

基礎研 レポート

日韓比較(12):医療保険制度— その5 混合診療

—なぜ韓国は混合診療を導入したのか、日本へのイン
リケーションは?—

生活研究部 准主任研究員 金 明中
(03)3512-1825 kim@nli-research.co.jp

1—はじめに

1927年、制度の施行以降、数多くの改正が行われてきた日本の医療保険制度において、最近最も注目されている議論の一つが混合診療制度の導入有無である。混合診療とは保険診療と保険外の診療を併用する制度で日本では原則的に禁止されている。一方、日本と同じく社会保険方式を基本とする医療保険制度を施行するなど日本の医療保険制度と類似するところが多い隣国韓国では以前から「選択診療」という名で混合診療を実施している。韓国の「選択診療」制度は、まず特定の資格を満たしている医師を患者が選択、その医師から提供される保険診療と保険外の診療を利用する仕組みで、保険外の診療に対する費用は全額患者が負担することになっている。

本稿では韓国における混合診療、すなわち「選択診療」制度の実施までの経緯と制度の内容、そして問題点や最近の改正内容を紹介することを主な目的にする。本稿の内容が今後日本の混合診療制度の導入議論において、少しでも参考となることを願うところである。

2—高い自己負担と低い公的負担比率

韓国の医療保険制度は日本より50年程度遅れて1977年に施行された後、1989年から国民皆保険制度を実施、現在に至っている。日本が医療保険制度の施行から国民皆保険の実現までに34年という年月がかかってことに比べると韓国の国民皆保険は12年と相対的に短い期間で実現された。韓国でより短い期間に国民皆保険が実現できた理由としては、①1986年上半期に史上初めて貿易黒字を記録した韓国政府が経済成長に自信を持ち1988年に公的年金制度を実施するなど社会保障制度を拡大・実施したこと、②1988年にソウルオリンピックを開催することになった韓国政府が対外的に国家の威信を高めるための戦略として活用したこと、③有権者の心を掴み、政権を維持しようとする政治的な目標達成のための手段として利用されたこと、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。

さらに、韓国政府は国民皆保険の早期実現のため、所得捕捉が難しい地域住民の保険料を最初から低く策定するなど、低保険料、低給付、低診療報酬といういわゆる3低政策を実施した。このような3低政策は国民皆保険の実現を成功させたものの、国民は医療サービスを利用する際により高い自己

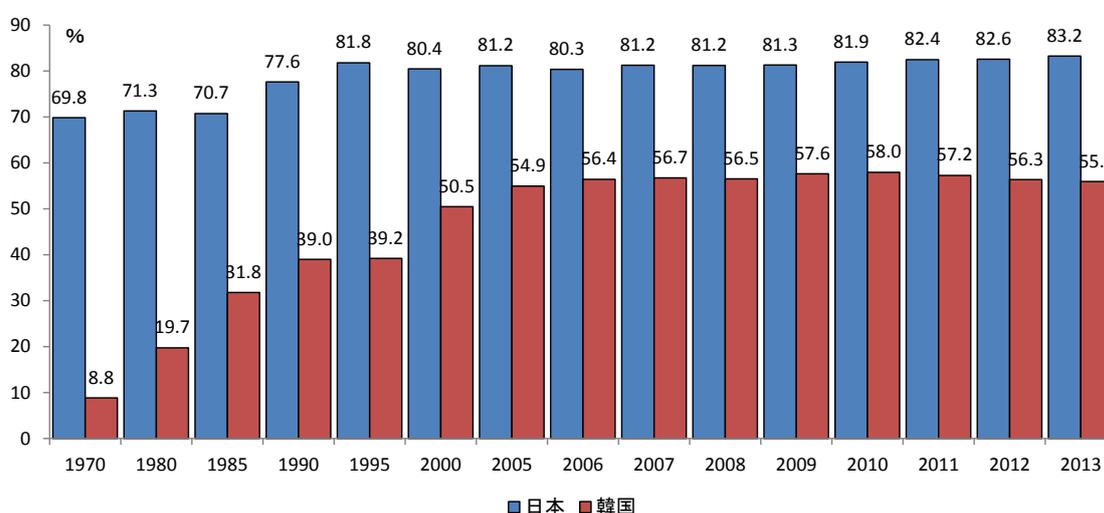
負担をしなければならなくなった。また、政府が低い診療報酬による医療機関や医師の収入を補填するなどの目的で実施した「選択診療」は、国民医療費に占める私的医療費をさらに増加させる原因となった。

図1は、日・韓における医療費の公的負担比率（医療支出総額に対する公的医療支出の比率）の動向を示している。

韓国における医療費の公的負担比率は1977年に公的医療保険制度を実施してから段階的に増加しているものの、2006年以降は55%前後で足踏みの状態である。一方、日本における医療費の公的負担比率は2013年現在83.2%で韓国の55.9%を大きく上回っている。

韓国の医療費の公的負担比率が低い理由としては、①保険適用診療に対する患者の自己負担割合¹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（選択診療）が許容されていることなどが考えられる。

図1 日・韓における医療費の公的負担比率の動向



資料出所) OECD Health Statistics 2015より作成

3—韓国における混合診療の現状

1 | 混合診療制の歴史²

韓国では「選択診療制」という名で混合診療が実施されている。韓国における選択診療制度とは前述の通り、患者あるいは保護者が病院級以上の医療機関を利用する際に、特定の資格を満たしている医師を選択、診療を受けることを意味し、それによる追加費用は全額患者が負担する制度である。すなわち、患者に「医師選択」の選択権を与えて、健康保険が適用されない自由診療に対する費用を追加的に負担させる仕組みである³。

¹ 自己負担割合に関しては、金明中（2015）「日韓比較（8）：医療保険制度-その3 自己負担割合—国の財政健全性を優先すべきなのか、家計の経済的負担を最小化すべきなのか—」研究員の眼（2015年10月6日）を参照すること。

² 金明中（2009）「韓国における混合診療の導入過程とその内容について」『月刊保団連』2009年06月号34-39Pを一部引用・修正。

³ 医療法第46条に基づいて作られた「選択診療に関する規則」により運営されている。

韓国政府は、選択診療制を導入した建前の理由として「患者とその保護者の医師選択権を保障し、診療と治療に対する心理的な安定を伴うこと」を挙げているものの、制度を導入した本当の理由は、低く設定されている公的医療保険の診療報酬や私的医療機関に比べて相対的に低い公的医療機関の医療関係者の賃金を補填することにあった。

選択診療制度は、1963年に特別診療（以下、特診）という名前で国立医科大学の付属病院や国立医療院など国・公立の医療機関で制限的に実施された。その後特診制度は、医療機関の間の制度運営及び特診費における統一性の確保、患者の便宜と診療の効率性の向上を目指して1991年3月から病院別の特診規定を統合し「指定診療」という名称で民間医療機関まで拡大・実施されることになった。しかしながら、患者に対する診療費の過剰請求や指定診療の強要などの不当な行為によって、利用者の不満が高まると、制度施行の適正性に関する問題点が提起された。そこで、韓国政府は法的根拠に基づいていない保健福祉部令の「指定診療制度」を廃止し、2000年から医療法に基づいた「選択診療」制度を施行することになった。このことと伴い、選択診療が実施できる医療機関は病院⁴級以上の医療機関（総合病院、病院、歯科病院、漢方病院、療養病院）まで拡大された（表1）。一方で、医療機関における選択医師の割合の上限を2015年9月から「実際に診療が可能な医師」⁵の80%から67%（診療科目別には最大75%まで）に縮小した。

医療機関が選択診療として追加費用が徴収できる項目は、診察（漢方を含む）、入院（漢方を含む）、検査（漢方を含む）、画像診断及び放射線治療、麻酔、精神療法、処置及び手術（漢方を含む）、鍼灸、附缸治療⁶である。選択診療が担当できる者は、専門医の資格を認定されてから10年が経過した医師、免許を取得してから15年が経過した歯科医師及び漢方医師、そして、専門医の資格を認定されてから5年が経過した大学病院あるいは大学付属漢方病院の助教授以上の医師、免許を取得してから10年が経過した大学病院あるいは大学付属歯科病院の助教授以上の歯科医師である。

⁴ 韓国における「病院」とは、医師、歯科医師、漢方医師が患者に医療を提供する施設のことで、医療法の定義では、患者30人以上の入院施設を有するものとされている。

⁵ 実際に診療が可能な医師とは、①診療をせずに教育、研究に従事する者、②6か月以上の研修あるいは留学などで不在中である者を除いた者である。

⁶ 附缸治療（カップリング・セラピー）：附缸治療（カップリング・セラピー）とは、吸玉療法とも呼ばれる、伝統的な民間療法で、附缸（カップリングカップ）を患部に吸着し、引っばる（吸引する）ことによって刺激を与えて血流の量を増やし、血の巡りがよくなるようにする治療法。

表 1 選択診療制度の歴史

区分	特診	指定診療	選択診療制
施行期間	1963.01～1991.02	1991.03～2000.8	2000.9～2014.7 ^{注1)}
対象医療機関	・国立医療機関 (国立医大付属病院、国立医療院等)	・研修医が研修を受ける研修病院で、認可された病床数が400床以上である病院、歯科大学病院	・病院級以上の医療機関
医師の選択範囲	・国立医療機関の医師	・指定診療医師として任命された者	・医師・歯科医・漢医師(一定資格要件以上の医師を選択すると追加費用を徴収)
追加費用が徴収できる医師の資格	・特診教授:国立医大付属病院(教授、副教授、助教授、専任講師) ・特診医師:国立医療院など	・医師:医師の免許を取得してから10年以上の専門医 ・歯科医:免許取得後10年以上 ・漢医師:免許取得後15年以上 ・大学病院の専任講師以上	・医師:専門医の資格を取得してから10年以上 ・歯科医及び漢医師:免許取得後15年以上 ・大学病院・大学付属漢方病院の助教授以上
追加費用の徴収基準		・患者が選択した医師のうち、追加費用を徴収する資格がある医師が直接行った医療行為 ・但し、当該年度の総診療件数の70%を超えてはならない	・患者が選択した医師のうち、追加費用を徴収する資格がある医師が直接行った医療行為 ・資格要件を満たしている在職医師の80%以内で指定が可能
診療項目	・一般診療費の50～100%以内で医療機関の長が決める	・9項目:診察、入院、検査、放射線診断及び治療、麻酔、精神療法、処置及び手術	・11項目:診察、入院、検査、映像診断及び放射線治療、麻酔、精神療法、処置及び手術、鍼灸、附缸治療
選択診療を実施する医療機関の義務			・選択診療を申し込む際、必要な情報がすぐ見られるように情報を掲示すること

注1)若干の変更はあるが、現在でもこの表とほぼ同一の制度となっている。

資料出所) キムヨウン (2015) 「選択診療制改編による影響と政策課題」 韓国病院経営研究院

2014年12月末現在、選択診療は、病院級以上の医療機関 2,243 施設のうち、18.1%に当たる 405 施設 (漢方病院や歯科病院を含めて) で実施されている (表 2)。また、医療機関における選択診療を担当する医師の指定比率は上級総合病院⁷が 79%で最も高く、次は総合病院⁸ (69%)、病院 (52%) の順である。

⁷ 上級総合病院は、上級総合病院の指定を希望する全国 52 の総合病院から申請を受けて、健康保険審査評価院の書類審査と保健福祉部等の現地調査、上級総合病院評価協議会の協議を経て選定される。指定有効期間は 3 年で、3 年間は健康保険の診療報酬が 30%加算 (総合病院は 25%が加算、病院は 20%が加算) され支給される。2015 年から 2017 年までに 3 年間適用される上級総合病院は 43 施設。

⁸ 韓国における「総合病院」とは、医師、歯科医師、漢医師が患者に医療を提供する施設のことで、医療法の定義では、患者 100 人以上の入院施設を有するものとされている。

表2 選択診療を実施している医療機関の現状(2014年12月31日基準)

単位:ヶ所、%

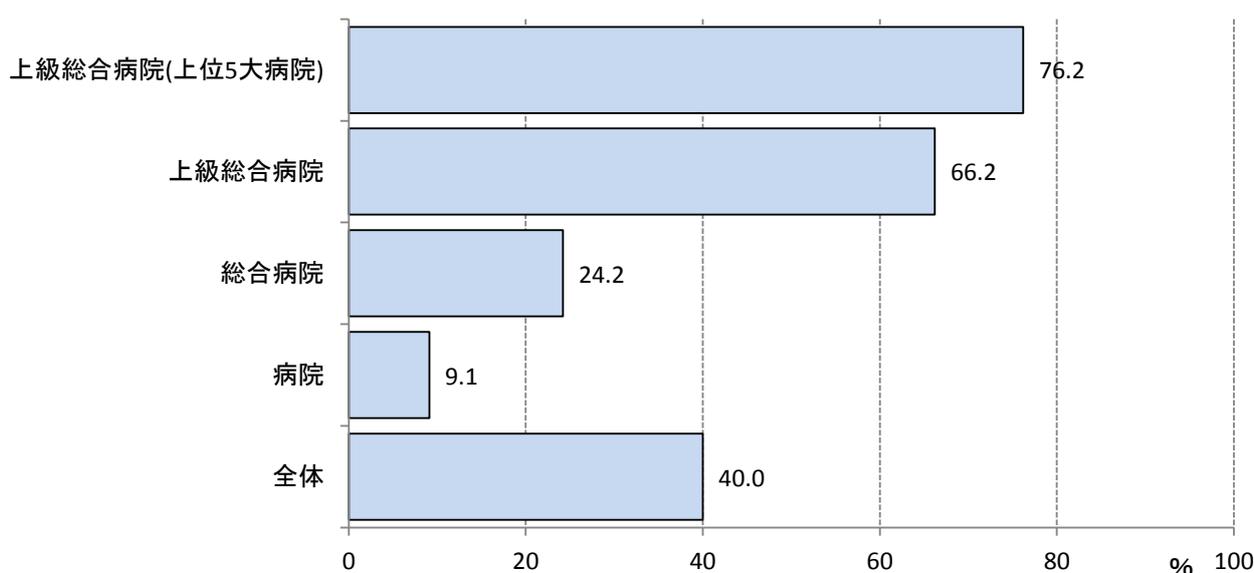
	合計	上級総合病院	総合病院	病院	漢方病院	歯科病院
選択診療の対象医療機関	2243	43	327	1434	234	205
選択診療を実施している医療機関	405	43	128	196	15	23
実施率	18.1	100.0	39.1	13.7	6.4	11.2

注) 漢方病院の資料は2015年1月15日基準

資料出所) キムヨウン (2015) 「選択診療制改編による影響と政策課題」韓国病院経営研究院

2013年に選択診療を利用した経験のある患者の割合は、40%であったものの、上位5大病院の場合は76.2%で平均を大きく上回っており、病院の規模が大きいほど選択診療の利用率が高く現れた。

図2 選択診療の利用経験のある患者の比率



資料出所) 国民幸福医療企画団 (2013) 「選択診療制度改善方案」2013.10.31

医療機関の選択診療収入は2004年の4,368億ウォン(461億円⁹)から2012年には1兆3,170億ウォン(1,383億円)に3.3倍(医療機関総収入の6.5%)も増加した。選択診療収入の内訳を診療項目別に見ると、処置・手術料が37.2%で最も高く、次は影像診断(20.2%)、検査料(13.5%)、診察料(10.8%)、入院料(9.1%)、麻酔(7.7%)、精神療法(1.3%)の順である。

⁹ 為替レート 1 ウォン=0.105 円 (2015年11月5日現在)。

図2からも分かるように重病でより大きい病院を利用せざるを得ない患者、例えば上位5大病院を利用する患者の場合は約8割弱が選択診療を利用した経験がある。選択診療を選択した患者は、健康保険が適用されない自由診療に対する費用を負担するだけではなく、診療項目が表3の追加費用算定規準に該当する場合、本来、保険診療の対象となっている医療行為についても追加の費用負担が必要となり、選択診療を選択していない患者に比べてより高い費用を負担しなければならない。上限額は一定の範囲内で医療機関の機関長が決めることになっており、病院の規模が大きくなるほど追加費用が高く、患者やその家族にとっては大きな経済的な負担になっている。そこで、韓国政府は混合診療の実施による患者の負担を減らす目的で「医療保険の3大非給付」に対する改善作業を実施することになった。その詳細は次節の通りである。

表3 追加費用算定基準

診療項目	追加費用算定基準
診療(漢方を含む)	診療報酬基準のうち、診察料の40%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
入院(漢方を含む)	診療報酬基準のうち、入院料の15%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
検査(漢方を含む)	診療報酬基準のうち、検査料の30%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
画像診断・放射線治療	診療報酬基準のうち、映像診断料の15%(放射線治療料は30%、放射線血管造影料は60%)以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
麻酔	診療報酬基準のうち、麻酔料の50%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
精神療法	診療報酬基準のうち、精神療法料の30%(深層分析は600%)以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
処置・手術(漢方を含む)	診療報酬基準のうち、処置・手術料の50%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
鍼灸・附缸治療	診療報酬基準のうち、鍼灸・附缸治療料の50%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額

資料出所) 保健福祉部ホームページ

2 | 選択診療制を含む医療保険の3大非給付の改善

現在、韓国政府は、患者の医療費負担を減らす目的で、医療保険が適用されない選択診療費、差額室料(上級病室料)¹⁰、看病費用¹¹という「医療保険の3大非給付」に対する改善作業を推進している。

¹⁰ 医療保険適用の範囲外で患者に請求される病室の費用。

3 大非給付改善は、①患者負担の軽減を最優先とし、健康保険の財政水準等を考慮して段階的に推進する、②4 大重症疾患¹²に限らず、すべての疾患に適用する、③医療機関の損失を全額補填し、医療サービスの質が向上されるように健康保険の給付体系を設計する、④ソウルを中心とする首都圏の大型病院に患者が集中する現象を防止するための制度改善を並行することを基本方向に設定している。

まず、最初に選択診療の改善内容について説明したい。韓国政府は選択診療費を段階的に縮小・廃止する目的で、患者が選択診療を選択したことにより健康保険が適用される診療費に追加的に支払う「追加費用算定基準」を2014年8月から既存の20～100%から15～50%に引き下げた（表4）。

表4 項目別追加費用算定基準の改正

単位：%

区分	検査	画像診断	麻酔	診察	入院	精神	処置・手術	鍼灸・附随治療
選択診療制の改正以前 (2014年7月まで)	50	25	100	55	20	50	100	100
選択診療制の改正以降 (2014年8月から)	30	15	50	40	15	30	50	50

資料出所) 保健福祉部ホームページ

また、前述の通り、選択診療を担当する指定医師の割合を既存の80%から2015年9月からは67%に縮小したが、さらに2016年からはこの割合を33%に縮小し、2017年には医療保険が適用されない選択診療を完全に廃止する方針である。しかしながら、選択診療を担当する指定医師の割合をある程度維持すべきだという、選択診療の完全廃止に対する反対の意見も少なくない。特に選択診療の廃止による医療機関の収入減少や医療サービスの質の低下を懸念する声が高い。その対策として、韓国政府は、高度の手術や処置、機能検査等に対する診療報酬を引き上げることで、選択診療の段階的な縮小による医療機関の収入減少を補填する計画である。また、重症患者を対象にする医療サービスの診療報酬も引き上げ、「医療の質向上のための分担金」や「患者の安全のための診療報酬」を新設する。

「医療の質向上のための分担金」は、医療機関をいくつかの基準により評価¹³し、その成績により決まった予算を等級別に支給する制度である。「医療の質向上のための分担金」は2015年に1,000億ウォン（105億円）規模で始まり、2016年には5,000億ウォン（525億円）まで拡大する計画である。また、「患者の安全のための診療報酬」は、医療機関が診療、手術をする過程で患者の安全を強化する措置を行った場合、助成金を支払う仕組みであり、年間730億ウォン（77億円）の予算規模で実施される。

2番目は差額室料の改善である。差額室料の改善作業の基本方向は、差額室料が適用されない一般病室を拡大し、患者の医療費負担を軽減させることである。差額室料とは、医療保険適用の範囲外で

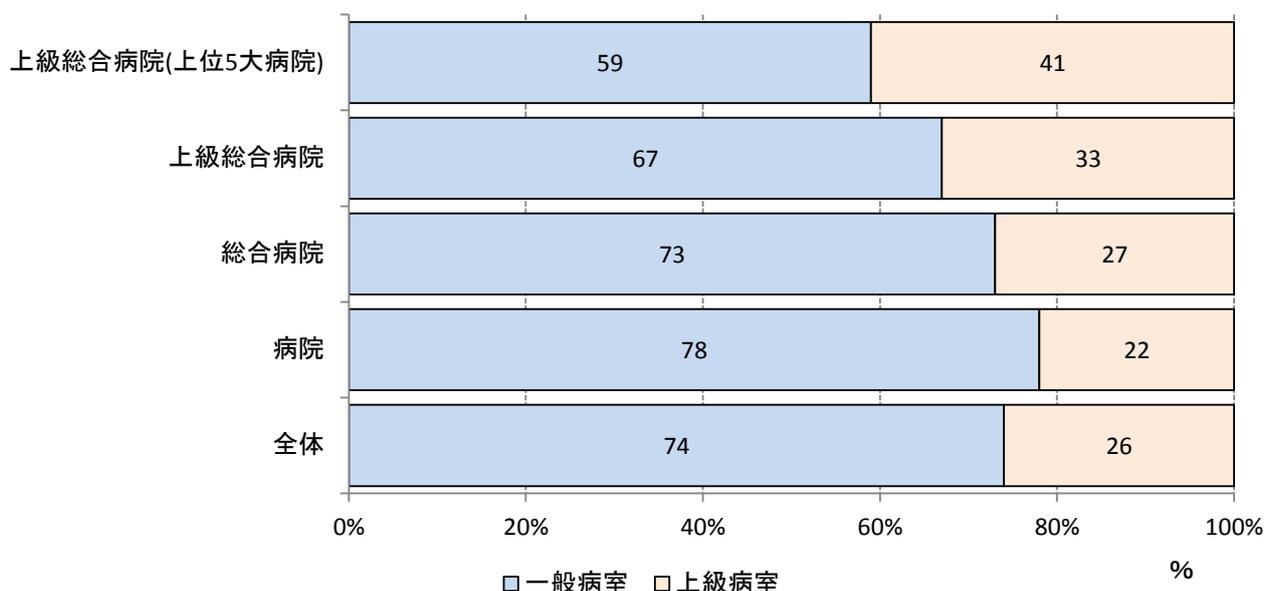
¹¹ 韓国では家族が患者を看病する独特の医療文化が残っている。家族が仕事等で患者の看病ができない場合には看病人を雇って患者の身の回りの世話をさせる。看病にかかる費用は医療保険が適用されず、患者やその家族には大きな負担になっている。

¹² 癌・心血管疾患・脳血管疾患・稀少難治疾患。

¹³ 総合病院給以上の医療機関を五つの領域にわたる37指標で評価し、その結果により病院別診療報酬を算定する。

患者に請求される病室の費用のことである。差額室料の改善作業により、2014年9月以降一般病室の基準が6人部屋から4人部屋に拡大された。また、2015年9月から上級総合病院や総合病院における全病室に占める一般病室の割合を既存の50%から70%に拡大した。実際に、2013年における一般病室の割合は、病院が78%であることに比べて、上級総合病院（上位5大病院）は59%に過ぎない（図3）。さらに、差額室料は医療機関の規模が大きくなるほど高く設定されていた。例えば1人室の場合、病院が9.3万ウォン（日額）であることに比べて、上位5大病院は32.4万ウォン（日額）で約3.5倍の差もある（図4）。一般病室の空きがないのが原因で、仕方なく上級病室を利用している患者やその家族にとって、差額室料は大きな負担になっていたのに違いない。

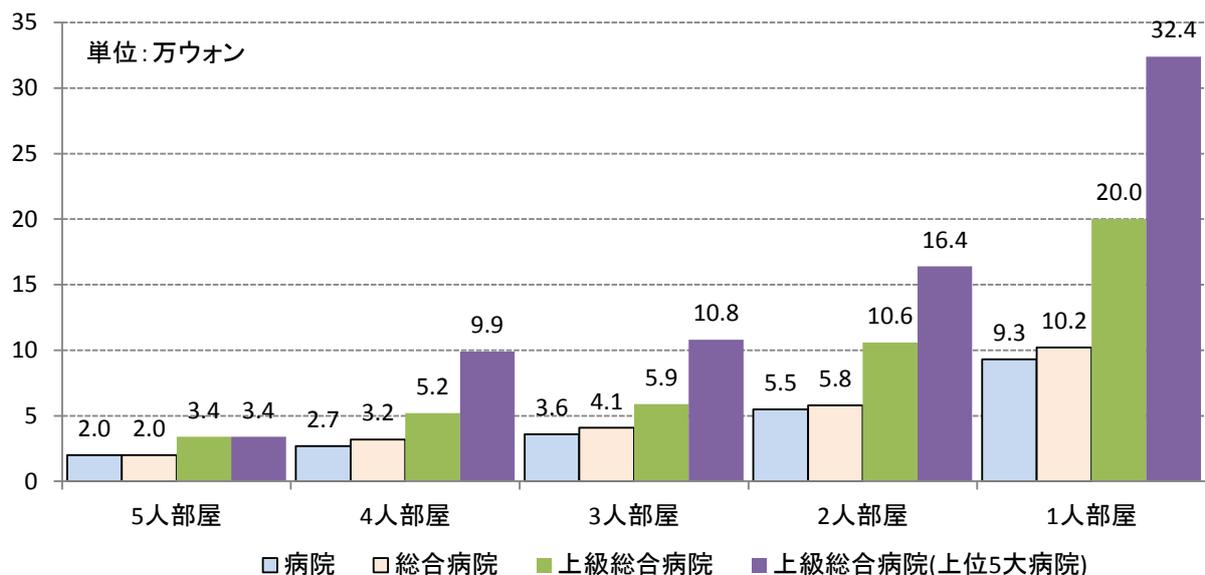
図3 医療機関別一般病室と上級病室の割合（2013年）



資料出所) 健保公団 (2013) 「上級病室料・選択診療費実態調査結果」 2013.10.8

最後は、看病サービスの仕組みの改正である。韓国では家族が患者を看病する独特の医療文化が残っており、家族が仕事等で患者の看病ができない場合には看病人を雇って患者の身の回りの世話をさせている。看病にかかる費用は医療保険が適用されず、患者やその家族にとって大きな負担になっている。この問題を解決する目的で今後は看護師や看護補助人材を増員し、病院内で看護サービスや看病サービスが両方提供できる包括的看護サービス（医療保険が適用）を段階的に拡大・実施する方針である。現在、モデル事業が実施中である包括的看護サービスは、2017年には地方病院や中小病院に、2018年以降は首都圏を含めたすべての病院に拡大する計画である（図5）。

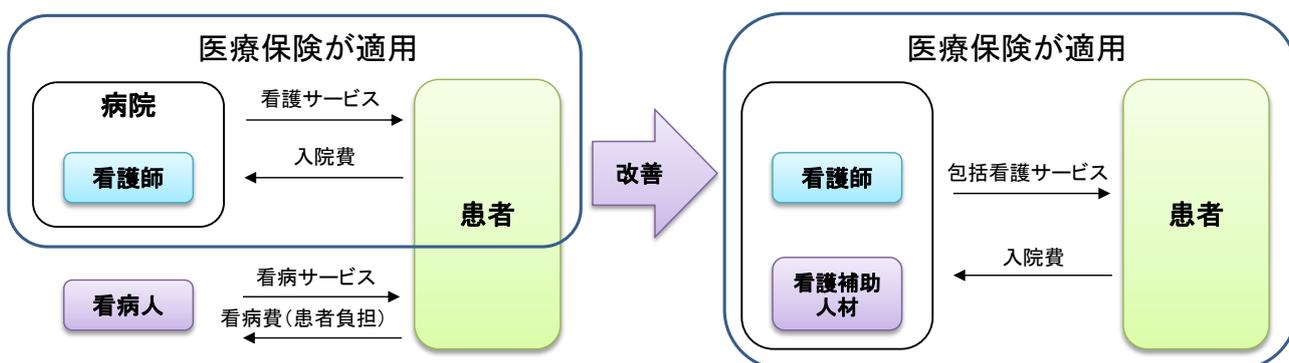
図4 医療機関別差額室料（2013年）



注) 2013年のデータを基準にしており、当時は差額室料が適用されていた5人部屋や4人部屋の差額室料が反映されている。

資料出所) 健保公団 (2013) 「上級病室料・選択診療費実態調査結果」2013.10.8

図5 看病サービスの改善前後の仕組み



資料出所) ソンヨンレ (2014) 「3大非給付の改善方案」『HIRA 政策動向』2014年01-02月

4—日本における混合診療

現在、日本は韓国と異なり、一定の条件下において例外的に混合診療が認められているものの、原則としては混合診療が禁止されている。

日本における混合診療の部分解禁は1984年10月の健康保険法の改正により実施された特定療養費制度に遡る。この制度が実施されることにより、紹介状なしで大病院にかかる時の初診料、差額ベッド代、180日を超える入院料、高度先進医療など16種類の項目に対する混合診療が認められた。

当時の日本政府が混合診療の部分解禁を認めたのは、健康保険で認められない特殊な治療や検査に対する患者の経済的負担を減らすことが目的であった。

特定療養費制度は2006年の健康保険法の改正により廃止され、将来の保険適用を前提とする「評

価療養」(先進医療など)¹⁴と被保険者の好みで選択する「選定療養」(差額ベッド代など)¹⁵に区分した、新たな「保険外併用療養費制度」が導入された。

「保険外併用療養費制度」は、混合診療の許容範囲を少し広げたものの、基本的には混合診療を認めない国の方針を維持している。「保険外併用療養費制度」の下で、患者が公的医療保険が適用される保険診療と公的医療保険が適用されない保険外診療を併用した場合、全体が保険外診療として扱われ、患者はかかった医療費の全額を負担しなければならない。但し、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められ、評価療養や選定療養に該当する項目は全額自己負担になるが、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料等)は、一般の保険診療と同様に扱われ、一部負担金を支払うことで済む。

「保険外併用療養費制度」の「先進医療」とは、「ある程度安全性や有効性等が確認されたものの、まだ保険診療として認められない先進的な医療技術のうち、一定の要件を満たす医療機関で行われるもの」として定義される。既存の高度先進医療は、先進医療に統合された。

先進医療が利用できる診療等は、少しずつ増えており、2015年8月1日現在107種類が先進医療として指定されている。その影響なのか、先進医療の利用者数は2010年度の9,775人から2014年には23,925人まで増加し、また同時期における先進医療利用者の自己負担総額も78億円から174億円まで増加している(図6)。しかしながら先進医療を利用するために費用は高く、高額なものは1回の治療で300万円以上の費用がかかるものもある¹⁶。さらに、その費用は全額患者本人が払わなければならない、患者やその家族にとっては大きな経済的負担になるに違いない。

そこで、一部の患者の場合は、先進医療に対する経済的負担を減らす目的で、民間保険会社が販売している保険商品に加入する場合もある。混合診療の全面解禁を反対する側の理由はまさにここにある。つまり、彼らは、混合診療を全面解禁すると、お金を持っている人とお金を持っていない人の間に医療格差が発生することや公的医療保険が適用されない技術等が増えることにより、民間医療保険への加入が増加し、結局公的医療保険制度が崩壊する恐れが高くなることを主張している。彼らの主張は確かに一理あることではあるが、保険が適用される技術だけでは病気の回復が期待できず、経済的な負担に堪えながら先進医療を利用しているケースも多いことを考えると、両方の意見を反映してより多くの人が満足できるような制度に見直す必要があるかと思われる。

¹⁴ 安全性や有効性等の観点から保険収載(医薬品を給付対象にすること)のための評価を行うもの。先進医療(高度医療を含む)、医薬品・医療機器・再生医療等製品の治験に係る診療、薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用、薬価基準収載医薬品の適応外使用(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)、保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)が含まれる。堤 健造(2015)混合診療をめぐる経緯と論点『レファレンス』平成27年3月号から引用。

¹⁵ 患者の選択に任せるべきであり保険収載を前提としないもの。差額ベッド代、歯科の金合金等、金属床総義歯、予約診療、時間外診療、大病院の初診、小児のう触の指導管理、大病院の再診180日以上入院、制限回数を超える医療行為が含まれる。

¹⁶ 重粒子線治療等。

図6 先進医療の利用者数と自己負担総額の推移



資料出所) 中央社会保険医療協議会 (2007) 「平成 26 年 6 月 30 日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」

安倍政権は昨年 6 月に混合診療の部分解禁をより緩和した「患者申出療養」の導入を決めた。2016 年 4 月から全国 400 カ所以上の医療機関 (大学病院や県立病院など) で実施される予定である「患者申出療養」は、患者が自費で希望する先端医療と保険診療の併用を条件付きで認めるものであり、今まで実施されてきた「先進医療」の拡大版とも言える。「患者申し出療養」制度の利用を希望する患者は、医療機関の窓口を通じ、自ら使いたい保険外の薬などを国に申し出ると、国の会議¹⁷では 6 週間以内に審査を行い、一定の安全性と効果があるとみなしたものは、混合診療が利用できる薬などとして認める。

「患者申出療養」の導入は、患者の多様なニーズへの対応、医療産業の競争力強化、医療の質の向上というメリットもある一方、保険外の治療が増加することによる患者の医療費負担の増加、医療格差の拡大というデメリットもある。

5—おわりに

本稿では韓国における混合診療制度である「選択診療」の導入経緯と、内容と現状および日本における混合診療の現状について紹介をした。本文の内容からも分かるように韓国で実施している混合診療は、先に選択診療を担当する医師を指定することによって保険外の診療が利用できる仕組みであり、混合診療が主に保険診療と保険外の診療の併用を中心に議論されている日本とは多少異なる気がする。しかしながら、最終的に患者が受けるべき診療を決めるのは医師であることを考えると、両国における混合診療に関する議論は類似点も多いと言えるだろう。

現在日本では、混合診療の導入は安全性に問題があり、医療格差や国民皆保険の崩壊に繋がるとい

¹⁷ 臨床医のほか、薬学や倫理の専門家、患者団体の代表らで構成される。

う反対の声と患者の選択の自由を尊重すべきであるという賛成の声が対立しているものの、全体的には混合診療の適用を拡大する方向で検討が行われているように思われる。混合診療の導入については、安全性の基準をどこまで徹底的にするのか、どういう症状の患者に優先的に混合診療を適用するのか、保険給付の範囲は現在のままでいいのか、全面的に解禁するのがいいのか、段階及び部分的に拡大するのがいいのか、診療費は所得階層別に一律でいいのか、医療格差の拡大にどのように対応するのか、国民皆保険や民間保険にどう影響を与えるのかなどが議論されているところである。

では、日本より先に混合診療を導入した韓国は現在どのように政策を展開してきたか。本文でも説明した通りに、韓国における混合診療制度は、形式的には「患者の選択の自由を拡大する」というスローガンの下で施行されたものの、結果的には医療保険に対する政府の財政負担を最小化する代わりに、医療サービスを利用する患者の負担を大きく増加させた。その影響などで韓国における国民医療費に占める私的医療費の割合はOECD諸国の中でも高い水準になっており、保険外の診療費等に対する負担を減らす目的で民間医療保険に加入する人々が増加している。

韓国政府は、患者の医療費負担を減らす目的で、医療保険が適用されない選択診療費、差額室料（上級病室料）、看病費用という「医療保険の3大非給付」に対する改善作業を推進しており、日本とは逆に混合診療を縮小する方向で政策の舵を切ろうとしている。韓国の事例を参考にすれば全面解禁や大幅緩和は弊害の方が大きいと思われ、この点は慎重に検討すべきであろう。

いずれにせよ、日本政府が韓国の事例や現状を参考にし、国民の経済的負担を最小化しながら、混合診療を必要とする人の効用を最大化できる医療制度の整備を目指すことを願うところである。

参考文献

英語・日本語

- OECD *Health Statistics 2015*
- 金明中（2009）「韓国における混合診療の導入過程とその内容について」『月刊保団連』2009年06月号
- 金明中（2015）「[日韓比較（8）：医療保険制度-その3 自己負担割合-国の財政健全性を優先すべきなのか、家計の経済的負担を最小化すべきなのか](#)」研究員の眼、2015年10月6日
- 中央社会保険医療協議会（2007）「平成26年6月30日時点で実施されていた先進医療の実績報告について」
- 堤 健造（2015）混合診療をめぐる経緯と論点」『レファレンス』平成27年3月号

韓国語

- キムヨウン（2015）「選択診療制改編による影響と政策課題」韓国病院経営研究院
- 国民幸福医療企画団（2013）「選択診療制度改善方案」2013.10.31
- 健保公団（2013）「上級病室料・選択診療費実態調査結果」2013.10.8
- ソンヨンレ（2014）「3大非給付の改善方案」『HIRA政策動向』2014年01-02月