

医療保障総合政策調査・研究基金事業

韓国医療保険制度の現状に関する調査研究
報告書

平成 29 年 6 月

健康保険組合連合会

目次

I.	研究の概要.....	3
	研究の目的.....	3
	研究の体制.....	4
	研究の方法.....	4
	本稿の構成.....	4
II.	本編.....	5
	第1章 医療保険制度の形成・発展過程.....	5
	1 国民皆保険へ向けて.....	5
	2 保険者一元化へ向けて.....	7
	第2章 韓国の医療保障制度.....	14
	1 医療保障体系.....	14
	2 医療保険制度の特徴.....	15
	3 医療保険制度の概要.....	15
	4 保険料賦課の新体系.....	41
	第3章 混合診療.....	47
	1 保険適用範囲の決定規範.....	48
	2 混合診療の課題.....	53
	3 混合診療 -韓国からの示唆-.....	55
	第4章 民間医療保険.....	58
	1 沿革.....	58
	2 民間医療保険の機能.....	60
	3 韓国の実損保険.....	61
	第5章 「医療の質」評価制度.....	70
	1 「医療の質」評価の目的.....	70
	2 「療養給付の適正性」評価制度.....	71
	3 病院認証制度.....	76
	4 「医療の質」評価支援金制度.....	81
	5 韓国「医療の質」評価制度からの示唆.....	87
	第6章 まとめ.....	90
	1 単一保険者体制の評価.....	90
	2 日本への示唆.....	91

Ⅲ. 資料編.....	92
1. 医療保障適用人口状況.....	93
2. 保険料 現況	94
3. 年度別診療費・年度別保険給付費	95
4. 年間診療費別患者現況.....	96
5. 65歳以上高齢者 診療費現況.....	97
6. 保険料負担対比給付費の現況.....	98
7. 年度別 健康保険 入院・外来 日数推移.....	99
8. 療養機関 現況.....	100
9. 療養機関 医療従事者 現況.....	101
10. 入院治療病床数 (OECD) : Inpatient Care Beds(OECD)	103
11. 患者1人あたり平均入院日数 (OECD) : Average Length of Stay in inpatient care (OECD).....	104

I. 研究の概要

研究の目的

韓国では 1977 年、従業員 500 人以上の事業場を医療保険の強制適用事業所とすることにより、本格的な医療保険制度の整備・構築が始まった。そして、1989 年に国民皆保険を達成した。1977 年以来、医療保険の保険者は事業所単位、あるいは地域単位で設立された組合であり、日本と同じ複数保険者体制であった。

皆保険達成から 10 年後の 1999 年、医療保険制度が内包する諸問題や当時の政治状況を背景に韓国政府は医療保険者を統合し、単一保険者体制とする立法を行った。ただし、単一保険者体制とはいえ、職域加入者と地域加入者の保険料賦課方式が現在も異なるなど、一保険者二保険料賦課体系が維持され、統合に関わる問題がすべて解決されたわけではない。

保険者一元化前の韓国医療保険制度は日本法の影響を強く受けており、わが国の医療保険の構造と類似していた。そのためもあって、日本からの関心は低く、研究対象としては意識されていなかったといつてよい。

しかし、保険者一元化という日本から見れば制度大改革を敢行したことにより、一躍、日本人研究者、実務家らの関心をひくようになった。これを契機に、それまでも存在した日韓の相違点、および、改革に伴って改編された新制度の中にみられる日本の医療保険とは異なる点が日本の興味関心の対象となった。その結果、2000 年以降、韓国医療保険制度に関する研究が盛んになり、以来、今日に至るまでに多くの先行研究が蓄積されている¹。

従来、医療保障制度、あるいは、医療保険制度の研究対象が主としてドイツ、フランス、あるいはイギリスなど欧米中心であった。それが韓国の保険者統合により、韓国のみならず、アジアの医療保険制度、ひいてはアジアの社会保障制度に対する関心が喚起されたといつてよいだろう。

そうしてみると、欧米の医療保障法制は日本人研究者にとって、いわば「憧れ」、「模倣」の対象であり、高みに仰ぎ、少しでもその域へ近づこうとする存在であるのに対し、韓国のそれは、「なぜ、そのように作るのか」、「そうすることで支障はないのか」、「日本が学ぶことはあるか、あるいは、私たちには適合せず、反面教師として参考とすべき点は何か」というように、同じ目線で比較検討できる存在といふことができる。

現在、保険者一元化から 17 年という長い期間が経過した。その結果、単一保険者は既定のこととなり、現行制度の改廃を問う議論はほとんど聞かれなくなった。現在の議論は、日本同様、高齢者医療費の増加、医学薬学の発展による医療費の高額化、急性期中心から

¹ 先行研究については、拙稿「福祉国家への途」『社会保障法研究』5号（2015年）73～100頁。

慢性期中心への疾病構造の変化とそれに対応する医療供給体制の転換などをどのように克服するかが中心となっている。

本調査研究事業では韓国の単一保険者制度のもとで運用されている医療保険制度のなかでも、日本と大きく異なる点を取り上げ、保険者一元化がもたらし得る可能性や問題点を検討し、もって、日本における保険者や医療制度のあり方に示唆を得ることを目的とする。

研究の体制

本研究は健康保険組合連合会による平成 28 年度医療保障総合政策調査・研究基金事業の一環として、同連合会と片桐由喜（小樽商科大学商学部教授）の共同研究体制によって実施された。そして、本報告書は同連合会の委託を受けて片桐由喜が執筆した。

研究の方法

本研究は文献研究と現地調査により実施した。

（1）文献研究

日韓両国の医療保障、医療保険、および、社会保障全般に関わる先行研究を検証し、上記研究目的のための情報、知識等を収集、分析した。

（2）現地調査

医療保険制度、民間保険制度の運用実態、現行医療保険体制の課題、それを解決するための政策動向など文献研究では不十分な諸点を補うために数次にわたり訪韓し、現地調査を実施した。

訪問先は、国民健康保険公団、健康保険政策研究院、健康保険審査評価院、サムソン生命保険、サムソン損害保険、健康福祉政策研究院などである。加えて、学術的な視点からの助言を得るために憲法裁判研究院、ソウル大学校法学専門大学院、延世大学校法学専門大学院、成均館大学校経済大学などの研究者を訪問した。

本稿の構成

本編は 6 章構成であり、第 1 章が医療保険制度の沿革と統合一元化の過程、第 2 章が現行制度の概要、第 3 章が混合診療、第 4 章が民間医療保険、そして、第 5 章が医療の質の評価を論ずる。最終章となる第 6 章では、韓国医療保険制度の主たる特徴である保険者一元化に対する評価と、同制度から日本が得ることのできる示唆について言及する。

Ⅱ. 本編

第1章 医療保険制度の形成・発展過程

韓国における公的医療保険制度の形成・発展過程、および、保険者一元化については、既に多くの先行研究が存在する²。そこで、本稿では、第1に皆保険へ至る過程を年表で示し（表1）、第2に保険者一元化へ至る背景について、大きな契機となる出来事を中心に、その概要を述べることにする。

1 国民皆保険へ向けて

韓国における最初の医療保険立法は1963年12月制定の医療保険法である。この立法の経緯は下記のとおりである。

制定に先だつ1961年、軍人であった朴正熙が5・16クーデターを起こし、全権を掌握した。彼は直ちに国家再建最高会議を構成し、ここが当時の立法機能を担った。その後、朴正熙は大統領選で勝利し、1963年10月、第5代大統領となった。そのわずか2か月後に上記医療保険法を制定したことになる。

大統領就任後、わずか2か月で立法が可能であった背景には、実際の立法作業は彼が大統領就任前にすでに国家再建最高会議が立法準備を行っていたこと、その準備の過程で日本による植民統治化時代の立法のあり方として知られている日本法の移植という立法技術に拠ったことが指摘されている。具体的には日本の健康保険法と国民健康保険法を混合して法案を作成し、立法に至らしめたといわれている³。

それゆえ、立法当初の条文構成は日本法と極めて類似している。そして、その後、数次にわたり改正が行われ、1999年に国民健康保険法を制定し（以下、国保法）、保険者一元化という大改革を経てもなお、両国の法律には共通点が多い。

もともと、近年は共通点よりも相違点が多くなり、それらの経験値が日本の医療保険制度をあらためて考える際に示唆を与えてくれる。たとえば、後述する自営業者の所得把握

² 拙稿「韓国の医療保障・介護保障」日本社会保障法学会編『講座 社会保障法 4巻』282～303頁（法律文化社、2002年）、健康保険組合連合会『平成14年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国の医療保険改革についての研究報告書』（2003年8月）、拙稿「韓国・社会保障法制の基礎形成過程－所得保障制度を中心に－」商学討究56巻1号（2005年）76～92頁、健康保険組合連合会『平成18年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国の医療保険改革についての追跡調査報告書』（2007年3月）、李蓮花『東アジアにおける後発近代化と社会政策－韓国と台湾の医療保険政策－』（ミネルヴァ書房、2011年）、等。

³ 拙稿「韓国・社会保障法制の基盤形成過程－所得保障制度を中心に－」商学討究56巻1号（2005年）75頁。

の方法、保険者のみならず、診療報酬審査機関の単一化、医療機関別一部自己負担の差などである。

ところで、表 1 のとおり、韓国では医療保険法施行から 12 年で国民皆保険が達成されている。日本のそれが 34 年間に要したことを考えると⁴、きわめて速いスピードで国民皆保険が達成されたといえる。その背景には韓国における政治的、経済的な事情が存する⁵。

第 1 に、当時の政権担当者が自らの存立の正統性を誇示し、民心把握の手段として社会保障制度、とりわけ、国民生活に直結する医療保険制度の充実に注力したという事情である。医療保険法を初めて制定した朴正熙大統領、被用者医療保険を拡大し、地域医療保険の試験事業に着手した全斗煥大統領は、いずれも軍事クーデターを起こして政権を掌握した。そのため、彼らの体制は常に、反対勢力からの攻撃と国民の批判にさらされていた。それらを克服するため、国民の支持を得る政策を提示することで政権の正統性を確立しようとしたのである。換言すれば、政局が落ち着いた時点で、武力ではなく政策によって政権の安定を図る必要性を認識し、その政策として医療保険制度の整備、充実を選択したということである。

第 2 に 1970 年代から 80 年代に享受した高度経済成長が医療保険制度の発展を後押しした。この時期は、いわゆる「漢江の奇跡」と呼ばれる経済成長により、国家財政がある程度、安定し、工業や産業の振興・発展を中心とする政策から国民の生活水準の向上に寄与する政策整備へ転換することが可能になった時期である。これが早い国民皆保険達成に貢献したもう 1 つの事情である。

⁴ 日本の健康保険法は 1927 年施行、国民健康保険法による強制加入制度の開始は 1961 年である。したがって、強制加入である公的医療保険が始まって、全国民に適用されるまでの期間は 34 年間である。

⁵ 詳細は前掲・拙稿（注 3）。

表 1) 医療保険制度の形成・発展過程

時 期		
朴 正 熙	1963.12.16	医療保険法制定（組合方式、任意加入）
	1970. 8. 7	医療保険法改正（被用者、公務員、および軍人を強制加入とするけれども、未施行）。
	1976.12.22	医療保険法全文改正（500人以上事業場を強制加入対象）
	1977. 3.12	上記改正法が施行。
	1977. 7. 1	500人以上事業場に勤務する被用者を被保険者とする医療保険組合が業務開始（486か所）
	1977.12.31	公務員・私学教職員医療保険法制定
	1978. 8.11	公務員・私学教職員医療保険管理公団（保険者）が発足
	1979. 1. 1	公務員・私学教職員医療業務開始
	1979. 4. 7	医療保険法施行令改正（300人以上事業場を強制加入対象）
	1979. 4.17	医療保険法改正（療養機関強制指定制）
	1979. 7. 1	300人以上事業場の強制加入実施
全 斗 煥	1980.10.31	医療保険法施行令改正（100人以上事業場を強制加入対象）
	1981. 1. 1	100人以上事業場を強制加入実施
	1981. 4. 4	医療保険法改正（地域医療保険組合の設立規定をおく）
	1981. 7. 1	地域医療保険第1次試験事業を3か所の地域で開始
	1982. 7. 1	地域医療保険第2次試験事業を3か所の地域で開始
	1982.12.21	医療保険法施行令改正（16人以上事業場を強制加入対象）
	1984. 5. 1	木浦で医薬分業試験事業開始
	1984.12. 1	韓方医療の保険適用試験事業を2か所の地域で実施
1987. 2. 1	韓方医療の保険適用を開始	
盧	1988. 1. 1	農漁村地域医療保険実施
泰	1988. 7. 1	医療保険法施行令改正（5人以上事業場を強制加入対象）
愚	1989. 7. 1	都市地域医療保険実施＝国民皆保険の達成

出典) 国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2015 健康保険統計年報』を筆者が一部加筆、訂正。

2 保険者一元化へ向けて

韓国の現行医療保険制度の最も大きな特徴は単一保険者である。しかし、制度発足当初は、表1のとおり、職場ごと、地域ごとに設立された組合が保険者であり、組合自治主義に則って医療保険制度が運営されていた。そして、一元化直前には、職場組合は142、地

域保険組合は 227 が存在した。これが 1 つに統合される過程は表 2 のとおりである⁶。

表 2) 保険者一元化過程

全 斗 煥	1981. 4. 4	医療保険法改正（地域医療保険組合の設立規定をおく）
	1981. 7. 1	第 1 次地域医療保険試験事業を 3 か所の地域で開始
	1982. 7. 1	第 2 次地域医療保険試験事業を 3 か所の地域で開始
	1988. 1. 1	農漁村地域医療保険実施
金 大 中	1998.10. 1	地域医療保険組合と公務員・私学教職員公団を統合（第 1 次統合）
	1999. 2. 1	国民健康保険法制定（職場組合を上記に統合し、保険者一元化を規定）
	1999.12.31	同法改正（職場、地域の各被保険者の保険財政は分離管理を規定）
	2000. 7. 1	同法施行
*	2003. 7. 1	財政統合施行（ただし、保険料賦課体系は 2 体系）

*金大中の次の大統領は、盧武鉉。

（1）第 1 次統合論争

統合問題は 1981 年 7 月に始まる第 1 次地域医療保険試験事業（以下、第 1 次試験事業）を契機に積極的に議論されるようになった。

第 1 次試験事業の実施に先立つ 1981 年 4 月 4 日、政府は医療保険法を改正し、地域医療保険組合の任意設置を定める条文をおき、国民皆保険に向けた立法作業に着手した。そして、地域医療保険をいつから、どのような方式で始めるのかを検討するために、3 か所の地域を選んで第 1 次試験事業が開始された。

第 1 次試験事業では対象となる地域の加入者の大半は農民であった。そのため所得の正確、かつ詳細な把握が困難であることから、所得階層を 3 等級に分け、等級ごとに 400 ウォン、600 ウォン、および、800 ウォンの定額保険料を設定した。600 ウォンは職場加入者の 4 分の 1 の水準であった。

同事業の大きな特徴は 2 次医療機関への受診のためには 1 次医療機関を経ることを要件とし、いわゆるアクセスフリーを排除した点である。韓国では、このような受診のルールを医療依頼体系と呼ぶ。当時、この体系は被用者や公務員らには適用されず、第 1 次試験事業対象者である農民らにのみ適用されたことから、彼らから差別的であるとの反発が強く、1983 年に同体系が廃止された。この結果、第 1 次試験事業地域の農民らが自由に 2 次医療機関を受診するようになり、低い保険料設定であることとあいまって同事業は財政赤字に至る。

1982 年、第 1 次試験事業とは異なる 3 つの地域で始まった第 2 次試験事業（以下、第 2

⁶ 保険者一元化に向けた、いわゆる「統合論争」については健康保険組合連合会・前掲（注 1）『平成 14 年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国の医療保険改革についての研究報告書』5～25 頁、同「参考資料 1」1～10 頁が詳しい。

次試験事業)では、保険料賦課方式として日本の国保と同じ4方式(応能割(所得割と資産割)と応益割(被保険者均等割・世帯平等割))を採用し、かつ、その金額は低く設定した。また、医療依頼体系も採用した。しかし、第2次試験事業においても地域住民の所得把握が困難であることに加えて、第1次試験事業同様に、保険料が低く設定されたために財政赤字となってしまった。

政府は2つの試験事業をとおして、地域医療保険は財政自立が困難であること、これを解決するためには財政支援が必要であるが、当時の国家財政にはその余裕はないこと、そして、国庫支援に代えて被用者医療保険の積立金を用いれば地域医療保険の実施が可能であると考えた。これが医療保険統合、単一保険者構想の端緒である⁷。

1982年11月、保健社会部(現在の保健福祉部)と与党民正党が全斗煥大統領へ、被用者医療保険の積立金の活用を前提とする医療保険統合一元化案を報告したが、全斗煥大統領が被用者保険の積立金の枯渇等を懸念したことから、皆保険のための統合構想は留保されることとなった⁸。

(2) 第2次統合論争

再び、被用者医療保険と地域医療保険の統合が論じられるようになったのは1988年に農漁村の地域住民が医療保険の強制適用対象となったことがきっかけである。地域住民らは、自分たちは保険料を10割負担するのに対し、被用者は労使折半であり、保険料負担が不公平であると指摘して統合を主張したのである。これに同調する野党勢力によって保険者統合法案である国民医療保険法案が国会で1989年3月9日、可決した。しかし、盧泰愚大統領は同法案に対し同年3月24日、拒否権を行使し、結局、法案は廃案となった。

(3) 第3次統合論争

職場医療保険と地域医療保険等の統合、すなわち、保険者一元化を決定づけたのは金大中大統領候補が医療保険統合を選挙公約に掲げたことである。これを受けて、当時の政権内では次期選挙で有利に作用することを期して、統合賛成を推進し、1997年12月31日、国民医療保険法が制定され、地域医療保険組合と公務員・私学教職員医療保険管理公団が統合された(第1次統合)。

ところで金大中政権の発足前、金泳三大統領時代であった1997年に韓国は通貨危機に

⁷ 但し、医療保険統合・保険者一元化については、第1次試験事業に先立つ1980年、当時の保健社会部長官であるチョンミョンギによって全斗煥大統領に提案されていた(健康保険組合連合会・前掲(注1)『平成14年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業 韓国の医療保険改革についての研究報告書』7頁)。

⁸ 医療保険統合に関しては、이규식(イキュシク)『건강보험통합 평가와 개혁방향(健康保険統合評価と改革法案)』(계축문화사, 2012年)17~98頁、同『의료보장론(医療保障論)』(계축문화사, 2016年)535~580頁が詳細に論じている。なお、文献、著者名は初出時に韓国語と日本語を併記し、以後は日本語のみの記載とする。

陥り、IMF の支援を受け、その管理下におかれることになった。1998 年、大統領となった金大中は挙国体制で国難を乗り越えることを目的として、大統領直轄の労政使委員会を立ち上げた⁹。この委員会における合意事項の 1 つに医療保険の統合が含まれた。

政治的な勢いを得て、1999 年 2 月 8 日、単一保険者により運営されることを定めた国保法が可決成立し（第 2 次統合）、2000 年 7 月から施行された。但し、立法当初の統合形態は保険者を 1 つに統合する形式的統合にとどまり（国民健康保険公団）、財政統合は 2003 年 7 月からである。そして、現在もなお、職場加入者と地域加入者の保険料賦課体系は統一されていない。その意味で、実質的な統合が実現したと断言しうるのは意見が分かれるところである。

（4）単一保険料賦課方式にむけた検討

保険者統合を達成した次に、問題となったのが被用者と自営業者らに対する保険料賦課方式のあり方である。これに関しては、保険者統合の賛成派も反対派も、保険者の統合が実現されるならば、被保険者に対する保険料賦課方式も統合、すなわち、単一化されなければならないと考えていた¹⁰。「1 つの保険者に 1 つの保険料賦課基準」は当然であり、論を待たない。

そのため、上記のとおり 1999 年 2 月 8 日に制定した国保法は職場加入者と地域加入者の保険料賦課方式は同一に報酬比例方式と定められていた。すなわち、地域加入者世帯の月額保険料は「標準所得月額に保険料率をかけて得られた額」と定められた。しかし、そもそも、所得捕捉が困難な地域加入者と所得がガラス張りの職場加入者に適用する同一の賦課基準を見出すことは困難であり、結局、1999 年 12 月 31 日、施行前の国保法が改正され、両者に対する賦課基準は別異に定められた（法律 6093 号）。

改正理由は両者の「保険財政を一時的に区分経理し、医療保険統合による保険料の急激な変動を防ぎ、地域加入者の保険料に対しては従前の国民医療保険法による所得、および、財産等に対する賦課体系を一時的に適用し、地域加入者に対する合理的な保険料賦課体系を開発する準備期間を確保する」ためと説明されている¹¹。

合理的な保険料賦課体系を開発するために、多くの研究が実施された（表 3）。しかしながら、いまだに単一の保険料賦課体系は開発されていない。

それゆえ、本調査を通して、医療保険の統合に関して、今なお決着していない問題が保険料賦課体系であることは識者らの共通した認識である。ただし、2017 年 4 月の国保法改正により地域加入者に対する賦課方式が所得を中心とした方式に転換されることとなり、両者の賦課方式が近づいたといえる。新しい保険料賦課体系については、第 2 章「3 医療保険制度の概要」において詳細に論ずる。

⁹ 労政使委員会自体は金泳三大統領が 1996 年に創設したものである。

¹⁰ イキュシク・前掲（注 8）174 頁。

¹¹ 「改正理由」国家法令情報センター（<http://www.law.go.kr/main.html>）。

表3) 保険料賦課体系のための研究¹²

年度	研究テーマ	提 案 内 容	研 究 機 関
健保法制定以前			
1999	所得基準単一保険料賦課体系開発に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> ・自営業者の所得把握率低調を直視し、現行賦課（筆者補足：組合時代の方式*）体系維持 ・長期的には課税所得を基礎に単一賦課体系を履行 	保健社会研究院
健保法制定			
2001	国民健康保険の地域加入者保険料の賦課体系に関する研究	<ul style="list-style-type: none"> ・地域保険料賦課体系へ賦課標準所得の適用 ・地域間の衡平 	保健社会研究院、ほか
2002	衡平賦課関連－保険料賦課体系改善方案	<ul style="list-style-type: none"> ・勤労所得のある世帯とない世帯を区分し賦課する方案 ・職場、地域、すべての世帯単位で一元化 	国民健康保険研究院
2004	健康保険財政統合以後の新しい保険料賦課体系設計方案	<ul style="list-style-type: none"> ・1段階：地域賦課体系の一元化基本保険料の導入 ・2段階：職場、地域の各加入者へ基礎保険料の導入 ・長期的代案：単一賦課2方式を提示 	ハンリム大学社会科学研究所、ほか
2006	国民健康保険保険料の衡平賦課体系研究	<ul style="list-style-type: none"> ・所得資料保有者と未保有者を区分 ・所得（総合所得、報酬）保険料と基本保険料 	国民健康保険研究院
2007	健康保険料賦課体系改善、および、財源確保のための方案研究	<ul style="list-style-type: none"> ・短期：地域賦課体系の一元化 ・長期：基本保険料と所得を基準とする単一保険料賦課体系 	保健社会研究院 ¹³
2008	健康保険保険料賦課衡平性改善方案	<ul style="list-style-type: none"> ・地域加入者賦課体系の一元化、および、被扶養者制度改善の検討 	国民健康保険研究院
2010	保険料賦課体系単純化、および、一元化の方案	<ul style="list-style-type: none"> ・職場加入者総合所得賦課の導入 ・地域加入者賦課体系の単純化、および、財産比重緩和 ・被扶養者の制度改善 	ソウル大学校産学協力団

¹² イキュシク・前掲（注8）176頁。

¹³ 신영석、他7名『건강보험료 부과체계개선 및재원확보방안』保健社会研究院、2007年。

(5) 統合の評価

20年にわたる長く、激しい論争の末、保険者一元化が完成した。そして、単一保険者のもとで公的医療保険制度が運営されて17年が経つ。

公的医療保険制度の構造は複雑であり、円滑な運営のため、多くの組織が構成されている。このような巨大で複雑な仕組みが、長い年月の間に社会の中に深く浸透した。現実的に考えて、かつての組合方式に転換することはほとんど不可能である。現行制度に不備、不満があるにしても、過去には戻ることができないというのが本調査中、インタビューに応じてくださった方々の一致する見解である。

社会保障制度の中でも医療保障制度はあらゆる世代、あらゆる階層の者にとって最も身近な制度である。また、国家と国民で関係がほぼ完結する年金のような現金給付と異なり、医療保障制度は保険者、被保険者に医療供給主体や他の機関が加わり、関係は複雑である。

なにより、医療保険制度は現在進行中である。したがって、その評価は裁判のように過去の事実を検証し（事実認定）、評価して何らかの決断を下す（請求を認容・棄却、あるいは有罪・無罪）、つまり、過去を評価して完結する性質のものではない。今後も、医療保険制度が存続していくことを前提に、同制度の何が、どのように不完全であり、それをどのようにして改善し、正していくかを考えなければならない。その意味で、医療保険の統合、保険者一元化の評価は常に未来志向であることが求められる。

(6) 日本への示唆

日本は現在、公的医療保険の保険者は健保組合が1,410（2014年度）、協会けんぽ1、市町村国保1,716（2015年9月末現在）¹⁴、国保組合164（同）、共済組合85と、きわめて多くの保険者が存在する。しかしながら、制度発足以来、日本においては保険者一元化が大きく議論されたことはなかったと思われる。

韓国における医療保険統合、保険者一元化は、地域医療保険がそれ単体では必要な財源を確保できないため、被用者保険の積立金財源を原資とすることを企図したことが始まりである。しかし、この真意は後に国民連帯という言葉に置き換えられ、民主化闘争の一面さえ帯びていく。

ところで、わが国においても、当然、国保運営のために必要な財源を被保険者からの保険料だけで賄うことができるとは想定されなかった。そして、その不足分を韓国のように被保険者医療保険の積立金財源から得ようという発想ではなく、財政支援は国庫からというのが制度創設当初から当然視されていたとあってよい。

日韓の異なる発想の差異は当時の国家の財政能力、政策の力点の違いに由来するといえよう。韓国の場合、皆保険達成前の1980年代、つまり、地域医療保険の試験事業期間中、高度経済成長を享受してはいたとはいえ、日本と比べると経済力の差は歴然としていた¹⁵。

¹⁴ 但し、市町村国保は2018年度から都道府県化され、都道府県もまた保険者となる。

¹⁵ 日韓の1980年代の国民総生産を比較すると下図のとおりである。（単位はドル）

そのため、地域住民の医療保険に財政支援をする国力が乏しかった。しかし、農村地域からの公的医療保険強制適用の要求は強く、その解決策として積立金を有する被用者保険との一元化に求めたと考えられる。

さらに、韓国の公的医療保険自体の歴史が浅く、制度成熟前であったために大胆な改編が可能であったと推測される。被用者保険が従業員 5 人以上の事業場にまで拡大されたのが 1988 年、皆保険達成がその翌年 1989 年である。皆保険から保険者一元化立法制定(1999 年)まで 10 年である。韓国においても皆保険発足後、長い年月を経て、制度が成熟し国家財政が安定した後であれば、保険者一元化が可能であったかは不明である。

韓国の公的医療保険の統合が日本に与える示唆を考えたい。わずかにある日本での医療保険統合に関する議論においては、所得捕捉の程度が大きく異なる被用者と地域住民を 1 つの保険制度のなかに取り込み、それを運用することは困難であることが指摘されている¹⁶。

そこで保険者統合のために示唆を得るという視点ではなく、合理的、効率的な保険運営のために韓国の経験から何をすることができるかという視点から考えたい。

その示唆点を本稿では 1 つ、提示したい。それは所得捕捉率を高める韓国の工夫と仕組みである。それはクレジットカードと現金領収書の利用促進である。消費者が店舗や食堂などで支払いにクレジットカードを利用したり、現金領収書の発給を受けると¹⁷、そのデータが国税庁に送られ、消費者は年末調整時に利用額に応じて還付を受けることができる仕組みである。このように現金領収書の本来の目的は国民に対する所得控除とその簡便化である。しかし、同時にこの仕組みは自営業者らの所得の把握をより容易にすることにも役立っている。これにより彼らの所得捕捉率が向上し、これは政府が期待した効果の 1 つである。このような自営業者らの所得捕捉の精度を高めることで、今後、地域加入者の保険料賦課基準に定める所得の割合を増やしたいと考えている。

現在、日本の国保の被保険者のうち、34.1%が被用者である¹⁸。彼らは農林水産従事者、自営業者と同じ基準に基づいて保険料が賦課されている。同一の被保険者集団内での保険料賦課基準の公平性を確保するうえで韓国の取り組みは大いに参考となる。

	1981 年	1983 年	1986 年
日本	9,898	9,905	16,184
韓国	1,669	1,968	2,344

出典)拙稿「韓国・社会保障法制の基盤形成過程—所得保障制度を中心に—」商学討究 56 巻 1 号 (2005 年) 89 頁。

¹⁶ 山崎泰彦「医療保険制度改革に関する覚書」『三田商学研究』46 巻 3 号 (2003 年) 45～54 頁。

¹⁷ 消費者が買い物をしたときに、レジで現金領収書の発給を求めると、店舗側は消費者の携帯電話等、本人を確認できる情報を得て同領収書を発行する。この領収書には買い物等、取引の日付、事業者登録番号、決済内容等の詳細な事項が表記されている。この内容はオンラインで国税庁に送られ、24 時間以内に確認、確定される。

¹⁸ 厚労省「国民健康保険実態調査 2015 年度」より。

第 2 章 韓国の医療保障制度

韓国医療保障制度体系は日本同様、社会保険制度と公費制度による主要 2 体系からなる。ただし、第 4 章で述べるように、公的医療保険制度を補完する民間医療保険が第 2 の国民健康保険と呼ばれるほどに広く普及している。

本章では韓国の現行医療保障制度を概観する¹⁹。次章以下で論ずる混合診療、民間医療保険、および、医療の質評価を理解するのに必要な基礎的な情報を提供することを目的とする。

なお、本章では公的医療保険を単に医療保険といい、民間保険と文脈上、区別する必要がある場合には適宜、公的医療保険と表記する。

1 医療保障体系

日本では皆保険であることを前提に、保険料負担能力がある場合には原則、医療保険に加入する。そうでない場合には公費医療、すなわち、生活保護法上の医療扶助制度の適用対象となる。医療扶助制度のもとでは、窓口での患者自己負担はなく、医療費は全額、公費負担である。なお、医療保険の被保険者資格を有していても、難病など、特定の疾患に対する治療を受けた者は、その治療に要した費用が公費で一部、または全部、まかなわれる²⁰。

韓国の場合には公費医療立法として、別途、1977 年に医療保護法を制定した。そして、同法を 2001 年、全面改正、名称変更し、現行法は医療給与法である²¹。同法の特徴は低所得者のみならず、国家功労者なども適用対象に含めている点である²²。

また、韓国には高齢者だけを被保険者とする医療保険制度はない。

なお、本章では医療保険制度を中心に論ずることとする。

¹⁹ 韓国医療保険制度に関しては拙稿「第 4 章 韓国」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013 年）64～82 頁、等参照。

²⁰ 公費医療については、下記サイトが詳しい。

(https://www.shaho.co.jp/shaho/shop/usr_data/sample/16411-sample.pdf)

²¹ 公的扶助法である国民基礎生活保障法は生計給付、住居給付、医療給付、教育給付、出産給付、葬祭給付、および自活給付の 7 種類の給付をおく。そして、医療給付に必要な事項は他法で定めるとして（同法 12 条の 2 第 3 項）、その他法が医療給与法である。

²² 医療給与法の適用対象者は（3 条）、国民基礎生活保障法上の医療給付受給者、災害救護法上の罹災者、養子特例法に基づき国内で養子となった 18 歳未満の児童、「独立有功者礼遇に関する法律」等の適用を受ける者とその家族、「無形文化財保存、および振興に関する法律」に基づいて指定された国家無形文化財の保有者とその家族、「北韓離脱住民の保護、および定着支援に関する法律」の適用を受ける者とその家族、「5・18 民主化運動関連者補償等に関する法律」に基づき補償金を受ける者とその家族、「野宿者等の福祉、および自立支援に関する法律」による野宿者、などであって、大統領令の定める基準を満たしたものである。

2 医療保険制度の特徴

韓国医療保険制度の特徴は、大きく4点を挙げる事ができる。第1に単一保険者、第2に保険医療機関当然指定制、第3は混合診療が許容されていること、第4に、それと関連して民間医療保険が広く普及していることである。

第1の保険者一元化については前章でその沿革を述べた。また、第3章で混合診療、第4章で民間保険について検討する。第2の特徴は本章中、医療供給体制の項で紹介する。

上記のような韓国医療制度の大きな特徴のほかにも、いくつか日本とは異なる仕組みがある。たとえば、地域加入者の保険料賦課基準が我が国の応能応益基準よりも多様であること、患者一部自己負担割合が医療機関の規模・種類別、所在地別に異なること、そして、韓方医学が西洋医学と同等の地位を有し²³、保険診療の対象となっていること²⁴、などである。

3 医療保険制度の概要

本章で紹介する韓国医療保険制度は基本的、原則的な記述にとどまり、詳細、例外的な制度については必要な範囲にとどまる。なお、根拠規定の記載は必要最小限度にとどめることとする。

(1) 当事者関係

① 保健福祉部

国保法は健康保険事業は保健福祉部長官が管掌すると定める。この保健福祉部は我が国の厚生労働省に相当し、社会保障全般を管掌する。同部は大韓民国憲法34条が定める生存権を国民に保障するために²⁵、社会保障関連の政策決定、立法を担っている。つまり、医療保険制度の運営に関して、最終的な責任を負う組織である。

この職責を果たすために保健福祉部長官のもとに健康保険政策審議委員会（以下、審議

²³ 韓医師を養成する大学が独立して設置され、国家試験も西洋医とは別個に実施されている。

²⁴ 韓方が保険適用となったのは1987年からである。なお、韓国においては漢方ではなく韓方と言い、これを担う医師を韓医師という。

²⁵ 憲法34条

1項 すべて国民は人間らしい生活をする権利を有する。

2項 国家は社会保障・社会福祉の増進に努力する義務を負う。

3項 国家は女性の福祉と權益の向上のために努力しなければならない。

4項 国家は高齢者と青少年の福祉の向上のための政策を実施する義務を負う。

5項 身体障がい者、および、疾病・老齢その他の事由により生活能力がない国民は法律が定めるところにより国会の保護を受ける。

6項 国家は災害を予防し、その危険から国民を保護するため、努力しなければならない。

委員会) が設置されている。この組織は日本の中央社会保険医療協議会に相当する。審議委員会の主たる業務は下記の項目に関して、審議、議決することである。

*健康保険政策審議委員会の業務 (国保法 4 条 1 項)

1. 保健福祉部長官が策定する国民健康保険総合計画に関する事項
2. 療養給付の基準 (保険収載の当否)
3. 診療報酬に関する事項
4. 職場加入者の保険料率
5. 地域加入者の保険料賦課点数 1 点あたりの金額
6. その他、大統領令で定める事項

上記の表から、健康保険政策上、極めて重要な事項が審議委員会で審議、決議されることが理解される。これを担う同委員会の委員長は保健福祉部長官である。委員構成は、労働者団体、使用者団体から 2 名ずつ、市民団体²⁶、消費者団体、農漁業者団体、および自営業者団体から各 1 名、医療界と製薬業界を代表する団体から合計で 8 名、中央行政機関の公務員、公団の理事長および健康保険審査評価院の委員長が推薦する者各 1 名、学識経験者 4 名の合計 23 名である。

また、保健福祉部は医療機関の開設、医師や看護師などの医療従事者の資格管理等、医療供給体制に対する事項も管掌する。なお、これらに関する根拠法規は医療法である²⁷。

② 保険者

1999 年の国保法制定により、それまで複数存在した医療保険の保険者は 1 つに統合された。こうして新しく誕生した唯一の保険者が、国民健康保険公団 (以下、公団) である。

<組織>

公団の意思決定機関として理事会がおかれ、理事長 1 名、理事 14 名、監事 1 名で構成される。理事のうち 5 名は常勤理事、9 名は非常勤理事である。非常勤理事のうち、労働組合、使用者団体、市民団体、消費者団体、農漁業者団体、および高齢者団体から推薦された者が各 1 名、計 6 名、関係公務員が 3 名、総計 9 名である。

興味深いことは、保険料の賦課、徴収を担当する理事 (以下、徴収理事) の選任方法である。徴収理事は常勤理事の一人であるところ、徴収理事の選任について、「主要日刊紙に徴収理事候補の募集広告を出さなければならない」と法定している点である。これは医療保険制度運営の要ともいえるべき保険料賦課・徴収業務には、これについて知識、経験を有

²⁶ 非営利民間団体支援法 2 条が定める非営利団体に限る。

²⁷ 韓国には日本の医師法、保助看法に相当する法律はなく、これらに関する規定は韓国医療法の中におかれている。

する者を広く募って、その任務に充てようとする意図であると言える。

公団の業務は下記のとおり、国保法 14 条が定め、これらの業務を本部、全国 6 か所におかれた地域本部、および、地域本部のもとに設置された 178 か所の支社が担う。職員数は 2017 年現在、1 万 3,319 名である（理事長、常勤理事、を含む）。

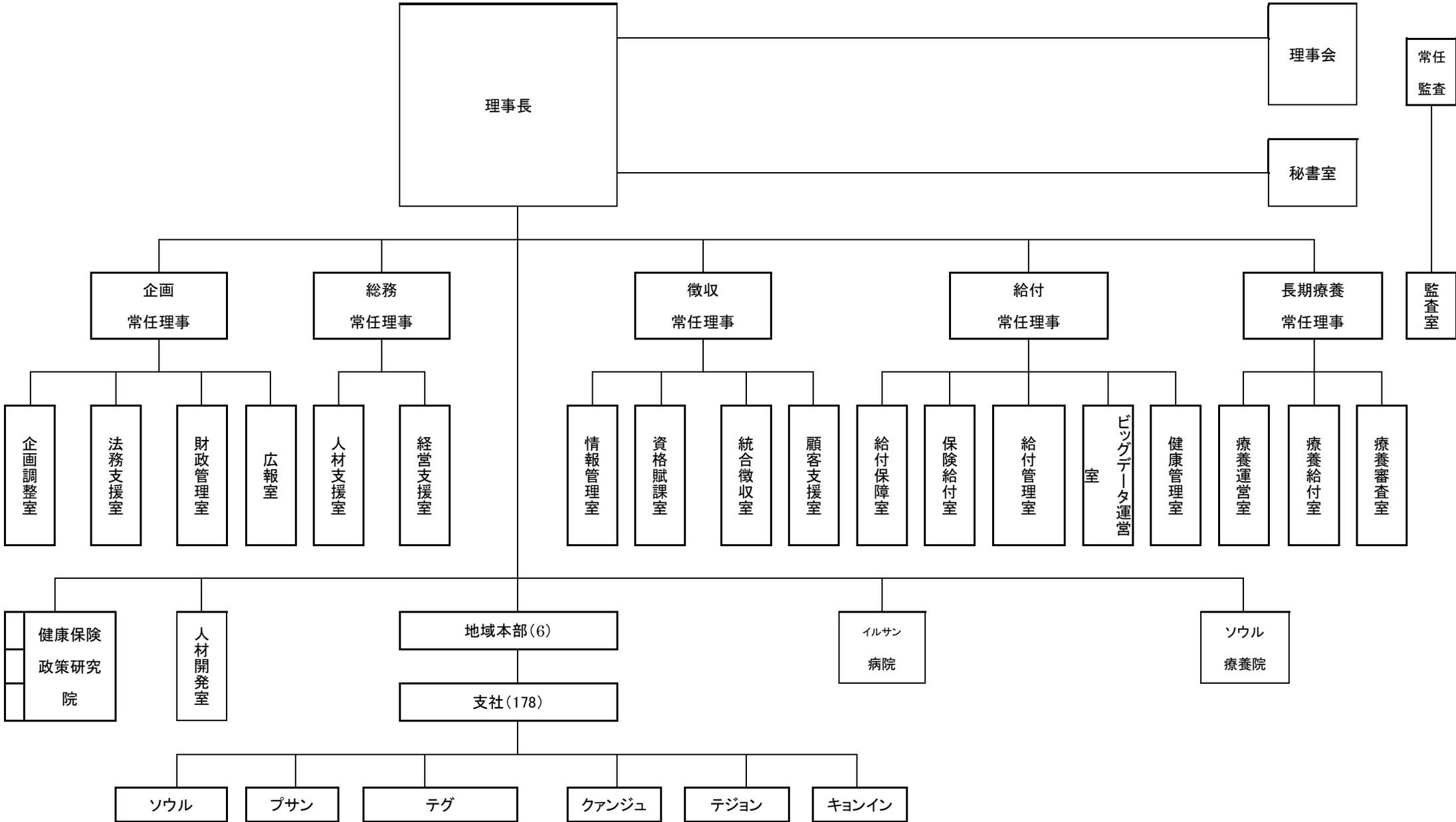
これらの業務を担う公団の組織・業務体系は図 1 のとおり、5 人の常任理事の下に各部署がおかれ、国保法 14 条の業務を遂行している。

*公団の業務（国保法 14 条）

1. 加入者、および、被扶養者の資格管理
2. 保険料の賦課、徴収
3. 保険給付の管理
4. [2017 年 2 月 8 日改正。2017 年 7 月 8 日施行] 加入者、および、被扶養者の疾病の早期発見、予防、および、健康管理のため、診療現況や健康診断の結果を活用して実施する予防事業
5. 診療報酬の支払い
6. 資産の管理、運用
7. 医療施設の運営
8. 医療保険に関する教育、広報
9. 健康保険に関する調査研究

図1) 公団の組織・業務体系

国民健康保険公団組織図



<業務>

公団の保険者としての主たる業務は日本とほぼ同じである。すなわち、加入者資格認定（得喪管理）、被保険者証の発行・再発行、保険料の賦課とその徴収、などである。

これらに加えて IT 技術が発展、普及し、日常生活の中に深く浸透している韓国ならではの保険者業務がある。すなわち、公団のホームページ（以下、HP）から様々な手続きや照会が可能である。たとえば、加入者は医療機関で受けた診療内容の確認、職場加入者が自身の保険料照会など、事業主は納付すべき保険料の照会と、納付現況の確認等などが HP 上から可能である。

また、日本ではあまり見られない業務として、HP を活用した加入者との積極的な関わり、および、告発受付がある。

前者は相談業務であり、HP 上から「相談問い合わせ」の項目をクリックすると、当該サイトが立ち上がる。そこには 5 つの項目、1.個別相談、2.一般問い合わせ、3.親切事例通報、4.不親切事例通報、および、5.健康相談があり、各自が該当する項目を選択して、相談したいことなどを書き込んでいく。

1、3、4、および、5 は個人名を明らかにしなければならないので、個人情報保護のため、厳重なセキュリティー対策が講じられている。

興味深いのは 3.親切事例と 4.不親切事例である。これは加入者が公団職員と接した際に親切であった、不親切であったとということを経営者へ知らせる制度である。日本の保険者も職員らの接遇に関して被保険者から不満、苦情、あるいは、謝意などを受けることはあるだろうが、それらの訴えに特化した情報収集ルートは持ち合わせていないと思われる。

もう 1 つの公団の特筆すべき業務として上述した告発受付がある。1 つは、不当請求医療機関通報報奨制度、もう 1 つが予算濫費通報制度である。

不当請求医療機関通報報奨制度は、診療報酬の不正・不当請求をしている、あるいはしていると疑われる医療機関を公団に通報した者に対して、公団が報奨金を支払う制度である。

同制度の概要は以下のとおりである。すなわち、通報者が公団に対して通報し²⁸、それを受理した公団が事実確認をしたのち、これを保健福祉部に通報し、同部が医療機関において現地調査を行う。現地調査の結果、不当請求が確定した場合、公団に設置された中央報奨審議委員会が報奨金額を決定したうえで²⁹、通報者からの報奨金支給申請を受け付け、

²⁸ 通報者は①医療機関従事者（医師、看護師、薬剤師、事務職員など）、②医薬業界従事者（製薬会社、医療機器会社、等）、③一般通報者（上記従事者に該当しない者）、および④当該医療機関で診療を受けた患者本人、あるいはその家族に分類される。また、通報の方法はインターネット、訪問、郵便、ファックスによるものとし、電話での受け付けはしていない。

²⁹ 報奨金は公団が負担した金額に国保法施行令別表 6 が定める係数をかけて算定される。たとえば、上記金額が 5,000 万ウォンを超える場合の報奨金額は、1,100 万ウォン＋（当該金額×10%）である。

支給されるというものである。

もう1つの予算濫費通報制度は、国民が公団に対し、予算を浪費していると通報、あるいは、より予算を節約できる制度改善案を伝え、その結果、実際に、収入増加、予算節減に寄与した場合に、通報等をした者に予算成果金を支払う制度である。

同制度は原則、インターネット上で手続きが進められる。国民からの通報を受理した公団は30日以内に通報者に回答を送る義務を負っている。公団は国民からの通報内容を吟味し、それが収入増加、あるいは支出節減に寄与すると認められた場合に当該通報者に予算成果金が支払われる。予算成果金は公団内に設置された予算成果金審査委員会で審査されて支給の可否、同規模が決定される。

上記2つの制度と関連して、公団は不正請求をした医療機関の公表を実施している（国保法100条）。日本では都道府県厚生局が行っている業務である。公表に際しては、公団内に設置された健康保険公表審議委員会の審議を経て公表対象医療機関が決定される³⁰。

公表項目は、医療機関の名称、住所、代表者の名前（法人の場合は医療機関の長）、性別、違反行為、および、処分内容、等である。

これら医療機関に対する制裁的機能は、保険者機能の重要な一面ではあるが、その行使が困難であることも事実である。そもそも、日本においては、これらを実施する法的根拠自体がない。このような韓国の取り組みは保険者機能の強化を検討するうえで有用な示唆を与えてくれる。

③ 加入者

国保法上、被保険者は加入者と呼ばれる。そして、同法は「国内に居住する国民は加入者、または被扶養者になる。」と定める一方、前述した医療給与法が適用される場合は、国保法の適用対象から除外される旨、規定する。

国保法は、上記のとおり、原則、加入者に国籍要件を課す。しかしながら、旧医療保険法が1981年に外国人に関する特例を定めて以来、一定要件を満たす外国人は加入者になることができる（国保法109条）。具体的には、被用者であって外国人登録をした者、被用者でなくとも3か月以上居住することが明らかであって外国人登録をした者（たとえば、留学生など）などである。なお、当初、任意加入であった外国人被用者は2005年の国保法改正により加入者となることが義務付けられた。

加入者は職場加入者と地域加入者の2種類に分けられる。

③-1-1 職場加入者

あらゆる事業場の労働者と使用者、公務員、および教職員が職場加入者となる。ただし、

³⁰ 公表の対象となるのは、業務停止処分、課徴金賦課処分を受けた医療機関であって、関連書類を偽造し、診療報酬の不正請求をしたもののうち、不正請求額が1,500万ウォン以上の場合、あるいは、診療報酬請求額中、不正請求部分が20%を超える場合である。

雇用期間が1か月未満の日雇い労働者、兵役中の者、その他大統領令で定める者などは除外される。その他大統領令で定める者は下記のとおりである。

なお、失業した場合であっても、任意継続加入者として職場加入者の資格を保持することが1年間を限度に認められている（国保法110条）。

*国保法施行令9条（国保法6条2項4号関連）

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 非正規労働者、または1か月の所定労働時間が60時間未満の短時間労働者2. 非常勤教職員、または1か月の所定労働時間が60時間未満の時間制公務員、及び教職員3. 所在地が一定していない事業場の労働者、および使用者4. 労働者がいない、あるいは1号に該当する労働者のみを雇用する事業場の事業 |
|---|

③-1-2 被扶養者

職場加入者により主として生計を維持される者であって、同人の1) 配偶者、2) 直系尊属（配偶者の直系尊属を含む）、3) 直系卑属（配偶者の直系卑属を含む）および、その配偶者、4) 兄弟姉妹の関係にある者が被扶養者となることができる。

なお、事実婚配偶者を被扶養者に含める規定は、国保法上はないが、国保法施行規則別表1が被扶養者となりうる場合があることを定める。ただし、その場合も、事実婚の用語は用いられていない。規定内容は、「第1号（配偶者：筆者注）ないし第10号（兄弟姉妹：筆者注）に該当しなくとも、加入者により主として生計を維持されると公団が確認した場合、扶養認定」するというものである。

次に、生計維持要件は国保法施行規則別表1の2が定める。主として、以下の4つの条件をすべて満たした場合に生計維持要件を充足するとして被扶養者認定される。

*生計維持要件（国保法施行規則別表1の2）

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 利子所得+配当所得\leq4,000万ウォン2. 事業所得\leq500万ウォン3. 勤労所得\leq4,000万ウォン4. 年金の2分の1の額\leq2,000万ウォン |
|---|

上記別表1の2は2013年6月28日に新設された。それ以前は被扶養者の勤労所得と年金所得は所得維持要件の判断対象に含まれていなかった。そのため、これらの所得が多い被扶養者が保険料を負担しないことは公平を欠くとの指摘を受けて、施行規則が改正され、別表1の2が新たに設けられた。

③-2 地域加入者

加入者のうち、職場加入者とその被扶養者を除いた者が地域加入者となる。地域加入者には被扶養者概念がなく、世帯構成員すべてが加入者である。

表1) 2016年度の加入状況

		適用人口数 (千人)	割合
	合計	52,273	100.0%
健康保険	職場加入者	16,337	69.6%
	被扶養者	20,337	
	地域加入者 (世帯数)	14,088 (7,665 世帯)	27.7%
医療給与		1,510	2.8%

出典：国民健康保険公団

④ 健康保険審査評価院

日本の診療報酬支払基金、および、国保連に相当する機関は健康保険審査評価院（以下、審評院）である。ただし、日本と異なる点が多い。

第1に、日本では診療報酬請求を審査し、報酬を支払う代行機関が被用者保険と地域保険ごとに上記の通り、1つずつ、存在するのに対し、韓国の場合は、単一保険者に準じ、審評院1つのみである。組織機構は1つの本部と7つの地域支部で構成される³¹。

第2に、日本の診療報酬支払基金等が審査、支払いの2つの業務を担うのに対し、審評院は審査のみ行い、支払いは公団がする。これは診療報酬請求の審査に際し、公正さと客観性を確保するために支払者とは独立した機関が必要であるとの認識に基づき、国保法が審評院を設置することを定めた。公団からの独立性を担保するために、審評院は特殊公法人としての法人格が付与されている。

第3に、審評院の業務に療養給付の適正性評価が含まれ、第5章で述べるように、これが医療保険制度の運営において重要な役割をはたしている。

<参考>審評院の予算

公団とは別個の組織であることから、会計もまた独立している。2016年度の予算は39万2,435億ウォンであった。その内訳は下記のとおりである。

³¹ 審評院の理事組織は院長1名、理事15名および監事1名からなる。理事のうち4名は常勤である。非常勤11名の理事のうち1名は保健福祉部長官が任命し、10名を公団が推薦する者1名、医薬団体からの推薦5名、労働組合、使用者団体、農漁業者団体および消費者団体が推薦する各1名で構成される。

・収入

単位：100万ウォン

国庫支援			付帯収入	運用益、他	合計
直接支援	間接支援				
補助金	事業費	委託費			
927	303,984	27,909	3,160	56,455	392,435

出典：審評院「2016년도 수입/지출 계획서 (2016年度 収入・支出計画書)」

・支出

単位：100万ウォン

人件費	経常運営費	事業費	その他	合計
176,875	73,863	67,390	74,307	392,435
45.1%	18.8%	17.2%	18.9%	

出典：同上

収入は上記のとおり、国庫支援金と独自収入である付帯収入、運用益で構成される。国庫支援は直接支援と間接支援に分けられ、前者は補助金名目で政府から支給され、具体的には職場内保育所運営のために充てられる。間接支援は事業費と委託費からなる。

事業費は審評院の主要業務である審査、評価に要する費用であり、前々年度の国保保険料収入の100分の30の範囲内の金額が支給される。

委託費は、国保外で提供される医療に関して審評院が審査を受託して受け取る手数料である。すなわち、医療給付（日本の生活保護法上の医療扶助に相当）や外国人労働者などに医療機関が無料で提供する医療の審査である。

また、支出の大半は人件費である。

⑤ 医療供給体制

韓国医療供給体制の特徴の1つは、いわゆる保険医療機関当然指定制（以下、当然指定制）である。もう1つの特徴は医療機関の種類が我が国より多いという点である（表2）。

(ア) 当然指定制

国保法は療養給付は療養機関で行われると定め、療養機関とは医療法上の医療機関、薬事法上の薬局、地域保健法上の保健所等、および「農漁村等保健医療のための特別措置法」上の保健診療所であると定める（表2）。

医療機関や薬局などが国保法上の療養機関となるために、申請し、指定を受けることは不要である。医療機関や薬局を開設すると自動的に国保法上の療養機関となる。これを当然指定という³²。日本において保険医療機関となるために、医療機関が厚生労働大臣に申

³² 洪性珉「医療供給体制における国家統制—保険医療機関の指定を中心に—」『社会保障

請して、指定されるのとは大きく異なる。

この制度趣旨は国保法立法当初、診療報酬を低く設定したことと関係している。立法者は低い診療報酬体制の中で保険医療機関となることを医療機関の任意に委ねると、民間医療機関は進んで保険医療機関になろうとしないであろうと考えた。そこで、国民に医療供給を確保するために当然指定制を採用したのである。つまり、韓国では保険医療機関にならないという自由がない。これに対しては営業の自由の侵害であるとの反発が今日に至るまで一貫して存在する。

韓国で混合診療が当然のごとく許容されてきた背景には、医療機関側からのこのような反発や低診療報酬に対する不平不満を抑える意図が存在する。この意味で、当然指定制、混合診療、そして民間医療保険の普及は相互に関連している。

当然指定制度上、指定取消がない。指定という行政処分自体が存在しないからである³³。したがって、診療報酬の不正請求等、保険医療機関として不適切であると判断された場合には、保健福祉部長官は1年間を上限とする業務停止処分、あるいは、課徴金賦課処分などの制裁を課すことになる。

(イ) 医療機関の種類

韓国医療法上の医療機関は、外来患者を主として対象とする医院級医療機関、入院患者を主として対象とする病院級医療機関、および助産院に3分類される。そして、医院級医療機関を開設しようとする者は市長、郡守、または区庁長への届出、病院級医療機関を開設しようとする者は道知事らの許可がそれぞれ必要である³⁴。

病院級医療機関のうち、30床以上の病床を有する医療機関が病院、歯科病院および韓方病院、100床以上の病床を有するのが総合病院である。100床以上300床未満³⁵、300床以上のそれぞれの総合病院については³⁶、開設が必要な診療科と常勤専門医の必置が定められている。なお、療養病院とは長期入院患者を対象とする医療機関をいう³⁷。

法』31号(2016年)155~164頁が詳しい。

³³ 指定の法的性格について、石田道彦「医療保険制度と契約」『季刊・社会保障研究』45巻1号(2009年)46~54頁、等、参照。

³⁴ 韓国の行政区画は、広域自治体(ソウル特別市、広域市、道、済州島特別自治体)、基礎自治体(市、郡、自治区)、および下部行政単位(洞、邑、面)の3層で構成される。医院開設の届け出を受ける市長、郡守および区庁長は基礎自治体の首長である。病院開設の許可は、広域自治体の首長が行う。

³⁵ 100床以上300床未満の病院の場合、内科、外科、小児科、および産婦人科のうち、3診療科を含み、かつ、影像医学科、麻酔疼痛科、診断検査医学科(あるいは病理科)、精神健康医学科、および、歯科を含む7科以上の診療科を有し、各科に専属の専門医を置かなければならない。

³⁶ 300床以上の病院となるための要件は内科、外科、小児科、産婦人科、影像医学科、麻酔疼痛科、診断検査医学科(あるいは病理科)、精神健康医学科、および、歯科を含む9科以上の診療科を有し、各科に専属の専門医を置かなければならない。

³⁷ 療養病院とは主として入院患者を対象とする医療機関であって(医療法3条2項3号)、

保健福祉部長官は、総合病院のうち重症患者に対して高度医療を提供する総合病院を上級総合病院に³⁸、特定診療科目、特定疾患に高度医療を提供する総合病院を専門病院として指定することができる。

表2) 医療供給体制

医療法	医院級医療機関	医 院		歯科医院	韓医院	
	助産院	助産院				
	病院級医療機関	病院	歯科病院	韓方病院	療養病院	総合病院 ・ 上級総合病院 ・ 専門病院

次に、地域医療、ないしは過疎地域の医療供給として重要な役割を果たしている医療機関について紹介する。1 つは、地域保健法に基づく保健所、保健医療院などである。同法に基づき各地方自治体に設置される保健所の役割は日本の保健所とほぼ、同様である。また、保健医療院は上記病院と同様の機能を有する（地域保健法 12 条）。

「農漁村等保健医療のための特別措置法」（以下、措置法）、および、同法の前身である 1978 年制定の「国民保健医療のための特別措置法」は過疎地域の医療供給を保障するための立法である（表 3）。措置法は医療資源の乏しい過疎地域のために、公衆保健医師、保健診療所、および、保健医療専担公務員を定める。

韓国は徴兵制を有し、満 18 歳になると男子は徴兵検査対象となり、19 歳までに兵役判定を受けなければならない。そして、35 歳までに徴兵義務に服することが課されている。このうち、医師、歯科医師などの資格を有する男子は農漁村地域で公衆保健医師として従事すると、軍役服務が免除される（兵役法 34 条）。公衆保健医師の根拠法が措置法である。

また措置法は、過疎地域の医療保障のために保健診療所を設置し、そこに保健医療専担公務員を配置することを定める。この保健診療所には医師、看護師などの資格を有する者はおらず、それに代えて、無資格の保健診療専担公務員をおく。彼らは医療法 27 条にかかわらず³⁹、軽微な医療行為ができると措置法が定める。

韓国も日本同様、都市と地方の格差が年々広がり、医療過疎は医療政策上の課題である。そのような中、措置法による医療保障は山間過疎地域の住民にとって、重要な役割を果た

その入院患者は老人性疾患患者、慢性疾患患者、外科手術後、または傷害後、回復期にある患者であった療養を必要とする者をいう（医療法施行規則 36 条）。第 5 章「3. 病院認証制度」参照。

³⁸ 上級総合病院は、①20 科以上の診療科を有し、各科に専属の専門医がいる、②専門医療養成機関である、③保健福祉部令が定める人員、施設、装備基準を満たしている、④疾病群別患者の全体に占める構成比が規定基準に該当する、のいずれかに該当し、重症疾患患者に対し難易度の高い医療行為を提供する総合病院の中から保健福祉部長官が指定する。

³⁹ 医療法 27 条「医療人でなければ、だれであっても医療行為をすることはできない」、2 条 1 項「医療人とは、医師、歯科医師、韓方医、助産師、および、看護師をいう」。

している。

表 3) 医療供給体制－医療過疎地域－

地域保健法	保健所、保健支所
	保健医療院
農漁村等保健医療のための特別措置法	公衆保健医師 保健診療所－保健診療専担公務員

表 4) 医療機関の現況 (2016 年 12 月現在)

	上級病院	病 院	医 院	薬 局	保健機関
医療機関数	43	3,745	61,183	21,443	3,505
構成比	0.0%	4.2%	68.0%	23.8%	3.9%

注) 病院：病院、歯科病院、韓方病院、療養病院、総合病院

医院：医院、歯科医院、韓医院

保健機関：保健医療院、保健所、保健支所、保健診療所、助産院

出典) 審査評価院

(2) 保険給付

(2) - 1 療養給付

医療法に基づいて開設された医療機関が療養機関であり、日本の保険医療機関と同義である。先述のとおり、療養機関となるために政府への申請は不要であり、開設と同時に療養機関となる。療養機関で提供される医療サービスを療養給付といい、国保適用対象であることから、法定給付ということもある。これに対し、国保が適用されない医療サービスを非給付と呼ぶ。先に言及したとおり、韓国では混合診療が認められており、その場合に提供される医療サービスが法定給付と非給付である。非給付については第 3 章であらためて詳細に論じることとし、ここでは簡単に述べるにとどめる。

療養給付、非給付に関する規定は下記のとおりである。

*国保法 41 条

①加入者と被扶養者の疾病、負傷、出産等に対し、以下の各号の療養給付を実施する。

- 1号 診察・検査
- 2号 薬剤・治療剤の支給
- 3号 処置・手術その他の治療
- 4号 予防・リハビリ
- 5号 入院
- 6号 看護
- 7号 移送

②1項の療養給付の範囲は下記の各号のとおりである。

- 1. 1項各号の療養給付（1項2号の薬剤を除く）：4項に従い、保健福祉部長官が非給付と定めたものを除く一切のもの
- 2. 1項2号の薬剤：41条の3に従い、療養給付対象として保健福祉部長官が決定し告示したもの

③療養給付の方法、手続き、範囲、上限等の基準は保健福祉令で定める。

④保健福祉部長官は3項に従い、基準を定めるとき、業務、日常生活に支障がない疾患に対する治療等、保健福祉部令で定める事項は療養給付対象から除外された事項（非給付）として定めることができる。

① 法定給付

療養給付は疾病、負傷、出産等を保険事故として実施される上記①1号～7号である。これら療養給付の方法、手続き、範囲などは、我が国の療養担当規則に相当する「国民健康保険療養給付の基準に関する規則（以下、療養基準規則）」が定める。

療養給付を受けるに際し、韓国の場合、基本的にはフリーアクセスである。ただし、上級総合病院を受診するときだけは医師の紹介状などが必要である。紹介状を持たずに受診する場合は保険適用対象外となり、医療費の自己負担は10割となる。

なお、薬事法改正により、2000年から医薬分業体制が強制施行されている。同法改正にしたがい、医療法は病院等の中に薬局を設置した場合には医療機関としての開設を認めないと定める。

② 非給付

非給付について、療養基準規則別表2がその項目について下記のように定め、具体例を列挙する（「第3章 混合診療」）参照。なお、非給付の範囲を法定していることから、非給付は法定非給付とも呼ばれる。

第1に業務、日常生活に支障のない疾患を対象とする診療行為、そのような疾患に用いられる薬剤・治療材料である。日常生活に支障のない疾患の例として、老化による脱毛な

どの皮膚疾患などがある。第2は身体に必須の機能改善を目的としない診療行為などである。これは美容整形などである。美容整形手術による後遺症の治療も、ここに含まれる。視力回復を目的としないため、斜視矯正も法定非給付と位置付けられている。第3として、治療を直接の目的としない予防的医療行為も非給付である。予防接種、禁煙治療などがこれに含まれる。ただし、国保法上の療養給付として提供される健康診断が別途定められている（国保法52条、同施行令25条）⁴⁰。

第4は、療養給付として認定することが困難、あるいは健康保険制度の原理原則に適合しない場合には当該給付は非給付となるとする。例えば差額ベッド代、患者が治療に際し、特定の医師を選択・指名する場合に要する選択診療費⁴¹、などである。あるいは、保険給付の対象とするか否かを審査中の新医療技術、新薬なども非給付に含まれる。

③ 任意非給付

国保法上、医療機関が患者から徴収することのできる費用は、療養給付に要した費用の一部自己負担、特定の療養給付に要した費用の全額⁴²、および、法定非給付に要した費用の全額の3種類のみである。これ以外に費用を支払う場合のその費用の対象となる医療サービスを任意非給付という⁴³。

一般的には患者にとって必要であるが、いまだ新医療技術申請をしていない先進医療、薬剤などが考えられる（「第3章 混合診療」参照）。しかし、実際には医師や医療機関が保険者に診療報酬請求をした場合に、当該請求が減点査定の対象になることを忌避して、保険対象の医療行為等であるのに、非給付として患者に費用の全額を請求するが多い。

従来、任意非給付の対価として患者から費用を徴収することは療養基準規則違反行為とされ、保健福祉部は任意非給付を行って患者から費用を徴収した医療機関に対し、業務停止あるいは課徴金納付を命じる処分をしてきた。

これに対し医療機関側は当該任意非給付行為の治療上の必要性、正当性を主張し、これら処分等の取り消しを求める行政訴訟を提起し対抗してきた。そして、我が国の最高裁にあたる大法院は一貫して、その主張を認めない立場であった。

しかしながら、2012年6月18日、大法院はこれまでの判例を変更し、任意非給付が違

⁴⁰ 全加入者を対象とする健康診断は原則2年に1回、また、これとは別にがん検診、6歳未満を対象とする乳幼児健診がある。

⁴¹ 一定規模以上の医療機関がこれを行うことが可能であり、医師らにも資格が必要である。医師の場合であれば、専門医の資格認定後、10年を経過した医師、あるいは大学病院、大学付属の韓方病院の助教授以上の医師などである。

⁴² 上級総合病院を医師の紹介状なしに受診する場合、あるいは、「療養給付費用が年間200億ウォンを超え、保険財政に相当な負担を及ぼす恐れがある薬剤、治療材料」を使用する場合などには本人負担割合は10割となる（国保施行規則別表6）。

⁴³ 拙稿「保険診療の枠—韓国・任意非給付を題材に—」『週刊社会保障』2691号（2012年）50~55頁参照。

法とならない場合があるとする判決を下した⁴⁴。大法院は、任意非給付の適法性判断に関して、医療機関が患者に十分な説明をして、患者から同意を得ることができ、かつ、任意非給付の医学的必要性が認められ、それを医療機関側が立証できた場合には、制限的に当該任意非給付が許容されると判示した。

このように法的に不安定な状況に決着をつけるため、2016年法改正により国保法41条の3が新設された。それまで任意非給付に対する法的規制がなく、法の空白状況を改めるためである。同条の新設理由として、「保健福祉部長官の（医療⁴⁵）行為、治療材料、および薬剤に対する療養給付対象の可否の決定手続き等に関する事項を法律に規定し、これを違反した者に対し、同長官が業務停止、あるいは課徴金を課することができる根拠を明示」するためとある⁴⁶。

41条の3は、概要、以下のとおりである。

⁴⁴ 大法院 2012 号 27639,27646。

⁴⁵ 筆者注。

⁴⁶ 「改正理由」国家法令情報センター (<http://www.law.go.kr/main.html>)。

*国保法 41 条の 3 (抄訳)

- ①42 条にもとづく医療機関、治療材料の製造業者等、保健福祉部令が定める者は療養給付対象、または非給付のいずれにも決定されていない 41 条 1 項 1 号、3 号 4 号の療養給付に関する範囲、および、41 条 1 項 2 号の治療材料に対し、療養給付対象の可否の決定を保健福祉部長官に申請しなければならない。
- ②製薬業者等、保健福祉部令が定める者は療養給付に含まれていない薬剤に対し、保健福祉部長官に療養給付対象の可否の決定を申請することができる。
- ③1 項、2 項の申請を受けた同長官は正当な理由がないなら、保健福祉部令で定める期間内に療養給付対象の可否を決定し、申請人に通知しなければならない。
- ④同長官は 1 項、2 項の申請がなくとも、患者の治療に必ず必要であると保健福祉部令で定めた場合には職権で行為、治療材料、および薬剤の療養給付対象の可否を決めることができる。
- ⑤ 略

98 条①同長官は以下の各号の 1 つに該当する場合、当該療養機関に対し 1 年の範囲内で業務停止を命ずることができる。

1~2 号 略

3 号 正当な事由なく、療養機関が 41 条の 3 第 1 項に従い申請をせず、詭計その他不当な方法で行為、治療材料を加入者、または被扶養者に実施、または使用し、その費用を負担させた場合。

99 条①保健福祉部長官は 98 条 1 項 3 号に該当する療養機関に業務停止処分を課すと、それによって患者に深刻な不利益を及ぼす場合には業務停止に代えて、当該療養機関が患者に負担させた金額の 5 倍以下の課徴金を賦課、徴収することができる。

同条の新設により、療養給付にも法定非給付にも記載されていない医療行為という、医療行為の空白が逐次、消失していくことになる。これにより、患者の負う費用負担が明確化され、医療機関の恣意的な費用徴収を防ぐことができる。

(2) - 2 現金給付

現金給付は付加給付と呼ばれ、いずれも任意給付である。種類は、妊娠・出産診療費、葬祭費、および、傷病手当金が法定されている。このうち、現時点では妊娠・出産診療費のみ支給され、傷病手当金と葬祭費は、実施の根拠規定となる国保法施行令が未制定であり、いまだ施行されていない。

妊娠・出産手当は 2017 年 3 月現在、50 万ウオンを限度に⁴⁷、出産した加入者、あるいは

⁴⁷ 2 人以上の場合は 90 万ウオンである (国保法施行令 23 条)。

は被扶養者が実際に負担した額を利用券方式で支給される。

(3) 一部自己負担

療養給付を受けた場合、患者本人は要した医療費の一部を負担する。その負担割合、負担額は外来・入院により、あるいは、医療機関の規模、所在地などによって異なる。また、自己負担が過度にならないよう、我が国の高額療養費に相当する本人負担上限額が用意されている。

① 入院の場合

現在、入院の場合は、原則、本人負担割合は2割である。ただし、表5のとおり、一部の対象者に対しては減免措置がとられている。また、入院中に高額機器による検査を受けた場合には2割より割高の自己負担が求められる。さらに、外来診療がより適切な患者であって、保健福祉部長官が定める患者群に該当する場合には、入院を抑制するために、入院費用の4割が本人負担となる。なお、入院中の食費は5割が自己負担となる。

表5) 入院時の本人自己負担

患者区分	項目	患者自己負担	
		療養給付費総額	高額医療機器を利用した時 (CT,MRI,PET等)
一般患者		20%	外来時の本人負担割合と同じ
6歳未満(新生児除外)			10%
新生児(生後28日以内)			免除
自然分娩			免除
高危険妊産婦			10%

② 外来の場合

医療保険制度への強制加入が始まった1977年当時は、医療機関の種類等に関わらず、外来診療時の本人自己負担は被保険者の場合、3割、被扶養者のそれは4割であった。2017年3月現在は、表6のとおり、被保険者・被扶養者の負担率に区別はなく、本人自己負担割合は医療機関の規模・所在地ごとに決まる。ただし、後掲のとおり、65歳以上の高齢者、難病患者等には減額措置が設けられている。

また、2011年10月から軽症疾患(52種類)で大型病院へ通院した場合、処方薬剤費の自己負担割合が引き上げられた。すなわち、上級総合病院の場合、30%から50%へ、総合病院の場合、30%から40%へそれぞれ引き上げられた。これは大病院志向を是正するための措置である。

表6) 外来時の自己負担

ア) 上級総合病院

すべての地域	患者区分	本人負担額
	一般患者	診察料*+ (療養給付費総額-診察料) ×60%
	医薬分業例外地域	診察料+療養給付費×60%+薬剤費×30%

*初診料、再診料をいう。

イ) 総合病院

	患者区分	本人負担額
洞地域	一般患者	療養給付費総額×50% (妊産婦は30%)
	医薬分業例外地域	療養給付費総額(妊産婦は30%)×50%+薬剤費×30%
邑・面地域	一般患者	療養給付費総額×45% (妊産婦は30%)
	医薬分業例外地域	療養給付費総額(妊産婦は30%)×45%+薬剤費×30%

ウ) 病院 (病院、歯科病院、韓方病院、および、療養病院)

	患者区分	本人負担額
洞地域	一般患者	療養給付費総額×40% (妊産婦は20%)
	医薬分業例外地域	療養給付費総額(妊産婦は20%)×40%+薬剤費×30%
邑・面地域	一般患者	療養給付費総額×35% (妊産婦は20%)
	医薬分業例外地域	療養給付費総額(妊産婦は20%)×35%+薬剤費×30%

エ) 医院 (医院、歯科医院、韓医院、および、保健医療院)

患者年齢	療養給付費総額	本人負担額
65歳以上	15,000 ウォン以下	1,500 ウォン
	15,000 ウォン超過	療養給付費×30%
65歳未満		療養給付費×30%*

*妊産婦は10%。

オ) 保健機関 (保健所、保健支所、保健診療所)

	療養給付費総額	本人負担額
すべての地域	12,000 ウォン超過	療養給付費×30%
	12,000 ウォン以下	定額 (診療科、診療内容、投薬日数で区分)

カ) 薬局

	療養給付費総額・年齢	本人負担額
すべての地域の地域	10,000 ウォン超過、または 65 歳未満で 10,000 ウォン以下	療養給付費×30%
	65 歳以上で 10,000 ウォン以下	1,200 ウォン

キ) 特例患者自己負担

	重症疾患患者 (入院・外来)	難病患者 (入院・外来)
上級総合病院	療養給付費総額×5%	療養給付費総額×10%
病院級医療機関	1,500 ウォン CT,MRI,PET の費用×5%	1,500 ウォン CT,MRI,PET の費用×10%
医院級医療機関	同上	同上

重症疾患患者とは、がん患者、および、重症火傷患者。重症疾患患者、および、難病患者、いずれも一定の基準に該当する場合に限る。

③ 本人負担上限制

医療費を割的に自己負担すると、被保険者、被扶養者らが過度の負担を負うことが起こりうる。それを防ぐために、本人負担上限制が設けられ、一定額以上は費用負担を要しない。我が国の高額療養費制に該当する制度である。

本人負担上限制額は、表 7 のとおり、患者の所得に応じて定められている。1 年間でこの金額を超える本人負担を支払った場合、上限を超える部分が患者に償還される。

表 7) 本人負担上限制(単位：万ウォン)

所得分位	1 分位	2～3 分位	4～5 分位	6～7 分位	8 分位	9 分位	10 分位
2014 年度	120	150	200	250	300	400	500
2015 年度	121	151	202	253	303	405	506
2016 年度	121	152	203	254	305	407	509
2017 年度	122	153	205	256	308	411	514

(4) 診療報酬制度

(4) - 1 診療報酬算定方式

韓国の診療報酬は、出来高払い、包括払い、および、定額払いの 3 方式のいずれかによって算定される。原則は出来高払いであり、包括払いは特定の疾病群、定額払いは特定の医療機関に適用される。ここでは出来高払い方式と包括払い方式について述べる。

なお、診療報酬の引き上げ幅は年々、縮小している。とりわけ、2003年の財政統合以降、2%台まで下がっている（表8）。

表8）健康保険診療報酬調停率

(Rate of Adjustment for Medical Fee in the Insurance Scheme)

施行日 (The date of operation)	調停率 (%)	施行日 (The date of operation)	調停率 (%)
1979. 1. 1	20.75	1999.11.15 (薬価引き下げ)	9.00
1979. 7. 1	11.14	2000. 4. 1	6.00
1980. 5.10	19.38	2000. 7. 1 (医療分業実施)	9.20
1981. 6.15	16.60	2000. 9.15	6.50
1982. 6. 1	7.10	2001. 1. 1	7.08
1983.10. 1	4.00	2002. 4. 1	△2.90 (引き下げ)
1985. 3. 1	3.00	2003. 1. 1	2.97
1986. 6. 1	3.00	2004. 1. 1	2.65
1988. 2.15	12.20	2005. 1. 1	2.99
1989. 7. 1	9.00	2006. 1. 1	3.58
1990. 2. 1	7.00	2007. 1. 1	2.30
1991. 7. 1	8.00	2008. 1. 1	1.94
1992. 4. 1	5.98	2009. 1. 1	2.22
1993. 3. 1	5.00	2010. 1. 1	2.05
1994. 8. 1	5.80	2011. 1. 1	1.64
1995. 4. 1	5.80	2012. 1. 1	2.20
1995.12.10	11.82	2013. 1. 1	2.36
1997. 1. 6	5.00	2014. 1. 1	2.36
1997. 9. 1	9.00	2015. 1. 1	2.20
1998. 7. 1	3.50	2016. 1. 1	1.99

① 出来高払い

日本の出来高払いが1点単価方式と呼ばれるのに対し、韓国の場合は相対価値点数方式と称され、2000年に導入された。この方式のもとでは、各診療行為別に点数が付与され(相対価値点数)、この点数に1点あたりの単価(以下、換算指数)を乗じて診療報酬が算定される(表9)。

* 診療報酬額 = 相対価値点数 × 類型別点数あたり単価 × 療養機関別加算率
--

相対価値点数は健康保険審議委員会での審議を経て保健福祉部長官が決定する。

換算指数は公団理事長と医薬界を代表する者との契約で決まる。この換算指数は医療機関の種類別に設定され、また医療機関の所在地に応じた加算がある。わが国の1点単価が一律10円であることと異なる。

相対価値点数は当該診療行為の業務量、診療費用、および危険度を考慮して決定される。業務量の決定要素は、医師、薬剤師等の医療専門職が投じた時間等である。また、診療費用のそれは看護師、技師などの人件費、医療施設や設備、治療剤の価値であり、危険度の場合は医療過誤など医療紛争の解決に要する費用が決定要素となる。

表9) 年度別換算指数

単位 : ウォン

類型分類	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
総合病院、療養病院	62.2	63.4	64.3	64.9	66.0	67.5	68.8
医院	62.1	63.4	65.3	66.6	68.5	70.1	72.2
歯科病院、歯科医院	63.6	65.8	67.7	70.1	71.9	73.8	75.8
韓方病院、韓医院	63.3	65.6	66.8	68.8	70.6	72.5	74.4
助産院	80.7	88.2	93.5	100.0	104.2	106.9	110.0
薬局、韓国難病医薬品センター	63.1	64.5	65.7	67.1	68.8	70.8	72.8
保健所、保健医療院、保健支所、保険診療所	62.1	63.7	64.8	66.4	67.7	69.1	71.0

出典) 審評院

② 包括払い方式

韓国では3次にわたる試験期間を経て、2002年から4診療科7疾病群に関して、包括

払い方式が始まった。当初は希望する医療機関でのみの実施であったが、2012年7月から医院、病院、そして、2013年7月からは総合病院、上級総合病院へも範囲が拡大され、すべての病院に4診療科7疾病群について包括払い方式が適用されている。

*4 診療科 7 疾病群

- ・眼科：①白内障手術（水晶体手術）
- ・耳鼻咽喉科：②扁桃手術・アデノイド手術
- ・外科：③肛門手術（痔、等）、④脱腸手術（鼠蹊部、大腿部）、⑤盲腸手術（虫垂切除術）
- ・産婦人科：⑥帝王切開分娩、⑦子宮および子宮付属器（卵巣、卵管等）手術

（4）－ 2 診療報酬請求の審査

診療報酬の審査は先に述べたとおり、審評院が行う。

手続きは、医療機関が診療報酬請求のため、患者別に診療の内訳と費用を記載した診療報酬請求明細書（以下、レセプト）を作成することから始まる⁴⁸。

医療機関は審評院の診療報酬請求プログラムを利用し、請求前に請求ファイルを自己点検する。レセプトの患者傷病コード、請求コード、診療報酬額の誤り等に対する点検がコンピューターシステムによって行われる。この点検を経た後に、インターネットを通して審評院に直接請求し、審査結果を受けることになる。

審評院の審査システムは IT 技術と審評院の審査ノウハウを結び付けたプログラムであり、人間が審査するのと同じ精度であるとされ、人工知能自動化審査と称している（図 2。出典は審評院）。診療内訳は 7 段階のコンピューター審査を経る。審評院では年間 14 億件のレセプトを扱い、このうち、約 83%はコンピューターで処理される。

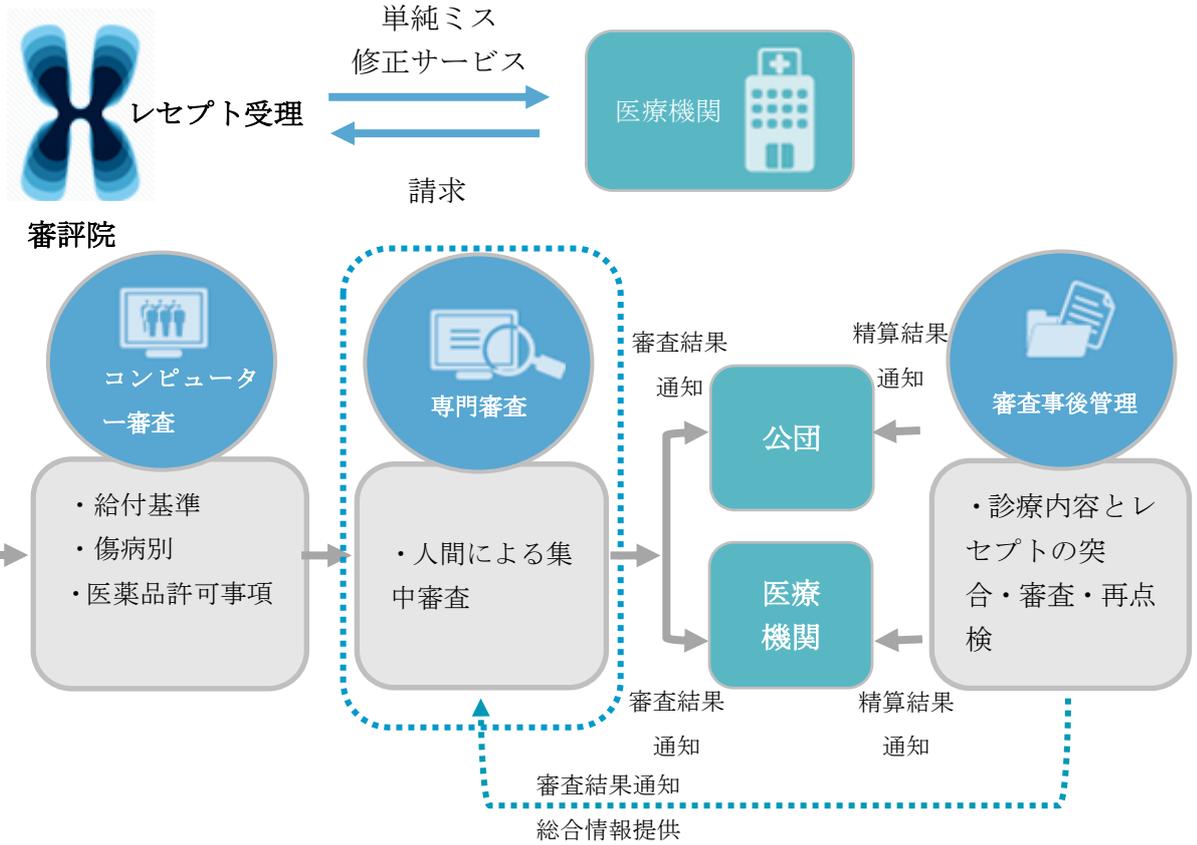
過誤請求の蓋然性が高い、あるいは、専門医学的な判断が必要である場合は、審査担当者が直接審査する。このとき、審評院職員による職員審査、専門医学的判断のため、該当分野の専門医が行う審査委員審査、および、複数の専門家が集まって行う審査委員会審査がある。

審評院は審査の結果を公団と医療機関に通知し、公団はその結果に基づき、医療機関に診療報酬を支払う。なお、審査の結果に不服があるときは、医療機関は異議申立を審評院へすることができる。

審評院のもう一つの重要な業務である療養給付の適正性評価については第 5 章であらためて論ずる。

⁴⁸ 審査手続きなどは審評院のホームページ参照(<http://www.hira.or.kr/main.do>)。

図2)



専門審査段階

職員審査

職員が医療機関の請求・傾向を把握後、請求方法、算定指針・審査基準適合性等を審査

審査額審査

カルテ確認等、補完資料を求めて審査、診察した医師と面談、訪問して審査

審査委員会審査

審査委員会を開催し、専門科別に医学的判断のための新しい基準が必要な事項、審査基準の設定を必要とする事項、同基準適用に意見がある事項、その他、合意による決定を必要とする事項等を審査

(5) 保険財源

国保財源は加入者からの保険料と国庫負担金で構成される。

これまでも述べてきたとおり、職場加入者と地域加入者では保険料賦課基準が異なる。これが保険者統合後、なお、その是非が問われる所以となっている。なぜなら、1つの保険者のもとに、2種類の加入者と2つの保険料賦課基準が存在することにより、双方に不公平感を抱かせ、これが制度自体に対する信頼感を損なっているからである。

国保法施行以来、長きにわたってこのような批判を受けてきたが、ついに現行保険料賦課基準が見直されることとなった。これを定めた国保法改正法案が2017年3月30日、国会で可決成立し（以下、2017年改正法）、同年4月18日、公布された。なお、2017年改正法の施行は2018年7月1日である。同改正法による新たな保険料賦課方式については節をあらためて述べる。以下では現行の保険料賦課方式を概観することとする。

① 保険料

①-1-1 [現行] 職場加入者の保険料—報酬月額保険料

加入者の報酬月額⁴⁹に保険料率をかけて保険料を算出する。その後、保険料軽減措置の適用対象者には、当該措置をとる。保険料率は審議委員会の議決を経て大統領令で定める。

保険料は労使折半であり、保険料納付義務は使用者にある。

表 10) 年度別保険料率

適用期間	健康保険料率	長期療養保険料率*
2006.1~2006.12	4.48	—
2007.1~2007.12	4.77	—
2008.1~2009.12	5.08	4.05
2010.1~2010.12	5.33	4.78
2011.1~2011.12	5.64	6.55
2012.1~2012.12	5.80	6.55
2013.1~2013.12	5.89	6.55
2014.1~2014.12	5.99	6.55
2015.1~2015.12	6.07	6.55
2016.1~2016.12	6.12	6.55

*長期療養保険が日本の介護保険に相当する。同制度は2008年より施行。

⁴⁹ 報酬月額とは、同一事業場において、当該年度に受け取った報酬総額を勤務月数で割った金額をいう。

保険料軽減対象者

- ・ 国外で就労する者（ただし、国内に被扶養者が居住する場合に限る）：50% 軽減
- ・ 大統領令で定める過疎地域に居住する者：加入者保険料額の 50%
- ・ 軍人：加入者保険料額の 50%
- ・ 休職者：加入者保険料額の 50%（育児休職者は 60%）
- ・ 任意継続加入者：加入者保険料額の 50%

①-1-2 [現行] 職場加入者の保険料—所得月額保険料

2012 年 9 月から所得月額保険料制度が施行されている。これは勤務先から受け取る報酬のほかに不動産賃貸収入、利子などの所得がある場合に、これらの所得が年間 7,200 万ウォンを超える職場加入者は上記報酬月額保険料とは別に、所得月額保険料を納付しなければならない。その保険料算定方式は下記のとおりである。所得月額保険料の場合にも減額措置がある。

- ・ 所得月額：年間報酬外所得の合計÷12

年間報酬外所得の算定＝利子、配当金、事業所得は 100%、勤労所得、年金所得はその額の 20%。なお、所得月額の上限は 7,810 万ウォン、下限はない

- ・ 所得月額保険料算定方式

国保) 所得月額保険料＝所得月額×保険料率（2016 年の保険料率は 6.12%）×0.5

①-2 [現行] 地域加入者の保険料

地域加入者の保険料算定に際しては、彼らの所得把握が困難であることから、所得のほかにも保険料賦課基準を設けている。

図 3「保険料賦課体系」のとおり（出典：김주경「건강보험료 부과체계 개편 논의 경과 및 대안별 쟁점（健康保険料賦課体系改編論議 経過 および 代案別争点）（국민생활 안정을 위한 합리적 건강보험료 부담 방안（国民生活安全のための合理的健康保険料負担方案））」⁵⁰、まず、地域加入者は課税所得 500 万ウォン以下であるか否かで 2 分される。

課税所得が 500 万ウォンを超える地域加入者の賦課基準は①所得（利子、配当、事業所得、勤労所得、年金、等）、②財産（土地、建物、船舶、航空機、伝賞（チョンセ）⁵¹・月賞（ウォルセ）⁵²）、および、③自動車である。これに対し、所得課税 500 万ウォン以下の地域加入者のそれは、①評価所得、②財産、および、③自動車が賦課基準となる。

⁵⁰ 国会立法署(www.nars.go.kr/)。

⁵¹ 韓国特有の不動産賃貸制度である。1 種の保証金であり、伝賞を貸主に支払うことで賃借人は月々の家賃を払う必要がない。当該不動産の賃貸契約を解約するときに、伝賞が賃借人に全額返還される。

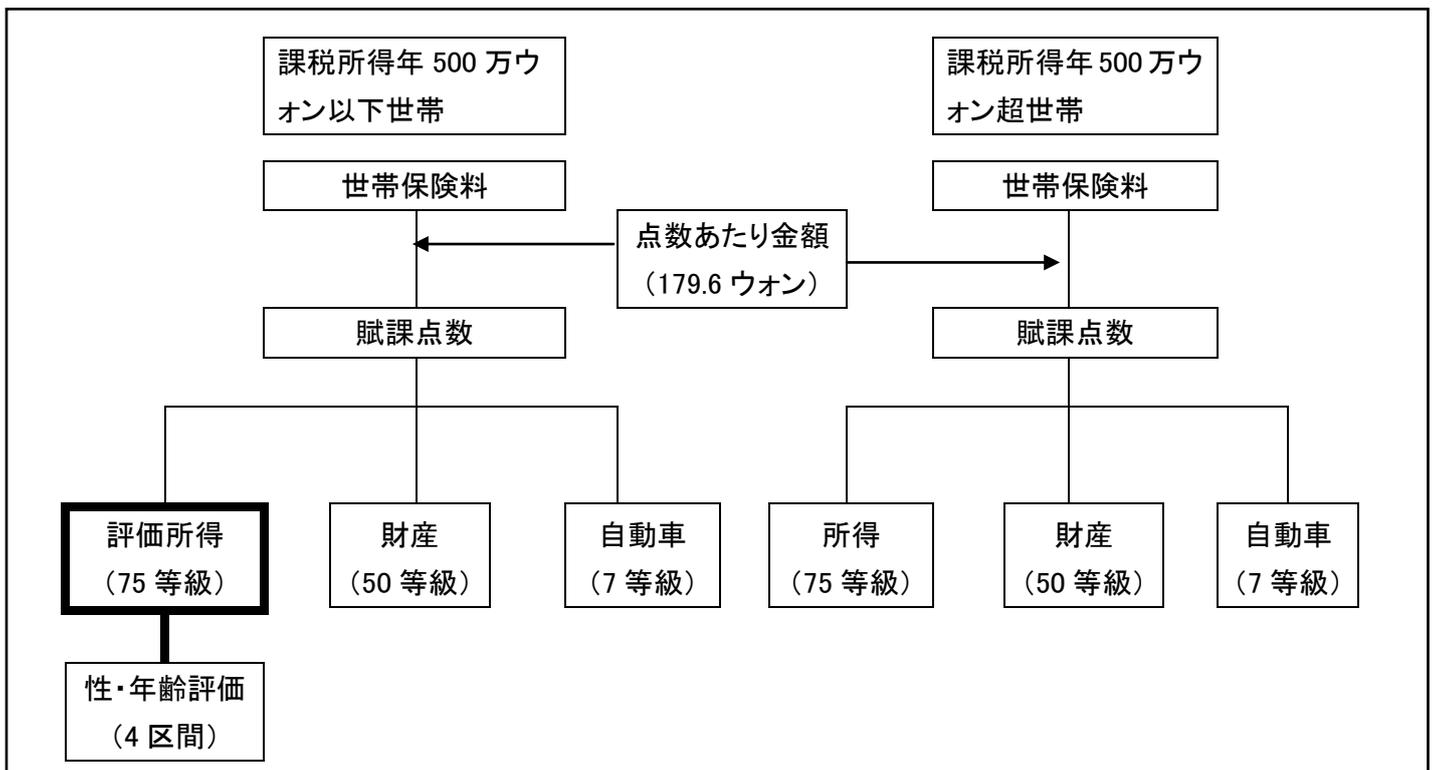
⁵² 毎月支払う家賃に相当する。

各賦課基準は等級ごとに点数が付与され、その点数の合計（保険料賦課点数）に点数あたりの単価をかけて保険料が算定される。保険料賦課点数1点あたりの単価は、審議会の議決を経て大統領令が定める。2016年度の単価は179.6ウォンである。なお、地域加入者の保険料にも減免措置が存在する。

$$* \text{地域加入者 国保保険料} = \text{保険料賦課点数} \times \text{点数あたり単価}$$

なお、評価所得とは（国保法施行令別表4）、ア）性・年齢評価、イ）財産評価、ウ）自動車評価を指標として、算出される所得を言う。まずアは男女ごとに年齢が4つに区分され、それぞれに点数がつけられている⁵³。イ、ウは財産額、自動車税額をそれぞれ7区分し、同じく点数が付されている。

図3) 保険料賦課体系



② 政府による財政支援

公団は政府からの財政支援として、保険料収入の20%に相当する金額を受け取っている。その内訳は国庫負担分が14%（国保法108条）、国民健康増進法上の国民健康基金分が6%（国民健康増進法付則6619号）である。

⁵³ 例えば、男性で20歳未満、65歳以上は1.4点、女性で20歳以上25歳未満30歳以上50歳未満は5.2点など。

4 保険料賦課の新体系

(1) 改正の背景

現行保険料賦課は、上述のとおり、職場加入者に対しては報酬比例であり、また、被扶養者制度を設けている。他方、地域加入者に対しては、その所得捕捉が困難であることから、所得に加えて、不動産、自動車などの財産を保険料算定の根拠に含めている。さらに、地域加入者のうち、課税所得が500万ウォン以下である者には評価所得制度という、課税所得が500万ウォンを超える地域加入者とは異なる賦課基準を設けている。つまり、3つの保険料賦課体系が存在している。

このような賦課体系がもたらす不合理な実態や、異なる加入者間、あるいは、同一加入者間で彼らが感じる不公平感が法改正の背景にある。

不合理な実態の一つが、生活に相当程度、困窮している地域加入者に発生している。この場合、当該加入者は上記評価所得制度の適用を受け、世帯構成員の性別、年齢、居住不動産などが保険料算定の根拠として用いられる。その結果、本人の能力を超える保険料が課せられることが少なくない。

また、不合理な実態の別の例として、定年退職した場合の保険料の上昇を指摘することができる。職場加入者であった者は定年退職後には地域加入者になる。在職中の国保保険料賦課方式は報酬比例であったが、退職後は所得、財産、自動車を基準に保険料を付加されるため、所有不動産によっては現役時代よりも高い保険料を課せられることがある。

なぜなら、韓国、とりわけ都市部ではマンション等、不動産市場が実体経済とは別に活況を呈し、不動産価格は高騰を続けている。そのため、都市部の多くの不動産は高額評価を受け、所有者は自身の経済力とはバランスを欠いた不動産を所有することが少なくない。

そうすると、当該不動産は居住用であって、何ら収益を生み出す財産ではないこと、退職後の収入が現役時代に比べて減少していることを勘案すれば、現役時代よりも高い保険料賦課を加入者本人は理不尽と受け止めざるをえないであろう。

他方、異なる加入者間、同一加入者間、いずれの場合にも加入者らに不公平感をもたらしている制度が職場加入者にだけ設けられている被扶養者制度である。保険料負担能力が認められるほどの収入を得ながら被扶養者となって、「拠出なくして給付あり」の利益を受けている者に対しては、フリーライドであるとの批判が長く続いてきた。

これらの状況を改善するため、17年ぶりに保険料賦課体系の大改革が実施されることになったのである。

(2) 改正の概要

2017年法改正による制度改革の主要目的は所得中心の賦課体系への転換である。この転換は制度の大改革となるため、段階的に実施することとした。

すなわち、2018年7月から2022年6月までの4年間で第1段階、2022年7月から第

2段階として制度改革が実施される。

同改正は保険料賦課体系とそれに関連する制度を審議するために、新たに保健福祉部長官所属の機関として、保険料賦課制度改善委員会を設置した。この委員会は政府委員と民間の各種専門家で構成される。同委員会は、改革が第1段階から第2段階へ移行する際に、従前の制度運用実績を検証し、第2段階での実施方針を決めることになっている。

政府は第2段階に入る2022年には、地域加入者の保険料算定において所得がしめる比重が現行の2倍に増加すると試算する(現行30%→第1段階で52%→第2段階で60%)。さらに加入者全体でみると、所得が保険料算定に占める比重は現行の87%から第1段階の92%、第2段階の95%となる。

なお、以下の内容は保健福祉部報道資料(2017年3月30日)、および、健康保険公団ホームページに基づく。

① 地域加入者の保険料

①-1 評価所得の廃止

今回の法改正でもっとも注目すべき点は地域加入者に適用されている評価所得制度の廃止である。この廃止により影響を受ける地域加入者世帯は572万世帯である。

所得捕捉が困難な地域加入者により適正な保険料を付加するために設けられた評価所得制度であるが、むしろその弊害が前述のとおり指摘されてきた。それで国保法制定以来、17年ぶりに賦課基準をあらため、評価所得制度を廃止することとした。これが所得中心の賦課体系を意味する。

2017年法改正により、今後は課税所得が一定基準以下の場合には「最低保険料」が課せられ、それを超える場合には総合課税所得をもとに保険料が算定される。

最低保険料は第1段階では、課税所得100万ウォン以下の地域加入者に適用される(総収入は1,000万ウォン以下、必要経費を9割認定)。第2段階では課税所得336万ウォン以下(総収入は3,360万ウォン以下、必要経費を9割認定)の地域加入者まで対象者が拡大される(表11)。

この場合の保険料水準は第1段階の場合、現行保険料の50%まで減額される。また、第2段階の保険料水準は職場加入者の最低保険料と同額である(使用者負担分含む)。なお、経過措置として、評価所得廃止により保険料が上がる地域加入者に対しては引き上げ額のすべてを減額し、現行水準を維持することとしている。

表11) 最低保険料の概要

	第1段階	第2段階
最低保険料適用対象者	課税所得100万ウォン以下	課税所得336万ウォン以下
最低保険料	13,100ウォン/月	17,120ウォン/月

①-2 財産「控除制度」の創設

現在、地域加入者の保険料算定にあたって、持ち家住宅は全額保険料賦課の対象となっている。また、チョンセ契約で居住している場合には、現在はその保証金から 500 万ウォンを差し引いた額の 3 割を賦課対象としている。

これに対し、2017 年法改正は控除制度を創設し、持ち家に住む加入者にも控除制度を適用することとした。加えて第 2 段階目では控除額の引き上げを定め、より多くの世帯が控除を受けることができる。

具体的には第 1 段階では、世帯構成員のすべての財産を合算した額に応じて、500 万ウォンから 1,200 万ウォンまでを控除し、これにより 349 万世帯の財産保険料部分が 4 割減少すると推定されている。

第 2 段階では 5,000 万ウォンまで控除額を引き上げ、住宅の場合では時価 1 億ウォン以下の持ち家財産には保険料が賦課されないこととなった。これの適用を受けるのは 582 万世帯であり、地域加入者の 97% を占める。そして、保険料は約 41%、減少すると推定されている（表 12）。

表 12) 財産への保険料

		第 1 段階	第 2 段階
控除金額		500 万ウォン～1,200 万ウォン	5,000 万ウォン
財産賦課 保険料の 免除対象	持ち家	時価 2,400 万ウォン以下の住宅	時価 1 億ウォン以下の住宅
	伝費・月費	4,000 万ウォン以下の保証金	1 億 6,700 万ウォン以下の保証金
保険料引き下げ世帯数		349 万世帯	582 万世帯

①-3 自動車保険料の縮小

現在、15 年未満のすべての自動車が保険料の賦課対象となっている。これを 2017 年法改正により、賦課対象の範囲を徐々に縮小することとした。

まず第 1 段階では、排気量 1,600cc 以下の小型車（自動車価格は 4,000 万ウォン未満）、9 年以上の自動車、および、バス、貨物、特殊自動車は賦課対象から除外し、1,600cc を越え、3,000cc 以下の乗用車（自動車価格は 4,000 万ウォン以下）の場合は、従来の保険料を 30%、軽減することとした。これにより自動車を保有する地域加入者の自動車分の保険料が 55%、減少する。そして、第 2 段階では、4,000 万ウォン以上の高価自動車だけが保険料賦課の対象となる。

①-4 高所得地域加入者の保険料

一方で、所得上位 2%、財産上位 3%に該当する地域加入者の保険料が引き上げられる。この影響を受ける世帯は 32 万世帯と推定される。

①-5 財政への影響

多くの世帯で保険料が引き下げられるため、保険料収入は大きく減少する（表 13）。

表 13) 保険財政への影響

	第 1 段階	第 2 段階
全体加入者世帯数	757 万世帯	
保険料引き下げ	593 万世帯	606 万世帯
保険料引き上げ	32 万世帯	16 万世帯
保険料の変動なし	132 万世帯	135 万世帯
財政への影響（現行対比）	△1 兆 3,480 億ウォン	△3 兆 982 億ウォン

② 被扶養者の取り扱い

現行被扶養者制度における被扶養者となるための生計維持要件は先に述べたとおりである。換言すれば、下記所得のいずれかが 4,000 万ウォンを超えた場合にのみ地域加入者となる。そうすると、金融所得、勤労所得、および、年金額がいずれも 4,000 万ウォンであり、合算した金額が 1 億 2,000 万ウォンとなって、それぞれが 4,000 万ウォンを超えていない以上、被扶養者の地位を取得できる。これに対して、高額収入があるにもかかわらず、保険料を納付しないことはフリーライドであるとの批判が向けられていた。

2017 年法改正は、このような状況を是正するための措置を講じた。

参考) 生計維持要件（国保法施行規則別表 1 の 2）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 金融所得（利子所得+配当所得）≦4,000 万ウォン ・ 事業所得≦500 万ウォン ・ 勤労所得その他≦4,000 万ウォン ・ 年金の 2 分の 1 の額≦2,000 万ウォン → 年金額≦4,000 万ウォン |
|--|

②-1 生計維持要件の変更－所得

まず、今後は被扶養者の認定基準となる所得は同人の総合課税所得を合算した金額と定めた。そして、第 1 段階では年収 3,400 万ウォンを超えた場合、第 2 段階では同 2,000 万ウォンを超えた場合に職場加入者の被扶養者から地域加入者へ転換することが定められた。ただし、年金生活者の場合、被扶養者から地域加入者に転換した場合であっても、年金所得の一部のみが保険料賦課対象となる。すなわち、第 1 段階では年金収入の 30%、第 2

段階では同 50%が賦課対象となる。

②-2 生計維持要件の変更ー財産

現行制度上、所有財産が時価 18 億ウォンを超えない限り、被扶養者の資格を失わない。

しかし、今後は一定基準を超える財産を保有している場合には、生計可能所得を有するとして、地域加入者へ移行することとなった。ここでいう生計可能所得とは、2 人世帯の生計給付基準額であり⁵⁴、2017 年現在、年 1,000 万ウォンである。

具体的には財産が、第 1 段階では 5 億 4,000 万ウォン、第 2 段階では 3 億 6,000 万ウォンをそれぞれ超えた場合に、生計可能所得があるとして保険料納付義務を負う。

②-3 被扶養者範囲の見直し

現在、被扶養者の範囲は職場加入者の①配偶者（事実婚を含む）、②直系尊属（配偶者の直系尊属を含む）、③直系卑属（配偶者の直系卑属を含む）およびその配偶者、④兄弟姉妹である。

これに対しては、兄弟姉妹は基礎生活保障制度（日本の生活保護制度）において扶養義務対象から除外されていること、韓国の扶養率が高いこと⁵⁵、および、兄弟姉妹を被扶養者から除外する国も存在することから⁵⁶、兄弟姉妹を被扶養者から除外するべきであるとの指摘が長い間なされてきた。

そこで、2017 年改正法は原則、兄弟姉妹を被扶養者から除外することとした。ただし、自立した生活を営むことが困難であると思われる 65 歳以上、30 歳未満、および、障がい者の兄弟姉妹には被扶養者資格が認められている。

②-4 財政への影響

被扶養者の見直しにより、相当数の被扶養者が地域加入者へ転換するため、保険料収入は増加する。

⁵⁴ 日本の生活保護法上の生計扶助に該当する。

⁵⁵ 被用者本人、対比、被扶養者数をみると韓国が 1.3 人、ドイツ 0.72 人、フランス 0.56 人、日本 1.09 人であるという。

⁵⁶ 被扶養者の範囲につき、ドイツは配偶者と 19 歳未満の子供、フランスが配偶者と 16 歳未満の子供、台湾が配偶者と直系卑尊属であるとの例を出す(保健福祉部報道資料より)。

表 14) 保険財政への影響

	第 1 段階	第 2 段階
被扶養者数	2,079 万人 (このうち、収入のある者は 279 万人)	
地域加入者へ転換	32 万世帯 (36 万人)	47 万世帯 (59 万人)
所得基準超過による転換	6 万世帯	21 万世帯
財産基準超過による転換	1 万世帯	2 万世帯
兄弟姉妹除外による転換	25 万世帯	24 万世帯
財政への影響 (現行対比)	1,486 億ウォン	4,290 億ウォン

③ 職場加入者の保険料

③-1 報酬外所得に対する賦課の強化

先述のとおり、2012 年 9 月から所得月額保険料制度が施行されている。職場加入者が勤務先から受け取る報酬のほかに、年間 7,200 万ウォンを超える所得を得ている場合、これらの所得も保険料の賦課対象となる (所得月額保険料)。

2017 年法改正ではさらに保険料賦課範囲が拡大されることとなった。すなわち、第 1 段階では年間 3,400 万ウォン (2 人世帯基準)、第 2 段階では年間 2,000 万ウォン (同) を超えた場合には、保険料賦課となる。

③-2 保険料上限の引き上げ

現行制度上、本人負担分の保険料上限は 239 万ウォンである (報酬月額が 7,710 万ウォン超過者)。この基準は 2010 年に平均保険料の 30 倍として設定され、以後、そのままである。

そこで、2017 年改正法では前々年度の職場加入者の平均報酬保険料の 30 倍水準を保険料の上限と定め、賃金の変動に保険料上限も変動するような仕組みとした。

③-3 財政への影響

下表のとおり、職場加入者に対する制度改革によって影響を受ける加入者世帯は第 1 段階で全体の 1%に過ぎない。

表 15) 保険財政への影響

	第 1 段階	第 2 段階
職場加入者数	1,581 万世帯 (このうち、報酬外所得のある世帯は 214 万世帯)	
保険料引き上げ	13 万世帯	26 万世帯
保険料の変動なし	1,568 世帯	1,555 世帯
財政への影響	2,205 億ウォン	3,584 億ウォン

第3章 混合診療

韓国における医療サービス提供は、いわゆる混合診療型である⁵⁷。すなわち、患者に提供される医療サービスに保険適用部分と非適用部分が混在する場合、患者は前者に要した費用に対しては国保法が定める一部自己負担を、後者に対しては全額を負担するという仕組みである。

これに対し、日本の場合は、混合診療禁止型と称され、提供される医療行為の中に保険適用部分と非適用部分が混在した場合には、患者は当該医療行為すべてに対して一律 10 割の自己負担を求められる⁵⁸。

このような混合診療形態が取られている背景として、以下の事情が指摘されている。先に述べたとおり、韓国政府は、医療保険の創設当時、被保険者の保険料負担能力を考慮して保険料負担を低く設定した。そして、これを補うだけの十分な国庫補助も得られなかったため、保険給付の範囲は限定的な状況であった。また、被保険者や国家による保険財源形成力が弱いことは、すなわち、診療報酬もまた低く設定されることを意味した。

このような状況下、医療機関側から出てくる不満は医療保険制度のもとでは、保険適用の範囲が狭く患者に対して十分な治療を提供できない、また、診療報酬水準が低く医業経営が困難である等、である。低負担低給付、そして低診療報酬下で運営される医療保険制度のもとで生じる医療機関側の上記のような不満に應えるため、混合診療が医療保険制度を補完する仕組みとして医療保険制度の中に当然のごとく、組み込まれたと言う指摘である。

ところで、国保法に混合診療に言及した条文はなく、医療行為には保険適用と非適用があるとの規定があるだけである（同法 41 条 3 項、「国民健康保険療養給付の基準に関する規則」8 条 1 項 1 号、同別表 2）。そもそも、混合診療が法律上、禁止されていないのであれば、それを実施することに何ら制約がないという解釈も当然に成り立ちうる。

他方、日本の場合も混合診療の可否について条文構造が不十分であるとの指摘がある⁵⁹。しかし、日本では保険適用は保険収載された項目に限るというポジティブリスト方式を前提に、健保法 63 条 2 項（療養給付の対象範囲外を規定）、および、同法 86 条（保険外併

⁵⁷ 本章は拙稿「医療供給体制における国家統制—韓国混合診療制度からの示唆—」『社会保障法』31 号（2016 年）163～179 頁を、本調査研究事業期間中に実施した文献調査、現地調査等をもとに、加筆訂正したものである。

⁵⁸ 保険適用、同非適用の医療行為が混在しても、すべて 10 割自己負担とならない例外的な場合が、保険適用対象外の医療行為、医療サービスが保険外併用療養に該当する場合である。保険外併用療養制度は 1984 年に創設された特定医療費制度を 2006 年に廃止し、新たに設けた制度である。保険外併用療養には、評価療養、選定療養、および、2016 年に新たに加わった患者申出療養の 3 種類がある。保険外併用療養が患者に提供された場合、患者は韓国と同じく、保険適用部分には法定の自己負担割合を支払い、保険適用対象外の医療行為等は全額を自己負担する。

⁵⁹ 最三判平 23.10.25 民集 65 卷 7 号 2,923 頁、田原睦夫裁判官の補足意見。

用療養費)の法解釈をとおして、健保法上、保険外併用療養以外に混合診療を認めない運用が適法とされている。

1 保険適用範囲の決定規範

(1) 療養給付の範囲

国保法は療養給付、すなわち保険適用対象の医療行為と適用対象外の医療行為を概略、以下のように定める。

*国保法 41 条

- ①加入者と被扶養者の疾病、負傷、出産等に対し、以下の各号の療養給付を実施する。
1号~7号(略、第2章参照)
- ②1項の療養給付の範囲は下記の各号のとおりである。
 - 1. 1項各号の療養給付(1項2号の薬剤を除く):4項が定めるところの保健福祉部長官が非給付と定めたものを除く一切のもの
 - 2. 1項2号の薬剤:41条の3に従い、療養給付対象として保健福祉部長官が決定し告示したもの
- ③療養給付の方法、手続き、範囲、上限等の基準は保健福祉部令で定める。
- ④保健福祉部長官は3項に従い、基準を定めるとき、業務、日常生活に支障がない疾患に対する治療等、保健福祉部令で定める事項は療養給付対象から除外された事項(非給付)として定めることができる。

上記41条3項の具体的な給付内容は日本の療養担当規則に相当する「国民健康保険療養給付の基準に関する規則」(以下、給付基準規則)が詳細に定める。

給付基準規則8条1項1号は療養給付の範囲を以下のように定める。

*「法41条2項各号の療養給付(薬剤を除く):9条による非給付対象を除外した一切のもの」

参考)給付基準規則 別表2(法定非給付)

- ① 業務、又は日常生活に支障がない場合：
単純な疲労、白髪・薄毛、にきび、単純ないびき、等
- ② 身体の必須機能改善目的ではない場合：
美容整形、斜視矯正、等
- ③ 疾病負傷の治療を直接の目的としない予防診療等の場合：
本人の希望による健康診断、予防接種、禁煙治療、等
- ④ 保険給付施策上、療養給付として認めることが困難な場合、および、健康保険給付原理に符合しない場合：
新医療技術、上級病床(3人以下の病室)、選択診療、等

そして、給付基準規則 9 条は「法 41 条 3 項が定めるところによる療養給付の対象から除外される事項（以下、非給付対象）は別表 2 のとおり」と規定する。別表 2 に列挙された非給付対象を一般に法定非給付という。これら 2 つの条文から国保法上の保険給付の範囲はネガティブリスト方式により画されていることがわかる（図 1）⁶⁰。

ところが、給付基準規則 8 条 2 項は「保健福祉部長官は（8 条）1 項の規定による療養給付対象を給付目録として定め告示する。」と定め、ポジティブリスト方式であることが明示されている。そうすると、8 条と 9 条の 2 つの条文の解釈から、薬剤を除く保険給付の範囲は、ネガティブリスト方式とポジティブリスト方式の 2 つの決定基準によって決まることになる⁶¹。

なお、日本の場合、保険適用範囲はポジティブリスト方式であり、保険適用となる医療行為を目録化し（具体的には診療報酬点数表に登載）、そこに記載されていない医療行為や薬剤は自由診療扱いとなる。

ところで日本では保険適用の医療行為等であっても、医師と患者の合意により自由診療扱いすることも可能である。しかしながら、韓国ではこのような合意は違法である⁶²。第 2 章でも述べたとおり、韓国は保険医療機関当然指定制を採用し、すべての医療機関は必ず保険診療を行わなければならない。医師と患者の合意によって保険診療を自由診療とする自由がないのである。

（2）非給付の種類

非給付は、現在、下記のとおり、大きく 4 つに分類することができる⁶³。

*非給付の種類

1. 診断書・証明書発行手数料
2. 制度的非給付：上級病室差額、歯科インプラント、視力矯正術（給付基準規則 別表 2 に該当）
3. 項目別非給付（医学的非給付①）：新医療技術申請手続きを経て、保健福祉部長官が告示し、「健康保険 行為および治療材料 給付・非給付目録表」に登載されたもの（例－手術支援ロボット「ダヴィンチ」を用いた手術、など）。費用対効果、経済性が不分明である場合。
4. 給付基準による非給付（医学的非給付②）（7 項目）：給付、非給付の範囲が別途規定されている項目（MRI、超音波検査など）

⁶⁰ 出典は 2014 年 4 月 12 日健康保険政策セミナー資料（민인순 「의학적 임의비급여 허용할 것인가?」 건강보험정책 세미나）。

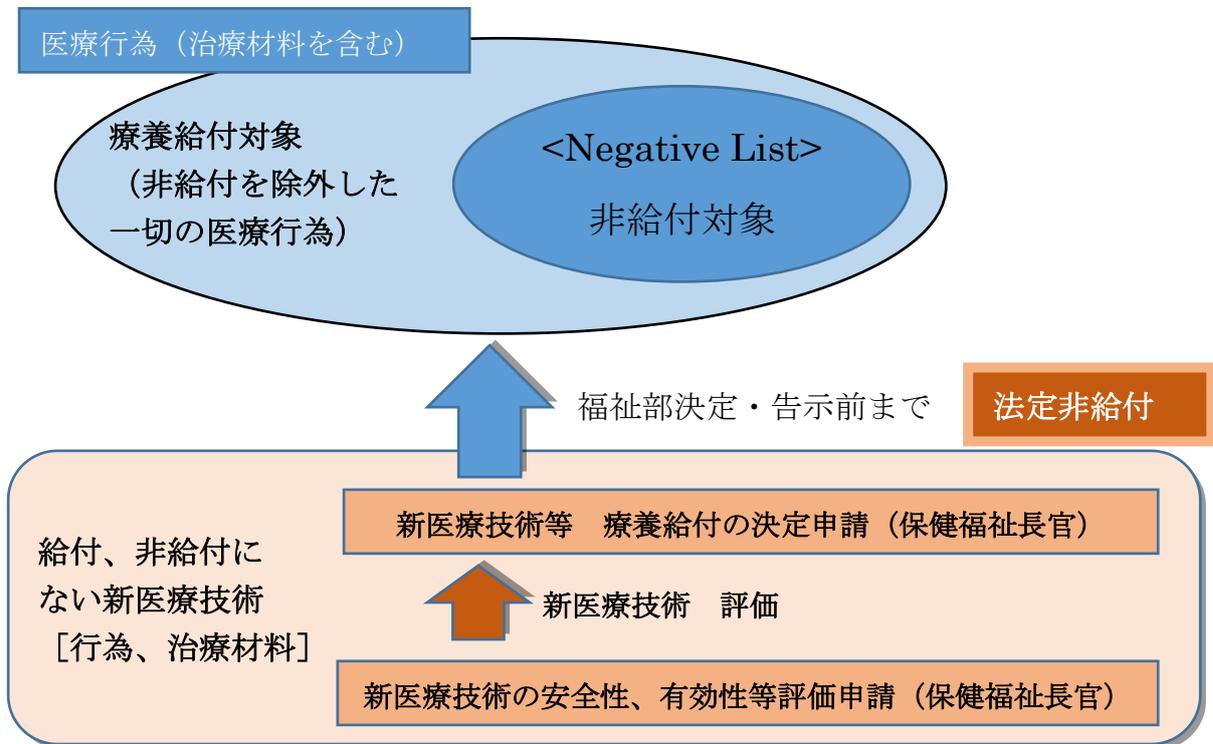
⁶¹ その結果、法定非給付に含まれないけれども、保険収載もされていない医療行為、薬剤等が発生することになる。このような領域に含まれる医療行為等が第 2 章で述べた任意非給付を構成する。

⁶² 任意非給付については、拙稿（注 31）50～55 頁参照。

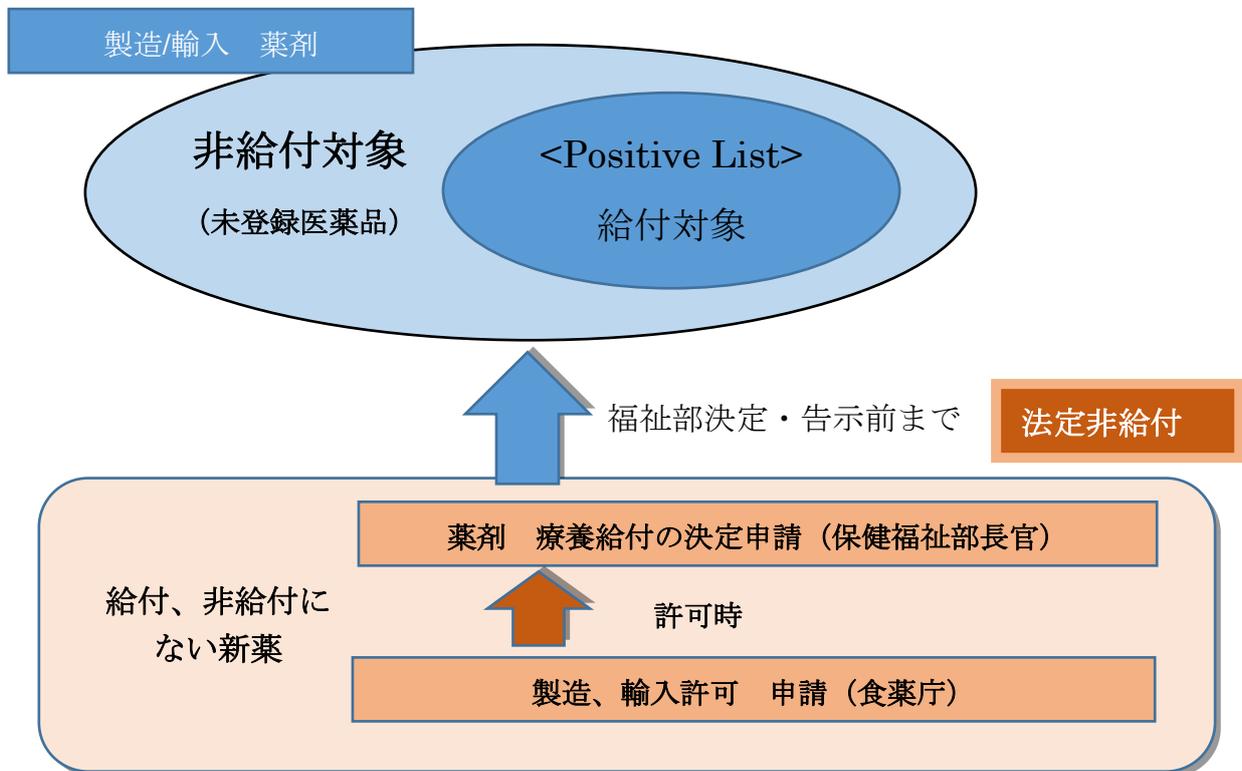
⁶³ 審評院ホームページ。

図1) 保険給付・法定非給付の範囲

*医療行為（治療材料を含む）の場合



*薬剤の場合



ところで、法定非給付を列挙した「給付基準規則 別表 2」①～③と④では、その内容を見てわかる通り、保険適用範囲の決定規範が異なる。前者はその医療行為の非治療性、非緊急性により法定給付と区別されるのに対し、④は給付基準規則に掲げられているように保険給付原理が決定規範である。この保険給付原理は当該医療行為等の医学的必要性を否定はしないが、公益性が強く、かつ、限りのある保険財政をこれらに用いることが妥当であるかを問うものであり、いわゆる、費用対効果を重視する。

以下では、非給付に関して問題となることの多い新医療技術、上級病床、および、選択診療について述べる。

① 新医療技術

新医療技術は日本の先進医療に位置付けられるもので、保険収載を目的としている。この新医療技術が法定給付、あるいは法定非給付となるプロセスを簡単に説明する(図 2)⁶⁴。

まず、医療機関等から新医療技術の安全性と有効性に対する評価申請が保健福祉部傘下の保健医療研究院にだされ、同研究院内部の新医療技術評価委員会で安全性と有効性の審査、評価が行われる。安全性と有効性が認められると、新医療技術は新医療行為と新治療材料に分類され、今度は審評院において経済性と給付適正性の評価が行われる⁶⁵。なお、安全性等が確認されてから保険適用の決定までは、非給付対象の医療行為として患者への提供が認められている。

最終的に経済性と給付適正性が肯定されると「保険原理に符合する」と判断されて法定給付となり、否定されると法定非給付となる。2015年10月現在、法定非給付と分類されている新医療行為、新治療材料は3,858種ある⁶⁶。

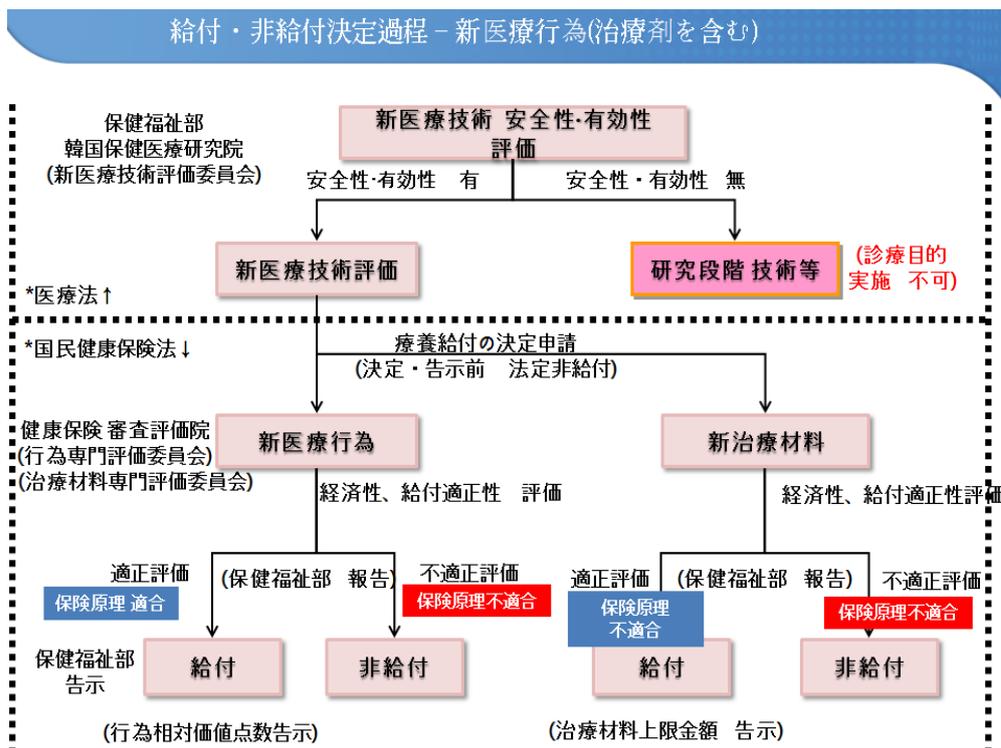
公団は後述する通り、保障率強化のために保険適用範囲を拡大させている。しかしながら、医学薬学の進歩による新治療方法、新薬、新治療材料、および、新型医療機器の開発が早く、それに伴い新医療技術申請が増加する一方である。そのため、新医療技術の申請に保険適用範囲の拡充が追い付いていないのが現状である。後に述べるように、このような現状が民間医療保険が広く普及する要因ともなっている。

⁶⁴ この点に関して、丁炯先「韓国における『非給付・保険外医療』および新医療技術受入れ」『保険診療』70巻2号(2015年)48～52頁。

⁶⁵ 健康保険審査委員会は診療報酬請求に対する審査を実施する機関である。同時に、同委員会内部におかれた行為専門評価委員会、治療材料専門評価委員会が新医療技術の経済性と給付適正性を評価する機能も有する。

⁶⁶ 参考までに法定給付は2015年10月現在、13万8,332種である。また、日本の評価療養に含まれる先進医療の数は2015年11月1日現在で108種類である(厚生労働省)。韓国の法定非給付が日本よりも圧倒的に多いことがわかる。

図2) 保険収載プロセス



出典：図1) と同じ。

② 上級病室

上級病室の問題は、患者本人は一般病床を希望しているにもかかわらず、当該病室に空きが無く、患者がやむなく上級病室を選択せざるを得ない場合が少なくないことである。やむなく上級病室に入院した場合であっても、患者らは、いわゆる差額ベッド代を私費で支払わなければならない。このような現象、つまり、一般病室を少なく設定する実態は病院が収益を上げるためであると指摘、批判されてきた。

そこで、従来、病床6床以上が保険適用対象の病室であったものを、給付基準規則を改正して、2014年からは4人以上の病室の入院料が保険適用となった。したがって、現在、上級病室とは1~3人室をいう。

さらなる一般病床の拡大を目的として2015年、上級総合病院などの大型病院において、一般病室を全体の70%まで確保することを義務づける給付基準規則改正を行った。

③ 選択診療

選択診療とは患者が一定の資格を有する医師などを選択、指定し(選択診療医)、彼らから受ける診療を言う⁶⁷。この場合、選択診療は患者の選好に基づくとして、追加費用を求

⁶⁷ 選択診療を行える医師の資格、経歴等については「선택진료에 관한 규칙(選択診療に関する規則)」(保健福祉部令348号2015年8月31日)が定める。前掲(注30)参考。

められ、これは 10 割自己負担である。この追加費用は医療機関が一範囲内で自由に決めることができる。

選択診療の問題もまた上級病室と同様に、患者本人は選択診療医により診察を希望していないにもかかわらず、選択診療医しか担当できる医師がおらず、やむなく選択診療医から診察を受ける場合が少なくないことである⁶⁸。選択診療であるにもかかわらず、選択診療を選択せざるを得ないと言う皮肉な現象が散見されてきた。そして、これは結局、患者が意に反して重い負担を負わされることを意味する。

保障率強化の一環として政府は、2014 年 8 月から、まず追加費用（加算率）を現行の 20～100%から 15～50%まで引き下げることを決めた。加えて、2015～2016 年にかけて、それまで病院別に 80%まで認められていた選択診療医の割合を、院内診療科別に 30%まで引き下げることにし、2017 年 9 月以降は選択診療制度を完全廃止することを決定した。

政府は選択診療に代えて、専門医加算制度（仮称）を導入することを予定している。これは一定基準を満たす医師を専門医に指定し、彼らが診療した場合、診療報酬加算対象とするものである⁶⁹。現在、2017 年 9 月施行に向けて、専門医の指定基準、診療報酬加算などの制度整備が進められている。

2 混合診療の課題

（1）健康保険保障率

混合診療体制の韓国医療保障において最も問題となるのが国保の保障率である。保健福祉部の調査によると、2009 年以降、保険保障率は毎年、低下傾向にあり、2014 年現在、63.2%である⁷⁰。

また、OECD の直近の統計によると、公的財源による医療保障率は日本 84.9%、韓国 55.6%、OECD 平均値は 72.7%である。さらに医療費に対する家計支出の割合は日本 14.0%、韓国 36.9%、OECD 平均値は 19.5%である⁷¹。

つまり、あらゆる国民が保険診療にアクセスできるようにと当然指定制を採用しているにもかかわらず、公的医療保障の程度は諸外国と比較して低い。

低い保障率は患者による私費医療費負担が大きいことを意味する。この負担を軽減するために、韓国では国民の民間医療保険の加入率が高い。民間医療保険に関しては次章であらためて論ずる。

このように韓国国保制度の最大の問題は非給付部分が大きく、しかも、それが増加傾向

⁶⁸ 2016 年現在、約 3,000 人の選択診療医がいると推定されている。
<http://www.monews.co.kr/news> 2017 年 3 月 16 日記事。

⁶⁹ <http://www.monews.co.kr/news> 2017 年 3 月 16 日記事。

⁷⁰ 보건복지부（保健福祉部）「통계로 보는 사회보장 2016（統計でみる社会保障）」（www.mohw.go.kr）。

⁷¹ OECD Health Statistics 2016 より。

にあるということである。また、医学、薬学の進歩は目覚ましく、韓国では十分な制度成熟前に、医療需要の急増、医療費の高コスト体質に直面した。国保制度の枠組みの中だけでは医療界や国民の医療ニーズに応えることができないため、彼らが医療ニーズを自ら充足させる仕組みとして非給付という領域を設けたところ、この領域が民間保険によって、いっそう発展してきた。このような状況が国保による保障率の停滞の背景にある。

(2) 非給付の範囲画定

保険適用対象の確定に際し、解釈上の課題が指摘されている。

ネガティブリスト方式とポジティブリスト方式という2つの方式が併存するなか、給付基準規則8条1項の解釈上、非給付以外はすべて療養給付になるのではないか、ポジティブリストに登録されていなくても解釈上、当然に保険給付となりうるのではないかというものである。

これに関して、法解釈上は非給付対象以外をすべて保険給付対象となりうることは可能である。しかし、そうすると費用対効果の低い医療行為も保険適用となり、医療保険制度の持続可能性を損ないかねない。したがって、韓国の現行の区分方法を前提としても、非給付対象以外はすべて保険適用とする解釈は合理的であるとは言えないだろう。

問題はむしろネガティブリスト方式を採用していることである。韓国においてもネガティブリスト方式を廃止し、ポジティブリスト方式1つで保険適用か否かを区切るべきであるとの意見が強まっている。

(3) 非給付の費用

法定非給付は保険適用外であるから、同給付に要する費用はすべて各医療機関が自由に決定することができる。そのため、医療機関ごとの価格差が大きい。価格差の一例は下記のとおりである⁷²。

非給付に要した費用は全額患者負担であることに加えて、一般に高額であるので、その費用を事前に知りたいと言う患者の要望が強い。そこで、患者の費用に関する不安を解消し、「知る権利」を保障するため、医療法45条が非給付費用の院内での掲示を義務付けている。

また、患者の病院選択に資することを企図して、審評院はホームページ上で2013年から非給付価格を医療機関ごとに公開し、現在、52の項目の非給付費用が掲載されている。さらに患者が受けた非給付が適正であるか否かを照会できるシステムも稼働している。なお、当然のことであるが、法定給付にはすべて公定価格が付されている。

⁷² 審評院「報道資料」2016年11月30日。

*非給付費用(単位:ウォン)

非給付区分	小分類	最頻価*	最高価	最低価
制度的非給付	歯科インプラント	1,500,000	4,109,600	700,000
項目別非給付	ダビンチロボット手術 (前立腺がん)	10,000,000	15,000,000	4,000,000
基準超過非給付	MRI 検査 (脳)	400,000	750,000	200,000
証明書手数料	障害診断書 (後遺障害)	100,000	300,000	10,000

*最頻価：最も多い価格帯。

*公開対象の非給付 計 52 項目

1. 証明書手数料：20 項目 (診断書、入院確認書、等)
2. 制度的非給付：14 項目 (上級病室差額、歯科インプラント、視力矯正術 (給付基準規則 別表 2 に該当))
3. 項目別非給付：11 項目 (手術支援ロボット「ダビンチ」を用いた手術、など)
4. 給付基準による非給付：7 項目 (MRI、超音波検査など)

3 混合診療 -韓国からの示唆-

安全性と有効性が確認された医療行為や薬剤は臨床に用いることが可能である。しかし、これらのすべてが保険給付の対象になるわけではない。保険適用となるには、安全性と有効性に加えて費用対効果と給付適正性（第 5 章参照）において良好性が認められなければならない。これが認められない医療行為等は非給付として分類される。

費用対効果が給付範囲を画する指標として用いることが許され、正当化されるのは、健康保険制度は公益性の強い、限られた財源で運営され、財源の適正な使途の確保は国家の国民に対する責任の 1 つであるからである。加えて、医療サービスの提供主体が主として民間であり⁷³、保険範囲を画する国の統制がなければ保険財源は危機に瀕することになるという政策判断が働いている。

韓国国保法は安全性と有効性が確認され、保険原理に適合すると判断される医療行為等を保険給付、それ以外を法定非給付に明確に区分している。この保険適用内・外の規律、

⁷³ 2015 年 12 月現在、韓国の医療機関の 95.9%を民間医療機関が占める (保健福祉部『2015 保健福祉統計年報』)。

*設置主体別医療機関数

国立	公立	軍病院	学校法人	特殊法人	社会福祉法人	社団法人	財団法人	会社法人	医療法人	個人
54	3,554	42	151	446	105	172	197	103	1,334	82,004

統制は義務的であり、医師と患者らが自由に保険適用の有無を決めることは許されていない。具体的に言えば、医師と患者との間で、保険給付を法定非給付とする合意は無効である。

このように保険給付の範囲は国家統制下におかれ、私的契約でその枠を変えることは認められていない。他方で、非給付である医療行為、薬剤の価格は医療機関側が自由に設定でき、それに対する国の統制がない。いわば自由放任状態である。

非給付による治療は多くの場合、医学的根拠が認められ、保険給付と併合して行われる場合が半数を超える。健康保険公団の調査によると、2014年度、総合病院で提供された非給付のうち、医学的非給付（前出「*非給付の類型」記載の「医学的非給付①②」）が全体の54.6%を占める⁷⁴。

そのため、非給付は医師と患者の合意に基づいて提供されるものであって、患者には非給付を望まない自由が留保されているとはいえ、患者が非給付を拒否することは事実上、困難である。

さらに医師らとの知識、情報量の格差等により、医師が提供しようとする非給付の可否を患者が判断することも困難であるから、非給付は通常、患者に異議なく受け入れられている。その結果、保険収載の条件に健康保険保障原理としての費用対効果、ないしは経済性を掲げながら、現行混合診療体制のもとでは、患者が非給付のために重い負担を負う構図になっている。

このような状況を韓国の医療保険制度が未だ発展途上にあるがゆえの現象と理解するか、あるいは、国の景気停滞を背景とする保険財政の悪化、高齢化と医療の高度化に伴う医療費支出の増大に直面した現代社会に今後、ありうる保険医療体制の姿と理解するかが問われる。2016年4月施行の患者申出療養制度により日本の医療保障の状況が今後、現行韓国の医療実態に近づくとすれば、韓国の状況は日本の未来形ともいえる。

そうであるならば、公的医療保険の保障率低下、それにともなう民間保険の利用増、そして、民間保険加入の可否を含め、経済力格差により生ずる、受けることのできる医療の差の顕在化を推測させる。

繰り返しになるが、医療提供体制に対する韓国の国家統制は医療機関、医師が提供できる医療行為を保険適用の可否に応じて明確に分け、その区分に従わないことを許さないことである。その趣旨は国民に安全な医療サービスを提供すること、保険財政の安定を図ることにある。しかし、公的医療保険制度が患者、国民の医療費負担を軽減し、所得保障としての役割も担っていることを考えれば、上述したような現行の韓国型国家統制のあり方—統制と自由放任—は必ずしも立法趣旨や制度趣旨に合致していないと評価しえる。

日本も医療保険財政が厳しい状況におかれていること、それにもかかわらず医学は進歩し、人々の医療ニーズは高まる一方であること、そして、患者申出療養制度の施行により、韓国と類似した状況を迎える可能性がないわけではない。

⁷⁴ 健康保険公団「報道資料」（2016年12月9日付）。

皆保険体制の中で、何を基準にして保険給付、非給付を画すべきか、そうして形成された保険給付の内容と範囲が皆保険制度の趣旨目的に反しないかを韓国の経験から学ぶことができるであろう。さらに、医療供給体制における国家統制のあり方は、国家、医療機関、保険者、被保険者（患者）の関係にも大きな影響を及ぼす。今後、日本の医療保障制度のなかで、保険対象を画するに際し、どのような形での国家統制が望ましいのかに関して、韓国の混合診療体制の実態から有用な示唆を得ることができるだろう。

第4章 民間医療保険

韓国はこれまで述べてきたとおり、混合診療が許容され、医療現場ではごく普通に保険適用外の医療行為（以下、非給付という）が提供されている。OECDの統計によれば、2015年の公的医療保険の保障率は日本が84.9%であるのに対し、韓国は55.6%であることから、非給付が医療機関で提供される割合が高いことがわかる⁷⁵。

医療サービスの中に非給付が含まれることは当然、患者負担が大きくなることを意味する。非給付が保険収載されない先進医療、あるいは、より快適度が高い医療サービス（痛みの小さい注射針、あるいは個室、等）であるため高額であり、これら高額な医療サービスを患者は10割負担しなければならないからである。

そこで、この負担を軽減するために開発されたのが民間保険会社が販売する保険商品、実損保険である。後述するように、この実損保険は医療の高度化や国民の医療需要の高まりと歩調を合わせて、大きく発展してきた。別の視点から見ると、実損医療保険の発展が非給付のいっそうの利用を促している。

さらに実損保険の利用は公的医療保険、とりわけ保険財政に少なからぬ影響を及ぼしている。つまり、両者は決して無関係な存在ではなく、互いに作用を及ぼしあう関係にある。

本章では実損保険の沿革、その概要、および、公的医療保険制度に及ぼす影響など実損保険の課題について検討することとする⁷⁶。

1 沿革

民間医療保険は第3分野の保険と言われる。すなわち、保険業法上、第1分野の保険は生命保険固有分野、第2分野の保険は損害保険固有分野であり、このどちらともいえない分野が第3分野の保険であり、医療保険はここに属する⁷⁷。

⁷⁵ OECD Health Statistics 2016, (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.)

⁷⁶ 韓国民間医療保険の先行研究には、金明中「なぜ韓国では民間医療保険の加入率が高いのか？－韓国における実損填補型保険の現状や韓国政府の対策－」『ニッセイ基礎研究所 保険・年金フォーカス（2017年1月17日）』（www.nli-research.co.jp/report/よりダウンロード）、李蓮花「東アジアの生活保障における民間保険－福祉の公私ミックスの視点から－」『早稲田商学』439号（2014年）1119～1143頁、民間医療保険一般に関する先行研究として、田近栄治・菊池潤「医療保障における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国の事例」『フィナンシャルレビュー』111号（2012年）8～28頁、田近栄治・菊池潤「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」同29～47頁、河口洋行「混合診療及び保険外併用療養費制度が医療制度に与える影響に関する研究」同48～73頁、等。

⁷⁷ 日本損害保険協会ホームページより（http://soudanguide.sonpo.or.jp/basic/1_2.html）。同ホームページによれば、生命保険とは人の生存または死亡に関してあらかじめ約定された金額を支払う保険のことで、生命保険会社のみが引き受け可能、損害保険とは一定の偶然な事故によって生じた損害額に応じて保険金を支払う保険のことで、損害保険会社のみ

また、保険金の支払方法には定額払いと実損払いがあり、生命保険の場合は定額払い、損害保険の場合は実損払い、そして、第3分野の保険の場合には定額と実損、両方の支払方法がある。日本の民間医療保険は従来、定額型が主流であったが、最近は損害保険会社が販売する医療保険商品の中に実損型も現れてきた⁷⁸。

定額型医療保険は医療の利用量に関係なくあらかじめ決められた金額を支給する商品である。何を基準として金額を決めるかは、商品ごとに異なり、1日あたり、1診断あたり、あるいは1手術あたりなどが定額設定基準として多く用いられる。医療の利用量と関係ないことから、傷病による所得喪失を補填する機能を有し、公的健康保険制度の空白部分を補完する役割を持つとされる⁷⁹。

他方、実損型医療保険は加入者が入院、通院して治療を受けた場合に、加入者が実際に負担した医療費を支払う商品であり、支払額は公的健康保険の適用範囲、診療報酬等と直接的な関係を有する。

韓国でも定額、実損、両方の支払タイプが販売されているが、非給付の負担を軽減するために主として活用されている保険は実損保険であるため、本稿では同保険を検討の対象とする。

韓国の第3分野の保険の原型は1960年代に損害保険会社が売り出した実損型傷害保険である。そして、1999年、損害保険会社は現在の実損保険とほぼ同型の医療費本人負担部分をカバーする医療費補償保険の販売を開始した。

2003年、保険業法が改正され、医療費を保障する第3分野の保険が新設され、あわせて、生命保険会社に同分野への参入が認められた。ただし、当時は団体医療費実損保障保険のみへの参入であったが、2008年8月からは損害保険会社同様、個人に対しても実損保険を販売することが可能になった。現在、損害保険会社、生命保険会社、郵便局など多くの団体が実損保険を扱っている⁸⁰。

また、2009年10月、それまで保険会社ごとに異なっていた保障内容を消費者保護の観点から統一することとし、金融監督院が主導して実損保険の約款を標準化した。その結果、保険商品の基本的な構造はどの保険会社の商品であれ、同一となった。但し、保険料は各社の財政状況等により異なる。あわせて、実損保険への重複加入によって生じた保険金の不当利得が問題となったことから、同年、重複確認制度が導入された。さらに、約款標準化に合わせて、従来、加入者に求められていなかった加入者負担が導入された。これにより、加入者は10%の自己負担を負うこととなった。いわゆる、保険会社免責制度の導入で

が引き受け可能、そして、第3分野の保険は生命保険会社、損害保険会社いずれもが取扱うことが可能である。

⁷⁸ たとえばAIU保険会社の「スーパー上乘せ健保」、ソニー損保の「Zippi」などである。

⁷⁹ 한국보건사회연구원 (韓国保健社会研究院) 『국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안 (国民健康保険と民間医療保険の合理的発展方案)』 (2015年) 25頁。

⁸⁰ 現在、損害保険会社は14社、生命保険会社は14社 (韓国損害保険協会より)、および、郵便局が実損保険を取り扱っている (前掲 (注6) 46頁)。

ある。

2013年の標準約款改正では、それまで実損保険の保障対象外であった一部精神疾患が保障範囲に加えられることになった。加えて、上記免責割合を10%、あるいは20%とし、それを加入者が選択できるようになった。

ところで、高齢になるほど疾病リスクが高まるため、保険料が上がる。他方で退職などにより収入が減少するため、高齢者が民間医療保険に加入することは事実上、困難であった⁸¹。そのため、高齢者の実損保険加入負担を軽減するため、2015年に標準約款を改正し、老後実損保険を開発、販売を始めた。現在、販売されている老後実損保険を見ると、加入年齢は概ね65歳、70歳、保険（保障）期間は100歳までというところが多い⁸²。

2 民間医療保険の機能

国民皆保険を達成し、公的医療保険制度が整備、運営されている国家であったとしても、民間医療保険が存在している。そして、同保険の保障形態は公的医療保険制度の態様と大きく関わっている。図1はOECDがまとめた民間医療保険の機能類型である。

表1) 民間医療保険の機能

		民間医療保険の機能	
		公的医療保険への加入の有無	
		有	無
民間医療保険の 保障範囲	公的医療保険と同じ	二重	代替
	公的医療保険の自己負担部分を保障	補足	
	公的医療保険の適用対象外を保障	補完	

出典) 河口洋行「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較—公私財源の役割分担とその機能—」『成城大学経済研究』196号（2012年）59-92頁より。筆者一部変更。

たとえば、二重型民間医療保険はイギリスのNHS体制のような国家で利用される。患者は診療までの待機期間を嫌ってNHS対象外の医療機関で診療を受けることを目的に加入し、そこで提供される医療サービスの内容はNHS体制内の医療機関で提供されるものと基本的には同一である（代替型）。

韓国の実損医療保険は、上記表中、補足型と補完型の2つの機能を有している。なぜな

⁸¹ 2012年当時、全体民間保険加入率は74.3%であるのに対し、60代のそれは64.4%、70代25.6%、80代以上は4.6%であった（前掲（注25）37頁）。

⁸² メリッツ火災の場合、保険加入期間は25歳から75歳まで、保険期間は80歳、90歳、100歳から選ぶことができる(<https://www.meritzfire.com>)。また、ハンファ損害保険の場合、保険加入期間は15歳から65歳、保険期間は110歳までである(www.hanwhadirect.kr)。

ら、公的医療保険の対象となる医療サービスを受けた際に支払う自己負担部分も保障する（補足型）と同時に、混合診療の場合の非給付部分の自己負担をも保障するからである（補完型）。

3 韓国の実損保険

① 現行制度の概要

韓国の民間保険は金融委員会、金融監督院等、金融当局の管理監督下に置かれている。とりわけ金融監督院は民間保険の運営監視、および、標準約款策定、改正などを担い、保険業務に大きな影響力を有している。

実損保険の類型は大きく特約型と単独型との2つに大別される。特約型実損保険は死亡、後遺障害等、多様な保障内容に付加して、特約として実損保険に加入するものである。したがって、特約型には死亡等が含まれるため、保険料は高くなる。そこで、加入者の負担を軽減するため、実損保険にのみ加入することのできる単独型実損保険が2013年に登場した。

実損保険の保障範囲は、国民健康保険法上の給付に要した医療費のうちの自己負担部分と、非給付に要した費用を合わせたものである（表2）。但し、後述するように保障額には限度が設定されている。

表2) 実損保険の保障範囲

	国民健康保険法上の療養給付			非給付	
	一部自己負担あり		全額自己負担医療 C	法定非給付医療 D	任意非給付医療 ⁸³
	療養給付	自己負担 B			
負担者	保険者（公団）		患者本人=(B+C+D)		
実損保険			実損保険の保険者（損保会社、生命保険会社）が保障=(B+C+D)		

出典) (注6) 한국보건사회연구원 (韓国保健社会研究院) 『국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안 (国民健康保険と民間医療保険の合理的発展方案)』 28頁。

⁸³ 任意非給付に対しては2013年4月までは実損保険加入者に対し、その費用の4割を保障していたが、同月以降は対象加入者がいない。その背景には2012年6月18日に出された大法院判決が影響しているものと思われる。従来、保健福祉部は任意非給付を違法な医療行為であるとして、これを実施した医療機関に対しては法的制裁をもって対応してきた。そのため、医療機関と任意非給付の違法性をめぐってたびたび裁判で争われた。それに決着をつけたと言われるのが2012年6月18日の大法院判決である。同判決は任意非給付は原則は違法であるが、例外的な場合には適法な医療行為として評価されることがあると判示した。これに関して拙稿(注31)、김종수 (キムジョンズ) 「임의비급여에 관한 사회바장법적 검토(任意非給付に関する社会保障法的検討)」『사회보장법연구』1호(2012) 137~162頁、等。

実損保険は加入者の利用実績に応じて、翌年度、加入者本人の保険料が増減することはない。この点は自動車保険と異なる点である。

保険加入期間は1年間の短期保険であり毎年更新と15年ごとに再加入手続きが必要である。

実損保険の保障範囲は保険約款において定められている。それによれば、保障範囲は約款において「保障しない事項」を除外し、それ以外を保険事故として保障するというネガティブリスト方式を採用している⁸⁴。

保障の具体的な内容は入院と通院で異なり、さらに単独型であるか、特約型であるかによっても異なる(表3)。標準的な実損保険の場合、入院保障は単独型の場合は患者負担額の80%、特約型は90%を保障する。ただし、2015年9月からは保険業監督規定改正により、特約型も非給付である場合には保障率が80%に下がる。なお、差額ベッド代はその費用の50%を保障するにとどまる。

また、年間の保障限度額は、入院の場合は5,000万ウォンまでである。通院は1回あたり30万ウォンまで、通院回数は年間180回、処方箋の発給は年間180件までである。

そして、保険金の支払いは償還払い方式を採用している。

保険金請求は加入者が保険会社に必要書類を提出して行う⁸⁵。ただし、直接、本人が行うよりも保険設計士が行う例が圧倒的に多い⁸⁶。そして、請求があった日から3営業日以内に保険金を支払うことが実損保険標準約款9条で定められている。

⁸⁴ 보험업감독업무시행세칙 별표 15 표준약관 (保険業監督業務施行細則実損保険標準約款) 第3条。

⁸⁵ 必要書類の主たるものは保険金請求書、診断書、診療費詳細内訳書、領収書等である。

⁸⁶ 以前は保険募集人と呼ばれていたが、2003年に改正された保険業法により保険設計士と改称された。保険設計士になるためには、生命保険協会と損害保険協会が毎月1回実施する保険設計士資格試験に合格しなければならない。設計士の業務は主として所属する保険会社のために保険契約の締結等を仲介することである。なお、保険会社は保険業法の規定に従い、所属保険設計士を金融監督院に登録しなければならない。

表3) 実損保険の保障範囲

			保障内容	
			単独型	特約型
疾	入院	入院財費用	一部自己負担と非給付を合算した額の80%を保障	一部自己負担と非給付を合算した額の90%を保障
		入院手術費		
		差額ベッド	利用した差額ベッド代と一般病室の差額の50%を保障。但し、1日10万ウォンを限度。	利用した差額ベッド代と一般病室の差額の50%を保障。但し、1日10万ウォンを限度。
病・傷害	通院	外来	一部自己負担と非給付を合算した額から病院類型別、下記免責額を引いた額を保障 ① 医院：1万ウォン、あるいは医療費の20%のうち多い金額 ② 病院：1.5万ウォン、あるいは医療費の20%のうち多い金額 ③ 総合専門療養機関、上級総合病院：2万ウォン、あるいは医療費の20%のうち多い金額	一部自己負担と非給付を合算した額から病院類型別、下記免責額を引いた額を保障 ① 医院：1万ウォン ② 病院：1.5万ウォン ③ 総合専門療養機関、上級総合病院：2万ウォン
		処方・調剤	一部自己負担と非給付を合算した額から8,000ウォン、あるいは、保障対象医療費の20%のうち多い金額を引いた額を保障	一部自己負担と非給付を合算した額か8,000ウォンを引いた額を保障

出典) 금융감독원·생명보험협회·손해보험협회(金融監督院·生命保険協会·損害保険協会)『실손의료보험 길라잡이 (実損保険 道案内)』(2015年)8頁。

ところで、1人の加入者が複数の実損医療保険へ加入している場合が少なくない。実損保険は実際に負担した部分のみを保障対象とすることが原則である。そのため、負担金額が保障の範囲内に収まる場合には、各保険会社は加入者との契約内容に応じて比例的に保険金を支払う⁸⁷。具体的な計算式は下記のとおりである。また、この場合に保険金請求は、

⁸⁷ 負担金額が複数保険会社の保障限度額の合計を超える場合には、すべての保険会社から満額の保険金を受領することができる。

そのうちの1社にのみ、必要書類を提出すればよい⁸⁸。

表4) 比例保障の例

加入者が負担した金額 1,500 万ウォン

A社との実損保険契約：特約型(90%保障)、入院保障限度額が 5000 万ウォン

B社との実損保険契約：特約型(90%保障)、入院保障限度額が 500 万ウォン

	保障限度	負担率	保障対象医療費	保障額	比例保障額
A社	5,000 万W	90%	1,350 万 W = 1,500 万 W × 0.9	1,350 万 W	$1,350 \text{ 万 W} \times \frac{1,350}{1,350 \text{ 万} + 500 \text{ 万}}$ = 985 万 W
B社	500 万 W	90%		500 万 W	$500 \text{ 万 W} \times \frac{1,350}{1,350 \text{ 万} + 500 \text{ 万}}$ = 365 万 W

② 実損保険の現況

2015 年末現在、実損保険の契約件数は 3,265 万 7 千件、国民の約 65%が加入している計算である⁸⁹。そのため第2の国保と称される。

また、2014 年に実損保険から支給された保険金のうち、非給付に保険金が支払われた割合は全体の 68.6%である。そして、この割合は年々、増加している。

実損保険が広く普及し、同時に高額医療が増えるにつれ、損害率（支払保険金額÷保険料収入）が上昇している。これに対して保険会社は保険料を値上げすることで対応している。

表5) 実損保険の損害率

	2011 年度	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度
損害率	109.9%	112.3%	119.4%	122.9%	124.2%

出典) 금융감독원 (金融監督院) 「브리핑자료 (ブリーフィング資料)」 2016 年 1 月 22 日。

また、実損保険の利用は偏在している。すなわち、非給付は中小規模病院において、より多く提供されている (図 1)⁹⁰。多くの患者が実損保険に加入していることを考えると、

⁸⁸ 1社にのみ請求すれば足りるようになったのは 2010 年からである。これを請求書類代行サービスという。

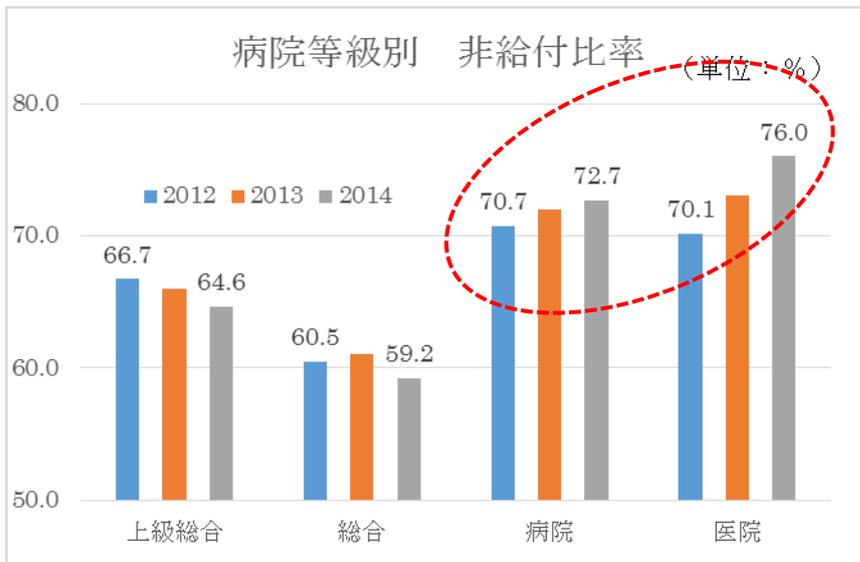
⁸⁹ 금융위원회 보도자료 (金融委員会 報道資料)、2016 年 12 月 19 日。

⁹⁰ 図 1 の出典は정성희 (チョンソンヒ) 「실손의료보험 제도 개선방안(実損医療保険制度改善方案)」 보험연구원 정책세미나 (保険研究院政策セミナー資料、2016 年 6 月 16 日) 15 頁。

中小規模病院に支払われる実損保険金が大規模病院より多いことを意味する。

図1) 病院等級別非給付比率

	2012	2013	2014
上級総合	66.7	66.0	64.6
総合	60.5	61.0	59.2
病院	70.7	72.0	72.7
医院	70.1	73.0	76.0



出典) 実損医療保険制度改善方案Ⅱ-7 (15 頁)

また、実損保険の保険金が多く支払われる疾病は表6のとおりである。

表6) 疾病別保険金支払い状況

疾病名	支払い件数 (件)	非給付費率 (%)
椎間板障害	164,200	86.9%
背中の痛み	116,589	79.8%
肩の痛み	103,594	77.9%
本態性高血圧	94,769	30.7%
腰椎、および、骨盤脱臼	75,972	80.2%

出典) 정성희 (チョンソンヒ) 「실손의료보험 제도 개선방안(実損医療保険制度改善方案)」
보험연구원 정책세미나 (保険研究院政策セミナー資料、2016年6月16日) 15頁。

③ 国民健康保険と実損保険の関係

いわゆるドクターショッピングはしばしば日本でも問題として取り上げられる。公的医療保険制度に設けられた一部自己負担は、このような現象を防ぐためにも機能している。ところで、近年、ほとんどの自治体で子供の医療費助成制度を実施し、無料、あるいは、低廉な自己負担で医療サービスを受けることができるようにしている。そして、この制度が子供の頻回受診や小児科医療におけるジェネリック薬品の使用割合が低いことの原因になっているとの指摘が存する。つまり、受診時に負担がない、あるいは、小さい制度は家計に対する医療費負担を軽減する一方、不要不急の受診、ドクターショッピングを招来しやすく、典型的なモラルハザードを生じさせる。

実損保険もまた、このようなモラルハザードを生み出す大きな原因となっている。受診の際に提供される医療行為のすべてが非給付ではない。多くは国保対象とセットで提供される。実損保険の加入による負担感の小ささは頻回受診、不要不急の医療提供を招来しやすい。その結果、国保からの支出も増え、結果として国保財政に大きな影響を及ぼすことになる。

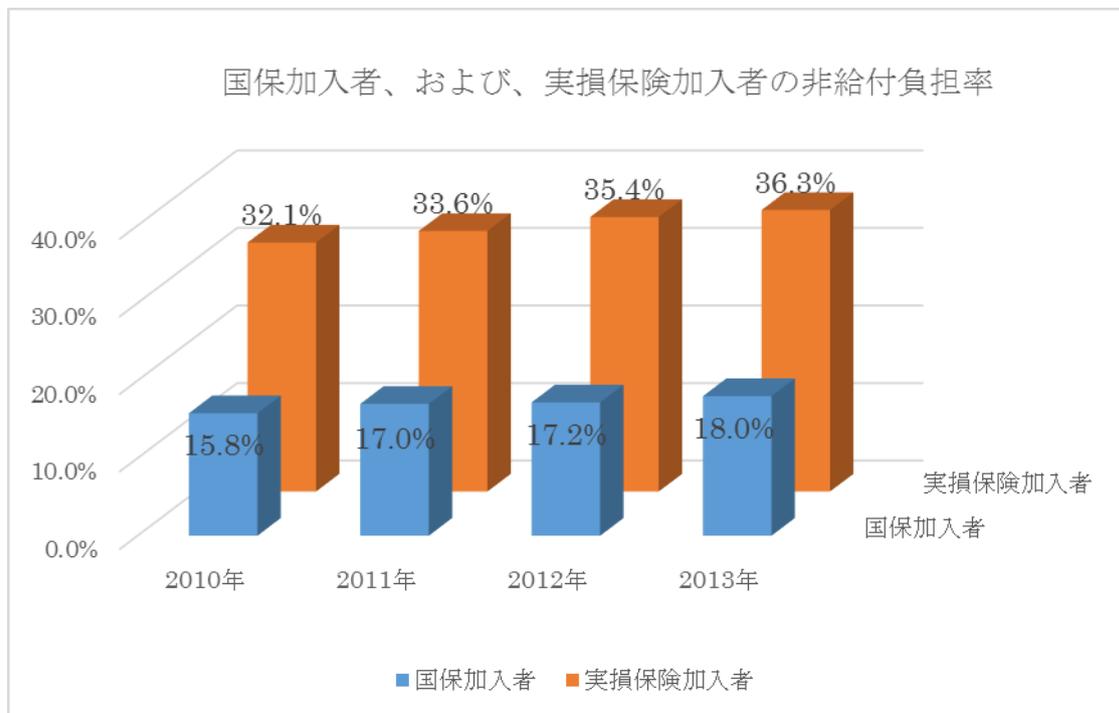
したがって、国保と実損保険の支出は軌を一にし、実損保険の存在が国保財政の負担を減らすということはほとんどなく、むしろ、その逆の現象が見られるということである。

ところで、実損保険加入者が負担した非給付費用は彼らの医療費全体の 36.3%であるのに対し、国民健康保険加入者全体のそれは 18.0%である(図 2)⁹¹。実損保険加入者の受ける医療サービスの 3 割強が非給付とすることになる。

⁹¹ 健康保険政策研究院「보도자료 (報道資料)」2016 年 4 月 20 日。実損保険加入者と実損保険未加入者の非給付負担率を比較することが望ましいが、後者の負担率を健康保険管理公団は公表していない。

図2) 国保加入者、および、実損加入者の非給付負担率

	2010年	2011年	2012年	2013年
国保加入者	15.8%	17.0%	17.2%	18.0%
実損保険加入者	32.1%	33.6%	35.4%	36.3%



出典) 実損保険統計分析と示唆点 (保険開発院) 3頁

2016年度から日本では患者申出療養が保険外併用療養に加わり、事実上の混合診療解禁とも言われている。そして、日本でも実損保険を販売する保険会社も現れてきたことを述べた。日本でも韓国と同様の問題が生じることが懸念される。ただ、現在、韓国の実損保険の利用は、前述のとおり、特定病院(中小病院)、特定疾患(表6)に集中しており、患者申出療養制度が発足、実損保険が販売されたからといって、直ちに韓国が抱えるような問題には直面しないと思われる。

④ 実損保険の課題

実損保険の利用に際して、加入者、医療機関の行動にしばしばモラルハザード現象が見られる。これは行為者のモラルの欠如に加えて、実損保険そのものに内在する制度上の未整備に起因する。その結果、実損保険の利用で生じる不適切な行動が公的医療保険制度にも影響を及ぼし、公私の医療保険の健全な運営が阻害されかねない状況である。

本章では、実損保険に内在する課題として3点、指摘したい。

まず、第1に非給付に対する審査・評価制度がないため、実損保険加入者への過剰診療と、それに基づく医療機関からの不正請求を防げない点である。一般に、医療費償還方式は患者のコスト意識を喚起するため、現物給付方式よりも過剰診療等が発生しづらいと理解されている。しかし、実損保険が償還払い方式にもかかわらず、過剰診療等が散見される理由は、非給付に対する審査・評価制度が不十分であるからと指摘されている⁹²。

第2に、上記のような医療機関の不正請求に対し、監督機関は制裁、あるいは行政処分を行うことができない⁹³。このような実態を把握したとしても、制裁等を可能にする法的根拠がないからである。そのため、実損保険における不正請求は法の死角地帯におかれていと評される⁹⁴。

他方、国民健康保険の場合、診療報酬の不正請求を行った医療機関に対して業務停止(国保法98条)、課徴金(99条)などの制裁措置が用意されている。

第3に、事務コストの大きさである⁹⁵。加入者が複数の実損保険に加入している場合、保険金は比例保障されると述べた。その比例保障の決定には提供された医療行為、薬剤などを確定しなければならない。しかし、保険会社ごとに非給付の名称、同診療コードが別々であることや、医療機関ごとに領収書、診療費詳細内訳の様式が異なることなどから、コンピューター処理が困難で、上記確定作業に時間と人手を要するからである。

このような課題を解決するため、各保険会社は非給付の審査・評価制度、不当請求に制裁を行使できる法的根拠、および、診療コードと関係書式の標準化を求めている。

⑤ 実損保険標準約款の改正

現在、様々な課題に対し、実損保険制度改正に向けた作業がすでに進行中である。2016年12月23日、金融監督院は保険業監督業務施行細則改正案の立法予告をし、同日から2017年2月1日までをパブリックコメント受付期間とし、それに寄せられた意見を参考にして、同細則案を確定、新しい同細則が2017年2月27日から施行されている。

重要な改正点は3つある⁹⁶。第1に実損保険を基本型と特約に区分したこと、第2は実損保険の単独型販売の義務化(いわゆるパッケージ販売の禁止)、第3は保険利用が少な

⁹² 조용운, 김세환 (ジョヨンウン、キムセファン) 『민영건강보험 운영체계 개선방안 연구 (民営健康保険運営体系改善方案研究)』 보험연구원 (保険研究院)、2008年、等。

⁹³ 但し、不正請求をした医療機関が詐欺罪で刑事告発されることは少なくない。

⁹⁴ 조용운, 김경환, 김미화 (ジョヨンウン、キムリョンファン、キムミファ) 『의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 (医療衣料保障体系合理化のための公私健康保険協力方案)』 (보험연구원 (保険研究院)、2014年) 25頁。

⁹⁵ 実損保険運営の事務コストの大きさは保険給付率(保険給付額÷保険料収入額)や事業費率(管理運営費÷保険料収入額)の点で、実損保険が国民健康保険事業に劣っていることが報告されている。健康保険管理公団によると、2013年現在、保険給付率は国保が88.5%であるのに対し、実損保険は生命保険会社の場合、54.2%、損害保険会社の場合84.5%、また、事業費率は国保が1.3%、実損保険は生命保険会社の場合、14.7%、損害保険会社の場合、18.0%である(健康保険管理公団 <http://nhis.or.kr/static>)。

⁹⁶ 金融監督院 報道資料(2016年12月30日)。

い加入者に対する保険料還付制度の導入、第4が非給付項目のコード、および必要書類の標準化である。

第1の結果、実損保険の保障範囲から過剰診療が指摘される項目が特約として分離され、加入者は基本型、あるいは基本型+特約のいずれかの形態を選択することになる。そして、特約に分離された治療項目は保障限度、および、自己負担率を引き上げ、過剰診療を抑制する仕組みとなっている（表7）。

表7) 新・実損保険の特約について

特約	徒手・体外衝撃波・増殖治療	非給付注射剤	非給付MRI
保障限度	年間 350 万ウォン(50回まで)	年間 250 万ウォン(50回まで)	年間 300 万ウォン
自己負担割合	1回あたり、2万ウォンと保障対象医療費の30%のうち、多い金額	1回あたり、2万ウォンと保障対象医療費の30%のうち、多い金額	1回あたり、2万ウォンと保障対象医療費の30%のうち、多い金額

注) 徒手：日本ではマッサージを含む整体術、カイロプラティックと呼ばれる治療法に該当。

体外衝撃波：泌尿器科領域で結石を砕くために使用されている衝撃波を、痛い部分や傷んでいる部分に照準・焦点を合わせ照射し治療する方法。

増殖治療：筋骨格系の痛みを軽減するために体の特定の部分に物質を注入する治療法。

出典) 金融監督院 報道資料 (2016年12月30日)

第2の改正は消費者保護の観点から行われた。従来、保険会社は収益性を高めるため、保障リスクの高い実損保険をリスクの低い死亡保障と一体化して販売し、また、保険商品の販売にあたる設計士は手数料収入を上げるため、安価な単独型の保険商品を販売しないことが一般的であった。現に2015年末現在、単独型実損保険の加入者は全体の3%に過ぎない。しかし、消費者保護の視点からこれをあらため、実損保険の単独販売を必ず用意することを義務づけたのである。

第3の保険料還付制度の導入はモラルハザードの抑制を目的としている。これは過去2年間、非給付に要した自己負担について保険金請求をしなかった加入者に対し、次年度の保険料を10%以上、割り引くという内容である。

第5章 「医療の質」評価制度

現在、医療保障制度を有する多くの国において、医療現場で提供される医療サービスの質を評価するシステムが形成、運用されている。かつて、医療とは高度な知識と豊富な経験を有する医師ら専門家（以下、単に医師とする）によって「施される」ものなので、たとえ政府といえども、その当否を質すことには謙抑的であった—もっとも医師らが強力な政治的圧力集団であることも謙抑的姿勢の背景の一つである—。ましてや患者が医師らの言うことを質す、評価するなどということは論外であり、いわば、患者は医師らにとっては「由らしむべし知らしむべからず」存在であった。

しかし、冒頭に述べたとおり、現在では医療の質の評価は制度の中に組み込まれ、その精度と信頼性を高めるために各国は知恵を絞っている。その理由は医療の質を問う仕組み自体が質の向上に資することと、医療保障制度の持続可能性を高めるからである。

1 「医療の質」評価の目的

医療の質を評価する目的は大きく3つある。第1の目的はいうまでもなく、医療の質の向上である。長い間、医師らは専門家集団であるがゆえに、第三者＝素人の検証と評価が及ばず、医療サービスの質がかなりの程度、等閑視されていた。しかし、患者の消費者としての意識の高まり、質の担保を当事者（団体）の自律性だけに依存することが困難なことなどから、外部の評価とそれを通じた質の向上が強く求められるようになり、質の評価の制度化が始まるようになる。

第2の目的は医療の質の評価を通して公的医療保障制度財政の健全性、安定性を確保する、すなわち、制度の持続可能性を強化することである。どの国も現在、医療費の高騰に苦慮している。そこで患者の医療ニーズに応える一方で、財政収支の均衡を保つために費用対効果の低い医療サービスを抑制することが喫緊の課題である。ここでは、費用対効果の評価軸として、サービスの質向上と財政安定の両方を図ることが目的となっている。

このような視点で行われる評価は医療現場における過剰診療、不要不急の医療を排除する機能を果たし、保険財政の健全さを保つことに資する。

ただし、このような財政状況を考慮した医療の質の評価システムは、ときに住民、患者の利益と衝突することがある。そのため、費用対効果を軸とした「医療の質」評価制度は決して普遍的ではない⁹⁷。

⁹⁷ たとえば日本においては、長い間、保険適用の有無を判断するに際して費用対効果が十分に考慮されてこなかった。しかしながら、医療費高騰が保険財政へ与える影響を鑑みて、2012年5月に中医協の中に費用対効果評価専門部会を創設し、費用対効果を考慮した診療報酬改定のあり方の検討が始まった。2016年現在、34回にわたる部会が開催され、審議が進められている（厚生労働省＞審議会・研究会等＞費用対効果評価専門部会。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128159>）。

第3の目的は住民や患者に医療機関選択のために必要な情報を提供することである。医療現場では医師と患者の間には情報の非対称性があるとしばしば指摘される。つまり患者は医師らに比べて医療に関する知識、情報の量が圧倒的に少ない。したがって、自分の傷病や検査結果の診断、および自分にとって最適の治療方法が何であるかを知るすべを持たない。さらに、自分に提供された医療サービスが正しく適切であったかを判断する能力も乏しい。そのため上述した「知らしむべからず、由らしむべし」というような考え方が、診察室では当たり前のようにまかり通ってきた。

そこで患者がより良質の医療サービスを提供する医療機関を選択できるよう、医療機関選択のための情報、判断材料となることを企図して医療の質の評価を実施しようというものである。それゆえ、この場合の制度設計にあたっては評価結果の公表が不可欠となる。

本章では韓国における医療の質の評価制度を検討し、そこからわが国への示唆を得ようとするところにある⁹⁸。検討対象は韓国で運用されている3つの医療評価制度である。すなわち、「療養給付の適正性」評価制度、病院認証制度、および、「医療の質」評価支援金制度である。これらが上記制度目的にどのように対応し、それぞれどのように機能しているかを、その法的根拠、沿革を含めて以下で論じ、我が国への示唆点を抽出したい。

なお、本章は制度比較研究の視点から医療の質の評価制度を検討するものである。そのため、医学的、ないしは臨床的な観点からの詳細、網羅的な制度の説明や指摘は行わないこととする。

2 「療養給付の適正性」評価制度

韓国では1989年に国民皆保険が達成し、これにより、医療サービスが量的にはある程度の水準を達成したといえる。この段階の次に国民や患者が医療の質に関心を向け、より良い医療サービスを求めるようになるのは必然の流れである。

1999年に保険者統合を定めた国民健康保険法のもう1つの重要な意義は医療の質に対する評価制度を「療養給付の適正性評価」として法定したことである。

医療の質評価の制度化は国民のニーズのみならず、政府側の思惑も含まれている。それまでの診療報酬の審査、支払いは審査基準への適合性のみで判断しており、医療サービスの質、国保法上の用語で言うならば、療養の適正性に対する評価はほとんど機能していなかった。そこで、政府は医療機関側の過剰・過少診療を抑制し、また、医療サービスの質

⁹⁸ 他国の医療の質の評価に関しては、松本勝明編著『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』（旬報社、2015年）、また、情報提供の主要手段である広告に関して、新田秀樹「日本における医療サービスの質—広告規制の議論を中心に—」『海外社会保障研究』129号（1999年）3~12頁、政府検討資料として「医療情報の提供のあり方等に関する検討会報告書」（同検討会第12回参考資料1、2012年6月29日）等を参照。

的な格差を最小化し、最終的には医療の質の平準化のためには療養給付の適正性評価が必要であるとして、評価制度を積極的に導入したのである⁹⁹。

同制度の実施機関は同法制定時に新しく設置された審評院である。すなわち、国保法 62 条は「療養給付費用を審査し、療養給付の適正性を評価するために健康保険審査評価院を設立する。」と定める。したがって、審評院の役割は既述のとおり、診療報酬の審査と医療の質の評価の 2 つである。

重要な点は、評価結果を診療報酬に反映させるとしたことである。つまり、質を向上させるインセンティブとして診療報酬を用いる仕組み、いわゆる P4P (Pay for Performance) の導入である。

診療報酬がインセンティブとして機能することは国保法 47 条 5 項「公団は審査評価院が 63 条に基づき療養給付の適正性を評価し、それを公団に報告したならば、その評価結果に応じて診療報酬を加算・減額の調整をして支払うことができる。この場合、評価結果に応じて診療報酬を加算、減額し、支給する基準は保健福祉部令が定める¹⁰⁰。」と規定するところから理解される。

なお、適正性評価の基準、手続き、方法等は保健福祉部長官が定めて告示する（国保法 63 条 2 項）。同長官が定める上記告示が「療養給付の適正性評価、および、療養給付の費用の加減支給基準」（保健福祉部告示第 2001-50 号 2001 年 9 月 21 日制定、現行告示 2016-62 号（2016 年 4 月 29 日改正）である。更なる細則は上記基準 17 条に基づいて制定された「療養給付の適正性評価業務運用規定」（審査評価院内部規定 258 号、2015 年 4 月 10 日）が定める。

（1）療養給付の適正性の意義

上記「療養給付の適正性評価、および、療養給付の費用の加減支給基準」（以下、適正性評価基準）によれば、療養給付の適正性は国保法に基づいて提供される療養給付の医薬学的妥当性と費用対効果により評価されるとされる。

（2）評価対象

評価対象はすべての医療機関である。

（3）評価項目

⁹⁹ 강원대학교병원（カンウオン大学病院）「정신의료기관 평가제도를 통한 현안분석과 정책적 발전방안（精神医療機関評価制度を通じた課題分析と政策的発展方案）」

（의료기관평가인증원 연구보고서 2015-024-01, 2015 年 7 月 14 日）、47 頁。

¹⁰⁰ 国保法施行規則 18 条は法 47 条 5 項の加算・減算の額について、その金額は評価対象医療機関が前年度に公団から支払われた診療報酬の 100 分の 10 の範囲内で保健福祉部長官が定め告示する基準に応じて算定すると定める。

審評院が評価項目を決める。医療機関の機能別、疾病別に区分して、当該傷病に提供された診察・検査、薬剤・治療剤、および、その他の治療等を評価の対象とする（表 1）。

評価対象の選定基準は患者の利益と費用対効果を主として考慮して決められる（表 2）。なお、評価項目や、その評価基準等、詳細な事項は審評院の中に設置された診療審査評価委員会の下位機関である医療評価委員会、医療評価調整委員会が決定する（前記「療養給付の適正性評価業務運用規定」3条）こととされている。

参考までに 2015 年度の評価項目は、透析適正性評価、急性期脳卒中評価、等、14 項目であった¹⁰¹。

表 1) 医療機関の機能別 評価項目

医療機関の機能	評価対象疾病
入院治療	急性心筋梗塞、急性脳卒中、大腸がん、帝王切開、診療量、診療結果、等
長期治療	精神科、血液透析、等
外来治療	高血圧、糖尿病、薬剤給付、乳幼児急性中耳炎、等

表 2) 評価対象の選定基準（適正性評価基準 6 条）

1 項	審査評価院は以下の各号の事項を考慮して対象を選定しなければならない
1 号	医療の質の低下により国民の健康に深刻な結果を及ぼす恐れがある場合
2 号	医療資源配分の不均衡等により療養給付の費用効果が低くなる場合
3 号	その他、診療報酬の審査だけでは療養給付の適正性の確保、改善を期待したが いとき
2 項	第 1 項による評価対象を選定する際、対象の優先順位は以下の各号のとおり
1 号	療養給付全体に占める頻度と費用の割合
2 号	医・薬学的重要性
3 号	社会的関心の程度
4 号	評価実施により期待される改善効果
5 号	評価の容易性

¹⁰¹ この 2 つ以外の項目は手術時の予防的抗生剤使用、薬剤給付（2014 年度下半期）、同（2015 年度上半期）、および、7 つの疾病群の包括払いの適正性、乳幼児急性中耳炎、慢性閉鎖性肺疾患、胃がん、肺がん、高血圧、糖尿病、喘息、および肺炎の治療の適正性である。

(4) 評価方法

医療サービスの質を評価するに当たっては、「医学的側面と費用対効果の側面、この 2 つの側面から療養給付が適正に行われた否かを、医療機関別、診療科目別、または傷病別に区分して評価しなければならない」(国保法施行規則 29 条)。

審評院は評価計画(評価項目、評価対象療養機関、評価期間、同基準、評価結果活用方法、等)を実施の 2 か月前までに公開し、医療機関に対し評価に必要な資料の提出を求め、この場合、医療機関は正当な理由がない限り、資料の提出を拒むことができない。

医療機関は各項目に対する回答を主として書面、場合により電話等で行う。必要があるときには評価担当者が医療機関を訪ねて現地調査、面談等をするなどをして調査、評価を行う。

なお、この調査方法が医療機関の大きな負担になっているとして、審評院はオンラインを活用した評価資料提出システム、「E-評価資料提出システム」の導入を検討してきた¹⁰²。そこで、まず、2014 年に乳がん等、4 つの項目に関する評価資料を 4 か所の医療機関にオンラインで提出させる試験事業を実施した。そして、2016 年 7 月 4 日から対象項目の追加と医療機関の拡大(4 か所から 141 か所)を決めた。さらに同年 10 月からは、すべての医療機関が E-評価資料提出システムを利用できるようになった。

(4) - 1 個人情報の取り扱いについて

評価資料は医療機関が提出する資料に加えて、審評院が有するレセプト、および、自治体が管理する住民登録電子資料等である。死亡に関する資料は住民登録電子資料を利用するところ、その利用にあたっては住民登録法 30 条「住民登録電算情報資料の利用等」が利用のルールを定める。このルールによれば、住民登録電子資料の利用は保健福祉部の審査を経たうえで行政自治部(日本の総務省に該当)長官の承認を得て可能になる。

(5) 評価の結果と公開

評価結果は 1 等級から 5 等級までに分類されるか(相対評価)、あるいは良好、非良好で示される。

この結果に対して、公団、医療機関、その他の者には異議申請が認められている¹⁰³。

審評院は評価結果を医療機関、医薬団体、公団に報告しなければならない。公団へは加算、減額に該当する評価項目が報告され、これをもとに診療報酬の加算減算を検討する。例えば、評価結果のうち、構造、診療部門においてすべて下位 20%に該当する場合、当該

¹⁰² 審評院「報道資料」2016 年 7 月 4 日付。

¹⁰³ 申請は処分を知った日から 90 日以内に、そして、申請に対する処分決定は申請書を受理した日から 60 日以内に行わなければならない。

医療機関が受けていた診療報酬の加算部分の返還を求められる（「医師、看護師の人員確保による入院料加算」、「理学療法士等の人員確保による別途保障」）¹⁰⁴。

なお、審評院はアフターケアとして、改善すべき点があると指摘した医療機関に対しては説明会、現地相談会を実施する。

評価結果は審評院のホームページ上で詳細に公開される。表 3 は同ホームページに掲載されている評価公表の一例である。これは病院所在地を大田市に、評価項目を「疾病」「急性脳卒中」にしぼって検索した結果である。ホームページ上ではすべて実名表記である。医療の質を評価、公開することで各医療機関が進んで医療の質の向上に努めることを期待している。

表 3) 病院評価の例 【評価項目 急性脳卒中】

評価内容	平均	医療法人 A 病院	B 病院	C 病院
総合結果		1 等級	2 等級	3 等級
構造指標結果		A	A	A
禁煙教育実施率	99.6	100.0	評価対象外	評価対象外
嚥下障害検査実施率	89.5	100.0	100.0	100.0
脳映像検査（1 時間以内）	97.8	100.0	評価対象外	評価対象外
早期リハビリ	91.9	100.0	100.0	83.3
脂質検査実施率	95.2	100.0	100.0	100.0
静脈内血栓溶解剤（T-PA）投与考慮率		98.8	評価対象外	評価対象外

注) 評価対象外：構造部門の指標個数が 9 個未満、診療部門の指標個数が 6 個未満の医療機関は評価対象から除外。

(6) 評価の成果

審評院によると、療養給付の適正性評価により以下の 3 点が成果として現れているとのことである。

第 1 に医療費の削減効果である。たとえば、処方 1 件あたりの薬品目数が減少（2002 年に平均 4.32 個だったのが、2013 年には 3.76 個に減少）、外来患者の注射剤処方率が減少（2002 年の 38.6%から 2013 年の 19.0%へ減少）が報告され、この領域での医療費支出の抑制が実現している。

これはより少ない処方薬数、注射剤数を高く評価し、診療報酬加算の対象とすることによって生じた現象である。つまり、望ましい療養給付像を設定し、それに近い給付を実践

¹⁰⁴ 加算返金処分をめぐって取消訴訟も提起されている。処分取消訴訟において、評価の調査方式が違法などであると主張した事案において大法院は調査方式は審評院の裁量の範囲内であるとして処分は適法との結論を下している（大法院判決 2015 年 58942、ソウル高裁判決 2015 年 50049、ソウル行政法院判決 2015 年 51309、等）。

する医療機関を高く評価し、診療報酬で報いることで、結果として医療費抑制を達成し、保険財政からの適正支出が担保されるようになったということである。

第2の成果は、医療機関に上記のような行動を誘導することにより、医療機関の医療サービス内容がその方向に収斂され、結果として医療水準が標準化され一格差の解消一、かつ、その水準が高まった一上位修正一ということである。

第3の成果は評価結果の公開が国民の医療機関選択に大きく貢献したということである。なによりインターネットを活用して、評価結果に容易に接することができる環境を整えたことが患者、住民らにとって評価結果活用の利便性を高めている。

3 病院認証制度

病院認証制度は第三者が医療機関を評価し、その結果を公開することで住民、患者らが病院を選択する際の参考となる情報を提供する制度である。つまり、医師らと患者らの間の情報の非対称性を患者に病院選択肢の判断基準を提供することで是正しようとする制度である。

(1) 沿革

① 医療機関評価制度（1994年～2010年）

韓国の医療機関の評価制度は1994年、医療保障改革委員会が医療制度改革の1つとして導入を検討したのが始まりである¹⁰⁵。同委員会はこの制度を医療機関サービス評価制度と名づけ、同制度は1995年から4年間の試行期間を経て、2002年に医療法を改正して法定された。そして、改正法では、上記医療機関サービス評価制度が医療機関評価制度と名称変更された¹⁰⁶。

同制度の特徴は評価対象となる医療機関の評価を保健福祉部長官に義務付け、同じく当

¹⁰⁵ 政府が医療制度全般に関する改革を目的として、1994年1月から6月のまでの間、設置した委員会。

¹⁰⁶ 医療法47条の2（2002年3月30日新設）①保健福祉部長官は医療の質の向上を促進するため、大統領令が定めるところにより、医療機関に対する評価（以下、医療機関評価）を実施しなければならない。

②保健福祉部長官は医療機関評価に関する業務を大統領令が定めるところにより、関係専門機関、または、団体に委託することができる。この場合、必要な予算を支援することができる。

③保健福祉部長官は医療機関評価の結果を公表することができる。

④保健福祉部長官は医療機関評価の結果が優れている医療機関に対し行政的、財政的支援を行うことができる。

⑤医療機関評価の対象となる医療機関の長は特別な自由がない場合を除いて、医療機関評価に応じなければならない。

⑥医療機関評価の時期、範囲、手続き、および、第3項の規定による公表等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

該医療機関にも評価に応ずることを義務付けたところにある。立法当時、評価対象となることが義務付けられた医療機関は、総合病院¹⁰⁷と 300 床以上の病院である（医療法施行令 18084 号 2003 年 8 月 6 日）。

2004 年から実施された医療機関評価制度は、その評価項目が施設、設備中心であり、施設投資が困難な医療機関の実態を無視した評価制度であるとの批判を受けた¹⁰⁸。そのため、2008 年からは評価基準に臨床評価領域等が追加され、評価項目が多様化された。

しかしながら、医療機関評価制度に対しては、さらなる批判が提起され、制度の見直しが求められるようになる。その批判とは第 1 に評価結果の公表が当該年度限りであり、質の向上に向けた努力の有無や成果が評価されないこと、それゆえに評価制度が質の向上に対する強い動機付けとなり得ていないこと、第 2 に評価のための準備作業が過重であり、医療機関側にとって重い負担となっていること、第 3 には評価機関、評価者の専門性に対する疑義である¹⁰⁹。

このような医療機関評価制度に対する批判をうけて、2010 年、医療法を改正し、上記医療機関評価制度に代えて、医療機関認証制度を導入することとした（表 4）。

¹⁰⁷ 医療法（2003 年）3 条③が定める総合病院の定義は以下のとおりである。100 床以上であること（1 号）、内科、外科、小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科、診断検査科、病理科、精神科、および、歯科を含む 9 科以上の診療科を有すること（2 号）、等。

¹⁰⁸ 2004 年施行時の評価基準は下記のとおりである。

医療法施行令 20 条の 2①

- 1 号 医療機関を利用する患者の権利と便宜に対する満足度
- 2 号 医療者の業務遂行過程、および成果
- 3 号 施設、設備、および人員の水準
- 4 号 その他、医療機関の運営実態に関する事項

¹⁰⁹ 医療法施行令 20 条の 3（2003 年）が定める評価機関。

- 1 号 韓国保健産業振興院法による韓国保健産業振興院
- 2 号 国民健康保険法 55 条による健康保険審査評価院
- 3 号 政府が設立、あるいは、運営費用の全部、または一部を支給する医療機関評価業務と関連する非営利法人
- 4 号 その他、医療機関評価に関する専門家と能力を有する非営利法人

表4) 医療機関評価制度の沿革

1994年6月	医療保障改革委員会において評価制度の導入検討
1995年12月～1999年12月	試験評価
2002年3月	医療法47条の2新設(長官に評価を義務付け)
2004年	総合専門療養機関、500床以上総合病院 78か所を対象に評価
2005年	260～499床の総合病院 79か所を対象に評価
2006年	260床未満の総合病院、および、300床以上の病院 118か所を対象に評価
2007年～2009年	第2周期評価 施行
2010年7月	医療法改正 58条に医療機関認証制度をおく(2011年1月施行)

② 医療機関認証制度

2010年の医療法改正(58条全文改正)により発足した医療機関認証制度(施行2011年)と旧制度(医療機関評価制度)との大きな違いは、第1に評価を受けることを医療機関の申請に拠るとしたこと、第2に評価担当機関を政府が設立し、当該評価担当機関に評価業務が一本化されたことである。

すなわち医療法58条1項は「保健福祉部長官は医療の質を高め、患者の安全を守るため病院級医療機関に対する認証をすることができる(申請主義)と定める。続いて、同条2項「保健福祉部長官は大統領令が定めるところにより、医療機関認証に関する業務を関係専門機関(以下、認証専門機関)に委託することができる。この場合、認証専門機関に対し必要な予算を支援することができる」、3項「保健福祉部長官は他法に基づき医療機関を対象として実施する評価を統合し、認証専門機関にこれを実施させることができる」と定めることで、政府主導で認証機関を設立することを決めた。

こうして2010年10月26日、同条58条に基づき医療機関評価認証院が設立された(以下、認証院)。

(2) 医療機関認証制度

① 評価対象

評価対象は上述のとおり、認証院による評価を希望するすべての医療機関である。

ただし、2013年より療養病院と精神病院は認証を受けることが義務付けられた(医療法58条の4)。

② 申請手続き

申請は基本的には認証院のホームページからオンラインで行う。申請し評価を受けるインセンティブとして、上級総合病院、専門病院、研修病院、および、研究中心病院の指定を受けようとする場合には認証を受けることが要件となっている¹¹⁰。

申請書受理から1か月以内に認証院から申請医療機関へ調査日程照会がなされ、協議を経て調査日程が決定する。調査日程は一度、決定するとその後、変更することができない。なお、認証に要する費用は医療機関が負担する（医療法58条の4③）。

③ 評価基準・評価方法

評価基準は医療法58条の3が定め¹¹¹、より詳細な評価項目は医療機関認証委員会が審議して決定し¹¹²、認証院のホームページ上で公開される。原則、すべての医療機関に共通の基準が適用される。ただし、医療機関の規模、特性に応じて、一部、評価基準が選択的に、あるいは段階的に適用される。

評価方法は調査委員が医療機関を訪れて実施する現地調査である（表5）。この点が審評院の行う適正性評価と大きく異なる点である。審評院の評価方法は主として自らが収集した資料、医療機関側に提出を求めた文書、および、自治体保有のデータを用いて行い、現地調査を原則、行わないからである。

表5) 医療機関規模別の評価人員規模

病床規模	上級総合病院		総合病院		病院	
	1,000床以上	1,000床未満	300床以上	300床未満	100床以上	100床未満
調査日程	4日間					
調査人数	7人	6人	5人	4人	4人	3人

調査委員は病院級医療機関で中間管理職経験者、あるいは、臨床経験のある医師、看護師、薬剤師、栄養士、医務記録師¹¹³、病院行政専門家¹¹⁴、等、多様な経歴を持つ、850名

¹¹⁰ 法的根拠は上級総合病院については医療法3条の4、「上級総合病院の指定および評価に関する規則」2条、専門病院は同法3条の5、「専門病院の指定および評価に関する規則」2条、研修病院は「専門医の研修、および、資格認定等に関する規定」7条、研究中病院の場合は「保健医療技術振興法施行規則12条別表2である。

¹¹¹ 医療法58条の3が定める評価基準の大枠は1.患者の権利と安全、2.医療機関が行う医療サービスの質の向上のための活動、3.医療サービスの提供過程とその成果、4.医療機関の組織、人員管理、および運営、および、5.患者満足度である。

¹¹² 医療法58条の2は保健福祉部長官が医療機関認証に関わる主要政策を審議するために医療機関認証委員会を置くと定め、同委員会の委員長は保健福祉部長官である。委員は医療機関、労働界、市民団体、学識経験者等、各界を代表する15名内外で構成される。

¹¹³ 国家資格の1つであり、免許制である。大学等で指定科目を履修した者に限り、国家試験受験資格がある。業務は病院等で患者に対して診療として行われた医療行為の記録、疾病、手術の分類、カルテの分析、統計、がん登録等、各種医事に関する記録、および情報の管理などが主たるものである。

で構成されている（2013年8月現在）。なお、調査委員は医療機関に在職している者（志願調査委員）と退職した者（専門調査委員）に区分されている。

④ 評価判定と結果公表

調査の結果は認証院のなかに設置されている認証審議委員会で審議される。評価は絶対評価方式であり、同委員会が調査結果を基にして医療機関を「認証」、「条件付認証」、および「不認証」の3等級に分類する。なお、判定結果に対する異議申請が認められている（医療法58条の5）。

「認証」判定は4年間有効で、「条件付認証」のそれは1年間である。判定後も毎年、自己評価を実施し、その結果を認証院に提出することが4年間、「認証」を維持する要件となっている。さらに医療機関認証制度は判定後も医療機関が医療の質を維持するため、有効期間中に（判定後、34~36か月の間）、中間現場調査を行う。

認証院は判定結果を医療機関に通知、保健福祉部長官に報告する。「認証」と評価された医療機関は認証書と認証マークを交付され、これを使用することができる。また、認証院はホームページ上で医療機関の等級を公表する。

なお、虚偽、または不正な方法で認証を受けた場合、医療機関は開設許可の取消、閉鎖命令を受けることがある。

2016年1月末現在、認証評価を受けた医療機関は1,372か所、このうち申請により評価を受けた医療機関は292（急性期病院268、歯科病院12、韓方病院12）、義務的認証評価を受けた医療機関は1,080（療養病院942、精神病院138）である¹¹⁵。

⑤ 療養病院の認証

療養病院とは主として入院患者を対象とする医療機関であって（医療法3条2項3号）、その入院患者は老人性疾患患者、慢性疾患患者、外科手術後、または傷害後、回復期にある患者であった療養を必要とする者をいう（医療法施行規則36条）。

韓国においても高齢化が進み、それに伴い、長期療養型の病床が急増している。そして、2009年1月には療養病院の診療報酬の計算方式が1日あたりの定額制に変わったことを契機に療養病院の数と彼らに支払われる診療報酬が急増した¹¹⁶。

病院数の増加にともなって、療養病院に対する社会的関心が高まる中、療養病院の質的な差が大きいことを伝えるマスコミ報道により、医療サービスの質を管理することの必要性が高まった。実際に審評院が調査したところ、療養病院間のサービスの質に大きな差があることが判明した。

¹¹⁴ 一般には病院行政管理師と呼ばれる者をさす。これは民間資格である。

¹¹⁵ なお2016年8月16日現在は認証評価を受けた医療機関数は1,569か所である。

¹¹⁶ 療養病院の数は2002年の54から2013年の1,232へ、診療報酬は2001年の99億ウォンから2013年の2兆4,000億ウォンへそれぞれ増加した。

そこで、上述のとおり、2013年医療法を改正し、療養病院は認証を受けることが義務付けられた（医療法58条の4）。第1次認証（2013～2014年9月）を受けた療養病院は療養病院全体の30%である。

⑥ 精神病院の認証

精神病院における良質の医療サービスを確保するために精神保健施設等に対する評価の実施規定が2008年、精神保健法に新設された（精神保健法18条の3）。同規定によれば精神病院は3年ごとに施設評価を受けなければならない。一方、同法18条の3但書は精神保健施設のうち、精神病院の評価については医療法上の医療機関認証に代えることができると定める。

そして、2010年医療法改正により、同法58条の4第2項は療養病院に病院認証を受けることを義務づけた。そこで精神病院が療養病院として開設許可を受けた場合には（医療法3条2項3号¹¹⁷）、当該精神病院もまた病院認証を受けることが義務付けられることになった。療養病院として運営される精神病院は2013年8月に最初の義務的認証調査が実施されている。

4 「医療の質」評価支援金制度

(1) 3大非給付

何度も述べるとおり、韓国における医療保険制度の特徴、ないしは、大きな課題としてあげられるものに、「非給付」問題がある。なかでも、選択診療、上級病室、および、入院付添いは、3大非給付と呼ばれ、医療保険政策のなかで常に議論されてきた。

選択診療と上級病室の問題点とその解決策については既に述べたとおりである（第3章）。以下では、入院付き添い問題について論じる。

かつて、日本においても入院付添い問題が社会問題となっていた。その結果、1994年の健康保険法等の改正により、入院時に外部からの入院付添い人の利用が禁止されることとなった。現在は、入院患者の世話などはすべて医療機関によって提供される。いわゆる、「完全看護体制」である¹¹⁸。しかし、韓国においては、今もなお、入院患者の世話は付添人、あるいは、家族など、病院外のマンパワーに依存することが多く、患者、その家族らにとって大きな経済的負担となっている。

政府は付添い人問題を解決するため、新たな制度として看護・看病統合サービス制度を導入し、付添い人を不要とする看護・看病体制をめざしている。そこで、まず、モデル事業を2013年に13の医療機関で実施した。

¹¹⁷ 医療法3条2項3号ラは療養病院に精神保健法3条5号による精神医療機関のうち、精神病院を含むと規定する。

¹¹⁸ 現在、完全看護という用語は使われておらず、看護体制は基準看護制度と呼ばれる。

その結果をふまえ、2015年、医療法を改正し（4条の2を新設）、2016年9月30日から正式に看護・看病統合サービス制度を施行する体制を整えている。看護・看病統合サービスを実施する病院となるには、病院側から公団へ申請し、指定を受けなければならない。

申請を受けた公団は、当該病院が一定の基準を備えているかを審査したうえで、基準を満たしている場合に看護・看病統合サービス提供病院として指定する。2017年2月、259の医療機関が同サービス提供病院として指定されている¹¹⁹。

（2）「医療の質」評価支援金制度導入の背景

3大非給付の縮小、あるいは、廃止は患者の立場からすると経済負担が大きく減ることを意味する。これはつまり、医療機関側にとっての収益減少に他ならない。そこで、3大非給付のうち、選択診療費の廃止によって生じる医療機関の損失補てんのために政府が2015年に新たに設けた制度が「医療の質」評価支援金制度である¹²⁰。ただし、政府の公式発表による制度設立趣旨は医療の質の標準化と、質の向上である。そのため質の評価対象となる分野は多岐にわたる。

（3）制度の法的根拠

「医療の質」評価支援金制度の根拠規定は、医療法、および、国民健康保険法施行令21条である。医療法は1条において、「この法はすべての国民が高い水準の医療を受けることができるように必要な事項を定めることをもって、国民の健康の保護と増進を目的とする」と定めることから、同法が「医療の質」評価支援金制度の根拠となる。そして、「医療の質」評価支援金制度が医療機関ごとの医療の質を評価し、それを診療報酬支払いに反映させる制度であることから、診療報酬について定める国民健康保険法施行令21条も根拠規定である。

そして、実際の運用のために、「医療の質評価支援金 算定のための基準」が保健福祉部告示として発出されている（第2016-170号）。

（4）制度の概要

① 対象

医療法3条2項3号マが定める総合病院が適用対象である¹²¹。

¹¹⁹ 健康保険公団「간호·간병통합서비스 사업지침（看護・看病統合サービス事業指針）2016.9」。

¹²⁰ 選択診療制度廃止に伴い損失を補うため、2017年度より、専門診療医師加算制度が始まる予定である。医師個人に対する評価に基づき診療報酬を支払うことは韓国医療保険制度において初めてのことである。

¹²¹ 100床以上であること、定められた数と種類の診療科をおくことが要件である（医療法3条の3）。

②評価基準

評価領域は5つ、それぞれに指標が設けられ、評価指標総数は59である(表6)。評価領域、指標、評価実施計画等を審議する機関として、保健福祉部長官所属の医療質評価審議委員会が設置されている(「医療の質評価支援金 算定のための基準」7条)。

ところで、審評院は表6の指標が臨床上の評価が中心であって、患者の視点に立った評価が必要であるとの認識に基づき、2017年7月より患者の経験に基づく評価を実施することを決定した。

表6) 評価指標 (「医療の質評価支援金 算定のための基準」別表1)

評価領域	評価指標
医療質と患者安全	<ul style="list-style-type: none"> ▶医療機関認証の有無 ▶入院患者あたりの医師数 ▶入院患者あたりの看護師数 ▶成人、小児、重症患者の病床あたり医師数 ▶成人、小児、重症患者の病床あたり看護師数 ▶患者安全担当者の有無 ▶患者安全学習報告体系運営の有無 ▶入院時 傷病報告体系運営の有無 ▶医師1人あたり1日平均外来患者診察回数 ▶手術の予防的抗生剤の使用 ▶全国病院感染監視体系への参加の有無 ▶抗生剤処方率 ▶注射剤処方率 ▶抗生剤耐性 監視体系参加の有無 ▶医療機関 入院患者見舞い管理体系 ▶陰圧室設置の有無 ▶大腸がん、▶乳がん、▶胃がん、▶肺がん ▶冠状動脈手術 ▶脳卒中 ▶肺炎 ▶重症患者室 ▶血液透析 ▶慢性閉鎖性肺疾患 ▶喘息 ▶小児重症疾患患者数 ▶難病患者構成比 ▶ハイリスク妊産婦 入院構成比
公共性	<ul style="list-style-type: none"> ▶医療給付(医療扶助)入院重症患者の比率 ▶医療給付(医療扶助)外来軽症患者の比率 ▶救急室担当専門医あたり患者数 ▶救急室担当看護師あたり患者数 ▶重症救急患者の構成 標準化指数 ▶重症救急患者 救急室在室時間 ▶分娩室運営の有無 ▶新生児重症患者室 入院患者数 ▶新生児重症患者室 担当専門医配置の有無
医療伝達体系	<ul style="list-style-type: none"> ▶成人、小児重症患者室の運営比率 ▶新生児重症患者室の運営比率 ▶入院 専門診療疾病群比率 ▶外来患者対比、入院患者比 ▶外来軽症患者の比率 ▶診療協力センターの設置の有無 ▶重症救急患者 再転院率
教育研修	<ul style="list-style-type: none"> ▶研修医 教育研修委員会 ▶研修医確保率 ▶研修医数 対比適正指導専門医確保 ▶診療実績対比適正指導専門医確保 ▶研修医研修、および褒賞規定 ▶研修医の意見、および建議事項 処理規定 ▶研修医 研究活動支援 ▶研修環境のモニタリング
研究開発	<ul style="list-style-type: none"> ▶臨床試験センター設置の有無 ▶研究費の有無 ▶研究専門医師の数 ▶医師1人あたりの知的財産権の数 ▶臨床試験実施の有無

<参考>「患者の経験 第1次評価制度」について¹²²

ア) 評価対象者: 退院して2日から56日までの19歳以上の者であって、1日以上入院した者。

イ) 対象機関: 上級総合病院、および、500床以上の総合病院。

ウ) 調査期間: 第1次評価を2017年7月中旬以降に実施。

エ) 機関別患者数: 500床以上、1,000床未満の場合、150名、1,000床以上、1,500床未満の場合、200名、1,500床以上の場合、250人。

オ) 評価項目: 24の質問項目(表7)。

表7)

大項目	中項目	小項目
領域別 患者 経験	看護師	尊重/礼儀
		傾聴
		病院生活についての説明
		要求処理の努力
	医師	尊重/礼儀
		傾聴
		医師と会って、話をする機会
		回診時間に関連する情報の提供
	投薬・治療過程	投薬、検査、処置の前の説明
		投薬、検査、処置の後の副作用の説明
		疼痛緩和努力
		疾患に対する同情と共感
		退院後の注意事項、および治療計画に関する情報提供
	病院環境	清潔な環境
		安全な環境
	患者権利保障	公平な待遇
		苦情の申し出やすさ
		治療決定過程への関与
		羞恥感を感じさせない配慮
全般的な評価	入院経験の評価	入院経験の評価
	推薦の有無	ほかの人へ当該病院を推薦するか否か
個人の特性		入院経路(救急室を経由したか否か)
		主観的健康水準
		学歴

¹²² 審評院『2017년 제1차 환자경험 평가 (2017年 第1次患者経験評価)』(2017年1月)。

カ) 評価方法：審評院は患者への質問を専門調査業者に委託。業者は電話で質問をし、回答を得る。そのプロセスは下記の通り。

審評院：レセプトを基に患者経験評価対象者を抽出し、病院へ対象者名簿を提供

↓

病院：評価対象者の電話番号を審評院へ提出

↓

審評院：病院から提出された対象者電話番号を委託調査業者へ伝達

↓

調査業者：審評院から受け取った電話番号にかけて、質問をし、回答を得る

↓

審評院：調査業者から調査結果を受け取り、分析・評価

キ) 評価結果

審評院は評価結果を病院へ通知する。

③ 評価方法

評価の実施機関は審評院である（「医療の質評価支援金算定のための基準」9条）。

評価対象となる医療機関は評価に必要な資料を保健福祉部長官（審評院）が定める期日までに提出しなければならない。それに先立ち、保健福祉部長官（審評院）は評価指標、同方法、評価実施計画等を6か月前までに周知しなければならない。

評価結果は相対評価（5等級評価）で示される。これに対する医療機関の不満は大きく、とりわけ等級化による医療機関の序列化に大きく反発している。このような不満を背景に政府は2020年までに評価方式を医療機関が評価指標にあらかじめ対応できる方式に変更する予定である。

④ 評価の効果とその公表

上記評価指標で高い評価を獲得した場合には支援金という形で診療報酬が別途、支給される。これが上述したように選択診療費の損失分の補てんとなることが予定されている。

具体的には入院患者1人あたり、あるいは外来患者1人あたりの金額が等級別に加算される仕組みである。算定式は患者数×単価となり、最大で32倍の差が生じる（表8）。なお、評価結果に対しては異議申請が認められている。

表 8) 医療の質評価支援金 診療報酬 (単位: ウォン)

領域	医療の質、公共性、伝達体系		教育研修		研究開発	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
1 等級	2,250	950	180	100	300	270
2 等級	1,500	700	150	70	250	220
3 等級	750	300	100	50	100	50
4 等級	300	120				
5 等級	70	50				

(5) 他制度との連携

療養給付の適正性評価との連携が強化されつつある。すでに 2015 年には実績がみられる。すなわち、適正性評価の指標である大腸がん、手術予防的抗生剤、抗生剤、注射剤処方率、乳がん、急性心筋梗塞、冠状動脈迂回術、急性期脳卒中、高血圧、糖尿病が医療質評価支援金の指標としても活用されている。

(6) 「医療の質」評価支援金制度の課題

選択診療制度による病院の収益減の補てんとして導入された同制度であるが、これに対する医療機関の不満は大きい。まず、上記損失補てんとして導入された制度であるにもかかわらず、医療機関を多方面から評価して等級づけを行い、それに診療報酬を連動させる方式は制度目的と手段が合致していないという不満である。

さらに、医療機関規模によっても不満の内容が異なる。大型病院は評価が前年度からの向上が考慮されないことに不満を述べ、中小病院は評価項目が大型病院中心で自分たちにとって不利であると不満を述べる。加えて、研修医に人気のある診療科に有利であり、彼らにとって不人気診療科の場合は、支援金制度が損失補てんとして機能していないとの批判がある。なぜなら「教育研修」項目の指標点数が研修医の数によって左右されるからである。また、病院関係者の中には、そもそも評価指標の公共性、研修環境、および、医療伝達体系によって医療の質を測ることは困難であると批判する者もいる¹²³。

5 韓国「医療の質」評価制度からの示唆

医療の質を評価する制度を日韓で比較して、日本が韓国から得られる示唆として、大きく 3 点、あげることができる。

¹²³ 민응기(ミンウンギ) 「(의료질 평가 지원금제도의 한계 및 개선방향) 医療の質評価支援金の限界と改善方向」韓国医療の質向上学会春季大会 (학국의료질향상학회 학술대회) 2016 年 6 月 3 日開催。

第1に挙げるべきは韓国では審評院が実施する医療の質の評価では、その結果が等級別に分類され、当該医療機関が全体の中で質がどの程度に位置するかが明らかな点である。このような評価方法は医療機関の序列化を招来とすると批判されることもある。しかしながら、相対的な評価の視点があることで医療の質を向上させようとする動機が強く働くことは間違いない。

日本には厚労省が「医療の質の評価・公表等推進事業」があり、これは病院による自己評価を支援する制度である¹²⁴。

同事業の申請資格は概ね40施設以上の病院（協力病院）により構成される団体に付与されている¹²⁵。申請した団体は協力病院の臨床データを収集、分析し、その結果、得られた臨床指標の値に基づく医療の質の評価を行い、公表することになっている。なお、指標には厚労省が指定した指標を必ず含めなければならない。

結果の公表は団体事務局においてまとめて団体ホームページ等のインターネット上に掲載することが求められている。その際、最低10種類以上の指標については協力病院の名称と合わせて協力病院ごとの値を公表することも要請されている。この自己評価を実施する事業に要する経費に国庫補助が支給される¹²⁶。

自己評価を進んで実施する病院を経済的に支援する「医療の質の評価・公表等推進事業」は、いうまでもなく意義あることである。しかし、その評価値の多寡がどのように評価されるか、あるいは、どのような方向に向かうことが質の高い医療と評価されるのかが直接的には明らかではないといえる。質の高さと評価値を関連付ける手法として韓国の評価手法は大いに参考になると思われる。

第2に、医療機関の質に関する情報を含む情報提供という側面においても韓国のシステムは日本よりも大きく進展していると言える。

日本における公的な医療機関情報は2006年に始まった医療機能情報提供制度（医療情報ネット）である¹²⁷。これは病院等に対し、医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけるとともに、報告を受けた都道府県知事はその情報を住民・患者に対して提供する制度として運用されている。同制度で公表される情報は医療機関の基本情報（診療科目、診療日、診療時間等）、対応可能な疾患・治療内容などである。

¹²⁴ 医政発0324第22号（2010年）。事業の詳細は厚生労働省ホームページ中の「2016年度 医療の質の評価・公表等推進事業公募要領」を参照。

(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124225.html>)

¹²⁵ 参考までに2014年度の申請団体は全日本病院協会（協力病院は42）、全国自治体病院協議会（同172）、昨年2015年度のそれは全国自治体病院協議会（同172）、全日本民主医療機関連合会（同89）である。

¹²⁶ 額は実際に事業に要した費用と基準額（10,256千円）とを比較して少ない額の2分の1相当の金額を予算の範囲内で補助することとなっている。

¹²⁷ 厚労省ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）について

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/)

これらの情報に医療機関が提供する医療の質に対する評価は一切なく、患者らが知りたいであろう情報が欠如しているといえる。

当該医療機関の特定疾病の臨床例数、手術数などは、上記「医療の質の評価・公表等推進事業」のホームページ、あるいは、同事業に採用された医療機関団体のホームページに入って知ることができるに過ぎない。しかし、一般の患者、住民がここまでに至ることは容易なことではないはずである。

患者に対する病院情報サイトに評価を掲載することは医療機関の序列化を招くと言う左記の批判がここでも存在する。しかしながら、イギリスではすでに医療機関の公式検索サイトには質の評価が明記されており、患者が医療機関を選択するのに役立っている¹²⁸。

但し、評価の高い病院に患者が殺到する、あるいは、当初、質が低いと評価されたが、その後、質が改善されたとしても最初のイメージが払拭しきれず、当該医療機関がダメージを回復できないなどの難点も指摘しなければならない。さらには、評価数値を良く見せるためにリスクの高い患者や疾病を忌避する傾向も否定できない。

しかしながら、医療の質の評価の実践とその公表が医師らと患者の情報の非対称性を緩和し、患者らに適切な病院選択の道具を提供することが医療評価の大きな目的であるならば、韓国の公表方法は検討するに十分に値する。

第3に、韓国の評価制度の中に質に応じて診療報酬の加算、減額する仕組みが詳細に講じられている点である。これにより医療サービスを向上する努力が報われ、かつ、いっそうの質向上が期待される。

日本も診療報酬を医療政策の強力、かつ有効な誘導手段として用いていることは周知のとおりである。しかし、韓国の制度ほど医療の質と診療報酬が密接に結びつけられているとは言えないであろう。それは、わが国の診療報酬の審査、支払制度のあり方とも密接に関連していると思われる。

もっとも、診療報酬制度とあまりに深く連関性を有すると、診療報酬を獲得することが目的化し、制度本来の趣旨が没却されかねない¹²⁹。医療の質を金銭的に評価し、政策誘導効果を念頭におきつつ、他方で、診療報酬獲得の目的化とそれによる制度の歪曲を招かない制度設計が日本においても韓国においても不可欠である。

¹²⁸ イギリス NHS の医療の質評価については、松本勝明・前掲（注 82）中、拙稿「第 3 章 イギリスにおける医療制度改革」参照。また、NHS の質の評価のサイトは、NHS Choice、<http://www.nhs.uk/pages/home.aspx>.

¹²⁹ 日本の過剰な 7:1 看護配置病院の存在がその好例である。

第6章 まとめ

1 単一保険者体制の評価

2000年の保険者統合から17年が経過し、単一保険者体制は韓国医療保険制度において定着している。かつて政財界、医学界、および、市民全体を巻き込んだ保険者統合をめぐる大論争は終息した感がある。

もはや韓国内では、単一保険者体制を廃止し、日本同様、あるいは、かつての韓国のような複数保険者体制への回帰を望む声はないと言ってよい。ただし、これは、現行制度を高く評価していると言うよりも、既に後戻りすることはできないという歴史的制約のゆえであると思われる。1989年に皆保険を達成し、その10年後に保険者統合を成し遂げ、そして、統合から現在まで17年が経過した。つまり、皆保険から統合までの期間よりも、統合から今日までの方が長い時間が経過している。今日、韓国社会に単一保険者による制度運営が安定、定着していると言ってよい。

加えて、周知のとおり、一国の医療保険の運営組織は規模が大きく、業務も多岐にわたる。その巨大組織体の根幹ともいべき保険者体制の変更は、もはや不可能と言ってよい。同じ意味で、日本もまた、複数保険者体制が定着して長い年月を得ていることから、現行体制を変更することは大きな困難が伴い、現実的ではない。

また、韓国は、医療保険制度を維持するため、あるいは、国民の生命と健康を守るために必然性をもって保険者統合を成し遂げたのではない。政治的、経済的な力学が強く働いて統合を完成させたと言ってよい。

日本では、隣国であり、類似した制度を有する韓国で保険者一元化が実現したことにより、日本の複数保険者体制にも影響を及ぼすのではないかと言う声もないわけではなかった。しかし、上記のとおり、単一保険者実現の背景には医療保障とは別の力学が働いていること、韓国では医療保険制度自体が完全に成熟する前に保険者統合を図ったことから考えるなら、日本がこれらの条件を備えていない以上、単一保険者体制になることは、想定できないし、そもそも不可能であろう。既に述べたとおり、韓国においても皆保険達成以来、長きにわたり複数組合制度を保った後に保険者統合を実施しようとしたならば、それは、おそらく困難であるであろう。

今日、韓国では単一保険者体制は広く国民の間に受け入れられ、安定した医療保険行政を担っている。同じように日本の複数保険者体制が日本社会で定着、安定し、かつ、実務遂行の成熟度合などを考慮すると、日本が単一保険者へ転換することは困難であるし、また、その必要性もないと言ってよい。

2 日本への示唆

他方で、保険者一元体制によって、整備、発展してきた様々なシステムなどは、複数保険者の日本にとって、参考となるものが多い。換言すれば、そのようなシステムは保険者が1つであるか、2つであるかに関係なく、医療保険制度の運営において有用であると評価できる。

たとえば、自営業者の所得把握のために活用している手法、クレジットカード決済や現金領収書の発給の促進などである。また、軽微な疾病を大病院で診療を受けた場合の自己負担割合の引き上げ、コンピューターを活用した診療報酬請求手続きの効率化、迅速化なども参考になる。

なにより、参考になると思われるのは、医療の質の評価にかかわる一連の制度、政策である。韓国の医療の質の評価システムは、その研究開発に力を注ぎ、大変優れた体制となっている。医療の質を評価することは、究極的には国民、被保険者、患者の利益に還元される。

政府、保険者、および、診療報酬支払基金等が協力して、日本の医療保険制度に適合した質の評価システムを構築することが今後の大きな課題である。

一方、韓国の医療保障のあり方には、無批判で受け入れることが困難な諸点も散見される。代表的な例が混合診療の許容とそれに呼応する民間医療保険の普及である。これはすでに言及したように公的医療保険の財政、診療体制にも大きな影響を与えている。いうまでもなく、日本が今後、どのような方向に医療政策のかじを切るかにより、混合診療や民間医療保険が医療制度全体に占める位置づけは異なる。しかし、必要な医療は公的医療保険で不足なく提供することは、国民皆保険体制下での原則であると考えられる。

本研究が日本の医療保障、医療保険制度を振り返る機会となり、より良い政策形成の一助となれば幸いである。

Ⅲ. 資料編

1. 医療保障適用人口現況
2. 保険料 現況
3. 年度別診療費・年度別保険給付費
4. 年間診療費別患者現況
5. 65歳以上高齢者 診療費現況
6. 保険料負担対比給付費の現況
7. 年度別 健康保険 入院・外来 日数推移
8. 療養機関 現況
9. 療養機関 医療従事者 現況
10. 入院治療病床数 (OECD)
11. 患者1人あたり平均入院日数 (OECD)

出典：資料1～9までは、国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2015 健康保険統計年報』、資料10、11はOECD Health Data2016である。

1. 医療保障適用人口状況

単位：千人、千世帯、千か所、%

区分		2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
医療保障 a+b		50,291	50,581	50,909	51,169	51,448	51,757	52,034
健康保険 a		48,614	48,907	49,299	49,662	49,990	50,316	50,490
職場	小計 c+d	31,413	32,384	33,257	34,106	35,006	35,602	36,225
	-加入者 c	12,146	12,764	13,397	13,991	14,606	15,141	15,760
	-被扶養者 d	19,267	19,620	19,860	20,115	20,400	20,461	20,465
	扶養率(名)	1.59	1.54	1.48	1.44	1.40	1.35	1.30
地域	加入者	17,201	16,523	16,043	15,556	14,984	14,715	14,265
	世帯数	8,111	7,940	7,902	7,835	7,709	7,749	7,653
	扶養率(名)	1.23	1.19	1.15	1.12	1.08	1.04	1.01
医療給付 b		1,677	1,674	1,609	1,507	1,459	1,441	1,544
事業場(箇所)		959	1,010	1,068	1,150	1,243	1,325	1,465



2. 保険料 現況

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
保険料(億ウォン)	249,730	261,661	284,577	329,221	363,900	390,319	415,938	443,298
-職場	190,297	202,377	220,831	261,416	293,796	318,751	343,865	369,548
-地域	59,434	59,284	63,746	67,806	70,103	71,568	72,073	73,750
世帯あたり月額保険料(ウォン)	66,217	66,916	70,988	78,822	84,040	87,417	90,806	94,040
-職場	69,169	70,250	73,399	82,802	89,028	92,565	97,046	100,510
-地域	61,982	61,902	67,168	72,139	75,209	77,783	78,629	80,876
1人あたり月額保険料(ウォン)	26,837	27,620	29,765	33,670	36,536	38,622	40,819	43,003
-職場	26,304	27,049	28,659	33,009	36,156	38,239	40,816	43,085
-地域	27,736	28,652	31,899	35,022	37,357	39,503	40,825	42,798

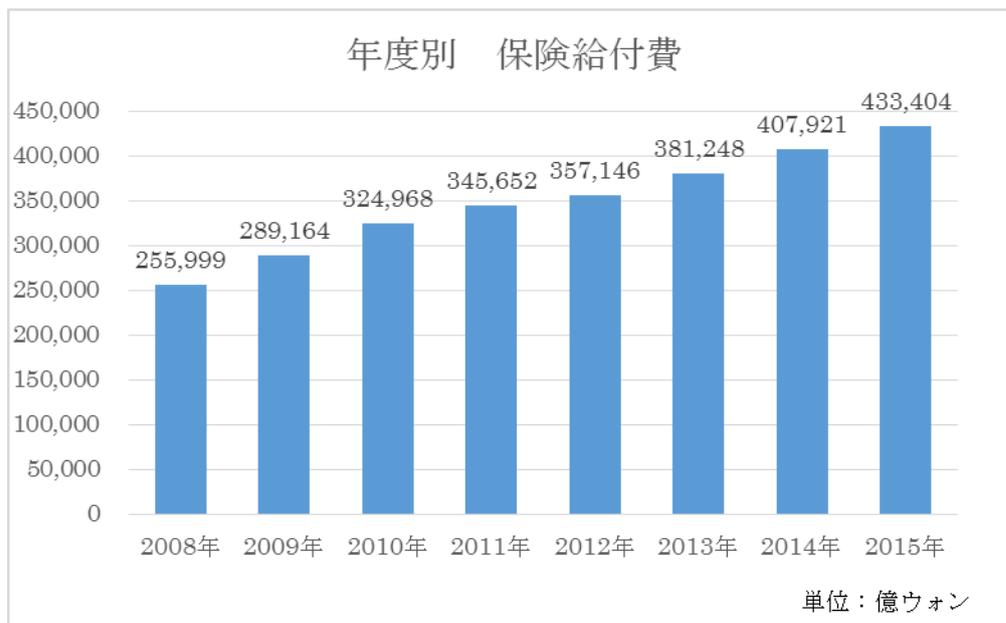
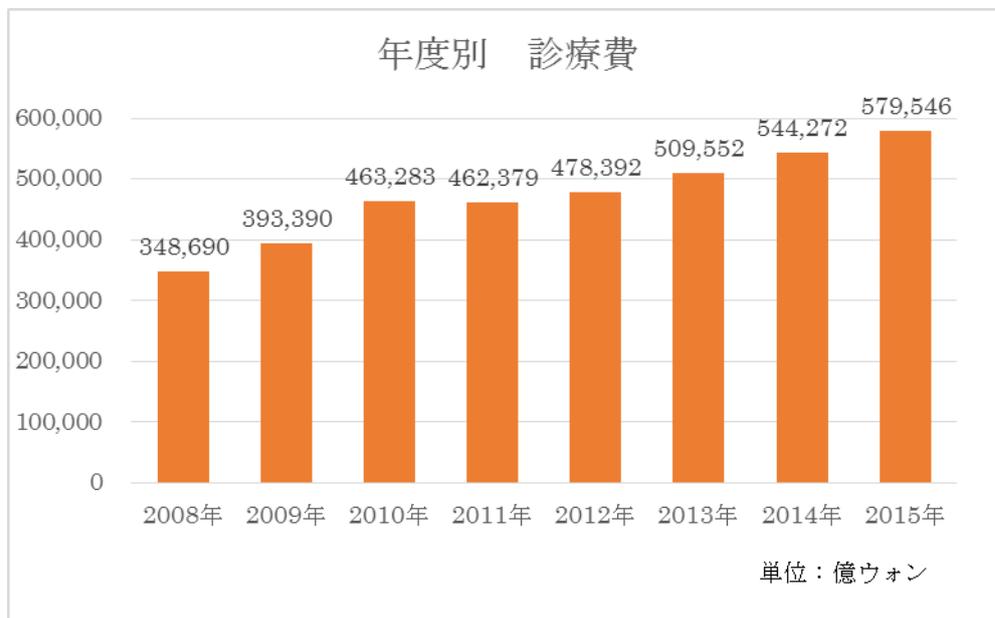
3. 年度別診療費・年度別保険給付費

単位：億ウォン、%

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
診療費 (前年対比)	348,690 (7.7)	393,390 (12.8)	463,283 (10.9)	462,379 (6.0)	478,392 (3.5)	509,552 (6.5)	544,272 (6.8)	579,546 (6.5)
保険給付費 (前年対比)	255,999 (6.9)	289,164 (13.0)	324,968 (12.4)	345,652 (6.4)	357,146 (3.3)	381,248 (6.7)	407,921 (7.0)	433,404 (6.2)

診療費＝公団負担額＋患者本人負担額

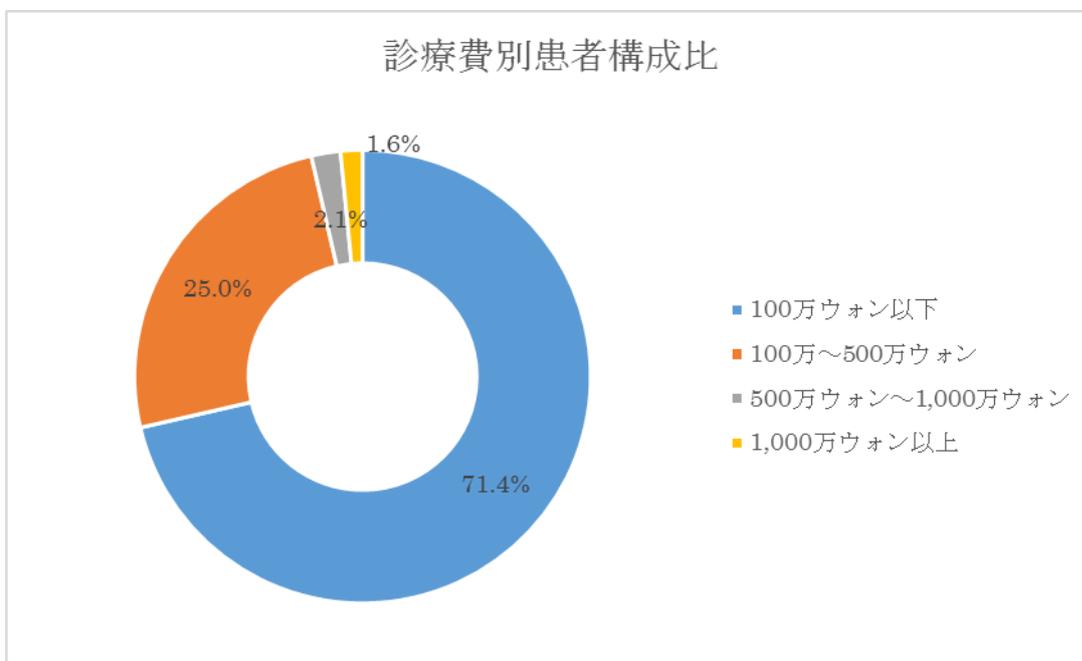
保険給付費＝公団負担額



4. 年間診療費別患者現況

単位：千人、百万ウォン、%

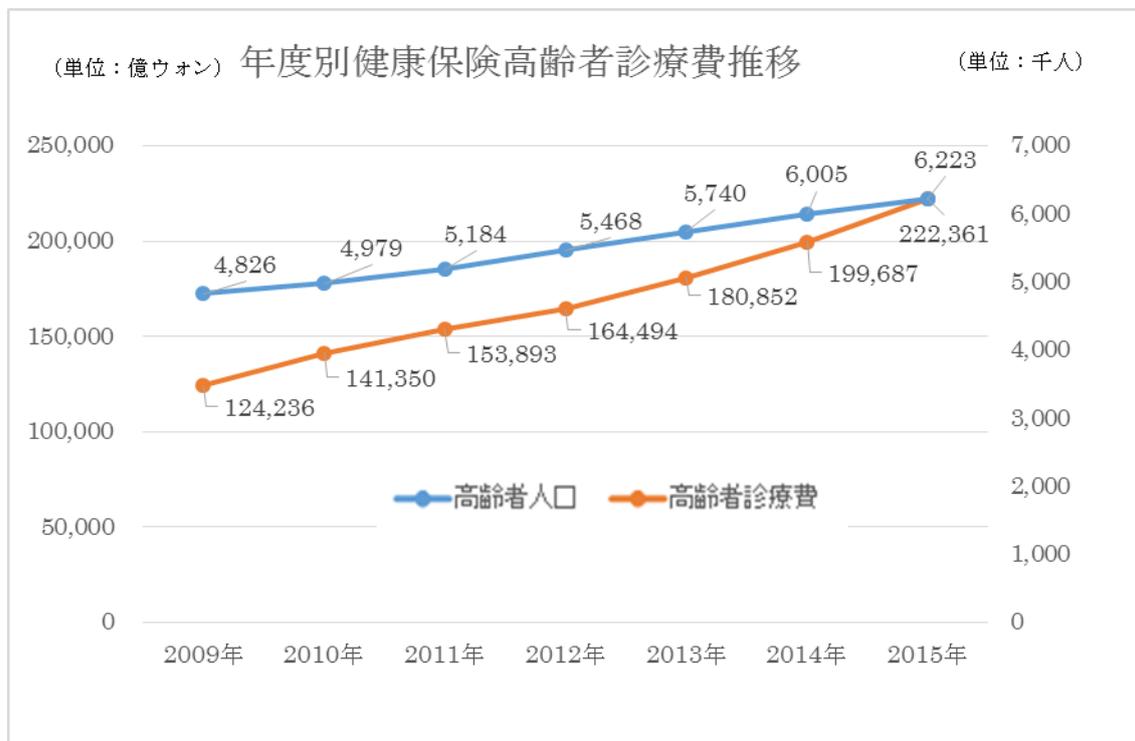
	患者数	比率	診療費	比率
計	47,267	100	58,786,906	100.0
100万ウォン以下	33,743	71.4	11,703,944	19.9
100万～500万ウォン	11,812	25.0	24,040,239	40.9
500万ウォン～1,000万ウォン	979	2.1	6,648,598	11.3
1,000万ウォン以上	733	1.6	16,394,125	27.9



5. 65 歳以上高齢者 診療費現況

区分	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年
全人口(千人)	48,614	48,907	49,299	49,662	49,999	50,316	50,490
65 才以上人口 (千人)(比率、%)	4,826 (9.9)	4,979 (10.2)	5,184 (10.5)	5,468 (11.0)	5,740 (11.5)	6,005 (11.9)	6,223 (12.3)
65 才以上診療費 (億ウォン)(増加率、%)	124,236 (15.7)	141,350 (13.8)	153,893 (8.9)	164,494 (6.9)	180,852 (9.9)	199,687 (10.4)	222,361 (11.4)
高齢者 1 人あたり 年平均診療費(千ウォン)	2,574	2,839	2,968	3,076	3,219	3,394	3,620
全人口 1 人あたり年平均 診療費(千ウォン)	813	895	941	967	1,022	1,085	1,130

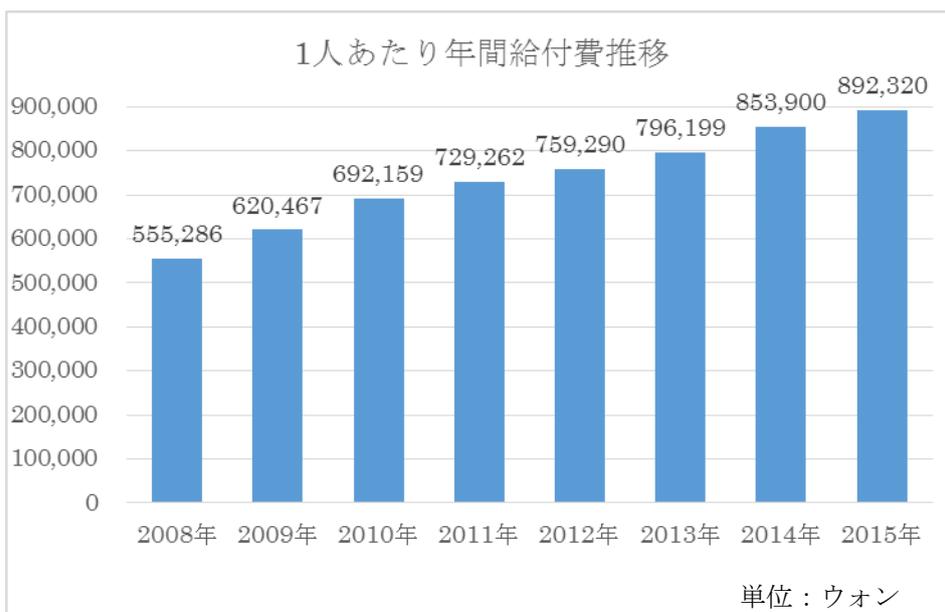
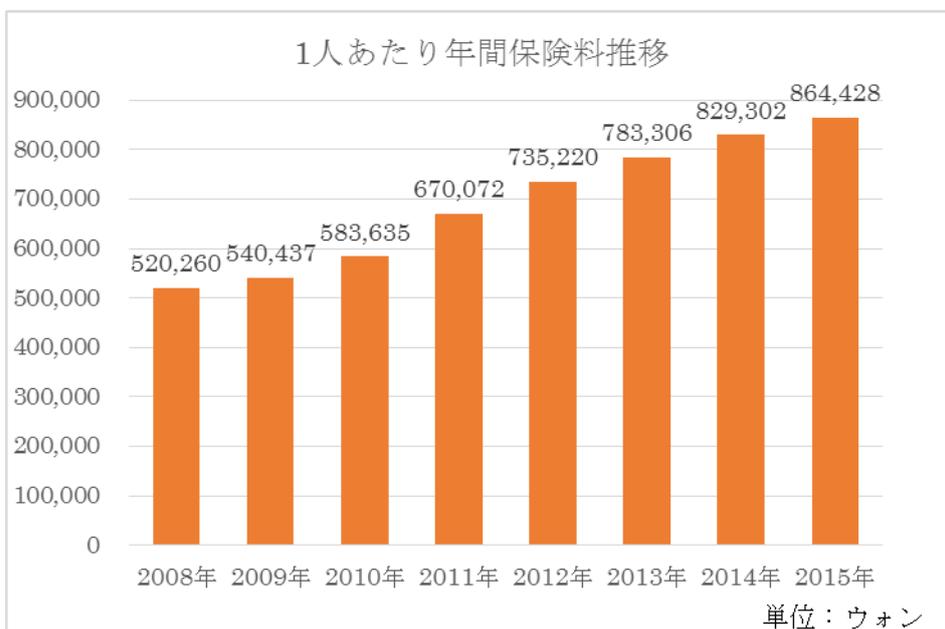
年度別健康保険高齢者診療費推移



6. 保険料負担対比給付費の現況

単位：ウォン、%

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
1人あたり年間 保険料(A)	520,260	540,437	583,635	670,072	735,220	783,306	829,302	864,428
1人あたり年間 給付費(B)	555,286	620,467	692,159	729,262	759,290	796,199	853,900	892,320
給付比率 (B/A)	106.7	114.8	118.6	108.8	103.3	101.6	103.0	103.0

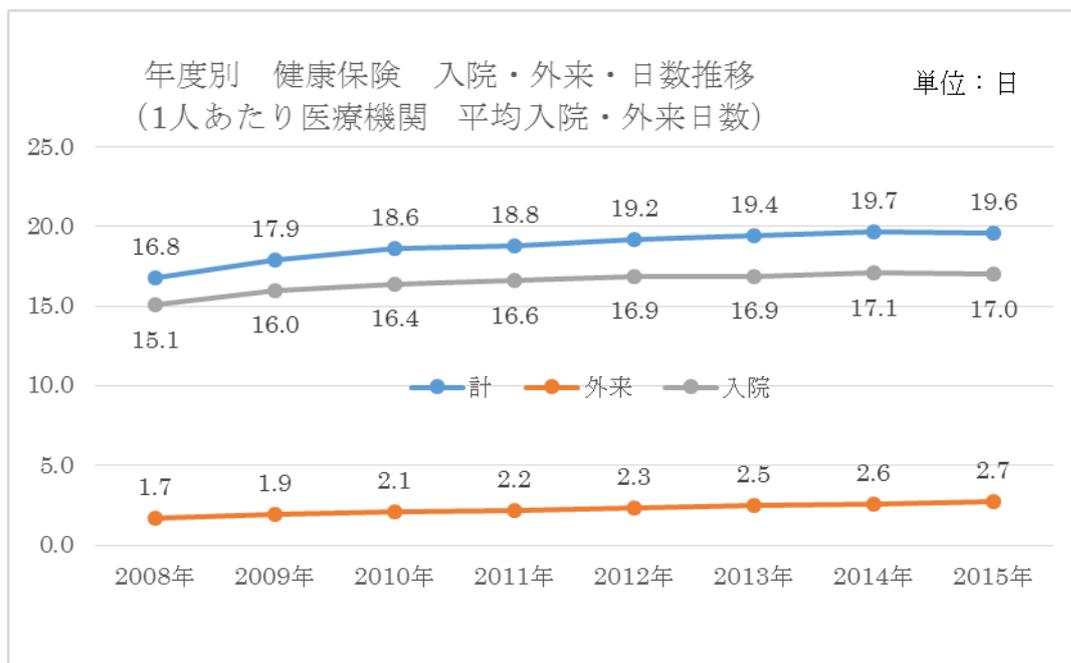


7. 年度別 健康保険 入院・外来 日数推移

(1人あたり医療機関 平均入院・外来日数)

単位：日

区分	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	2014年	2015年
計	16.8	17.9	18.6	18.8	19.2	19.4	19.7	19.6
外来	1.7	1.9	2.1	2.2	2.3	2.5	2.6	2.7
入院	15.1	16.0	16.4	16.6	16.9	16.9	17.1	17.0



8. 療養機関 現況

単位：か所、%

区分	計	上級 総合病院	総合病院	病院	医院	歯科	韓方	保健機関 等	薬局
2008年	78,461	43	269	1,883	26,528	13,918	11,480	3,507	20,833
2009年	80,270	44	269	2,039	27,027	14,425	11,940	3,511	21,015
2010年	81,681	44	274	2,182	27,469	14,872	12,229	3,515	21,096
2011年	82,948	44	275	2,363	27,837	15,257	12,585	3,508	21,079
2012年	83,811	44	278	2,524	28,033	15,566	12,906	3,502	20,958
2013年	84,971	43	281	2,683	28,328	15,930	13,312	3,504	20,890
2014年	86,629	43	287	2,811	28,883	16,377	13,654	3,516	21,058
2015年	88,163	43	294	2,868	29,488	16,822	13,873	3,508	21,267
年平均 増加率	1.68	0.00	1.28	6.20	1.52	2.74	2.74	0.00	0.29

注) 保健機関等：助産院、保健医療院、保健所、保健診療所

9. 療養機関 医療従事者 現況

単位：人、%

区分	計	上級 総合病院	総合病院	病院	医院	歯科	韓方	保健機関 等	薬局
2008年	248,799	41,638	50,153	38,879	46,131	18,473	16,272	8,937	28,316
2009年	257,930	43,597	51,723	42,118	46,996	19,217	16,887	9,076	28,316
2010年	267,452	45,922	54,351	45,086	47,624	19,730	17,246	9,081	28,412
2011年	275,194	46,288	56,194	48,110	48,309	20,318	17,812	8,818	29,345
2012年	279,053	47,963	57,529	49,277	48,657	20,709	18,117	8,662	28,139
2013年	298,676	54,813	63,056	54,489	49,343	21,248	18,676	9,002	28,049
2014年	314,501	59,987	66,642	59,378	50,553	21,735	19,097	9,021	28,088
2015年	329,315	62,138	70,483	65,775	51,590	22,434	19,510	8,931	28,454
2015年 構成比	100.00%	18.87%	21.40%	19.97%	15.67%	6.81%	5.92%	2.71%	8.64%
年平均 増加率	4.09	5.89	4.98	7.80	1.61	2.81	2.63	-0.01	0.07

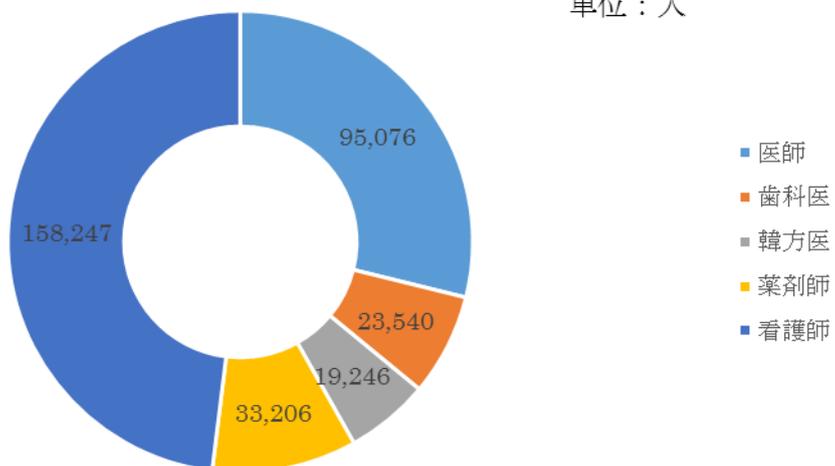
注) 対象従事者：医師、歯科医、韓方医、薬剤師、看護師

医療

	医師	歯科医	韓方医	薬剤師	看護師
2015年	95,076	23,540	19,246	33,206	158,247

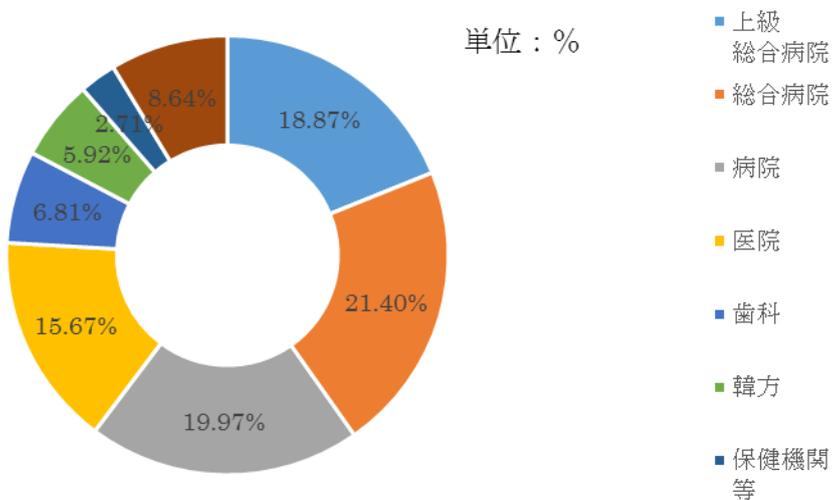
医療従事者別構成比（2015）

単位：人



医療機関別構成比（2015）

単位：%



10. 入院治療病床数 (OECD) : Inpatient Care Beds(OECD)

単位：人口 1,000 人あたり

Unit: Per 1,000 Population

区分	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
オーストラリア	-	4.0	3.9	3.9	-	4	3.8	3.8	3.8	3.8	3.7	3.7
オーストリア	9.3	8.0	7.7	7.7	7.8	7.7	7.7	7.6	7.7	7.7	7.7	7.6
ベルギー	7.7	7.8	7.4	6.7	6.6	6.6	6.5	6.4	6.4	6.3	6.3	6.2
カナダ	6.0	3.8	3.1	3.0	2.9	2.7	2.7	2.8	2.7	-	-	-
チェコ共和国	9.9	7.8	7.6	7.4	7.3	7.2	7.1	7.0	6.8	6.7	6.5	6.5
デンマーク	-	4.3	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5	3.5	3.1	-	3.1	3
フィンランド	-	7.5	7.1	7.0	6.7	6.6	6.3	5.9	5.5	5.3	4.9	4.5
フランス	-	8.0	7.2	7.1	7.1	6.9	6.7	6.4	6.4	6.3	6.3	6.2
ドイツ		9.1	8.5	8.3	8.2	8.2	8.2	8.3	8.2	8.3	8.3	8.2
ギリシャ	5.1	4.7	4.7	4.8	4.8	4.8	8.2	8.3	8.2	8.3	8.3	8.2
ハンガリー	-	8.3	7.9	7.9	7.2	7.1	7.1	7.2	7.2	7.0	7.0	7.0
アイスランド	10.5	-	-	-	4	3.9	3.7	3.6	3.3	3.3	3.2	3.2
アイルランド	8.0	6.1	5.5	5.3	5.2	4.9	3.3	3.1	3.0	2.8	2.8	2.6
イタリア	7.2	4.7	4.0	3.9	3.8	3.7	3.6	3.6	3.5	3.4	3.1	3.1
日本	-	14.7	14.1	14.0	13.9	13.8	13.7	13.5	13.4	13.4	13.3	13.2
韓国	2.3	4.7	5.9	6.5	7.3	7.7	8.2	8.8	9.6	10.3	11.0	11.7
ルクセンブルク	-	-	5.8	5.7	5.7	5.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.1	5.7
メキシコ	1.6	1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6
オランダ	5.8	4.8	4.5	4.8	4.7	4.7	4.7	-	-	-	-	-
ニュージーランド	-	-	-	-	-	-	2	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8
ノルウェー	4.7	3.8	4.0	4.0	3.8	3.5	3.4	3.3	4.2	4.0	3.9	3.8
ポーランド	-	-	6.5	6.5	6.4	6.6	6.7	6.5	6.6	6.5	6.6	6.6
ポルトガル	4.0	3.7	3.5	3.5	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.3
スロバキア	-	7.9	6.8	6.7	6.8	6.6	6.5	6.4	6.1	5.9	5.8	5.8
スペイン	4.3	3.7	3.4	3.3	3.3	3.2	3.2	3.2	3.1	3.0	3.0	3.0
スウェーデン	-	3.6	2.9	2.9	2.9	2.8	2.8	2.7	2.7	2.6	2.6	2.5
スイス	-	6.3	5.5	5.4	5.4	5.2	5.1	5.0	4.9	4.8	4.7	4.6
トルコ	-	2.0	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	2.7	2.7	2.7
イギリス	-	4.1	3.8	3.6	3.5	3.4	3.3	3.0	2.9	2.8	2.8	2.7
米国	4.9	3.5	3.2	3.2	3.1	3.1	3.1	3.1	-	-	-	-

11. 患者 1 人あたり平均入院日数(OECD): Average Length of Stay in inpatient care (OECD)

単位：患者 1 人あたり

Unit: Per Capita

区分	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
オーストラリア	-	6.3	6.2	6.2	6.2	6.0	5.9	5.8	5.8	5.7	5.5	5.5
オーストリア	12.5	9.8	8.0	7.9	7.9	7.9	7.8	7.9	7.8	7.9	8.1	8.2
ベルギー	13.8	8.4	7.4	7.3	7.2	7.1	7.0	6.9	6.8	6.7	6.6	6.5
カナダ	13.0	13.0	7.2	7.4	7.5	7.7	7.7	7.7	7.4	7.6	8.2	8.2
チェコ共和国	15.4	11.4	10.7	10.5	10.4	10.2	10.2	10.2	9.8	9.5	9.4	9.4
デンマーク	8.2	6.2	5.4	5.3	5.2	5.2	4.8	4.6	5.7	5.7	5.6	5.6
フィンランド	18.2	10.3	12.5	12.7	12.9	12.4	12.5	11.6	11.2	11.0	10.6	10.5
フランス	15.1	13.2	5.8	5.7	5.7	5.7	5.6	5.7	5.6	5.6	5.6	5.6
ドイツ	-	11.4	10.2	10.1	10.1	9.8	9.7	9.5	9.3	9.2	9.1	9.0
ギリシャ	9.9	8.4	8.0	7.0	6.9	6.6	6.7	6.6	7.0	-	-	-
ハンガリー	12.6	8.9	8.8	8.8	8.9	9.2	9.3	8.8	9.3	9.6	9.3	9.5
アイスランド	7.9	7.6	5.4	6.3	6.2	6.2	6.1	6.1	5.9	5.6	5.6	5.6
アイルランド	-	7.4	6.5	6.3	6.2	6.2	6.1	6.1	5.9	5.6	5.6	5.6
イタリア	11.7	7.7	7.4	7.5	7.5	7.6	7.6	7.6	7.7	7.7	7.7	7.8
日本	50.5	39.1	19.8	19.2	19.0	18.8	18.5	18.2	17.9	17.5	17.2	16.9
韓国	13.0	14.0	15	-	-	18	15.7	15.8	16.4	16.1	16.5	16.5
ルクセンブルク	-	-	8.5	8.3	8.5	8.5	8.6	8.8	8.4	8.4	8.7	8.7
メキシコ	-	4.2	4.0	4.1	4.1	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	4.0	3.6
オランダ	16.0	12.9	6.8	6.6	6.3	6.1	5.8	5.6	5.3	5.2	-	-
ニュージーランド	9.4	9.4	8.8	10.3	9.1	9.3	9.0	8.8	8.7	8.2	7.6	-
ノルウェー	-	8.9	5.1	5.0	5.0	4.8	4.6	4.5	-	5.7	5.6	5.6
ポーランド	12.5	8.9	8.2	8.0	7.8	7.9	7.7	7.6	7.4	7.1	7.0	6.9
ポルトガル	10.8	9.2	6.7	7.0	7.1	7.2	7.3	7.3	7	7.4	7.5	7.5
スロバキア	11.4	10.4	8.3	8.2	8.0	7.8	7.7	7.5	7.3	7.4	6.8	6.9
スペイン	12.2	9.0	7.1	7.0	7.2	7.0	6.9	6.8	6.7	6.7	6.6	6.6
スウェーデン	18.0	6.8	6.6	6.6	6.5	6.5	6.3	6.0	-	-	5.8	5.8
スイス	-	12.8	10.6	10.2	9.7	9.5	9.2	9.0	8.8	8.6	-	8.5
トルコ	6.9	5.9	-	-	5	4.3	4.3	4.1	3.9	4.0	3.9	4.0
イギリス	17.6	10.6	8.7	8.4	7.9	7.7	7.5	7.4	7.0	7.0	7.0	6.9
米国	9.1	6.8	4.8	4.8	4.8	4.9	4.9	4.8	-	-	-	-

平成 28 年度 医療保障総合政策調査・研究基金事業
韓国医療保険制度の現状に関する調査研究 報告書

平成 29 年 6 月

健康保険組合連合会
〒107-8558 東京都港区南青山 1 丁目 24 番地 4 号
TEL : 03-3403-0928

無断転載禁止