

日本福祉大学社会福祉学部
『日本福祉大学社会福祉論集』第134号 2016年3月

韓国医療制度改革の争点と課題

丁 炯 先

韓国の医療制度は、医療の提供のための投資を民間に全面的に任せておいて医療サービスの購入のための財源を公共保険を通じて調達する体制である。病院・医院は、機関数で見ると94%が、病床数で見ると89%が民間所有である。病院だけを見れば、公共病院（国公立病院）の病床が病床総数の10%、民間非営利病院の病床が65%、民間営利病院（個人病院）の病床が25%を占める。これはOECD加盟国の平均である公共病院の72%、民間非営利病院の18%、営利病院の11%と全く異なる構成である。相対的に韓国と似ている日本も、公共病院の病床の割合は26%で、韓国よりは高い。このような特徴は、「医療インフラのための投資が活性化され医療へのアクセスに対する接近性を高めるメリット」と「公衆保健の脆弱性と商業的過剰競争による浪費と不公平性の短所」を同時に見せている。

医療制度の最初の役割は医療資源を生産することである。医師のような人的資源を教育して輩出することや、病床や医薬品のような物的資源をつくることである。次にこれらの資源を適切に組織して医療サービスを提供することになる。このような過程で、ある程度公共の規制と調整が必要となる。医療サービスは、人間の健康と生命を扱うため、他の一般的なサービスとは区別される価値財（merit goods）的な側面があるからである。

韓国の医療制度では物的資源に対する投資はほぼ全面的に民間の領域に任せられている。医師が希望すればいつでも病院を建てられるし、高額医療機器も病院の判断によって思い通りに購入して設置することができる。地方自治体の許可などはほとんど形式に過ぎない。そのため、大きな病院は収入の確保が容易な首都圏に集中し、高級映像診断装置があふれかえるようになる。一方、医療人材の輩出には政府の規制が強く働く。医師、看護師、薬剤師などの人材の輩出はこれらを教育する大学の入学定員を規制することで総量を調節する。2003年には医学部定員を減らし、その後、これを厳しく制限している。他面、看護師の不足問題が深刻になって、最近看護大学の入学定員を大幅に増やしている。

医療サービスの提供はこのような民間投資の産出物（output）でもあるが、医療制度の主な目標である国民の健康水準の向上のための投入物（input）でもある。そのため、医療サービスの購入には健康保険という公共財源が投入され、それによってさまざまな制約が加えられる。自分の資本を投入した医療の提供者の立場では公的保険を通じたこのような統制には不満があるが、公共財源を投入する公共セクターの立場では適当な規制は当然でありやるべきことになる。

I, 医療提供体制の改革

1. 病院や病床の提供方式：供給量及び構成

(1) 現状と争点

韓国の健康保険では1998年に診療圏の制限がなくなり、患者の医療機関選択の自由は大きくなったが、それにより医療資源の供給過剰と地域間の不均衡は深化した。韓国の急性期病床数は1995年には人口千人当たり3.8床でOECD平均の4.7床より少なかったが、2002年からOECD平均を超え始め、2013年現在10.3床でOECD平均の4.8床の二倍を超えており、加盟34カ国の中で日本の次に多い。地域間の不均衡はもっと深刻である。首都圏（ソウル、京畿、仁川）における病床数はそれぞれ8.4万床（18.2%）、11.9万床（20.9%）、3.0万床（5.5%）で、合計では病床総数の44.6%に上る。高額医療機器も過剰である。韓国の人口対比のコンピューター断層撮影（CT）や磁気コンピューター断層撮影（MRI）の保有台数は日本や米国などとともOECD加盟国の平均をはるかに上回っている。

病院や病床そして各種の高額医療機器に対する過剰投資を抑制するために、中央政府が市・道知事の医療機関の開設許可に積極的に介入しなければならないか、介入する手段はあるか、介入の結果を保障できるかは継続される争点として残っている。中央政府は今までは事実上病院や病床の新增設にほとんど手をこまねいていた。

(2) 課題

病院や病床の供給量に対する政府の介入としては、直接的な規制と健康保険を通じた間接的な誘導の二つが可能である。今まで、前者は規制緩和の次元で回避されてきており、後者はあまり実効性を持たなかった。一つの代案は地域別に従来の医療機関の分布と医療サービスの需要を綿密に検討し、それを反映した必要病床数ないし基準病床数を定めてこれを強制的に適用することである（李奎植, 2015a）。現在も保健医療基本法は「地域保健医療計画」で病床過剰地域を決めるようにしており、この地域では病床を縮小し病床の新規許可申請を自制するように「誘導」している。しかし、医療法第33条は、「施設基準」だけを充足すれば開設許可を与えられるようにして、地方自治団体も「地域の病床数」の過剰や不足を考慮に入れないし制裁もしない。つまり、地域保健医療計画は実効性がない図上の計画に過ぎない。病院や病床の新增設と関連して保健福祉部長官（日本の厚生労働大臣に相当）が持っている権限は市・道知事に対する勧告権だけである。医療機関を首都圏整備計画法上の「人口集中誘発施設」に入れて首都圏地域における病床の新增設を制限するのも考えられる。しかし、それよりは医療法を改正して、病院や病床の新增設の時に地域保健医療計画を反映するようにする方が正攻法であろう。次は、健康保険の支払方式や診療報酬を適切に設定して必要以上の病床の拡大が病院の経営にプラスにならないようにすることである。こうした間接的誘因が作動すれば、あえて病床の新增設に対する直接的な

規制をするより、よい面がある。現行の出来高払い方式を減らし、包括払い方式を適切に混合したり、医療提供機関の構造、過程及び結果の指標を反映した各種の加減算の支払い方法を積極的に活用すれば効果を見ることができるだろう。

病床の総量だけでなく、不均衡な機能構成がさらに問題になる。現在のように急性期、亜急性期／回復期、慢性期／生活維持期の病床が無分別に混在されている状態では高齢化に適切に対応しづらい。2000年代に入って急速に増えた療養病院（2003年68ヶ所、2008年690ヶ所、2014年1,337ヶ所）の問題は深刻である。療養病院には亜急性期／回復期、慢性期／生活維持期の病床が混じっている。健康保険や老人長期療養保険の診療報酬は病院や施設の病床の構成の変更のための最も強力な手段となる。大きくは健康保険の適用されるベッドと老人長期療養保険の適用されるベッドの区分、細部的には前者の中でも急性期病床と亜急性期／回復期病床の区分が診療報酬に反映されなければならない。入院患者の状態を「医療の必要度」と「ADLの状況」によって分類して、健康保険の入院料や老人長期療養保険の入所料が適切に適用されるようにしなければならない。

上級病室¹⁾の代わりに健康保険が適用される「一般病室」が拡大されなければならない。多床室が感染などに弱いことは事実だが、だからといってすべての病室を1-2人室に転換するためには膨大なコストがかかる。2014年から「上級病室料の対策」として「健康保険の適用される一般病室」を拡大する政策が推進されている。最も望ましいのは「一般病室の診療報酬」が適用される少人室（2-3人部屋）を増やすことである。全体的な病院の収入を支えるためには、一般病室の料金を引き上げなければならないが、2014年にはすでに病室料金の引き上げの措置があった。

2. 医療人材の需給

(1) 現状と争点

2003年以降、医師の供給を年間3千人ほどの水準に減らした結果、多様な分野、多くの地域で医師不足の現象が生じている。韓国の「人口千人当たり臨床医数」は2013年2.2人でOECD平均の3.2人の3分の2の水準に過ぎない。これには漢方医（人口千人当たり0.4人）が含まれている。医師数は医療保障の拡大の過程で大幅に増加したが、1990年代半ば以降医学部入学定員が凍結され、2003-4年からは入学定員が3,058人に削減された。そのために医師数の増加率が伸び悩み、近いうちに深刻な不足に直面することになるものと予想される。看護師不足の問題はさらに深刻である。韓国の人口千人当たり臨床看護師数4.8人はOECD平均の8.8人の半分に過ぎない。特に看護大学を卒業して臨床に取り組んでいない遊休看護師が多い。

(2) 課題

できるだけ早くこの十数年凍結された医科大学の入学定員の規制を緩和しなければならない。現在のように年間輩出される3千人余りの医師だけでは急速に高齢化していく5千万の人口

に適切な医療サービスを提供しにくい。2015年夏に韓国を襲ったMERS（中東呼吸器症候群）の流行は疫学専門医や応急専門医の不足を知らせており、手術現場は手術する外科医の不足を訴える。医師の供給量が全体的に不足しているため、様々な専門分野において医師が足りないことになる。全体的に不足した今の医師供給量の下では不足した専門分野は必ず生まれる。医科大学の定員を直ちに20-30%は増やさなければならない。

包括看護サービス（日本の基準看護に相当）の適用のために必要な看護師は急性期医療機関において11万人、療養病院において2万9千人であるが、現在のところ勤務している看護師は急性期医療機関に62,352人、療養病院に11,721人である（安衡湜・金炫晶）。看護補助人員も大幅に補強されなければならない。「包括看護サービス」制度を通じて付き添い看護の問題を解決するためには、もっと多くの看護師が輩出され、さらに遊休看護師を臨床現場に呼び戻す誘因を提供しなければならない。

3. 医療サービスの提供体系

(1) 現状と争点

2015年の夏に韓国を襲ったMERS流行の原因として「医療ショッピング」²⁾が多く指摘された。正確に言えば「患者後送体系（patient referral system）」の問題である。1989年7月国民皆保険の施行と同時に実施された3次医療機関に対する診療圏制限の制度が1998年に規制緩和を名分にして廃止され、「患者後送体系」は事実上有名無実となった。「患者後送体系」がきちんと作動するためには地域ごとに病院・医院がまんべんなく分布していなければならないが、その時はそれができず、患者としても直接三次病院に行きワンストップサービスを受けたいという欲求が強かった。今も制度上は上級総合病院³⁾に行くためには一次医療機関からの依頼書が必要ではあるが、多くの例外（家庭医学科、リハビリ医学科、応急、分娩、歯科、血友病患者、漢方）が認められている。医師が必要と判断して依頼書が発行されるのではなく、患者の要求によって発行されることがより一般的である。医院で十分に治療できる患者も上級総合病院に集中して、風邪や本態性高血圧・糖尿病などが病院の外来多頻度傷病の5位以内に含まれている。上級総合病院で治療を受ければ費用が2～3倍もかかる。2013年、韓国国民は1当たり年間14.6回の医師診察（consultation）を受けたが、これはOECD平均6.7回の2倍を超える。さらに懸念されているのはこの数値が年々増加していることである。

韓国では現在でも過去の日本のように「家族の付き添い看護」が普遍的である（日本では1994年に廃止された）。もともと患者が入院するとその時点から患者のすべての生活は病院の責任になるのが正しい。しかし、韓国の病院では家族らが病院の仕事を代わりにしている。家族が常駐しにくい場合は、付き添い人を雇ってその役割を任せる。結局、患者や家族がお金を負担する仕組みである。政府はこれの解決に向けて前述した「包括看護サービス制度」を推進している。病棟ごとに看護師が中心となって、病院が雇用したヘルパーの協力をうけて、看護だけではなく現在は家族等がしていることまで病院の責任で提供するものである。朴槿恵政府はモデル

事業だけを行って、全面的な施行は次期政府がするというのが本来のロードマップであったが、現在のところ健康保険の事業として速やかに進めている。MERS 流行で家族付き添いの深刻さが浮き彫りにされ、より速い改善が行われる可能性が高まった。

(2) 課題

上級総合病院でも行われている 高血圧、糖尿病、高脂血症等の外来患者を医院級の医療機関で持続的に管理するにすれば、資源の効率的活用と医療費の節減に役立つであろう。町の医院がそれらの患者のための治療計画を立てて服薬、運動などの生活習慣に関する総合管理をすることである。そのためには、健康保険が「慢性疾患管理料」等を支払って医院の参加を誘導しなければならない。

町の医院が上級の病院に患者を依頼し、上級の病院が診療を終結した患者を再び医院へ帰す依頼一回送システムを構築しなければならない。このため、「診療依頼点数」を新設して、それから回送点数（現在1万ウォン）を引き上げることが必要である。診療依頼書が実効性を持つためには、今のように形式的で単純な診療依頼書ではなく、具体的な診療内容と依頼事由が電子保険証を通じて送られることで、患者の追跡管理を可能にしなければならない。「医院級重点診療疾患」⁴⁾の回送率を上級総合病院の指定基準の中に入れて、それから上級総合病院が「医院級重点診療疾患」を治療することになれば上級総合病院の「種別加算率」(30%)ではなく医院の「種別加算率」(15%)を適用する必要がある。

2013年以降実施されている包括看護サービスのモデル事業⁵⁾は良い結果を出している。看護サービスへの満足度はモデル病棟が10%以上高く、患者の85%以上が再利用の意思を示した(保健福祉部, 2015)。看護師の周期的モニタリングのため褥瘡は19%、転倒は75%減少した。看護師の勤務強度と超過勤務が減少し、基本看護(体位変更、褥瘡管理、衛生、活動支持、食事補助など)の提供時間が1.7倍増加した。家族付き添いの解消に向けては、十分な看護師の補充が行わなければならないのは前記のとおりである。包括看護サービスの実現のためには、追加的な健康保険財政が必要とされる。健康保険財政の全体の流れを見極めながら、診療報酬及び適用対象を決めていかななければならない。

II. 健康保障体系の改革

1. 健康保険料の賦課体系

(1) 現状と争点

所得が不明な地域住民にどのように保険料を賦課するかは、1970年代の保険導入の初期から焦眉の関心事であった。1981年と1982年から6つの地域で始まった1次及び2次モデル事業は保険料の賦課方式が主な観察対象であった。この経験を基にして、1988年には農漁村地域で、1989年には都市地域で保険料が賦課されることにより、国民皆保険が達成された。2000年を前

後した健康保険組合の統合の過程で「職場と地域の区分のない単一の保険料の賦課方式」を作り出すことが課題となった (Jeong and Niki, 2012). 多くの議論や研究作業が進められたが、結局は単一の賦課方式を作るのに失敗し、既存の方式を適当に補完する形で取り繕われた。保険料の賦課体系をめぐる問題事例と争点は細部的には数え切れないほど多いが、地域保険料においては大きく「所得保険料」に関する争点及び「財産保険料」に関する争点があり、職場保険料においては「給与以外の所得」及び「被扶養者制度」をめぐる争点がある。

地域加入者⁶⁾の所得保険料は所得の把握が完璧に行われない現実をどう扱うかが問題の核心である。過去に比べて所得把握の正確性が高くなっており、専門自営業者はすでに職場加入者へ転換した結果⁷⁾、現在の地域加入者には主に低所得層だけが残っている。地域加入者の場合、性・年齢・自動車などを所得の代理変数の一つとして使用したため、保険料の算定方式が複雑で論理的の一貫性が不足する。最低保険料を設定しても「明らかになっていない所得」に対する疑念がなくなるようである。もっと大きな問題は把握された所得にさえ逆進的な等級表を使用して低所得層の保険料率が高く設定されるという点である。1等級（低所得）の保険料率は把握された所得の14.3%に該当する高い割合である反面、75等級（高所得）は4.8%に過ぎない (李奎植, 2015b)。

「財産の保有」そのものよりは「財産から発生する所得」に賦課するのが妥当だということには異論がない。そうだとすると財産保険料を廃止しようとするれば、地域加入者の所得が不透明だという現実的限界点が再び問題になる。もっと大きな問題は財産に対する保険料の賦課が今とても逆進的な等級表によって行なわれているという点である。1等級（低資産家）には財産の収益率が28.1%にならなければ出せない財産保険料が課されて、50等級（高資産家）には収益率が1.9%になると出すことができる財産保険料が賦課されている (李奎植, 2015b)。

職場加入者同士の不公平性も問題となっている。現在「給与以外の所得」が7,200万ウォンを超えた場合、保険料の賦課の対象になっているが、この基準額をどれほど下げられるかも争点である。2014年現在、2千万人以上が職場加入者の被扶養者として登録されて保険料を払わずにいる。所得と財産の高い人が被扶養者になる場合が少なくなく、偽装就職が「節税（節保険料）」の手段として活用されたりもする。2006年からは利子・配当所得が4千万ウォンを超えれば被扶養者としての立場が認められず地域保険に属するようになった。2010年からは財産が3億ウォンを越える兄弟・姉妹の被扶養者が、2011年からは財産が9億ウォンを越える全ての被扶養者が地域保険に転換された。2013年からは勤労所得や年金所得もそれぞれ4千万ウォンを超えれば地域保険に転換された。

(2) 課題

保険料賦課体系の改善の方向は基本的に「所得中心の賦課システムを通じて公平性を向上」させることである。所得保険料と関連しては5百万ウォンの区分と性・年齢・自動車などの基準をなくして、把握された所得に定率の保険料を適用するのが代案である。所得に対する定率保険料

の場合も、職場加入者の労働所得に課す保険料率をそのまま適用することもできるが、事業所得には必要経費（約30%）が認められることや保険料財政の急激な低下を防止する観点から、それよりは高い保険料率を適用することもできるだろう。低所得の地域住民の所得把握の問題は「最低保険料」を導入することにより、ある程度補うことができる。「最低保険料」は、職場加入者の最低保険料の水準に合わせる案と所得資料のない世帯の平均保険料の水準に合わせる案の両方が可能である。地域加入者の財産に対する保険料には基礎控除額を設定して、財産が微々たる階層の負担を減らし高資産家の負担を高める必要がある。

保険料が追加的に賦課される「給与以外の所得」の基準線は今の7,200万ウォンから大幅に下げ、控除方式を適用する必要がある。直系尊卑属以外の被扶養者の数は現在もわずかであるために現実的に重要なのは「扶養要件」よりは「所得要件」である。現在の施行規則に定められた4千万ウォンという所得基準は「報酬や所得のない人」を被扶養者と規定した国民健康保険法（第5条）にも合わないものなので、所得を合算適用し、その基準を下げる必要がある。財産基準線の9億ウォンも下げなければならない。

最近、政界とメディアが賦課体系の問題に関心を持つようになって、この十数年間累積された矛盾が一部でも解決される「機会の窓」が開かれた（丁炯先, 2015a）。賦課体系の矛盾を解決するという社会的要求が最近のように集約され、マスコミの関心も集まったケースは初めてである。政府与党間協議体が構成されて数回の活発な会議が行われ、全日行われたワークショップに与党の院内代表と政策委員会議長が後光に交互に出席して関心を表明したこともある。この機会をうまく生かし、賦課体系を時代の流れに合わせて整備して、これからの健康保険の焦点を「戦略的購買」に集中できるように転換しなければならないだろう。ただし、2016年4月には総選挙が行われるため、このような改革が行われない可能性が高くなった。

2. 健康保険支払い制度と戦略的購買

(1) 現状と争点

韓国健康保険の診療費支払いは出来高払い制度を根幹としている。7つの診断群に対する「包括払い（DRG支払い）」と保健所や精神科病院や療養病院における「1日当り定額制」などもあるが、これは例外に該当する。2001年から診療報酬はサービスごとに「資源基準相対価値（Resource-based Relative-value Scale: RBRVS）」を反映した点数が設定され、1点の価値（ウォン）である「換算指数」は毎年供給者と加入者の間の契約によって改正されている。この過程で政府と保険者の統制力がある程度は働いているが、5年ごとに行われている相対価値点数の改正を通じた事実上の診療報酬の引き上げもあり、サービス供給量を増やそうとする供給者の努力もあって、医療費は速いスピードで増加してきた。

現行の健康保険支払い方式については、健康保険制度を構成しているどんな当事者も満足していない。医療界は不十分な報酬水準や厳しいレセプト審査基準に対して、保険者は医療費の膨張を抑制するメカニズムの不在に対して、患者は高い本人負担に対して、不満を吐露している。健

康保険の30年以上の歴史を経て、我々の医療制度の全ての主体はすでに出来高払い制度に慣れている。したがって、これを抜本的に変えることはまさに革命に該当する。出来高払い制度が持つ利点を生かしながら、その問題点を改める作業が必要である。

2011年に民間委員会を中心にして構成された「保健医療未来委員会」が入院患者に対する包括払い制度の段階的拡大を勧告し、これを受け、(日本の中医協に相当する)健康保険政策審議委員会は2012年2月「包括払い制発展案」を採択した。これによって2012年7月から医院や病院に7つのDRGが例外なしに適用されており、2013年7月からは全体の医療機関に適用が拡大された。

(2) 課題

韓国は総額管理方式の欧米諸国に比べ支払いの慣行、病院資本の投資費用の調達方式、医院の役割などで多くの違いを持つ。特に利害関係者間の社会的合意の慣行は弱い。医療費総額の目標値の枠内で個別団体別の総額契約を取る方式を長期的には志向しつつ、短期的にはこのような制度が可能な環境を作っていくことが重要である。現行の出来高払い方式及び一部導入されているDRG支払い方式を韓国の現実に合わせて調整、補完することにより、セクター間又は個別の供給者同士の配分の基盤を構築することも重要である。

当分の間は技術的に管理可能な「総健康保険支出」の概念を定め、これを目標設定の対象にすることができるだろう。ここには主に保険者負担分と法定本人負担が含まれるが、その他にいわゆる「法定非給与」に該当する部分も含まれればいだろう(丁炯先, 2015b)。このように設定した「総健康保険支出」の規模を政策指標にして、その膨張を抑制するための多様な努力を傾け、それを健康保険政策の成果評価に活用したらよいだろう。

現行の出来高払い制度を大きく毀損せず、総額管理の妙味を生かすことができる。換算指数の契約の主体である供給者の区分(医院、病院、韓方、歯科、薬局、助産所)のほかにも入院/外来別、検査/処置などの行為類型別など多様な行為グループ別に総額管理の概念を適用することができる。「数量」の規模や「数量」と「価格」の積である保険診療費の規模が行為グループごとに過去一定期間、一定水準を超えるときは、次の年の「価格」引き上げを抑制し、反対の場合には価格の引き上げを容認する手続きを内在化することである。もちろん、実際の適用のためには、そうしたグループ別の分類の妥当な根拠がなければならず、グループ別に基準時点の基準総額を定めるための合意がなければならない。数量と価格を連動させる方式、つまり価格の引き上げ率の設定のためには「非交渉要素(認定部分)」と「交渉要素(超過部分)」を区分して計量化する作業が先行しなければならない。人口増加、人口構成の変化などは非交渉要素である。特に重症度の変化を考慮した増加部分は認めて、それ以外の超過部分は交渉の対象とする方式を内在化する必要がある(丁炯先・他, 2015)。

入院部門におけるDRG支払い方式の適用は全世界的な傾向であり、短所もあるが長所がさらに浮き彫りにされている。病院経営者側が成果給制度という経営論理をそのまま病院に適用して

勤務医師に過度な検査や診療を督励する状況の下で、包括払い方式はこのような慣行に歯止めをかけられると期待される。DRGの支払い方式を拡大するための第一の課題はDRG分類が患者構成（case mix）を適切に反映するようにすることである。「医療の内容によってコストの差が大きい医療行為」については出来高払いとDRG払いが併用される方式を講じなければならない。今後現行の7種類の疾病群に対する包括払い／DRG支払い方式をどのような疾病群まで拡大可能なのか、公共病院に適用されている新包括払い方式⁸⁾が民間の医療機関にどの程度拡大可能かも綿密に検討する必要がある。モデル事業の時期に注目すべきものをよく見て適切なモデルを探し出すことが重要である。いまの患者分類はそのまま適用可能なのか、包括部分と非包括部分の区分はどうあるべきか、この支払い制度を通じて集めたい情報がどのようなものであり、どんな方法でそれが確保できるかなどが綿密に観察、分析されなければならない（丁炯先，2013）。

全世界的に戦略的購買（strategic purchasing）が強調されている。韓国の健康保険はかつて世界に先駆けた電算化を通じて高度の情報管理が可能になった。これが病院内の診療情報と連結されれば、効率的で良質な医療を提供する医療機関を報いる基盤が設けられる。よく収集された情報を基盤に明確な評価指標を用いて医療サービスの適正性をきちんと評価して、きちんとしたサービスに報いる戦略的購買の仕組みを引き続き開発、定着させていかなければならない。

Ⅲ．終わりに

韓国は病床の供給において自由競争を「放任」しているという点で日本とは違う。日本は地域別に「必要病床」を検討して「許可病床」数を定める。だからと言って、今の段階で韓国の医療制度に必要な病床数を地域別に計算して病床を許可する規制方式を直ちに採用することにも限界がある。すでにソウルを中心に過剰集積されている病床を強制的に縮小させる行政的手段を政府は持っていない。まずは健康保険の適用される一般病床の比率を高めたり、診療報酬をより精巧に運営して過剰な病床の運営が病院の経営にも役立たないと感じられるようにする誘引、逆誘引を活用できるだろう。

保健医療制度の究極の目的は国民の健康水準を高めることである。健康指標で現れた韓国国民の健康水準は概して良好である。もちろん、これが保健医療制度だけの成果だとは言えないが、保健医療制度が本来の機能を十分に果たしていなかったら達成できなかったことであることは確かである。このような機能を遂行するための投入も比較的少ない費用ですんでいる。この二つを結合して見ると、韓国の保健医療制度はマクロ経済的効率性（macro-economic efficiency）が高い制度であるといえる（Jeong, 2011）。全体としてみればこのように良好な点数をつけられるが、医療供給面の多様な非効率的状況、医療需要における拡散されている保険外支出、そしてこれがもたらす潜在的危険性は少なくない。継続的な保健医療改革が求められる。

注

- 1) 一般病室は健康保険の本人負担率（普通20%）が適用される病室を指す。健康保険の本人負担以外にも病院が任意に定めた追加的な費用をさらに患者が支払わなければならない病室を上級病室と呼ぶ。以前は一般病室は普通6人室以上だったが、2014年からは4人室以上が変わった。つまり、4人室以上は追加費用はない。しかし、3人室以下も健康保険の本人負担だけを受け取ることになると一般病室として分類される。病院ごとに全室病床の一定割合（例えば、上級総合病院の場合は70%）以上を一般病室にしなければならないためこの基準を満たすために3人室以下も一般病室を適用して追加的な費用を徴収できなくなる場合もある。
- 2) 患者が医院や病院をあちこち自分の望むように通っていることを否定的に指す俗語である。
- 3) 1989年医療保険において診療圏を設定し、その遵守が義務化された時は3次病院という一般的な用語を使用した。今も3次病院という用語は一般用語としてはよく使われている。健康保険法では総合専門療養機関という用語を使ってきたが、最近では医療法が昔から使用している上級総合病院という用語へ統一した。上級総合病院の指定は保健福祉部の権限である。上級総合病院に指定されると、健康保険の診療報酬において他の病院より高い加算率が適用される。指定されるためにはいろんな基準に適合しなければならない。最近では質の評価結果をも反映している。大型病院に対する政府の圧迫手段としても使用される傾向がある。
- 4) 現在50余りの軽症疾患が医院で主に扱わなければならない疾患に定められている
- 5) 政府は2013年7月から13病院（公共4、民間9）が参加する「包括看護サービスモデル事業」を開始した。この時には包括看護サービスに必要なインフラの構築と看護人材の充員費用を政府が全額支援する方式であった。2014年には28病院（公共19の病院、民間9つの病院）の50病棟に拡大された。2015年からは実際に健康保険が適用されるモデル事業に転換され、既存の入院料の代わりに優遇された「包括看護病棟入院料」が適用されている。2015年8月現在54病院（公共17個、民間37個）の86病棟3,953病床が対象になっている。現在の人員配置基準は、上級総合病院の場合看護師が7:1、総合病院の場合10:1、病院の場合12:1である。看護助務士は30:1が標準である。
- 6) 2000年健康保険者の統合以降は医療保護受給者以外のすべての国民が単一保険者である公団の被保険者になったため、正確に言えば職場加入者や地域加入者という用語は適切ではない。しかし、職場を持つ者とそうでない者には保険料の賦課方式に差があるため、両者を区分して、それぞれ職場加入者や地域加入者と呼んでいる。
- 7) 医師、弁護士などのように少数の職員を持っている場合も、地域加入者から職場加入者へ転換させてきた。
- 8) DRGの1日当定額方式と出来高払い方式を混合した支払い方式であり、日本のDPC支払方式と似ている。2009年4月からモデル事業が開始され、2011年7月からは地方公共病院を対象に553（入院患者総数の90%以上）の疾病群に適用されている。

参考文献

（韓国語文献）

- 保健福祉部，包括看護サービス健康保険事業関連保健福祉専門記者協議会の懇談会資料，2015
- 安衡湜・金炫晶，入院患者に対する包括看護サービス制度の導入に向けた課題，病院経営・政策研究，2015。
- 李奎植，医療伝達系の確立より医療計画が急がれる，健康福祉政策研究院イシュー・ペーパー No.15，2015a。
- 李奎植，地域保険料賦課体系と社会正義，健康福祉政策研究院イシュー・ペーパー No.13，2015b。
- 丁炯先，健康保険料賦課体系の改編方案，医療政策フォーラム，Vol.13，No.2，pp.56-63，2015a。
- 丁炯先・姜吉源・辛政祐，相対価値総点管理モデル開発及び管理体系構築案，健康保険審査評価院，2015

(韓国語以外の文献)

丁炯先, 韓国における「非給付・保険外医療」および新医療技術の受け入れ, 月間／保険診療 70 (2), 48-52, 2015b.

Jeong, Hyoung-Sun, Korea's National Health Insurance-Lessons From The Past Three Decades, Health Affairs, 30 (1) ,pp.136-144, 2011.

Jeong, Hyoung-Sun and Niki, Ryu, Divergence in the development of public health insurance in Japan and the Republic of Korea: A multiple-payer versus a single-payer system, International Social Security Review, 65, pp.51-73, 2012.

[本稿は, 2015年10月17日に日本福祉大学で開催された第10回日韓定期シンポジウム(日本福祉大学・延世大学共催)での報告に加筆したものです]