

## 2) 国民皆保険実施以後の変化

国民皆保険以降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状況となった。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の見直し[外来定率1割負担、診療所は定額負担(月額上限3,200円)も選択可、入院定率1割負担(月額上限37,200円)]、高額療養費の見直し(低所得者、一般に加えて、上位所得者を設けて、負担能力に応じて自己負担限度額を引き上げる)を行う。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。

表 6 日本：国民皆保険実施以後の主な変化

年度	内容
1963	国民健康保険：世帯主7割給付、療養給付期間の制限撤廃
1966	標準報酬上限を月104,000円に引き上げ、政管健保に国庫補助150億円 政管健保の保険料率63/1000から65/1000に引き上げ
1967	外来時投薬1日1剤15円の患者負担新設、初診時負担100円から200円に 保険料率を70/1000に
1968	国民健康保険：世帯員7割給付の完全実施
1973	老人医療の「無料化」 政管健保の保険料率72/1000に、政管健保に定率10%の国庫補助新設 組合健保の保険料率の上限を90/1000に、高額療養費制度の新設
1974	政管健保の保険料率76/1000に引き上げ
1975	高額医療費制度の完全実施
1976	標準報酬月額の下限を3万円、上限を32万円に改正
1977	健康保険：ボーナスからの特別保険料(1%)新設、標準報酬月額の上限を38万円に改正 健保の本人負担→初診：600円、入院：1日200円に改正
1980	健保本人負担初診時800円、入院1日500円に、入院時の家族給付率を80%に引き上げ
1983	老人保健制度の実施
1984	退職者医療制度創設、日雇健康保険制度を廃止、患者負担1割の定率に 健保の適用範囲を5人未満事業所にも拡大、標準報酬の下、上限を月6万8,000円～71万円に
1986	老人保健：加入者按分率引き上げ給、老人保健施設創設
1991	老人訪問看護創設、介護に着目した公費負担引き上げ
1992	政管健保の保険料率82/1000に、政管健保の国庫負担率を16.4%から13%に引き下げ 社会保険審議会を廃止し、医療保険審議会を新設
1994	付添看護・介護の禁止(95年までに実施)、入院時食事代自己負担導入 厚生省に「高齢者介護対策本部」新設
1997	高齢者の入院1日710円を1日1,000円に、被用者の本人負担を1割から2割に 薬剤費の患者負担新設、政管健保の保険料率85/1000に 介護保険法の制定
2000	介護保険制度施行
2001	海外療養費の創設
2002	老人保健対象年齢引き上げ、乳幼児8割給付実施

資料)医療保険制度研究会『目で見える医療保険白書—医療保障の現状と課題(平成17年版)』ぎょうせい、吉原健二・和田勝(1999)『日本医療保険制度史』東洋経済より作成

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が医療保険に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<sup>9</sup>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変化、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医療保険組合の統合医薬分業に関しては次の章でより詳しく論じることにする。

表 7 韓国：国民皆保険実施以後の主な変化

年度	内容
1989	薬局医療保険全国拡大実施
1995	第10次改正：保険者が負担する年間療養給与期間を210日以上範囲内で年間30日ずつ延長し2000年には療養給与期間を完全に撤廃
1996	医療保険給付範囲拡大
	療養給付拡大(年間240日 ⇨ 270日)
	電算化断層撮影(CT)給付実施
1997	障害者補助装備医療保険適用
	国民医療保険法制定
1998	第14次改正：外国人に対する特例条項改正。(労働者の数が常時5人以上である事業所に勤務している外国人まで拡大し外国人労働者に対する医療保障を強化)
	国民医療保険管理公団の発足(地域組合と公教公団の統合)
1999	『国民健康保険法』制定
2000	DRG全面拡大実施
	医・薬分業全面実施
	国民健康保険統合

資料)ムンゼウ 他(2000)『国民医療保険論』癸丑文化社、文玉倫(2000)『医療保障論』新光出版社により作成

<sup>9</sup> 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。

### 3. 制度的考察

#### 1) 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(図5)。

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。日本の医療保険制度は全国民を適用対象にしており、組合管掌健康保険、政府管掌健康保険、国民健康保険の適用対象者の構成割合は〈図6〉のようである。

図5 日本の公的医療保険制度の体系

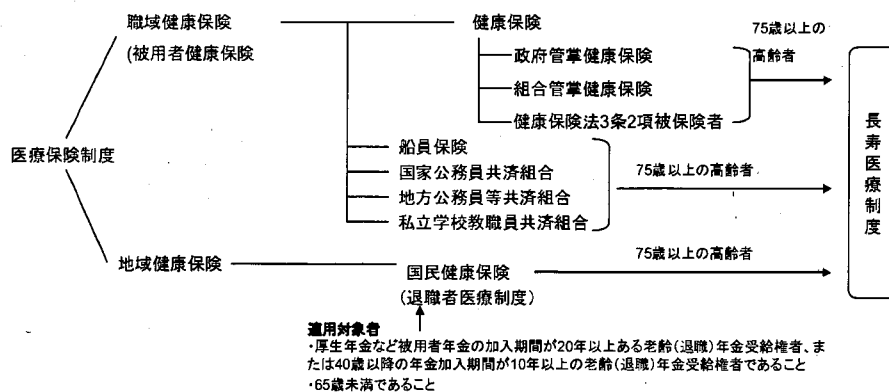
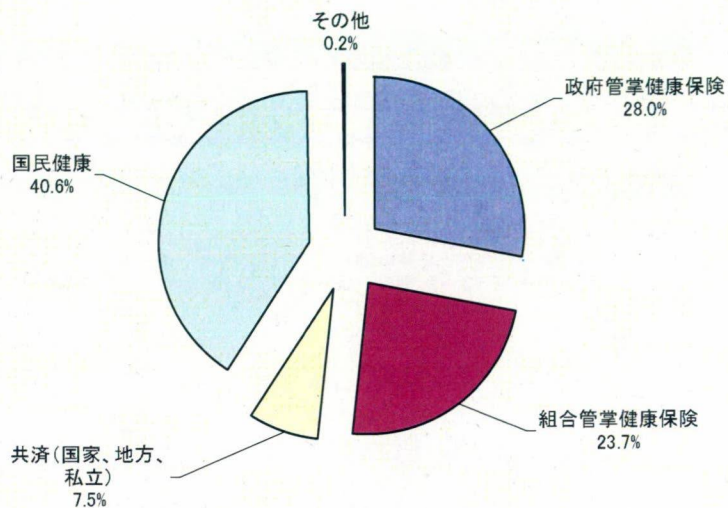


図 6 健康保険組合別適用対象者の割合



資料) 厚生統計協会(2007)『保険と年金の動向』2007年第54巻第14号より作成

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・教保険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(図7)。医療保険の統合は、「国民の政府」<sup>10</sup>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。医療保険組合の統合は、次の三つの内容を含む統合を意味する。

- ① 管理運営機構の統合：全国369の職場・地域の組合別の被保険者管理体系を全国的に統合する。
- ② 財政の統合：369の職場、地域の組合別に運営されていた医療保険財政

<sup>10</sup> 金大中大統領時代

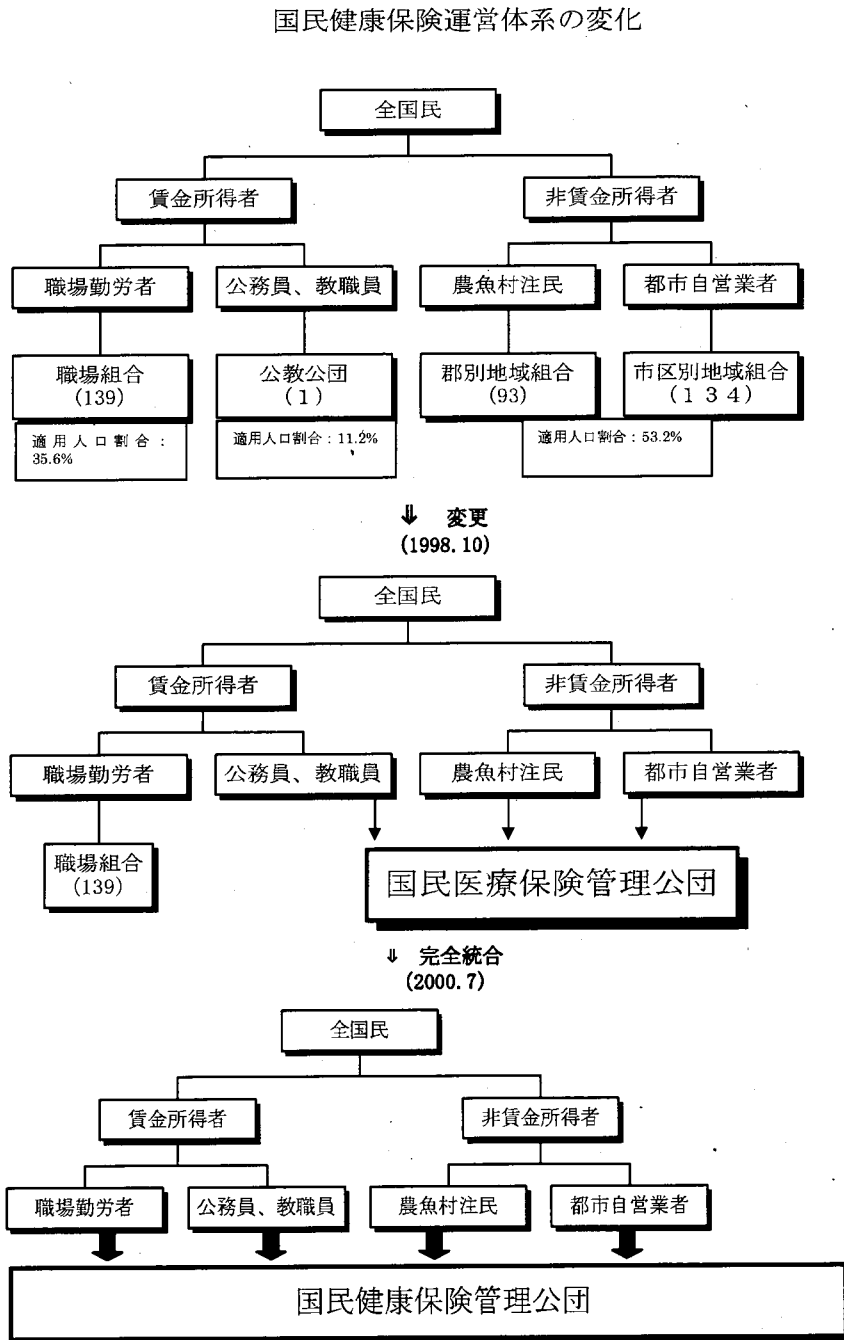
を一つの統合された基金に一本化して運用する。

- ③ 保険料賦課体系の統一：賃金労働者と自営業者の間に異なる基準によって適用されている保険料賦課体系を所得比例保険料に一本化する。

管理運営機構の統合は、組合別に運営されていた管理費を減らす目的で実施され、1998年に公・教医療保険公団と地域医療保険公団が統合することによって管理費総額は実際に減少した。一方、医療保険組合の統合による組合数の減少は、組合までの移動時間と事務待機時間を増加させるという結果をもたらした。また、人員削減による組合職員の業務過重とそれによる相談業務の質の低下という問題も発生した。二番目の目的である財政統合は、個別組合の間の財政的格差を解決し、過疎地域の国民も十分な医療を受けられるようにして、国民の全てがより質の良い医療の供給を受けられるようにする趣旨で計画された。被用者を被保険者とする職場医療保険組合と公・教公団は一般的に黒字を維持していたものの、高齢者と相対的に所得が低い農漁民によって構成されている農漁村組合を含む地域医療保険組合は慢性的な赤字による財政難が続いていた。このような現状を解決するために国庫補助が行われてきたものの、赤字の幅が毎年広がっており、早くも他の解決策の実施が要求された。

三番目の目的である保険料賦課体系の統一は保険料負担に対する公平性の欠如がその背景にある。被用者は保険料算定基準として所得だけに賦課されたことに比べて、相対的に低所得層である農民と一部の自営業者（自営業者全体を低所得層であるとはいえないが）は所得以外にも、財産、自動車、世代及び被保険者別の基本保険料に対しても保険料が賦課されており、地域医療保険加入者の保険料が相対的に高かった。すなわち、地域加入者の一人当たりの月平均保険料と職場医療保険組合と公・教公団の保険料は、1998年10月の医療保険の1次統合以前までにはかなり大きな差があった。例えば1998年の地域保険加入者の月平均保険料は25,619ウォンで、公・教保険加入者の18,359ウォンと職場保険加入者の17,374ウォンを大きく上回った。1次統合以降職場と公・教保険の保険料を大きく引き上げることによって、1999年の一人当たりの月平均保険料は逆転され、職場医療保険加入者の不満の声が高

図 7 国民健康保険運営体系の変化



資料) 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

まった。また、所得が正しく把握されていない自営業者が、自分の所得を虚偽申告することによって、所得に比べて低い保険料を納付するなどの問題点も絶えず発生しており、自営業者の所得捕捉に対する政府の適切な対応策が強く要求されている。

## 2) 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、処方せん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。医薬分業を実施しようとする目的は、患者の診断と治療は医師が行い、医師の処方箋に基づく調剤と薬歴管理・服薬指導は薬剤師が行うことによって、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で職能を発揮することと業務を分担・協調することによって、医療の質的向上を図ろうとすることである。すなわち、病院や診療所は診療に専念し、調剤は薬局に任せる方法である。ここでは日本と韓国における医薬分業の進行状況、例えば「両国が実施している医薬分業は強制的であるのか、任意的であるのか」、「医薬分業を実施した時代的な背景はどこにあったのか」、「医薬分業に最も影響を与えた要因は何であったのか」、「現在分業率はどのくらいであるのか」を中心に説明を展開する。

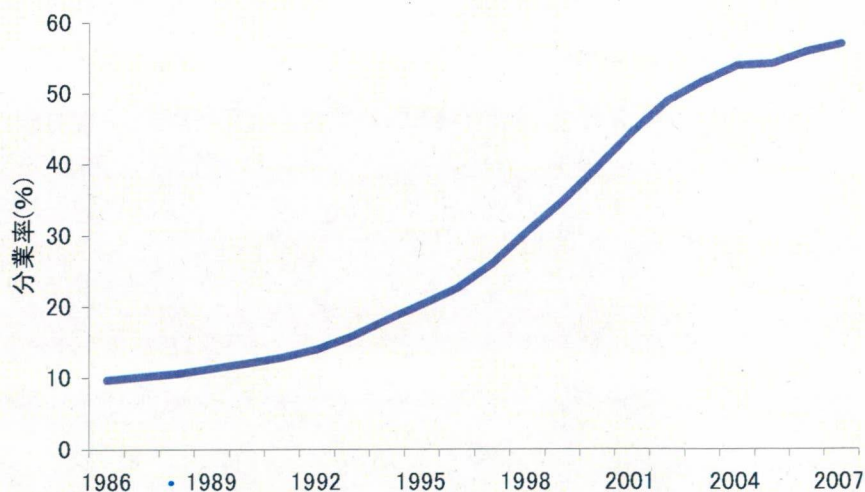
日本における医薬分業は近代的な医療制度の基本原則の一つとして、薬剤師を中心に早くから実施しようとした動きがあったものの、医療費に占める薬剤費の割合が極めて高く、調剤による収入が医師の所得に大きな影響を与えたので、常に医師会の反対によって実現できなかった。医薬分業が初めて公式的に示唆されたのは、アメリカの薬剤師協会使節団の影響を受けて、1950年7月厚生省に設置された臨時医療報酬調査会の答申当時からであり、その内容は「物と技術が不可分の形をとっている診療報酬を物と技術の報酬に区分して考えるべきである」であった<sup>11</sup>。それ以降1951年医師法、歯科医師法および薬事法が改正され、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

<sup>11</sup> 吉原健二・和田 勝『日本医療保険制度史』240～241頁



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。医師会は施行前年である1954年に東京神田の共立講堂で全国医師大会を開催、強制医薬分業に絶対反対との決議を採択した後、デモ行進を行った。一方、薬剤師会もその四日後に、同じ講堂で全国薬剤師総決起大会を開き、医薬分業の完全実施を決議し厚生省へのデモ行進を行い、両者の対立は決定的なものとなった。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<sup>12</sup>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(図8)。

図 8 日本における分業率の動向



資料)日本薬剤師会ホームページより作成

<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/bungyo/default.html>

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

<sup>12</sup> 調剤については「患者またはその看護にあた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。

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や薬の卸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。従って、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せようとしたのである。更に、薬をたくさん購入した場合、若しくは、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やインセンティブの類は、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」の切り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。表 8 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。

表 8 薬価基準の引き下げ率の動向

年度	1969	1970	1972	1974	1975	1978	1981	1983	1984
薬価引き下げ率	5.6%	3.0%	3.9%	3.4%	1.6%	5.8%	18.6%	4.9%	16.6%
年度	1985	1986	1988	1989	1990	1992	1994	1998	2000
薬価引き下げ率	6.0%	5.1%	10.2%	2.7%	9.2%	8.1%	6.6%	9.7%	7.0%

資料) 日本医師会「日本医師会通史」などにより作成

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のに貢献した。1974 年の改正で一挙に 50 点に引き上げられた処方箋料の点数は 1998 年には 81 点まで上がったものの、その後の改正によって 2006 年には 68 点(後発医薬品を含む場合は 70 点)まだ引き下げられた。また、1990 年ま

では基本診療に含まれており算定できなかった処方料は1992年には24点が設定され、2000年以降42点を維持している。従って、医薬分業に参加している医療機関は①院外に処方箋を出せば処方料と処方箋料を両方もらえるので薬価差額による収入を埋め合わせることができることと、②薬の購入や在庫の管理のための時間やスペース、そして人材を節約できることなどを考慮して医薬分業の実施に乗り出した可能性が高い。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」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。

表 9 処方箋料と処方料の点数改正現況

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

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」の構成の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。医薬分業の歴史に関するより詳しい内容は表10の通りである。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、韓国の場合は27.3%

で、OECDの平均を大きく上回った<sup>13</sup>。

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、注射を打たれば早く病気が治る」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。

表 10 韓国における医薬分業実施までの動向

年度	医薬分業の推進状況
1963	薬師法改正、医薬分業の原則を明らかにする
1965	医薬分業の施行留保(薬師法附則によって医師の直接調剤を許可)
1982.~1985.	全羅南道木浦市でモデル事業実施
1989	医薬分業を導入するまで臨時的な実施を前提に薬局医療保険制度の導入
1994	1993年の漢薬紛争を契機に薬師法を改正、1997年7月~1999年7月の間に大統領令として定める日から医薬分業を実施するように実施時期を明文化
1996. 07.~1997. 12.	『医療改革委員会』で医薬品分類方式による段階別医薬分業実施の基本モデルを提案
1998. 05.	保健福祉部に[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]を構成・運営、医薬分業の推進体系を構築
1998. 10. 01.	医療保険連合会内に医薬分業を担当する“医薬分業推進班”を設置・運営
1999. 03.	医薬分業の実施時期を2000年7月1日に延期(薬師法改正)
1999. 06.	保健福祉部次官を委員長に「医薬分業実行委員会」を構成、分野別に三つの分科委員会を編成・運営
1999. 09.	保健福祉部『医薬分業実行委員会』で医薬分業の施行方を確定
1999. 12. 07.	薬師法の改正法律案が国会で成立
2000. 01. 12.	医薬分業実行委員会の提案を中心に『薬師法』を改正・公表
2000. 07. 01.	医薬分業実施

資料) 健康保険審査評価院ホームページより作成。

<http://www.hira.or.kr/common/dummy.jsp?pgmid=HIRAC010904010000>

<sup>13</sup> OECD Health data 2007

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、今までの医療システムでは情報は供給者のみのものであり、実際、その情報を利用する需要者である患者は何も知らないまま供給側の指示に従って行動をしたわけである。一方、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。しかしながら、政府の準備不足と利益集団の強い反対によって史上初めての医療制度改正闘争を経験することになる。医師会は政府の医薬分業強行に対抗し、2000年2月17日、ソウルのヨイドでの集会を初めとして計5回の医療ストライキを起こした。最初にストライキを起こしたのは開業医であったものの同年7月からは事実上の病院診療の中心であった専攻医<sup>14</sup>が処遇改善と薬事法の早期改善を主張しながらストライキを起こし医療制度改正闘争まで拡散されることになる。

一方、予想しなかった医師会の強力な抵抗は政府関係者を大きく当惑させ、政府の押し付け式の路線に混乱をもたらした。国民の医師会に対する不満の声を利用して事態を收拾しようとした政府の計画は、拙劣な政府の対抗策とストライキの長期化による国民不満が最高潮に達したにもかかわらず成果をあげることなく、むしろ病院ストライキの長期化に対する責任追求をされるようになった。医薬分業を実施した直後の医薬分業に対する国民の反応は一般的に冷淡であった。医薬分業を実施する以前の2000年3月のアンケート調査によると医薬分業に賛成する回答者の割合は38.7%で反対の45.9%を下回った。しかしながら、医薬分業を実施してから5年経った2005年の調査を参考すると医薬分業に対する国民の意識は大きく変わったことが分かる。すなわち、薬の使用量が「増えた」と答えた回答は7.8%であることに比べて「減った」と回答した回答者に割合は4倍も多い30.8%に達しており、医薬分業の実施によって薬の無駄な服用が減ったことが明らかになった。また、83.9%が医薬分業を現在のまま維持するかあるいは現在のシステムに基づいて改善策

<sup>14</sup> 専攻医は、6年の医科大を卒業して、専門医の資格を取得するために一定の修練機関や修練病院に属して一つの専門科目を集中的に修練している医師を指す言葉である。以前から、専攻医の劣悪な環境と厳しい勤務条件は、医師会の問題点として認知されてきた。

を探した方がよいと答えた。一方、全面的に廃止すべきであるという意見は16.2%に過ぎなかった。しかしながら、医薬分業実施以降、便利になったと答えた回答者の割合は4.9%に過ぎなかった。利便性を感じない主な理由としては「病院と薬局を行き交わなければならない」、「時間がたくさんかかる」ことを挙げた<sup>15</sup>。

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(表10)を見せているものの、2006年度の方業率は55.8%(詳細は表11を参照)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%代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(表12)。

〈図9〉は日本における医薬分業率とそれに影響を与えると考えられる要因との相関関係を示している。医薬分業率としては各日本薬剤師会が公表している都道府県別処方箋受取率を、その他のデータとしては人口10万人当たり医師数、人口10万人当たり薬剤指数、一人当たり県民所得、高齢化率、一人当たり国民医療費を用いた。分析の結果、医薬分業率と人口10万人当たり医師数と病院数の間では負の相関関係が、人口10万人当たり薬剤師数と薬局数の間では正の相関関係が見つかった。すなわち、この結果は医薬分業がうまく機能するためには政府の医薬分業の奨励や医療機関の医薬分業実施に関する意思だけではなく、医療機関と連携が可能な保険薬局や調剤の能力がある薬剤師の供給が十分であることを証明していると言える。また、高齢化率が高い地域ほど医薬分業率は低く現れた(有意ではない)。すなわち、

<sup>15</sup> 東亜日報(2005)「医薬分業5年、国民意識変化」2005年6月27日

高齢者は他の年齢階層に比べて移動する能力が乏しく、病院と院外の保険薬局が遠く離れている場合、わざわざ薬を取りに行くことはかなり大変なことである。その結果、高齢化率が高い地域ほど院内処方に対応してくれる病院が多くあった反面、院外の保険薬局数は少なかった。

表 11 日本の医薬分業率上位5県と下位5県

上位5県				下位5県				20年間分業率が最も増加した都道府県	
1986年度		2006年度		1986年度		2006年度			
都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	分業率	都道府県	分業率
秋田	29.9	秋田	73.5	福井	0.7	福井	24.3	新潟	62.6
佐賀	29.8	佐賀	71.8	京都	0.8	和歌山	31.6	茨城	57.1
宮崎	23.7	神奈川	71.2	富山	1.1	京都	34.1	宮城	56
福岡	22.1	新潟	68.3	徳島	1.2	石川	35.5	千葉	54.3
神奈川	18.8	宮城	67.2	岐阜	1.3	徳島	35.9	福島	54.2

資料)日本薬剤師会ホームページより作成。

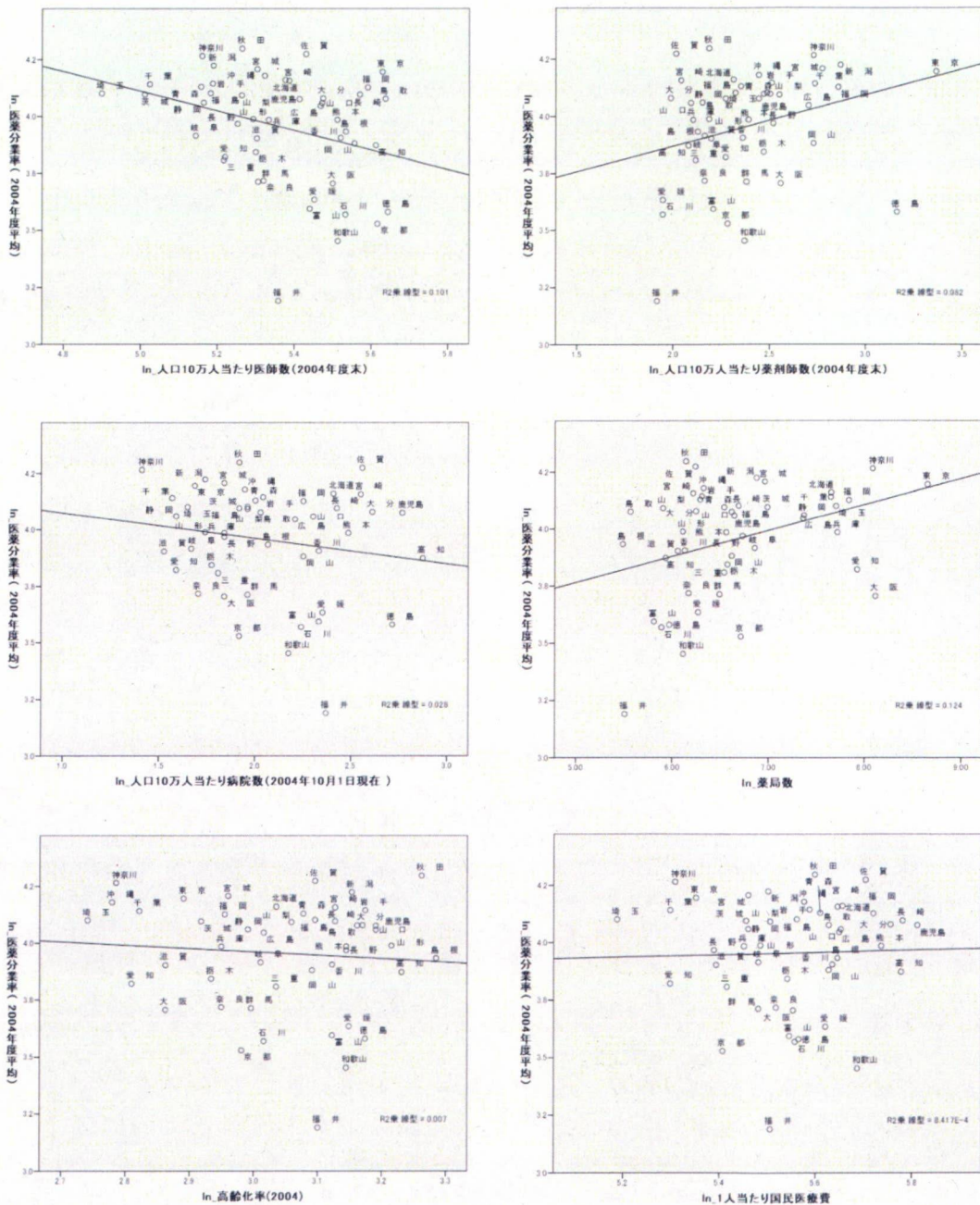
<http://www.nichiyaku.or.jp/contents/bungyo/>

表 12 医薬分業例外地域の現況

区分	全国の邑・面数		医薬分業例外地域数				
			小計	邑・面	島嶼地域	公団地域	軍事施設統制区域及び開発制限区域
	邑	面					
合計	184	1,227	961	872	36	36	17

2007年3月30日現在

図 9 医薬分業率と関連項目との関連性分析：



### 3) 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 加盟国の中でも高い水準である。



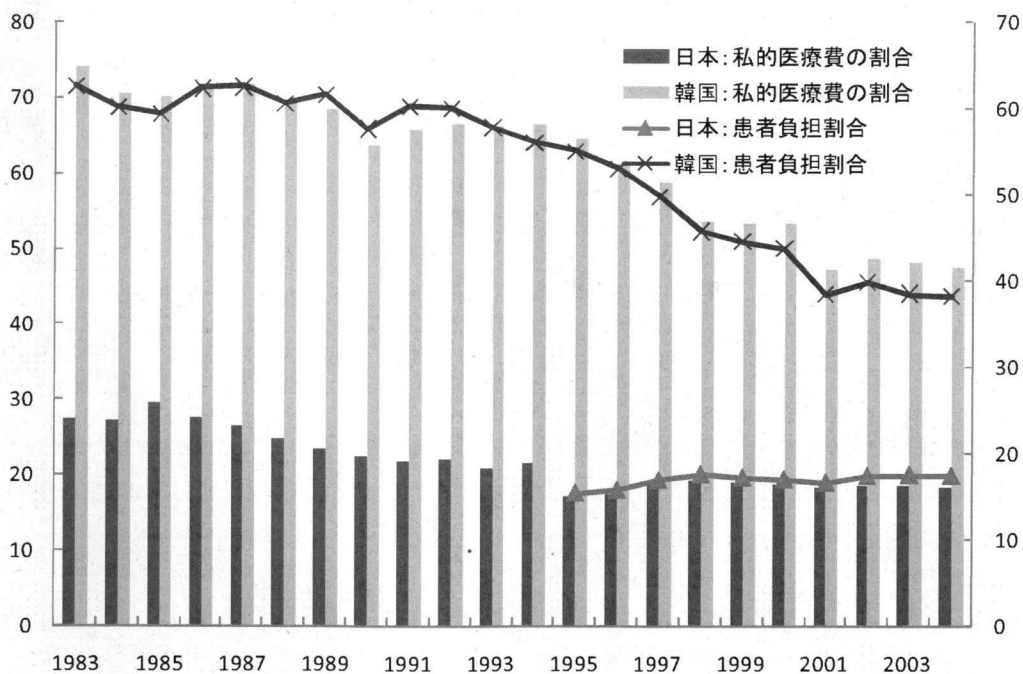
OECD(2007)によると、2004年における韓国の私的医療費の割合は47.4%で、アメリカ(55.5%)、メキシコ(53.6%)、ギリシャ(55.4%)に次いで高く、日本の18.3%をはるかに上回っている(図10)。韓国の私的医療費の割合が高い理由はどこにあるのか。その主な理由として国民医療費に占める患者負担割合(以下、患者負担割合)が高いことが挙げられる。2004年における韓国の患者負担割合は38.1%で、日本の17.3%よりも2倍以上高い<sup>16</sup>。患者負担割合が日本より高い理由は①保険適用診療に対する患者負担割合が相対的に高いことと②健康保険の保険給付が適用されない混合診療が許容されていることが挙げられる。

韓国における患者負担割合は、入院が20%、外来が30~50%(詳細は表13)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は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、日本では一部の高度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。韓国政府が混合資料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

<sup>16</sup>日本の場合、国民医療費に占める患者負担比率は厚生労働省の『国民医療費』でも利用可能であるものの、日本と韓国の比較をするためにOECD Health Data 2007のデータを利用した。毎年、厚生労働省統計情報部から公表される「国民医療費」は、正常分娩や歯科自由診療、療養環境など医療保険の対象外の項目、予防や健康管理、医療システムの運営に関わる費用、医療機関の運営および施設整備のための費用が除外されており、そのため、保健医療支出の範囲が諸外国とも異なるために、国際比較を行う場合に問題になることが指摘されてきた。2000年よりOECDは国民保健計算(National Health Account; NHA)の国際基準として、A System of Health Accounts (SHA)を発表し、加盟各国への参加を呼びかけてきた。以降、2001年のOECD Health Dataより、この新基準に沿った推計を行うことが求められている。医療経済研究機構では、平成12年度厚生労働科学研究費特別事業により、SHAに準拠した日本の総保健医療支出の推計方法を開発し、その手法を用いて1998年度の総保健医療支出の推計を行った。続く平成13年度及び14年度の2カ年にわたる厚生労働科学研究費統計情報高度利用総合研究事業において継続的な研究を行ってきた。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」

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<sup>17</sup>。

図 10 日・韓における私的医療費と患者負担割合の動向



資料)OECD Health Data 2007より作成

<sup>17</sup> OECD Health Data 2007

表 13 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	総合専門療養機関	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%

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。但し、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高度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高度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. 高齢者医療保障制度と介護保険制度

日本では高齢化社会に進入した1970年以降、全医療費に占める高齢者医療費の割合が高齢化の進展とともに急速に増加した。特に、高齢者の割合が相対的に高かった国民健康保険の場合、財政的な負担が重く財政赤字が目立つようになった。したがって、日本政府が各医療保険制度間の医療費の負担を公平にするため1983年に導入したのが老人保健制度である。導入当時70歳以上であった対象年齢は2002年10月から75歳以上に引き上げられており、さらに2008年4月からは老人保健制度を全面改正した新しい後期高齢者医療制度(長寿医療制度)が実施されることになった。改正の主なポイントは次の通りである。①運営主体が市町村から都道府県単位に変わることになり、都道府県内で同じ所得であれば原則として同じ保険料が賦課される。その結果、地域の間での保険料格差が既存の最大5倍から2倍程度に縮まると予想されている。②財源の構成が変わる。既存制度における財源構成は公費が5割(国4/6、県1/6、市町村1/6)<sup>18</sup>、拠出金が5割であったものの、新しい制度では公費の負担比率は5割を維持する一方、国保・被用者保険の加入者数に応じた支援金の割合は4割に軽減する。そして残りの1割は後期高齢者医療制度の加入者の保険料で充当する。新しい制度における対象者は75歳以上の後期高齢者と、一定の重い障害のある65～74歳の前期高齢者で、全国で約1300万人に至ることが予想される。保険料の全国平均は年額約7万2千円で原則として年金から天引きされる。厚生労働省は75歳以上の高齢者約1300万人のうち約1000万人の保険料が年金から天引きされると推計している。医療機関での自己負担は原則1割(現役並みの所得者は3割)である。

では、近年高齢化のスピードが最も速く進んでいる国の一つである韓国においては、高齢者関連医療保障制度の実態はどのようなのか。2006年の韓国の高

<sup>18</sup> 2002年10月以前には保険者が70%、国が20%、都道府県と市町村がそれぞれ5%を負担する仕組みであった。