療機関との不健全な取引を防いで実際の医療費を削減することを目的にしている。

四つ目はカルテの公開等による情報の非対称性を解消することである。すなわち、医薬分業はカルテと処方箋を公開することによって、従来までの供給側中心の医療サービスから需要側中心のサービスへと移行することを目的にしている。

日本と韓国は任意分業と強制分業という異なる形で医薬分業を実施したものの、最近日本の医薬分業への参加率が首都圏を中心に大きく上昇することで両国の間に分業率の格差は毎年縮まっている。任意分業を実施している日本の分業率は地域間に大きな格差(図表-6)を見せているものの、2006年度の分業率は55.8%まで上昇し、強制分業を実施している韓国の60.9%と大きな差を見せていない。このように強制的医薬分業を実施している韓国の分業率が60%台

【図表-6】日本の医薬分業率上位5県と下位5県

上位5県			
1986年度		2006年度	
都道府県	分業率	都道府県	分業率
秋田	29.9	秋田	73.5
佐賀	29.8	佐賀	71.8
宮崎	23.7	神奈川	71.2
福岡	22.1	新潟	68.3
神奈川	18.8	宮城	67.2
下位5県			
1986年度		2006年度	
都道府県	分業率	都道府県	分業率
福井	0.7	福井	24.3
京都	0.8	和歌山	31.6
富山	1.1	京都	34.1
徳島	1.2	石川	35.5
岐阜	1.3	徳島	35.9

(資料) 日本薬剤師会ホームページより作成

に留まっている理由としては医薬分業例外地域と医薬分業例外医薬品を設定したことが挙げられる。すなわち、医療機関あるいは薬局が開設されていない地域また医療機関や薬局が開設されていてもその距離が1km以上離れており、医療機関と薬局を同時に利用することが難しい邑・面・島嶼地域の行政区域が医薬分業の例外対象で、2007年3月末現在全1,411邑・面地域の中61.8%に当たる872地域が例外地域として指定されている（図表-7）。

【図表-7】 韓国における医薬分業例外地域の現況

邑・面	島嶼地域	公園地域	軍事施設統制区域 開発制限区域
872(1411)	36	36	17

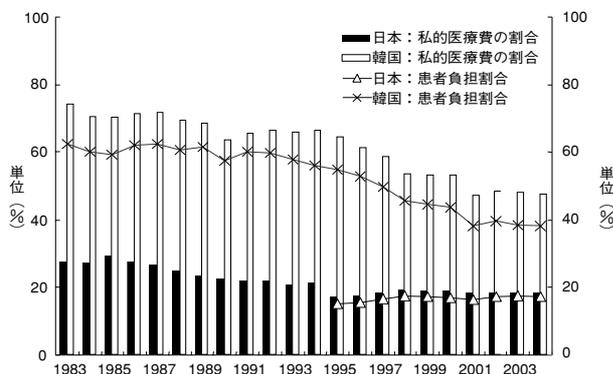
(注) () の中は全国の邑・面数

4 | 患者負担と混合医療

韓国における国民医療費に占める私的医療費の割合（以下、私的医療費の割合）は毎年減少しているものの、OECD加盟国と比べると高い水準である。OECD（2007）によると、2004年における韓国の私的医療費の割合は47.4%で、アメリカ（55.5%）、メキシコ（53.6%）、ギリシャ（55.4%）に次いで高く、日本の18.3%をはるかに上回っている（図表-8）。

韓国の私的医療費の割合が高い理由はどこにあるのか。その主な理由として国民医療費に占める患者負担割合（以下、患者負担割合）が高

【図表-8】 日・韓における私的医療費と患者負担割合の動向



(資料) OECD (2008) Health Data 2007より作成

いことが挙げられる。2004年における韓国の患者負担割合は38.1%で、日本の17.3%よりも2倍以上高い。患者負担割合が日本より高い理由は①保険適用診療に対する患者負担割合が相対的に高いことと②健康保険の保険給付が適用されない混合診療が許容されていることである。

韓国における患者負担割合は、入院が20%、外来が30~50%で日本より全体的に高く設定されている。また、日本が就学前の児童に対する医療費を全額無料化していることに比べて、韓国では6歳未満児童の患者負担割合は入院の場合10%、外来は成人患者負担率の70%に設定されており、子育て世帯を含む全世帯の医療費負担が日本より高い。更に、基本的に混合診療が許容されている。混合診療は、健康保険が適用される治療と、健康保険が適用されない自由診療の両方を、合わせて行う診療方法であり、日本では一部の先進医療や選定療養などを除き原則として禁止されていることに比べて、韓国では健康保険の施行初期の段階から混合診療を許容している。

韓国政府が混合診療を許容した主な理由としては健康保険に対する財政的な負担を最小化するためである。すなわち、韓国における健康保険制度は低負担・低給付をその基本的な趣旨としており、健康保険の給付範囲を超える部分に対しては医療サービスを利用する個人が全額を負担することになっている。その結果、家計の医療費負担はますます増加し、医療費負担を減らすために民間医療保険への加入が増加している。韓国における民間医療保険は2005年から許容されており、毎年その規模が拡大している。国民医療費に占める民間医療保険の医療費の割合は1998年の1.8%から2005年には3.4%まで上昇した。これは日本の0.3%よりかなり高い水準である（注10）。

日本では自由診療と保険診療の併用を認めて

いない。すなわち、診療報酬点数表に定められていない診療を医者が行っても、保険診療ではない自由診療として扱われ、この診療行為に対する診療報酬は支給されない。ただし、1984年に健康保険法を改正し、被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより先進医療や選定療養に該当する療養を受けたときは、その療養に要した費用を支給する「特定療養費制度」を設けた。すなわち、特定療養費制度とは厚生労働大臣の定める先進医療や選定療養にかかる費用のうち、診察料・薬剤料・入院料などの基礎的部分について給付が受けられるもので、2006年10月よりその名称が「保険外併用療養費制度」に変更・実施されている。

内閣に設置された規制改革会議は『規制改革会議「第2次答申」(医療分野の問題意識)に対する厚生労働省の考え方』にて「混合診療の存在は当然に前提とすべきであり、「必要な医療技術等は全て保険に収載すべきであり、混合診療は国民皆保険を破綻させる」との論理は間違っている。混合診療を実施した場合には、保険診療分には保険給付されることから、混合診療が禁止される状況下で希望する医療を受けられない患者が経済的恩恵を受けることとなり、格差縮小につながる。」と主張している。しかしながら混合診療が認められる場合、保険外の診療費用が患者の負担となり、経済的に余裕がある人と余裕がない人の間に、不公平が生じる可能性がある。また、保険外の診療費用の負担が大きくなると、患者は保険外の診療費用をカバーする民間の医療保険加入を求め、加入することになる。その結果、公的医療保険の機能や役割は縮小され、代わりに民間医療保険が大きくなることと、所得格差によって受ける医療の質に差が出てくる恐れがある。国民医療費に占める民間医療保険の医療費の割合は0.3%で韓国より低い水準に留まっているものの、混合診療の導入によってその割合は大きく上昇する可能性が高い。

4——結論

日本と韓国の医療保険制度は同じ社会保険方式を採択しているものの、両国の社会・政治・経済的な状況によって異なる形で定着した。両国はそれぞれ「健康保険法」と「医療保険法」という異なる名前で医療保険に関する法律を制定したものの、国民の健康維持のために保険給付を行い、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与するという共通の目的を有している。国民皆保険制度の導入以前まで両国で見られる共通的特徴としては適用対象者の拡大と給付範囲の拡大政策が挙げられる。しかし、国民皆保険制度実施以降の両国の医療保険政策は日本が高齢者医療政策を中心としたことに比べて、韓国は制度の改革を中心として政策を展開した。日本がこのような政策に基づいて老人保健制度と介護保険制度などの高齢者を対象とする医療や介護政策を実施した背景には急速な人口高齢化とそれに伴う高齢者医療費の増加が挙げられる。2000年に実施された韓国の医療保険組合の統合と強制的な医薬分業の実施はその以前までほぼ同一なシステムとして考えられた日本と韓国の医療保険制度に線を引く重要な転換点の役割をした。

今後急速な高齢化が予想される韓国において、日本が経験した高齢者関連介護や医療政策は韓国政府が今後の政策を推進するのにおいて大きな参考になるに違いない。

しかしながら、現在韓国社会は日本以上に早いスピードで少子高齢化が進んでおり、今まで通りに日本の制度を少し直して、韓国の制度に適用することは難しくなるだろう。むしろ今まで世界が経験していない急速な高齢化に対応するためには韓国政府独自の政策が必要である。しかしながら、韓国政府が解決すべき課題は医療や介護などの社会保障だけではなく、景気回復、格差の縮小、非正規雇用者の処遇改善、ワ

ーク・ライフ・バランスの推進など課題は山積している。このように、韓国社会が直面している問題は日本でもすぐ見られることで、今後日本と韓国がお互いの制度や対策を参考しながら共同に対処することは両国における経済的、時間的損失を最小化するのに役立つだろう。今後日本と韓国の共同的な対策が世界の社会保障政策、さらに社会政策のモデルになることを望むところである。

-
- (注1) 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。
(注2) 韓国の第5～9代大統領（在任：1963～1979年）
(注3) 労働者と使用者、そして、政府が信頼と協調をもとに労働政策などを協議するために1998年設立された委員会。
(注4) 健康保険組合連合会がまとめた2007年度決算見込み(2008.9.10)によると、2007年度末の平均保険料率は7.308%（組合別に3.12%から9.62%までばらつきが存在）で、前年度に比べて0.1ポイント低下した。
(注5) 金大中大統領時代
(注6) 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』240～241頁から引用
(注7) 調剤については「患者またはその看護にあっているものが特に希望する場合、調整してよい」と規定しており、強制性を失っている。
(注8) 薬剤師が患者ごとに「薬歴管理」をするので、複数の医療機関にかかっている場合も同じ成分を含んだ薬が重なって処方されることがや飲み合わせによる副作用の心配が改善される。
(注9) OECD (2008) *Health Data 2007*
(注10) OECD (2008) *Health Data 2007*

※ 本文の内容は近日、慶應義塾大学出版会から発刊予定の清家 篤・駒村康平編著『島田晴雄先生退任記念論文集（仮題）』の筆者担当部門「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—」を修正・要約したものである。

【参考文献】

※韓国語

- オムキウック (1999)「日本の高齢者保健福祉政策の動向」
キムクンホン (1998)「ドイツのプレゲ (Pflege) 保険に関する研究」
国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2002健康保険統計年報』
国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2006健康保険統計年報』
国立社会保障・人口問題研究所 *Social Security in Japan* (2005) 韓国語版「日本の社会保障」責任編集 金子能宏、翻訳 金明中
保健福祉部 (2004)『全国老人生活実態及び福祉欲求調査』
保健福祉部 (2007)『保健福祉白書2006』

- 文玉倫 (2000)『医療保障論』新光出版社
ムンゼウ 他 (2000)『国民医療保険論』癸丑文化社
東亜日報 (2005)「医薬分業5年、国民意識変化」2005年6月27日
統計庁『2007年韓国の社会指標』
崔鍾赫 (1999)『日本の公的介護保険制度を巡った課題』
朴光駿 他 (1999)『高齢化社会と老人福祉』セジョン出版社

※日本語

- 池上直己 (1996)『日本の医療』中公新書
医療経済研究機構 (2003)「2002年度OECDのSHA手法に基づく医療費推計及び国際比較に関する研究」
医療保険制度研究会『目で見る医療保険白書—医療保障の現状と課題〈平成17年版〉』ぎょうせい
金明中 (2001)「韓国における介護保険制度のあり方」慶應義塾大学大学院修士論文
金明中「韓国における高齢化と高齢者雇用政策-高齢者雇用政策と所得政策を中心に」(2006)『エイジレスフォーラム』第4号
金明中・張芝延「韓国における少子化の現状とその対策」(2007)『海外社会保障研究』No.160
健康保険組合連合会編 (2008)『社会保障年鑑2008年版』東洋経済新報社
総務庁 (1997)「中高年層の高齢者問題に関する意識調査」
竹下昌三 (2004)『新版わが国の医療保険制度』大学教育出版
日本医師会「日本医師会通史」
日本医療企画 (2005)『医療白書』
吉原健二・和田勝 (1999)『日本医療保険制度史』東洋経済
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)』
厚生労働省大臣官房統計情報部 (2004)『平成14年度国民医療費』
厚生統計協会 (2007)『保険と年金の動向』2007年第54巻第14号
国民健康保険公団 (2004)『健康保険統計年報2003』

※英語

- General F. Anderson (1989)『UNIVERSAL HEALTH CARE COVERAGE IN KOREA』HEALTH AFFAIRS Summer 1989.
OECD (2007) *Economic Outlook 82 database*.
OECD (2008) *Health Data 2007*.
OECD (2007) *Social Expenditure Database*.
WHO (2008) *World Health Statistics 2008*.