

# 健保連海外医療保障

No.99 2013年9月

## ■特集：医療費適正化の取組み

- ドイツ  
ドイツにおける医療費適正化の取組み…………… 森 周子
- フランス  
フランスにおける医療費適正化の試み…………… 加藤 智章
- イギリス  
イギリスの医療費適正化対策…………… 府川 哲夫
- 韓国  
韓国における医療費対策の動向…………… 株本 千鶴

## ■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／イギリス／韓国

# 健保連海外医療保障

No.99 2013年9月

## ドイツにおける医療費適正化の取組み

佐賀大学准教授  
森 周子  
Mori Chikako

ドイツにおける医療費適正化の取組みは1977年から始まり、今日に至るまで、需要側への働きかけのみならず、供給構造に対しても何度かの大きな制度改革がなされてきた。近年では経済の好調もあいまって医療保険財政は未曾有の黒字を記録し、財政的余裕が存在している。だが、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより今後ますます医療費の増大が懸念されるなかで、予防の促進などのさらなる取組みもなされている。また、CDU / CSU (キリスト教民主・社会同盟) と SPD (社会民主党) という二大政党間で、是とする医療費適正化の方向性が大きく異なっている。

本稿では、ドイツにおける1990年代以降の医療費適正化策の展開を概観した後、医療費の現状と今後の医療費適正化策の展望について考察する。

### 1. はじめに

ドイツは周知のように、1883年に世界で最初に医療保険を創設した国であり、医療費適正化についても、早くも1977年から着手がなされ、今日に至るまで、需要側（被保険者）への働きかけのみならず、供給構造に対しても何度かの大きな制度改革がなされてきた。近年では経済の好調もあいまって医療保険財政は未曾有の黒字を記録し、財政的余裕が存在している（詳細は後述）。だが、高齢化の進展や医療技術の進歩などにより今後ますます医療費の増大が懸念されるなかで、さらなる取組みが模索されている。

本稿では、ドイツにおける医療費適正化策の展開を概観した後、医療費の現状と今後の医療費適正化策の展望について考察する。

なお、事前にドイツの医療保険制度の特徴について触れておくと、ドイツには日本の後期高齢者医療制度のように、年齢で区分された制度は存在しない。また、一定以上の所得（2013年

は年額5万2,200€）の者は公的医療保険（法定医療保険（Gesetzliche Krankenversicherung：GKV）と呼ばれる）の強制加入の対象とはならず、民間医療保険に加入するか、または、法定医療保険に任意加入することとなる。2012年時点で全ドイツ国民の約85%（6,970万人）が法定医療保険に加入し、約15%が民間医療保険のみに加入している。法定医療保険の保険者は疾病金庫（Krankenkasse）と呼ばれ、歴史的経緯から、地区疾病金庫（AOK）（2012年平均の被保険者数は約6,970万人）、企業疾病金庫（BKK）（同約2,433万人）、同業者疾病金庫（IKK）（同約1,165万人）、農業者疾病金庫（LKK）（同約77万人）、連邦鉱夫・鉄道・海員金庫（KBS）（同約175万人）、代替金庫（Ersatzkasse）（同約2,574万人）—の6つの種別が存在する。

### 2. ドイツにおける医療費適正化策の展開

ドイツの医療費適正化の取組みは、1977年の

医療保険費用抑制法までさかのぼる。当面は、一部負担金の導入や給付の縮減といった需要側（被保険者）への働きかけに留まっていた（松本2003、26）が、それでも医療費の膨張を抑制できなかったことから、1990年代からは供給構造の改革にも着手されるようになった。

### （1）1990年代の展開<sup>1)</sup>

#### 1) 医療保障構造法 (Gesundheitsstrukturgesetz: GSG)

医療の供給構造自体に非経済性が存在することが意識され、その改革がなされた最初のものが、CDU（キリスト教民主同盟）のコール首相率いるCDU/CSU（キリスト教社会同盟）・FDP（自由民主党）連立政権下で1992年12月に成立し、1993年1月から施行された医療保障構造法であった。

本法によって、まず、疾病金庫の選択権が拡大された。従来は職種によって加入すべき疾病金庫が限定されていたが、以後、すべての被保険者が、地区疾病金庫または代替金庫を選択できるようになり、企業疾病金庫と同業者疾病金庫が当該事業所の勤務者以外の者の加入を認めた場合にも、それらを選択することが可能となった。

また、選択権の拡大による疾病金庫間の競争を公平なものとするため、「リスク構造調整」(Risikostrukturausgleich: RSA)が導入された。リスク構造調整とは、被保険者の「年齢」、「性別」、「家族被保険者数」、「所得」、「障害年金受給の有無」—の5つの指標を考慮して疾病金庫間の財政調整を行うという仕組みである。この改革により疾病金庫間の競争が激化し、保険料の高い疾病金庫から被保険者が流出したことから、疾病金庫間の保険料格差が縮小し、また、疾病金庫間の合併も促進された。

さらに、診療報酬のあり方にもメスが入れられ、保険医の診療報酬総額、病院予算額、薬剤給付等に係る支出額の毎年の伸び率を基礎賃金の伸び率の範囲内に抑えるという、予算制が導入された。また、新たな入院診療報酬制度とし

て、従来の実費用補填原則に代わり、1件当たり包括払い（特定の療養1件当たりの包括的な報酬）が導入された。

### 2) SPD 政権下での改革

1998年9月の総選挙にてCDU/CSUは敗北し、翌月にシュレーダー首相率いるSPD（社会民主党）・同盟90/緑の党の連立政権が発足した。シュレーダー政権は、経済競争が国際的に激化するなかで、ドイツ経済が国内の雇用を確保するためには、賃金付随費用（社会保険料など）の引下げが不可避であるとし、他方で、需要側の負担増を避け、医療供給の効率性を高めることに重点を置いた。そして、まず、1998年12月成立・1999年1月施行の医療保険連帯強化法 (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) では、患者負担の軽減などがなされた。また、1999年12月成立・2000年1月施行の2000年医療保障改革法 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) では、外来医療と入院医療との連携（「統合的医療 (integrierte Versorgung)」と呼ばれる）、家庭医機能の強化、予防の充実を図るための健康増進のための給付の導入などがなされた。

### （2）2000年代の展開

#### 1) リュルupp委員会

2001年11月成立・2002年1月施行のリスク構造調整改革法 (RSA-Reformgesetz) では、有病者を多く抱える地区疾病金庫などからの要望が強かった、有病率指標に基づくリスク構造調整を2007年から導入するとされ（実際は、後述する法定医療保険競争強化法により2009年からの導入となった）、それまでの当面の対策として、高額医療費に対するリスクプールと、疾病管理プログラム（指定された疾患に対する悪化防止プログラム）の導入がなされた（健康保険組合連合会2009、11）。

2002年には、法定医療保険の平均保険料率が初めて14%の大台を突破したことから、2002年12月成立・2003年1月施行の緊急措置法である保険料安定法 (Beitragssicherungsgesetz) では、

保険料率の固定、診療報酬のゼロシーリング、保険加入義務の上限の引上げなどがなされた(健康保険組合連合会2009、12)。

そのようななか、2002年11月に、当時のシュミット連邦保健相の招聘により、経済学者リュルップを委員長とする26人の委員からなる、年金・医療・介護の長期的安定のための提案を行うことを使命とする「社会保障システムの財政における持続性委員会」(通称リュルップ委員会)が設置され、2003年8月に最終報告書が出された。このなかで、医療保険については、①人頭割包括保険料(Gesundheitsprämie)(所得と関連づけられた定率の保険料徴収を廃止し、所得に関係なく定額の保険料を徴収する。その際、低所得者が不利にならないよう、税財源による調整を行う)と、②国民保険(Bürgerversicherung)(すべての国民を所得の高低に関わらず単一の医療保険制度に加入させ、保険料の賦課対象となる収入を給与収入のみならず資本収入などにも拡大する)―という2つの改革の方向性が提案された(Rürup-Kommission2003, 143-184)。

## 2) 法定医療保険近代化法(Gesundheitsmodernisierungsgesetz: GMG)

2000年代のいくつかの改革にもかかわらず、当時の景気低迷と高失業率を理由に、保険料率は上昇傾向を辿った(後掲の図表を参照)。そのため、2003年10月に成立し、2004年1月に施行された法定医療保険近代化法では、すべての関係者が負担を公平に担うことが目的の一つとされ(Deutscher Bundestag2003, 71)、まず、重複受診を抑制するなどの理由で、これまで自己負担のなかった外来診療に、1回10€(同一の疾病について四半期ごとに医療機関窓口で支払う)の「診察料(Praxisgebühr)」が導入された。そして、入院時の患者負担が従来の日9€から10€に引き上げられ、支払上限も従来年間14日から年間28日に延長された。医薬品・補助具の患者負担も、従来の包装の大きさによる2種類の定額制から、10%の定率制(ただし下限5€、上限10€)に変更された。また、「保険になじまない

給付(versicherungsfremde Leistungen)<sup>2)</sup>」に係る疾病金庫の支出を補填するために、たばこ税の引上げによる連邦の増収分をもとに、法定医療保険への連邦補助が行われることとなった(従来は連邦補助は原則として行われていなかった)(健康保険組合連合会2009、13;松本2012、13)。

この改革により、医療保険収支は2001年から3年連続で赤字であったものが、2004年には約40億€の黒字を計上した(後掲の図表参照)。

## 3) 法定医療保険競争強化法

2005年9月の総選挙では、医療保険分野においてリュルップ報告書の人頭割包括保険料に類似した「連帯的医療プレミアム(Solidarische Gesundheitsprämie)」を掲げるCDU/CSUと、同報告書の国民保険に類似した「国民保険」を掲げるSPDとが争い、いずれも過半数を確保することができず、紆余曲折の末、同年11月に、CDUのメルケルを首相とする、CDU/CSUとSPDとの大連立政権が発足した(健康保険組合連合会2009、19-20)。

この政権における最大の医療保険改革は、2007年2月成立の法定医療保険競争強化法(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)であった。本法は、CDU/CSUの主張とSPDの主張とのハイブリッドであり、大連立政権の妥協の産物とも評される。主な内容を以下に紹介する。

- ・「医療基金(Gesundheitsfonds)」の設立:連邦保険庁が設立する。従来、保険料は個々の疾病金庫が徴収していたが、今後はすべて医療基金に納付された後に、リスク構造調整を経たうえで、各疾病金庫に交付される。
- ・「有病率」指標によるリスク構造調整(Morbidity-RSA)の導入:リスク構造調整に「有病率」指標が加えられた<sup>3)</sup>。
- ・統一保険料の開始:従来は疾病金庫ごとに保険料率が異なっていたが、今後は15.5%(うち労使折半の一般保険料率は14.6%。被用者負担のみの特別保険料率(傷病手当金分に当たる)は0.9%)に統一される。

- ・医療基金からの交付金のみでは支出を充足できない場合には、当該疾病金庫は追加保険料（事業主の負担なし）を設定することが可能となる<sup>4)</sup>。
- ・特別解約告知権の規定：追加保険料を徴収する疾病金庫に対して、被保険者は、疾病金庫を変更する解約告知権を2カ月後に行使し得る<sup>5)</sup>（健康保険組合連合会2009、29）。
- ・黒字の疾病金庫は被保険者に対して配当金を給付し得る。
- ・連邦補助の増額：保険料率の上昇圧力を緩和するために25億€の連邦補助が支出され、その後、毎年15億€増額し、最終的には140億€にまで増額される<sup>6)</sup>。
- ・「国民皆保険」：すべてのドイツ居住者は法定医療保険または民間医療保険への加入を強制される<sup>7)</sup>。
- ・種別を超えた疾病金庫の統合が可能となる。
- ・疾病金庫における「選択タリフ（Wahltarif）」（任意契約の付加保険）の導入：疾病金庫が必ず提供しなければならない「強制タリフ」（統合的医療、疾病管理プログラム、家庭モデルなど）と、任意に提供し得る「任意タリフ」（配当金、自己負担、費用償還など）に区分される<sup>8)</sup>（詳細は健康保険組合連合会2009、32-33；田中2013、8を参照のこと）。

以上のうち、医療基金の設立、リスク構造調整における有病率指標の導入、統一保険料などは2009年1月に施行された。統一保険料の下で、被保険者が疾病金庫を選択する際の従来の保険料率に代わる新たな基準とすべく、追加保険料、配当金、選択タリフなどの導入がなされたと考えられる。

なお、2009年7月には、当時の危機的な経済状況を理由に、一般保険料率が0.6%引き下げられ、特別保険料との合計は14.9%とされた（後掲の図表参照）。

#### 4) 大連立政権の解消

2009年9月の選挙においてSPDが敗北を喫し、

大連立政権が解消され、メルケルを引き続き首相とするCDU/CSUとFDPの連立政権が発足した。連立協定のなかでは、予防と競争が重視され、医療政策については短期と長期の対策が構想された。前者については、被保険者だけが収入不足を背負わされるのではなく、国全体での対策が講じられるとされ、また、無駄な支出を避けることが挙げられ、後者については、保険料自治の強化、収入とリンクせず社会的に調整された被用者負担への移行一などが挙げられた（藤本2011、8；CDU/CSU/FDP2009、86）。

#### (3) 2010年代の展開

2010年11月に法定医療保険財政法（GKV-Finanzierungsgesetz）が可決され、2011年1月に施行された。ここにおいて、改革がなされなければ2011年の財政赤字は約90億€に上ると連邦保健省は指摘し、収入安定化策と支出抑制策が論じられた。

すなわち、前者に関しては、2009年7月に引き下げられていた保険料率が15.5%に戻され、また、医療費の動向と労働費用との連動を解除するために、一般保険料率における使用者負担率を7.3%に固定し、将来において支出が増大した場合には、疾病金庫がその分を、賃金と切り離された追加保険料として被保険者から徴収することとした。追加保険料には上限は設けられないが、低所得者への過重負担を避けるため、平均追加保険料の額が所得の2%を超える者は、当該超過分につき、税財源による補助を受けられる。

また、後者に関しては、疾病金庫の事務費が以降2年間は2010年よりも高くなることは認めず、また、病院支出の増大と開業医の報酬の伸びが抑制される。さらに、2010年11月成立・2011年1月施行の医薬品市場新秩序法（Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz:AMNOG）によって、新薬の価格設定の高騰が抑制されることとなった<sup>9)</sup>。

なお、2011年以降の良好な医療保険財政の状況を受けて、2012年12月成立の支援介護法

(Assistenzpflegegesetz) によって、2013年1月から診察料は廃止され、その分の疾病金庫の収入源は医療基金の流動性準備金（詳細は後述）から賄われるとされた。

### 3. 医療費の現状と今後の医療費適正化策の展望

#### (1) 医療費の現状

以上のような一連の医療費適正化策の結果、医療費がどのように推移したのかを確認する。

ドイツにおける医療保険財政の推移は図表のとおりである。2012年時点では1,896.9億€の収入と1,842.5億€の支出となっており、54.4億€の黒字である。近年の推移をみても、2004年以降は2010年を除き黒字を維持し続けている。収入の伸び率も、2011年以降は支出の伸び率を凌駕している。

図表には掲載していないが、医療基金も2009年には25億€の赤字となったものの、2010年は42億€の黒字となり、2011年も53億€の黒字、2012

年も36億€の黒字となり、黒字の累積である流動性準備金は合計131億€に達した。連邦保健省はこの状況について、賃金の伸びと雇用が好調を維持していることが原因としている(BMG2013c)。

疾病金庫についてみると、数は一貫して減少傾向にあり(図表参照)、最新の2013年1月1日時点では134である。また、疾病金庫全体の準備金は2012年末時点で152億€に達している。2013年8月時点で、追加保険料を徴収している疾病金庫は存在せず、配当金を給付している疾病金庫は27金庫である(Krankenkassen, Deutschland2013)。

#### (2) 今後の医療費適正化策の展望

現在、構想されているのは予防の促進であり、2013年6月には連邦議会にて「予防促進法(Präventionsförderungsgesetz)」が可決され、2014年より施行される予定である。学校、老人ホーム、企業、スポーツ団体などが疾病金庫と連邦健康啓蒙センター(Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)から健康増進に関

図表：ドイツの法定医療保険に関する主要統計

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>収入(単位：10億€)</b>	135.79	139.71	141.05	144.27	145.74	149.93	156.06	162.52	172.20	175.60	183.77	189.69
うち：保険料	131.89	136.21	137.78	140.11	140.25	142.18	149.96	155.88	1.2	1.75	1.75	1.19
リスク構造調整を除く その他収入	3.90	3.50	3.27	4.16	5.49	7.75	6.09	6.63	171.01	173.85	182.02	188.50
連邦補助	-	-	-	1.0	2.5	4.2	2.5	2.5	7.2	15.7	15.3	14.0
収入の対前年比伸び率	-	3.19%	1.23%	1.46%	0.63%	2.78%	4.14%	4.30%	7.99%	2.28%	4.91%	3.12%
<b>支出(単位：10億€)</b>	138.81	143.03	145.09	140.18	143.81	148.00	153.93	160.94	170.78	175.99	179.61	184.25
うち：給付総額	130.63	134.33	136.22	131.16	134.85	138.68	144.43	150.90	160.40	164.96	168.74	173.15
うち*：医師の診療	22.42	22.80	23.33	21.86	21.95	22.69	23.55	24.65	26.39	27.09	27.63	28.25
薬剤	21.56	22.66	23.40	21.13	24.67	25.10	27.04	28.39	30.00	30.18	28.98	29.20
病院での診療	44.60	45.79	46.31	47.17	48.53	49.93	50.42	52.14	55.41	58.13	59.95	61.66
支出の対前年比伸び率	-	3.13%	1.88%	-3.47%	2.48%	2.99%	4.25%	4.62%	6.63%	3.15%	2.53%	2.51%
<b>収支(単位：10億€)</b>	-2.69	-3.41	-3.40	4.02	1.68	1.63	1.70	1.43	1.42	-0.39	4.17	5.44
疾病金庫数 (1月1日時点)	396	355	324	280	267	257	242	221	202	169	156	146
保険料率**	13.58%	13.98%	14.31%	14.22%	13.73%	13.31%	13.90%	14.00%	15.50% (7月より) 14.90%	14.90%	15.50%	15.50%

注1 \* 主要な支出項目のみ紹介。

2 \*\*2001～2008年までは全ドイツの疾病金庫の平均保険料率。2009年以降は統一保険料(労使折半の保険料+被用者のみ負担の特別保険料)。

出所：BMG(2013a)；GKV-Spitzenverband(2013)

する支援を受けるとされ、疾病金庫の予防給付に関する支出は現在の2億€から5億€へと増大することになる（BMG2013b）。

なお、2013年9月に連邦議会選挙が実施されるが、二大政党の選挙プログラムをみると、SPDは依然として国民保険の導入に固執しており（SPD2013, 73）、CDU/CSUは現在の路線を踏襲したうえで、疾病金庫の競争の一層の強化、多額の黒字を抱える疾病金庫に対する被保険者への配当金給付の義務化などを提唱している（CDU/CSU2013, 75-76）。

#### 4. おわりに

ドイツにおける医療費適正化策の根底には、雇用への悪影響を防ぐため、企業負担を減らすべく保険料の上昇を食い止めるために医療費の増大を抑制するという方針と、将来における高齢化の進展と医療技術の進歩によって医療費の一層の増大が予想されるなかで、持続可能な医療保障制度を構築するという方針とが存在する。興味深いのは、それらの方針を実現するための手段が二大政党間で異なる点である。

すなわち、SPDは被保険者間の公正を追求し（国民保険の構想など）、需要側の負担を減らすことを意識した医療費適正化を志向する。

かたや、CDU/CSUは、事業主負担をなるべく少なくしつつ、需要側の負担増と疾病金庫の経営努力によって医療費適正化を実現しようとする。保険料率における使用者負担率の固定化や、賃金と切り離された追加保険料の導入などに、そのことが如実に現れている。

現在は好調を維持している医療費適正化策であるが、歴史的にみると、効果は短期的であることが多い。CDU/CSUは2013年に診察料を廃止し、選挙プログラムでは黒字を多く抱える疾病金庫に被保険者への配当金を支払わせることを義務化しようとしている。これらのことは、被保険者にとっては好ましいことではあるが、連邦参議院や地区疾病金庫の理事が指摘する<sup>10)</sup>ように、黒字分を今後の支出増や景気変動などへの

備えとすることについても配慮すべきであり、慎重が必要であると思われる。

今後、CDU/CSUが提唱する所得と保険料との切り離しは一層進展するのか、あるいは、SPDが政権を奪取することで国民保険への方向転換が生じるのか。医療費適正化策のさらなる展望を探るうえでも、2013年9月の総選挙の行方を注視する必要がある。

#### 注

- 1) 本項の記述は松本2003, 25-54;健康保険組合連合会2009,7-11に依拠する。
- 2) 保険料によって賄う根拠が薄い給付のこと。大部分は家族被保険者に関する給付。
- 3) なお、従来存在していた「家族被保険者数」指標と「所得」指標は除外された。
- 4) 当初は、追加保険料が月額8€を超える場合は被保険者の保険料算定所得の1%を超えないこととされていたが、後の2011年の医療保険財政法により、この制限が撤廃された。
- 5) 通常は、同一の疾病金庫の被保険者として18カ月経過しなければ解約告知権を行使する（疾病金庫を移動する）ことはできない（健康保険組合連合会2009,23）。
- 6) 財源は一般財源から賄われる。なお、2010年には景気低迷を理由に臨時的な連邦補助（39億€）が行われたため、これを加えた連邦補助の額は157億€となっていた（松本2012, 13）。なお、2012年時点では140億€となっている（図表参照）。
- 7) 無保険者（当時において20万人存在すると推計された）は原則として直近に加入していた法定医療保険または民間医療保険に再加入しなければならない。ここにおいて、民間医療保険の保険料率が不当に高く設定されることを防ぐため、民間医療保険は「基礎タリフ（Basistarif）」を提供しなければならないとされた。基礎タリフの給付範囲と給付メニューは法定医療保険に相当するものでなければならず、法定医療保険の平均最高保険料を超えてはならない（田中2013, 7）。
- 8) 任意タリフには3年間の契約拘束期間が存在するが、強制タリフには契約拘束期間は存在しない。

- 9) 具体的には、すべての新薬について、市場導入に際し有用性評価を行い、明らかな効能を有する新薬の価格を製薬会社と連邦共同委員会 (Gemeinsamer Bundesausschuss:G-BA) が共同で決定することとなり、従来のように製薬会社が新薬に高額な価格を設定することを防ぐこととなった(土田2013,5)。
- 10) 連邦参議院は支援介護法の可決にあたり、2014年以降の診察料の減少分を賄う方策を早急に法定すべきであると警告した(Nakielski/Winkel2013, 21)。また、バイエルン地区疾病金庫のシェッサー (Schösser) 理事は、疾病金庫の黒字の状況は疾病金庫ごとに異なるとし、黒字分は配当金に回すだけでなく、今後予想される予防給付などへの支出増への備えに用いることも重要であると指摘した(Schösser2012)。

den Kassen sind nicht von Dauer”, in: *Soziale Sicherheit*, 6/2012.

- ・GKV-Spitzenverband (2013) : Zahlen und Grafiken. ([http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen\\_und\\_grafiken/zahlen\\_und\\_grafiken.jsp#lightbox](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox)).
- ・Krankenkassen. Deutschland (2013) : Krankenkassen- Beitrag (<http://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/>).
- ・Nakielski, Hans/ Winkel, Rolf (2013) : Was sich 2013 ändert(e), in: *Soziale Sicherheit*, 1/2013.
- ・Rürup Kommission (2003) : *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*.
- ・SPD (2013) : *Das Wir entscheidet*.

#### 参考文献

- ・健康保険組合連合会 (2009) 『ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書』
- ・田中耕太郎 (2013) 「ドイツの民間医療保険」『健保連海外医療保障』98
- ・土田武史 (2013) 「ドイツにおける薬剤政策」『健保連海外医療保障』97
- ・藤本健太郎 (2011) 「ドイツの医療保険制度改革における2つの方向性」『経営と情報』24(1)
- ・松本勝明 (2012) 「ドイツにおける社会保障財源の見直し」『海外社会保障研究』179
- ・松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I - 医療保険 -』信山社
- ・BMG (2013a) : Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln.
- ・BMG (2013b) : Mehr Gesundheitsförderung denn je- Bundestag beschliesst das Gesetz zur Förderung der Prävention.
- ・BMG (2013c) : Positive Lohn- und Beschäftigungsentwicklung stärkt Sozialsysteme- auch die gesetzliche Krankenversicherung erzielt 2012 Mehreinnahmen.
- ・CDU/CSU/FDP (2009) : *Wachstum. Bildung. Zusammenhalt*.
- ・CDU/CSU (2013) : *Gemeinsam erfolgreich für Deutschland*.
- ・Deutscher Bundestag (2003) : Drucksache, 15/1525.
- ・Schösser, Fritz (2012) : “Die Überschüsse bei

## フランスにおける医療費適正化の試み

北海道大学大学院法学研究科教授  
加藤 智章  
Kato Tomoyuki

社会保障給付の伸びが国民総生産の伸びよりも大きいという逆転現象は、世界各国に共通に見られる。保険料率あるいは税率は高止まりの状態にあり、これ以上の引き上げは困難である。社会保障給付の縮減も、社会保障への依存を強めている現状では簡単に実現されない。さりとて、収支の不均衡を放置することもできない。フランスではこのような閉塞状況にどのように対応しているか、その打開策を検討する。多種多様な需要抑制策を採用する一方、ガバナンスの強化を通じたサービスの質の向上を目指しているといえる。

### はじめに

医療費の対GDP比および国民一人当たりの医療費はともに、アメリカ合衆国が群を抜いた首位独走状態にある。フランスは、国民1人当たりの医療費がOECD諸国中第3位であり、国民1人当たりの医療費も日本と比べて900ドルほど多い。フランスにおける一部負担割合は日本と同じく3割であるから、人口千人当たり医療従事者・病床数をも加味すると、フランスでは、いわゆる“はしご受診”の結果、医療費が高くなっていることを示唆しているように思われる（表1参照）。

フランスはまた世界でも有数の薬剤消費国である。わが国の国民医療費に相当する医療・医療財消費額は2011年1,800億ユーロで、うち薬剤消費は347億ユーロで全体の19%強を占めている<sup>1)</sup>。日本は2010年のデータであるが、薬局調剤医療費は6兆1,412億円で国民医療費の16.4%である（平成22年度国民医療費の概況）。ただ、OECDヘルスデータによれば、総医療費に占める薬剤費の割合は、フランスが15.9%日本が20.3%、1人当たり薬剤費につきフランス637.3ドル日本651.6ドルとなっている（ともに2010年）。

ある論者によれば、過去30年間の医療保険に関する改革は、①財源の拡充、②需要の抑制、

表1 データから見た各国の医療（OECDヘルスデータ2013に基づき筆者作成）

	医療費の概況		人口千人当たり 医療従事者数・病床数		
	医療費の 対GDP比	国民1人当たり医療費	医師数	看護師数	病床数
フランス	11.6%	4,118ドル	3.3人	8.7人	6.4床
日本	9.6%	3,213ドル	2.2人	10.0人	13.4床
アメリカ	17.7%	8,508ドル	2.5人	11.1人	3.1床
OECD平均	9.3%	3,339ドル	3.2人	8.7人	4.8床

③供給抑制など費用の削減、④管理運営の効率化すなわちガバナンスの強化、⑤医療の質の見直し、という5つの類型に分類されるという<sup>2)</sup>。この視点から概観すると、90年代後半からのフランスにおける改革は、②需要の抑制、④ガバナンスの強化および⑤医療の質の見直しに重点を置いているといえる。以下では、医療費抑制に関連する施策を打ち出した3つの枠組を中心に検討していきたい。その3つとは、社会保障財政法律（LFSS）、2004年法および2009年法である。

## 1. 社会保障財政法律の制定と改正

### (1) ジュベプランにより社会保障財政法律の制定

フランスは、ながらく労使代表による管理という当事者参加原則と保険料を財源とする財政的自律原則に基づき社会保障制度を運営してきた。そもそも、第5共和制憲法では社会保障の基本原則のみが法律事項とされ、社会保障財政に対する議会の統制は強いものではなかった。しかし、1980年代以降、高い失業率のために社会保障財政の不均衡に悩まされてきたうえ、度重なる改革も制度状況を抜本的に改善するには至らなかった。こうして、巨額の累積赤字の存在により労使の管理運営能力が疑問視される一方、1990年に導入されたCSGに代表される租税代替化の進行により、社会保障財政に対する議会の関与を明確にすることとした。ジュベプランである。この改革に基づき憲法を改正し、憲

法34条に社会保障財政法律（LFSS）に関する規定を設けた（1996年2月22日の憲法的法律N0.96-138号）。この社会保障財政法律を通じて、議会は「社会保障の財政的均衡の一般条件を決定し、その収入の見通しを踏まえ、支出の目標を確定する」ことができるようになった<sup>3)</sup>。同時に、社会保障財政法律の中に医療保険支出全国目標（ONDAM）を設定した。

しかし、予算法ともいえる財政法律（LO）が支出可能な上限を設定するのと異なり、社会保障財政法律は収入の見通しを前提とした支出目標を設定するに止まっていた。したがって、現実の結果が目標値と乖離していても、それに対する制裁手段や規制手段が存在しなかった。こうした拘束力の弱さはONDAMの推移に明らかである（表2参照）。設定初年度である1997年こそ、実績値は目標値を下回ったものの、その後は実績値が目標値を上回る事態が続いた。このことは、ONDAMの信頼性を損なうばかりでなく、LFSSの存在意義をも疑わせることになる。このため、2005年8月2日の組織法律（以下、2005年組織法という）により、社会保障財政法律の見直しが行われ、規律対象を再構成し、財政法律との整合性を図り、議会の統制を強化することとなった<sup>4)</sup>。

### (2) 社会保障財政法律の改正

2005年組織法による社会保障財政法律の改正は、2001年8月1日の財政法律に関する組織法の改正の影響を強く受けている<sup>5)</sup>。これは国家予

表2 社会保障財政法律における1997年以降のONDAMの推移

(単位：億ユーロ)

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
目標額	915	936	960	1,004	1,057	1,128	1,235	1,297	1,345	1,407
実績額	914	951	976	1,030	1,088	1,167	1,247	1,310	1,349	1,413
差異	+1	-15	-16	-26	-31	-39	-12	-33	-4	-6

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
目標額	1,448	1,520	1,576	1,624	1,671	1,712	1,754
実績額	1,476	1,529	1,581	1,618	1,671	1,708	****
差異	-28	-9	-5	+6	0	+4	****

算と社会保障財政とが密接に関連するだけでなく、EU法の規制が社会保障財政にも及ぶからである。

以下では、議会の権限強化とONDAMの2段階化を中心に、2005年組織法を検討する。

### 1) 議会の権限強化

これについては、社会保障財政法律の対象となる制度の規模、対象期間、対象事項および情報提供機能に関係する。

第一は制度規模の拡大である。改正前までは、収入に関しては特に下限を設けていなかったが、支出面では2万人以下の法定基礎制度を対象としていなかったために、収入と支出の対象範囲が異なっていた。このため、すべての法定基礎制度を採決の対象とすることとした。こうして、収入と支出の審議対象の範囲を一致させることとなった。

第二は、議会による採決の対象期間をそれまでの2年間から、4年間に延長した。社会保障財政法律の複数年の要素を強化し、長期的な政策遂行が目指されることとなった。

第三は、対象事項の明確化である。保険料の減免等の措置を行う場合、国家予算による財源の補填が必要とされるが、財源補填を伴わない保険料の減免等の措置は、社会保障財政法律によってのみ規定できることとされた。

第四は、議会に対する情報提供機能の拡充である。対象期間の長期化に伴い、社会保障制度に関する部門別の4年間にわたる収入・支出の予測に関する報告書が議会に提出される。また、社会保障財政法律の附属報告書として、保険料の減免等に関して講じられた措置およびその財政影響等を提出しなければならない。このほか、附属報告書の詳細化ともいべき取組として、政府および関係機関は議会に対して、前年度の赤字および黒字の処理方法に関する報告書、社会保障制度各部門における質・効率性に関する取組、制度運営に関する複数年の管理・手段目標など、11項目にわたる報告書を提出することとされた。

### 2) ONDAMの2段階化

社会保障財政法律の問題のひとつは、財政法律と異なり、その規律性ないし規律力に乏しいことであった。その端的な事例がONDAMである<sup>6)</sup>。社会保障財政法律がはじめて制定された1997年度こそ、実際の数値がONDAMの目標値を下回ったものの、その後は、目標値は実現されることはなかった。この目標と現実の乖離が社会保障財政法律の信頼性を大きく損ねているとの認識から、05年組織法はONDAMを全体目標 (objectifs) と下位目標 (sous-objectifs) の二段階で制定することとした。また、後に言及する2004年法は、ONDAMの実効性を確保するために、警告委員会を設けた。

現在、下位目標については表3のように、開業医部門、病院部門 (T2A適用医療施設、その他の医療施設)、社会医療部門 (高齢者施設、障害者施設)、それ以外に分類されている。ONDAMの細分化は、それ自体がただちに医療保険における支出を抑制する効果を期待されているのではない。しかし、支出超過を繰り返す医療保険部門において、いかなる領域が赤字の根源になっているのかを明らかにするとともに、医療費抑制策の効果を判定する材料を提供する。この意味で、ONDAMは医療費抑制策のターゲットを絞り込むためのシステムであり、抑制策の効果を検証する手段といえることができる。

ONDAM設定の効果として指摘すべきこと

表3 2012年・2013年におけるONDAMの下位目標額 (単位：億ユーロ)

	2012	2013
開業医 (Soins de ville)	78.5	80.5
病院部門	74.6	76.5
T2A 適用医療施設	55.4	56.7
その他の医療施設	19.2	19.8
社会医療部門	16.5	17.1
高齢者施設	8.0	8.4
障害者施設	8.4	8.7
その他	1.2	1.3
合計	170.8	175.4

出典：表2・3ともに <http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2013> 等に基づき筆者作成

は、診療行為共通分類（CCAM）と1件当たり包括評価方式（T2A）の導入である。日本にとってはあまり参考にはならないが、診療報酬の支払い方式や提供された医療行為の表記を統一するシステムである。

CCAMは診療報酬表の一元化ともいうべきもので、開業医であれ病院施設であれ、医療行為の表記を統一するとともに、診療報酬基準の統一化を図るものである。2005年4月1日から施行された。また、T2Aは、フランス版DRGに基づく入院診療に関する算定方式であり、公立病院と民間病院における診療報酬の算定方式を統一することを意図する。公立病院については、2004年から導入を開始し、総枠予算制を徐々に縮減し、2012年にはすべての施設で実施される予定であったが現在のところ、2018年における完全施行が目指されている。ONDAMによる医療情報の共有化や医療政策の透明化を促進しようとする政策要請が、これらCCAMやT2Aに結びついたといえよう。

## 2. 2004年8月13日法による医療保険改革

話はやや前後するが、2005年組織法による社会保障財政法律の改正前に、医療保険に関する重要な改革が行われた。2004年8月13日の法律である<sup>7)</sup>。

本稿冒頭に示した医療保険を5つの類型に分類した論者によると、2004年法は①財源の拡充、②需要の抑制および④ガバナンスの強化に着目した改革であるとされる<sup>8)</sup>。このうち財源の拡充は、医療保険の長期的な安定を目的として、一般社会拠出金（CSG）の算定基礎を拡大しその料率を引き上げたほか、累積赤字の解消に関連して、社会債務償還拠出金<sup>9)</sup>の算定基礎も、稼働所得に対して97%に引き上げ、2014年1月末までとされていた拠出金の徴収期間を、債務返済の完了まで延長した。

以下、需要の抑制に関しては受診時定額負担金とかかりつけ医について、ガバナンスの強化

に関してUNCAM、HASおよび警告委員会についてややくわしく考察する。

### (1) 需要の抑制

#### 1) 受診時定額負担金の導入

受診時定額負担金の負担は、医療保険と労災保険に関する医療給付の受給者を対象に、2005年1月1日から実施された。しかし、18歳未満の被扶養者、妊娠6か月までの妊婦・産後12日までの産婦および医療扶助受給者などは対象外とされる。

受診時定額負担金の対象となる医療行為は、開業医あるいは病院施設において行われる診察・治療・検査であり、放射線検査や臨床検査も対象とされる。次に述べるかかりつけ医での診療行為も定額負担金の対象となる。しかし、入院期間中に行われる診療、歯科診療あるいは助産師や開業看護師の行う診療行為は対象外である。

負担額は、1回の診療につき1ユーロである。フランスの外来診療は償還払方式を採用しているため、患者は医師に対し診療報酬全額を支払った後に、所属する医療保険金庫から保険給付相当額の払い戻しを受けることになる。その際、払戻額から1ユーロを差し引く形式で、定額負担金を負担することとなる。しかし、上限額が50ユーロとされているため、単純に言えば、50回を越えて外来診療を受ける場合には、50回目以降は定額負担金を負担することはない。

#### 2) かかりつけ医の指定<sup>10)</sup>

かかりつけ医の指定は、患者をかかりつけ医に誘導し、そこから病状に応じた診療の道筋を設定するという意味で、受診行動の合理化を目的とする。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない。18歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意による。通知は、所定の用紙に、被保険者とかかりつけ医の住所、氏

名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。

医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、その指定に地理的制約はない。例えば週末には実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための居住地のどちらかできかりつけ医を指定することになるが、患者の選択に委ねられている。しかし、複数の医師をかかりつけ医に指定することは認められない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。

かかりつけ医制度の核心は、かかりつけ医がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。しかし、この増額は緊急の場合や旅行先での受診、あるいはかかりつけ医の不在の場合には適用されない。また、婦人科医、眼科医および歯科医については診療の性格から、小児科医については患者の年齢との関係で、一部負担金の増額措置はとられない。このかかりつけ医制度は、2005年7月1日から実施されている。

## (2) ガバナンスの強化

### 1) 全国医療保険金庫連合(UNCAM)の創設

全国医療保険金庫連合(以下、全国金庫連合と略す)は、法定基礎制度における3つの全国金庫すなわち全国被用者医療保険金庫、全国非農業非被用者疾病出産保険金庫および中央農業共済金庫の上位に立つ組織と位置づけられる。全国金庫連合は、医療関係者の全国団体との間で枠組協定、協約、追加協定・附属協定に関する交渉を行い、締結をする。また、医療保険において償還の対象となる診療行為や給付の範囲を画定するとともに、被保険者の一部負担金あるいは薬剤や保険給付の償還率に関する決定権などを有する。

全国金庫連合には、評議会と事務総長のほか、事務局長会が置かれる。評議会は全国金庫連合の一般的な方針を定める機関であり、方針の原案を作成するのは、連合を構成する3全国金

庫の事務総長・事務局長から構成される事務局長会である。全国被用者医療保険金庫の事務総長は全国金庫連合の事務総長を兼任し、この事務局長会においても2票の投票権をもつものとされている。この意味で、全国金庫連合の実質的な運営は事務局長会、とりわけ全国被用者医療保険金庫の事務総長に委ねられることになる。

フランスは、わが国とは異なり、医師、看護師など医療職種毎に診療報酬を協約の形式で決定するため、全国金庫連合とりわけ事務総長の権限は強大で重要な役割を果たす。

### 2) 高等保健機構(HAS)の創設

高等保健機構は、医療の質を確保するための中心的組織と位置づけられる。独立行政法人であり、独立採算によって運営される<sup>11)</sup>。医薬品、診療行為および給付に関する定期的な評価を行い、医療保険の負担割合や長期疾病(ALD)患者に関する負担条件の決定過程において意見を表明するほか、医療の質を確保するため、あるべき診療のガイドラインを作成し、その推奨・普及に努めるとともに、医療従事者や国民に対する情報提供を行う。また、医療施設における診療内容や安全性に関する評価を行う。

高等保健機構は、販売認可を受けた医薬品について、それを医療保険の償還対象医薬品とする場合には、高等保健機構に置かれる「透明性委員会」において一定の評価を受けなければならない。いわば、医療保険における償還対象としての品質保証に関する評価を受けた後、販売価格と償還率が決定されることになる。

フランスで注目されるのは、薬剤の償還率が薬剤投与の必要性や薬価に応じて5段階に分かれていることである。①非代替的かつ高価な薬剤、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤、③一般的な疾病に対する薬剤、④効果が低いとされる薬剤および⑤その他であり、償還率はそれぞれ、100%、65%、30%、15%および0%となっている。また、後発医薬品を普及させるために、薬局における代替調剤権や第三者支払制度の導入が行われている。さらに受診時定額

負担金に関連して、薬剤1パッケージにつき0.5ユーロの免責負担金が賦課される。

### 3) 医療保険費用の推移に関する警告委員会 (以下、単に警告委員会という)

ONDAMの実効力を担保する警告委員会は、毎年遅くとも6月1日までの段階でONDAMの推移に関する意見書を提出する<sup>12)</sup>。医療保険費用の推移がONDAMを0.75%上回ると判断したときには、ONDAMの範囲内に収めるために必要な措置の提言を含めて、議会、政府および医療保険全国金庫に、その旨を警告する任務を負う<sup>13)</sup>。

このような警告手続が2007年にはじめて発動された。4月6日、警告委員会はそれまでの趨勢が続けば、ONDAMが0.75%の警告発動ラインを突破する可能性の高いことを示唆した。事実、2007年の最初の5か月間で、対前年度比5.4%の上昇が見られた(6月29日意見書)。そして遂に5月29日、委員会は警告手続を発動することを決定した。

具体的な発動措置については、受診時定額負担金を1回1ユーロから4ユーロに引き上げることなどが検討されたが、結果的には、薬剤定額負担金、パラメディカル受診時定額負担金および移送時定額負担金が導入された<sup>14)</sup>。薬剤の1パッケージおよび1診療行為あたり0.5ユーロ、また移送1回当たり2ユーロとされる。受診時定額負担金と同じように、年50ユーロを上限とし、パラメディカルの診療行為については、1日当たり2ユーロ、移送については1日当たり4ユーロを限度とする。この薬剤等定額負担金についても、妊婦、18歳未満の者、CMU-C受給者および労働災害の被災者はその負担を免れる。入院時に提供される薬剤や診療行為あるいは救急医療に関する領域に関しては、この定額負担金は適用されない。

## 3. 2009年7月21日法(HPST法)<sup>15)</sup>によるARSの創設

HPST法は、すべての地域において医療へのアクセスを確保するために、既存の保健医療・

福祉の供給体制を再編することを主要な目的とする。とりわけ地域における包括的なコントロール主体を設置し、供給者間の連携強化を通じて医療へのアクセスを確保しようとするものである。HPST法は、4編から構成されている。「医療施設の現代化」、「質の確保された医療へのすべての人のアクセス」、「予防と公衆衛生」および「保健医療システムの地域組織」である。ここでは、2004年法におけるガバナンスの強化とも密接に関連するARSについて考察を進める。

地域圏保健庁(ARS)は1996年に創設された地域圏病院庁(ARH)の後継組織で、国の定めた保険医療に関する全国目標や計画を地域圏レベルで具体化する権限を持ち、地域的な特性を踏まえて地域圏の優先課題を決定し、それを推進する役割を担う<sup>16)</sup>。医療費の増加傾向は、それ自体、肯定的に評価することも可能ではあるが、財源に限界がある以上、すべての人にとって最も有効な活動の選択すなわち優先順位付けを行わなければならない、との認識に基づき、地域圏ごとに有効な政策を立案し、かつその政策を実現することを任務とする。端的にいえば、保健医療に関する地方出先機関を統合することによって、地域圏における保健医療政策を推進する組織と位置づけられる。具体的には、ONDAMが目標値を達成できるよう、逆に言えば目標値を超えないように、保健医療サービスの供給側面に関するコントロールを通じて、医療システムを効率的に運営することが求められる。

## 若干のまとめ

ジュペプラン以後、フランスはガバナンスの強化と需要の抑制を中心に、医療費の抑制に取り組んできた。外来診療・入院診療を問わず患者の一部負担金は3割であり、かかりつけ医以外の診療を受けた場合には、7割負担とされる。一部負担金のほかに、受診時定額負担金、薬剤定額負担金あるいはパラメディカル受診時定額負担金などが存在する。また薬剤については、薬

効に応じて償還率が多段階に設定されている。このように、フランスにおける需要の抑制策は多種多様である。しかし、このような取組を専ら被保険者に負担を強いるものと理解するのは早計に思われる。

フランスには、高齢者だけを対象とする医療保険制度や一部負担金の上限を画するともいうべき高額療養費のような保険給付は存在しない。しかし、長期疾病（ALD）というシステムが存在する。これは、長期かつ高額な治療を必要とする結核、ハンセン病、精神病、重度の先天性小児麻痺とその後遺症、悪性腫瘍、小児糖尿病、危険な貧血症など30疾病については、患者の費用負担が免除され、費用の100%が償還される。このほか、特にリストには掲げられていないが、重篤な疾患あるいは進行性の疾患にかかっている患者、あるいはあらかじめ6ヶ月以上の治療が必要と見込まれ、かつその費用も高額となることが認められる疾患については、ALD患者と同様に、一部負担金の支払いを免除される。これら32種類のALD患者について、2005年には一般制度の被保険者のうち13.5%を占めていたALD患者が、2010年には15.5%に上昇しているといわれる。また、2001年には86万9000人だったALD対象者が2011年には125万人に達しているとの統計もあり、2010年、ALD患者に関する費用は1,000億ユーロで、一般制度における医療保険費用の63%を占めているといわれる<sup>17)</sup>。

このように、多種多様な需要の抑制策を打ち出す一方、長期慢性疾患や難病といわれる疾病については手厚い給付が確保されている。このほか、ガバナンスの強化は管理運営の効率化と同時に、提供されるサービスの質の向上も目指していると思われる。この意味では、2008年から設けられた不正行為対策委員会（DNLF）が注目される。ジュベプランにより導入された国と社会保障組織との間で締結される手段管理協約（COG）を実効あるものとする一環として、社会保障に関する保険料や給付に関する不正行為や冗費を指摘することが定められている。2011年には、社会保障制度全体で4億7,900

万ユーロを計上し、医療給付は、保険料関係2億2,000万ユーロに次いで1億2,000万ユーロの不正が指摘されている。社会保障関係の財政規模からすれば決して大きな金額ではないが、その役割や意義については、今後の検討課題としたい。

ALD : affection longue durée

ARH : Agences Regionales de l'hospitalisation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

COG : Convention d'objectifs et de gestion

CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale

DNLF : Délégation nationale à la lutte contre la fraude

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Loi No.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

LO : Loi finance

T2A : tarification à l'activité

UNCAM : union nationale des caisses d'assurances maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

<本稿は、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者：松本勝明）の成果の一部である。>

#### 注

- 1) <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2011,11013.html>.
- 2) D.Tabuteau, "Assurance maladie: les 《standards》 de la réforme", Dr.Soc., No9/10 sept-oct.2004, pp.873-874.
- 3) 伊奈川秀和「フランスの社会保障財政改革」

財務省財務総合政策研究所・フィナンシャル/レビュー(2006.88)、藤野美都子「立法による社会保障財政の統制—フランスの社会保障財政法律について—」植野妙実子編『現代国家の憲法的考察—清水陸先生古稀記念論文集』(信山社、2000年)参照。なお、補足的医療給付、普遍的医療給付(CMU)あるいは補足年金等は社会保障財政法律の対象外とされている。

4) Loi organique No.2005-881 de financement de la sécurité sociale.

5) 2001年8月1日の財政法律に関する組織法については、木村琢磨「フランスの2001年「財政憲法」改正について」自治研究78/9/57以下参照。

財政法律との関係について、財政法律が10月第1週の火曜日に付託されるのに対して、社会保障財政法律は10月15日に付託される。付託から採択までの期間も財政法律が70日とされているのに対して社会保障財政法律は50日とされている。このように、財政法律の審議過程の中で、社会保障財政法律が制定される。また2005年組織法は、一般制度および連結制度の会計について、会計検査院がその適正性(regularité)、真実性(sincérité)及び忠実性(fidélité)を証明する報告書を提出することとした。

6) ONDAMの対象となるのは基本的に、疾病、出産および労災を保険事故とする給付である。しかし、わが国の傷病手当金に相当する日額手当金は含まれるものの、労災に関する年金給付や出産手当金に相当する給付は含まれない。このため、ONDAMは、開業医や病院などに診療報酬として支払われる費用に相当するといえる。

7) Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷」社会保険旬報2272号18頁以下2006年3月参照。

8) D.Tabuteau,op.cit.,pp.874-875.

9) 社会債務償還拠出金(CRDS)は、1996年1月24日のオルドナンスにより、EUの統一通貨への参加条件とされた財政赤字を国内総生産の3%以下に抑えるため、社会保障制度に関する1995年末までの累積赤字の償還を目的として創設された。一般社会拠出金同様、租税に分類され、稼働所得や代替所得などに対して0.5%の料率で徴収される。当初、2008年までの13年間で償還することを予定していたが、1998年社会保障財政法律により2014年1月末まで延長されていた。

10) かかりつけ医については、1996年4月24日のオルドナンス(No.96-345)においてMédecin référentとして導入された。

11) 高等保健機構には、統括委員会と専門委員会が置かれる。統括委員会は8名から構成され、大統領・国民議会議長・元老院議長・経済社会評議会議長がそれぞれ学識経験者を2名指名する。専門委員会は、委員の一人が主宰する。薬品透明性委員会と医薬品評価委員会という二つの常設専門委員会が設けられるほか、アドホックに設立される専門委員会を設置することが認められている。

12) 警告委員会は、社会保障会計委員会事務局長、国立統計経済研究所事務局長および経済社会委員会会長の指名する有識者から構成され、社会保障会計委員会のもとに置かれる。社会保障会計委員会事務局長がその業務を組織する。

13) この通知を受けた医療保険全国金庫は、1ヶ月以内に、ONDAMの範囲内に収めるための必要な措置を講じることとされ、その内容は再度、警告委員会に送付される。そして送付後15日以内に、警告委員会が最終的な措置内容を定めるものとされている。

14) Loi No.2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

15) Loi No.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

16) ARSは地域圏社会衛生問題局および県社会衛生問題局、地域圏疾病保険金庫連合、地域圏公衆衛生組織、地域圏保健医療機構、地域圏疾病保険金庫の保健医療部門を統合した組織である。

17) Programme de qualité et d'efficience maladie, LFSS 2012,indicateur 14.

## イギリスの医療費適正化対策

福祉未来研究所

府川 哲夫

Fukawa Tetsuo

イギリスは税を主な財源とする国民保健サービス（NHS）によって全ての国民に包括的な医療サービスを原則無料で提供している。イギリスの医療費（対GDP比）は長らく主要先進国の中で最も低かったが、近年では日本やスウェーデンと同程度である。2011年におけるイギリスの医療費1,428億ポンドの83%がNHSによる公的医療費であった。医療費の対GDP比は2009年には9.9%に達し、その後2010年は9.6%、2011年は9.4%に低下したが、イギリスでも医療費の適正化は重要な政策課題である。

### 1. はじめに

イギリスでは1948年に創設された国民保健サービス（NHS）によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが、税財源により原則無料で提供されている（外来処方薬や歯科治療などには患者負担がある）。制度創設当初、病院は国営で、医療従事者は公務員とされていたが、サッチャー政権下での改革などを通じて、現在では実際のサービス供給は、より地域住民に近く、NHS本体から一定の独立性を持った公営企業体であるプライマリ・ケア・トラスト（PCT：Primary Care Trust）が運営している（厚生労働省、2013）。イギリス国民は、救急医療の場合を除き、あらかじめ登録した一般家庭医（GP：General Practitioner）の診察を受けた上で、必要に応じて一般家庭医の紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっている。

NHSの特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった（Glennister, 2000）。市場原理をどのように

導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存するが、イギリスの場合には医療サービス購入者と供給者の分離、供給サイドでの競争、質と効率の管理、などによってNHSの効率化をめざしている（泉田・府川、2001）。

### 2. NHS改革の20年

サッチャー政権のもとで、競争原理の導入を主眼として、①病院を国から独立した公営企業とする（NHS病院のトラスト制）、②サービスの質に応じてNHSが病院からサービスを購入する方式を導入する、③一般家庭医に登録患者に係る予算管理を行わせる（予算管理GP制）、等によりNHS内部にいわば「市場」を創設する改革が行われた（厚生労働省、2013）。病院は当該地区の保健当局（HA）の管理化におかれ、そこから予算が配分されていたが、改革後NHS病院はHAから分離され、NHSトラストという独立した組織となった。予算管理GP制は、一般家庭医（GP）グループに対して病院サービスの購入費や薬剤の処方費等につき一定の財源を管理させる制度であった。1991年の予算管理GP制導入はプ

ライマリー・ケアの組織・財政における一大改革であった。これによって、GPは初めて自分の登録患者に対して幅広い医療サービスを直接購入することができるようになった。さらに重要なことは、この制度によってプライマリー・ケアの力が大幅に強化されたことである (R. Robinson, 2000)。サッチャー政権のNHS改革はNHS組織の硬直性・非効率を改善する一定の成果を得たものの、投資不足と相まってNHSの抱える待機期間の長期化等の問題が深刻化した。

1997年6月の労働党政権成立後、予算管理GP制は廃止されたが、「プライマリー・ケア重視のNHS」政策は維持された。医療サービスの購入者と供給者の分離は維持され、「競争」の代わりに協力と共同 (パートナーシップ) がキーワードとなった。医療サービスの臨床的有効性及びサービスの質を高めるためにNational Institute of Clinical Excellence (NICE) と Commission for Health Improvement の2機関が設立された。前者は臨床ガイドライン及びサービスの費用対効果に関するガイドラインを作成することを目的とし、後者は医療サービスの質の向上を促進することを目的としている (泉田・府川, 2001)。また、クリニカル・ガバナンスによって医療サービスの質の向上を図ることが目指された。クリニカル・ガバナンスは、患者が最も高い質のケアを受けることを確保するためにNHSによって採用される手段と手続きで、①患者中心のアプローチ、②質に関する説明責任、③高い標準と安全性の確保、④患者サービスとケアの改善を含むものである (泉田・府川, 2001)。予算管理GP制は1999年までに廃止され、GPや看護師で組織されるPrimary Care Group (PCG) がサービスを委託し、中期的には地域の保健サービス運営の責任を持つこととなった。

イギリス政府は2000年7月のThe NHS Plan でNHSが資金不足であることを初めて認め、今後NHSの予算を増加させる一方で、医療サービスの質と効率性を高め、患者を中心に据えた医療制度の構築を宣言した。また、2002年には、欧州諸国よりも低い水準にあった医療費をEU諸国

の平均レベルまで引き上げるため、医療費の対GDP比を欧州平均並みの9%台にまで引き上げることを目標として設定し、2007年度までNHS予算を実質7.4%ずつ引き上げることが決定された (厚生労働省, 2013)。

2003年4月からは、人口およそ15万人単位に地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業である Primary Care Trust (PCT) が中心となり、一般家庭医 (GP)、NHS トラスト等からサービスの購入を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った (厚生労働省, 2013)。これに伴い、地方保健当局 (HA) の役割は、より戦略的な計画の策定、PCTやNHSトラストの監督等に限定されることとなり、2002年にイングランドのHA は28の戦略的保健当局 (SHA : Strategic Health Authority) に再編された (2006年にはさらに10に再編された)。また、2004年4月からは、独立採算性であるNHS トラストの制度を更に進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト (FT : Foundation Trust) 制度がスタートし (厚生労働省, 2013)、現在では145 (2013年3月現在) のFT が設立されている。

2010年5月の総選挙の主要争点は財政再建であったが、総選挙後の保守党・自民党の連立政権では、医療・保健関連予算は実質ベースで毎年増加させることとされた。また、2010年7月には白書「Equity and Excellence: Liberating the NHS」が公表され、2011年1月にNHS 改革法案が議会に提出された。その主な内容は以下のとおりである (厚生労働省, 2013)。

- ・患者中心のNHSを構築するため、必要な情報の提供、患者による病院等の評価、住所に縛られないGPの選択権付与などを行う。
- ・医学的根拠のない目標を廃止する。
- ・NHS FTの自由度を高め、全ての病院等はFTに移行させる。また、民間企業の参入を促進する。
- ・PCTが行っている予算管理の権限と責任をGP

により構成される団体に委譲し、PCTを廃止する。

- ・独立の責任主体である委員会（NHS Commissioning Board）を設立し、治療結果の達成、NHS資源の割り当てや支出の説明、治療の質の改善や患者参加・選択の促進を主導する。
- ・戦略的保健当局（SHA）を廃止するなどNHS関連組織を簡素なものとし、NHSのマネジメント経費を45%以上削減する。

### 3. 2012年NHS改革法（Health and Social Care Act 2012）

2011年1月に議会に提出されたNHS改革法案は、NHSの官僚主義や非効率性を排除するため、大きな組織改革（GPへの予算管理権限の委譲のための新組織の設立、PCTや戦略的保健当局の廃止、関係機関の組織改編）、管理職の削減、民間セクターへの委託の拡大など、NHSの歴史上、ドラスティックな改革を提案するものであったことから、大きな反発を受けた（厚生労働省、2013）。2011年夏に法案修正が行われたが、修正後も主要な医療関係職種の団体が法案への反対を表明するなど、医療関係者の多くが反対姿勢を強める中で2012年3月に法案は成立した（厚生労働省、2013）。

2012年NHS改革法によってPCTや戦略的保健当局（SHA）は廃止され、NHSの制度体系は次のように変更された。

#### 国レベル

- ・保健省（Department of Health）の下に NHS Commissioning Board、Monitor、NHS Trust Development Authority、Care Quality Commission
- ・National Institute for Health and Care Excellence 及び Health and Social Care Information Centre

#### 地方レベル

- ・Clinical Commissioning Groups

- ・Health and Well-Being Boards（地方政府の一部）
- ・Local Healthwatch
- ・NHS providers：NHS foundation trustsやNHS trusts; Primary care providers; independent providers

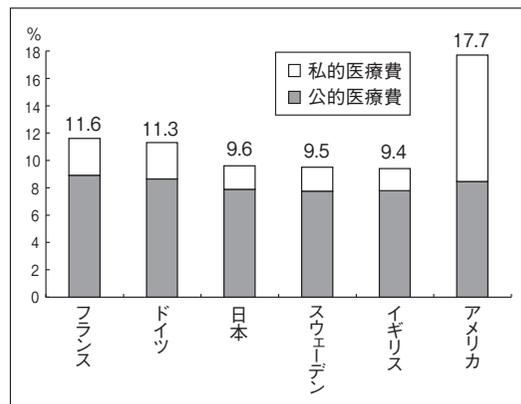
Clinical Commissioning Groups (CCGs)はPCTが行っていた予算管理の権限と責任を引き継ぐ団体で、GPによって構成される他に病院の専門医や看護師が関わる。

### 4. イギリスの医療費の動向

イギリスは税を主な財源とする国民保健サービス（NHS）によって全ての国民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを原則無料で提供している。イギリスでは医療サービスの財源が主に税で賄われているだけでなく、国民に必要な医療をその質・量まで含めて政府の責任で提供している。イギリスの医療の最大の問題点は、医療サービスを受けるまでの待ち期間の長さである。

イギリスの医療費（対GDP比）は長らく主要先進国の中で最も低かったが、近年では日本やスウェーデンと同程度である（図1）。アメリカを含め6か国の公的医療費の対GDP比にあまり大きな差はないように見える。しかし、アメリカでは

図1 6か国の医療費（対GDP比）：2011年



注：日本は2010年。  
出典：OECD Health Data 2013

表1 イギリスの医療費

年	医療費 (10億ポンド)			医療費の対前年伸率 (%)			医療費の GDP比 (%)
	計	公的	私的	計	公的	私的	
1997	54.8	44.0	10.8				6.6
1998	58.5	47.0	11.5	6.8	6.8	6.5	6.6
1999	64.0	51.6	12.4	9.4	9.8	7.8	6.9
2000	68.4	54.1	14.3	6.9	4.8	15.3	7.0
2001	74.6	59.0	15.6	9.1	9.1	9.1	7.3
2002	81.6	64.8	16.8	9.4	9.8	7.7	7.6
2003	89.0	70.7	18.3	9.1	9.1	8.9	7.8
2004	96.3	78.1	18.2	8.2	10.5	-0.5	8.0
2005	104.4	84.5	19.9	8.4	8.2	9.3	8.3
2006	112.4	91.4	21.0	7.7	8.2	5.5	8.4
2007	120.1	96.3	23.8	6.9	5.4	13.3	8.5
2008	129.0	104.5	24.5	7.4	8.5	2.9	9.0
2009	138.9	114.7	24.2	7.7	9.8	-1.2	9.9
2010	140.1	117.0	23.1	0.9	2.0	-4.5	9.6
2011	142.8	118.3	24.5	1.9	1.1	6.1	9.4

出典：Office for National Statistics (2013)

高齢者・障害者・低所得者以外の一般国民に対する公的医療保険制度がないため、その分公的医療費の規模が小さくなっている。

表1はイギリスの過去15年間の医療費の動向を示したものである。2011年におけるイギリスの総医療費は1,428億ポンドで、このうち公的医療費(NHS)は82.8%で、残りの17.2%は私的医療費であった。総医療費は1997～2009年は高い増加率であったが、2010・2011年は伸びが大幅に鈍化した。1997～2011年の公的医療費の年平均増加率は7.3%であったが、2009～2011年は1.5%に低下した。一方、1997～2011年の私的医療費の年平均増加率は6.0%であったが、2009～2011年は0.7%に低下した。総医療費の対GDP比は1997年には6.6%であったが、1999年から11年間上昇を続け、2009年には9.9%に達した。しかし、その後低下し、2010年は9.6%、2011年は9.4%となっている。

50年前、NHS支出のGDP比は3.4%であったが、今日ではその2.5倍にあたる8.2%に達している(The King's Fund、2013)。この間の医療費増加の要因は、高齢人口の増加、生活水準の向上、サービス提供コストの増加、医療技術の進歩、などである。過去のトレンドがそのまま続く

と仮定すると、2062年に医療費はGDPの1/5近くに達し、就業者の1/8が医療分野で働く必要があるという深刻な事態が予想される(The King's Fund、2013)。

## 5. イギリスの医療費適正化策

NHSは1948年の創設以降、支払能力に関係なく、ニーズに基づいた医療サービスを全ての人に提供することを原則とし、多くの成果をあげてきた。その反面、NHSは待ち期間が長過ぎることや地域によって医療サービスの内容に許容できないほどのバラツキがあることが問題であった。NHSが国民の期待に十分応えられなかったのは財源不足(従って医師・看護師等の不足)が原因であったが、これ以外にも医療水準に関する基準の欠如、スタッフ間の差別やサービス間の障壁、パフォーマンスを向上させるためのインセンティブの欠如、過度の中央集権と患者の軽視、等が要因として挙げられている。

本節ではイギリスの医療費適正化策の中で特に注目される点を述べる。

### (1) commissioning による質と効率の管理

NHSでは現存する独占的で中央集権的な医療制度の効率を向上させるためには、効率向上に対するincentiveを導入することが極めて重要である。NHS Commissioning Board のサポートの下に、Clinical Commissioning Groups (CCGs) は住民が必要としているサービスをより効果的に購入することになる。患者はサービス提供者の中から最適なサービスを選択することができ、Monitor は患者の利益を保護するためサービス提供者の監視役を果たす。

具体的には2015年までに次のような目標が掲げられている。

- ・疾病管理に患者自身のかかわりを増やすことや、患者の自宅により近いところで治療するケースを増やすことなどで2015年までに200億ポンドを節約する。
- ・2015年までに全ての病院における患者の治療記録を電子化する。

### (2) 患者による選択

患者の満足度の高い地域のNHSの組織はより自由が与えられ、Care Trust (CT) の設立によって社会サービスとNHSサービスは共通の財源から支出されるようになり、看護師や他のスタッフも役割が拡大した。患者に対しても様々な対策がとられ、患者はNHSに対してより大きな発言権をもつようになった。NHSの患者は通常GPを選び、紹介される病院も選べる。人々にサービスとその環境に関してより多くの選択とコントロールを与えることによって、NHSの効率化を図ることを目指している。Healthwatchという患者組織を通じて、患者はNHS全体に関与できる。患者により多くの選択を与えることは患者にとって良いだけでなく、提供されるサービスがニーズに対してより感応的になることが期待されている。

### (3) 医療サービスと社会サービスの連携

保健医療と福祉サービスの提供主体が制度的に異なるため、全体として両者間の連携が悪く、社会的入院が待機期間を長期化させている

等の批判があった。労働党政権は発足直後からこの問題に積極的に取り組み、NHSと福祉サービスによる共同事業を進めたほか、NHS組織に福祉サービスも統合して提供させるケア・トラスト化を推進した。また、医療サービスの提供を受けてから、地域に戻るまでの間のリハビリテーションサービスを中間ケアと位置づけ、在宅・施設・その他におけるサービス提供体制の整備が図られている。さらに、病院から退院する患者について、退院に当たり福祉サービスが必要であるとの通報を受けた地方自治体において適切なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合には、地方自治体がNHSに当該機関の滞在費・介護費として1日100ポンドを支払うことなどを内容とするベッドブロッキング法が2003年4月に成立した（厚生労働省、2013）。

医療と社会サービスをともに必要とする人の増加が見込まれている。例えば、今後20年間で85歳以上人口の割合は倍増する。イギリス政府は医療サービスと社会サービスの連携構築のために地方に27億ポンドの補助金を支出することとしている。医療サービスと社会サービスの連携においてもCCGs及びNHS Commissioning Boardが重要な役割を果たす。

### 参考文献

- ・泉田信行・府川哲夫(2001)．経済的視点でみるクリニカル・ガバナンスとNHS改革．インターナショナル・ナーシングレビュー；24(4)：49-54．
- ・厚生労働省(2013)．2011～2012年海外情勢報告．
- ・Glennister H. (2000)．The United Kingdom's New Health and Welfare Policy:A changed role for markets．
- ・House of Commons Library (2012)．NHS funding and expenditure．
- ・Office for National Statistics (2013)．Expenditure on healthcare in the UK:2011．
- ・Robinson R. (2000)．Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance．海外社会保障研究 No.131, 83-96．
- ・The King's Fund (2013)．Spending on health and social care over the next 50 years．

## 韓国における医療費対策の動向

梶山女学園大学教授

株本 千鶴

Kabumoto Chizuru

人口高齢化や医療技術の高度化、医療ニーズの増加など、韓国の医療保障をめぐる状況は大きく変化した。そしてこれらの状況は医療費の急激な増加現象を招いており、それへの対策が医療保障における最重要課題といっても過言ではない。ではどのような対策が講じられているのか。医療保険制度に焦点を当て、そのなかでも賦課方式の改善、給付の適正化、医療供給体制の改善—の3点にしぼり、現状や問題点、注目される対策についてみてゆく。

### はじめに

韓国では社会保険としての医療保険制度と公的扶助としての医療扶助によって、国民すべてが医療保障の対象となっている。皆保険は1989年に達成されたが、それから20年余りの歳月の間に、人口高齢化や医療技術の高度化、医療ニーズの増加など、医療保障をめぐる状況は大きく変化した。そしてこれらの状況は、医療費の急激な増加という事実と将来的な増加の予測をもたらしている。

このような医療費増加への対策は、医療保障における最重要課題といっても過言ではない。では、どのような対策が講じられているのか。

医療保険制度に焦点を当てて、その具体的内容と方向性についてみてみたい。

### 1. 医療保険での医療費の実態と財政問題

#### (1) 近年の医療費の実態

韓国の医療保険は、国民健康保険公団が保険者として加入者を一元的に管理する国民健康保険制度によって運営されている。その国民健康保険の財政状況は表1のとおりである。

2009年に保険料率の凍結や新型インフルエンザの影響などで32億ウォンの赤字が発生、さらに給付費の増加や景気沈滞などによって収入基

表1 国民健康保険財政の状況

(単位：億ウォン、%)

区分	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
収入(A)	138,903	168,231	185,722	203,325	223,878	252,697	289,079	311,817	335,605	379,774
支出(B)	146,510	157,437	170,043	191,537	224,625	255,544	275,412	311,849	348,599	373,766
当期収支	△ 7,607	10,794	15,679	11,788	△ 747	△ 2,847	13,667	△ 32	△ 12,994	6,008
収支率(B/A)	105.5	93.6	91.6	94.2	100.3	101.1	95.3	100.0	103.9	98.4
累積積立金	△ 25,716	△ 14,922	757	12,545	11,798	8,951	22,618	22,586	9,592	15,600

出所：保健福祉部(2012a)

表2 65歳以上高齢者の人口と国民健康保険における診療費

区分	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
全体人口(千人)	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907	49,299	49,662
65歳以上人口(千人)	3,919	4,073	4,387	4,600	4,826	4,979	5,184	5,468
(比率、%)	(8.3)	(8.6)	(9.2)	(9.6)	(9.9)	(10.2)	(10.5)	(11.0)
総診療費(億ウォン)	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390	436,283	462,379	478,392
65歳以上診療費(億ウォン)	60,731	73,504	91,190	107,371	124,236	141,350	153,893	164,502
(比率、%)	(24.4)	(25.9)	(28.2)	(30.8)	(31.6)	(32.4)	(33.3)	(34.4)
1人当たり月平均診療費(ウォン)	43,705	49,939	56,608	60,535	67,709	74,564	78,424	80,545
65歳以上1日当たり診療費(ウォン)	129,124	150,384	173,217	194,531	214,507	236,588	247,366	256,321

注1 適用人口は年度末規準。

2 1人当たり月平均診療費＝診療費／年平均健康保険適用人口／12

65歳以上1人当たり月平均診療費＝65歳以上診療費／年度末65歳以上健康保険適用人口／12

\* 2012年65歳以上1人当たり年平均診療費は年平均適用人口を適用

3 四捨五入計算のため実際の値と誤差がある可能性がある。

出所：国民健康保険公団(2013)

盤が鈍化し、2010年には1兆2,994億ウォンに赤字が膨らんだ。幸いにも2010年の財政危機は2011年に克服され、2011年末には6,008億ウォンの黒字に転換しているが、給付費は毎年10%ずつ増加すると予測されており、収支の管理は予断を許さない状況にある(保健福祉部2012a)。

人口の高齢化による医療費の増加傾向も国民健康保険の財政にとっては警戒すべき動向であるが、高齢化率と高齢者の国民健康保険における診療費と、その総診療費に占める割合を示しているのが表2である。高齢化率が高まるにつれて高齢者の診療費は増加しており、2012年の65歳以上高齢者の診療費は16兆4,502億ウォンで、国民健康保険の総診療費に占める割合は34.4%である。65歳以上の国民健康保険適用人口約547万人は総適用人口の約11%に相当するため、11%の高齢加入者が財政全体の34%を使っていることになる。また月平均では、2012年の高齢者の診療費は25万6,321ウォンで、加入者全体診療費の3.2倍の額となっている。

すでに韓国は高齢化率7%を超える高齢化社会になっているが、2018年には高齢化率は14%に達し、高齢社会になる。それに伴い、さらに高齢者の医療費が増加することは必至で、2020年には国民健康保険における高齢者の診療費は29兆0,040億ウォン、加入者全体診療費の45.6%になると展望されている(国民健康保険公団

2012)。

## (2) 課題としての財政問題

2013年2月に発足した朴槿恵政権でも、財源の十分な確保による国民健康保険制度の持続可能性は重要課題と捉えられている。具体的な対策としては、先にみたような高齢者の医療費増加への対策が必要であるが、ほかにも保障性強化政策による医療費の増加分についての対策も必要とされている。

2013年3月に出された新政権の保健福祉政策の業務計画では、国政課題の実践計画が「児童」、「青少年」、「老人」、「脆弱階層」、「保健医療」—の5分野別に立てられている。このうち保健医療分野の革新的政策課題としては、①医療保障性の強化による国民負担の軽減、②予防的健康管理体系の構築、③需要者中心の保健医療体系への改編、④保健医療の持続可能性と公平性の向上—が挙げられている(保健福祉部2013)。

OECDの"Health Data 2012"を参考にすると、OECD加盟国における総医療費に占める自己負担率の平均が20.1% (2010年のデータのない国はそれ以前の最新データ)、日本が16.0% (2009)であるのに対して、韓国は32.1%となっている。韓国での自己負担率はOECD加盟国の約1.6倍、日本の約2倍も高いのである。韓国では混合診療が認められているため、保険外診療費への負担

が多いことも自己負担率を高くする要因となっている（株本2012）。

先進国並みに保障性を強化することは積年の課題であるため、国政課題の革新的政策課題にも挙げられているが、課題達成のためには財源の拡充とその方策の一つである医療費適正化が必要である。先の保健医療分野の革新的政策課題のうち、②～④の課題実践は、給付や財源確保における効率的方法の追究であり、それぞれで個別の効果が企図されている。しかし、同時にこれらの課題には、①の保障強化に必要な財源拡充や医療費適正化といった相互補完的な効果を引き出す役割も求められている。

高齢化であれ保障強化であれ、これらの要因によって確実に医療費が増加することが予測されているため、専門家や実務者などの関係者は、財政問題を中心とした今後の医療保険のあり方をめぐって研究を重ね、具体的対策を練ってきた。

最近の成果としては、保健医療未来委員会・保健福祉部・韓国保健社会研究院（2011）『2020韓国医療のビジョンと政策方向：保健医療未来委員会活動報告書』、国民健康保険公団（2012）『実践的健康福祉プラン：国民健康保険公団刷新委員会活動報告書』がある。いずれにおいても高齢化を前提条件に、保障強化を目指しながら財政対策を講じる、という基本的な方向性は一貫している。

これらの報告から国民健康保険制度全体にわたる詳細な改革案や検討事項を知ることができる。それらを参考にしながら以下では、賦課方式の改善、給付の適正化、医療供給体制の改善—の3点にしばり、現状や問題点、注目される対策についてみてゆく。

## 2. 財政問題対策の内容

### （1）賦課方式の改善

#### 1）保険料率の引上げ

2000年7月に保険者である国民健康保険公団が誕生し、保険者は一元化されているが、加入者は職場加入者（公務員、教職員、一般労働者の賃金所得者など）と地域加入者（農漁村住民、都市自営業者などの非賃金所得者）に分かれ、賦課方式も異なっている。

保険料の算定方法は、①職場加入者の場合、報酬月額に保険料率をかける方法（本人と使用者が50%ずつ負担）と、②地域加入者の場合、保険料賦課点数（所得、財産、生活水準など賦課要素別点数の合計）に点数当たりの単価をかける方法（世帯単位）がある。

保険料率や保険料は徐々に引き上げられてきた（表3）。2009年は据え置きであったが、2010年以降も毎年引き上げられ、2013年の職場加入者の保険料率は5.89%で、2012年の5.8%から1.6%の引上率となる。同じ引上率で、地域加入者の保険料賦課点数当たり金額も170.0ウォンから172.7ウォンに引き上げられている（保健福祉部2012b）。

保険料の引上げは最小限に抑えるという方針が採られているが、高齢化や医療ニーズの増加に対応するために、また、保障拡大の目標を達成するためにも財源としての保険料をさらに増額させる必要がある。

保険料増額のためにこれまで数回にわたり実施されてきたのは、高額所得者や財産保有者を被扶養者から除外するという方法である。もともと被扶養者の範囲が広く寛大な制度であったため、段階的にこの方法は実施されてきた。

表3 保険料率と賦課点数当たりの金額

（単位：%、ウォン）

区分	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
引上率	8.50	6.75	2.38	3.90	6.50	6.50	0.00	4.90	5.90	2.80
（職場）保険料率	3.94	4.21	4.31	4.48	4.77	5.08	5.08	5.33	5.64	5.80
（地域）賦課点数当たり金額	115.8	123.6	126.5	131.4	139.9	148.9	148.9	156.2	165.4	170.0

出所：保健福祉部（2012b）

2001年7月からは、被扶養者のうち事業・賃貸所得のある職場加入者の配偶者や高齢者世代の父母などが地域保険加入者に転換され、保険料を賦課された。2002年には、年間所得500万ウォンを超過する自由業や保険勧誘員など所得のある者が被扶養者から追加的に除外されている。2005年には19歳未満の所得のある未成年が、2006年には金融所得が4,000万ウォンを超える者が被扶養者から除外された。2010年には、被扶養者のうち、財産が3億ウォンを超える兄弟姉妹が、2011年には、9億ウォンを超える財産保有者が被扶養者から除外され、それぞれ地域加入者への転換が図られている。(保健福祉部2012a)

さらに、昨年から今年にかけても変更が相次いでいる。2012年9月から、職場加入者で賃金所得を除く年間所得が7,200万ウォンを超える場合、その所得に保険料が賦課されることになった。保険料率は賃金所得外所得の2.9%（賃金所得保険料率の50%）で、使用者の負担はなく加入者が全額を負担する（保健福祉部2012c）。2013年7月からは、年金所得やその他所得が年間4,000万ウォンを超える者が被扶養者からの除外対象者となっている。

このような保険料賦課方式の変更からわかるのは、保険料賦課の公平性・公正性が原則になっているということである。長期的対策としては、職場加入者、地域加入者といった区分にかかわらず、加入者のすべての所得を対象に、単一の保険料賦課基準によって保険料を賦課するという、所得中心の賦課体系に改編することが目標とされている。

## 2) 公共財源の持続的投入

2002年1月、「国民健康保険財政健全化特別法」が制定され、政府が地域加入者の保険給付費用と健康保険事業に関する運営費の40%に当たる金額を国庫補助から、10%に該当する額を健康増進基金（たばこ負担金）からそれぞれ支援することになった。「国民健康保険財政健全化特別法」は2006年末までの時限法であったため、2007年からは「国民健康保険法」の改正によつ

て、当該年度保険料予想収入額の14%相当額を国庫から、6%相当額を国民健康増進基金からそれぞれ支援することが定められた。しかし、これも2011年までの時限的措置であったので、改めて2011年に関連法案が改正され、2016年まで現行の支援方式で国庫支援が継続されることになっている。(保健福祉部2012a)。

しかし、法規定と実際の支援額とは異なる。保険料収入に対する国庫補助の割合は、2007年12.7%、2008年12.3%、2009年14.1%、2010年13.5%—となり、規定の14%相当額を下回る年度が多い。保険料収入の予想に誤差が生じることで、結果として過小・過多支援になるのである。このような現行の国庫補助の支援方式は安定性を十分に持ち合わせていない（保健医療未来委員会・保健福祉部・韓国保健社会研究院2011）。

期待されるのは安定的な国庫補助の投入と、健康保険財政の現状に見合う補助額の増加であるが、現実的には予算上の制約のため、それはかなり困難である。したがって、別の財源拡充策として、付加価値税や消費税、酒税などから健康保険財政へ補填する方法も考えられている（国民健康保険公団2012）。

## (2) 給付の適正化

### 1) 薬価の適正化

給付の適正化で要になるのが薬価の適正化である。2011年の薬剤費は約13兆4千億ウォンで総診療費の29.2%を占める。最近10年間の総診療費に占める薬剤費の割合はほぼ変わらず、約3割と高い比率を維持している（表4）。OECD加盟国との比較でも、韓国の国民医療費に占める薬剤費の割合の高さが目立つ。"Health Data 2012"によると、2010年の国民医療費に占める薬剤費の割合は、OECD平均が15.0%であるのに対して、韓国はその約1.35倍の20.3%となっている。これまで薬剤費にかかる財政の是正のために、実施可能なあらゆる政策手段が導入されてきたが、効果ははかばかしくない。

従前は、主な外国での価格を参照する相対比

表4 総診療費に占める薬品費比率と年度別増加状況

(単位：億ウォン、%)

年度	総診療費	薬品費(推定)	薬品費比率	増加率
2002	190,606	48,015	25.19	14.86
2003	205,336	55,831	27.19	16.28
2004	223,559	63,537	28.42	13.80
2005	247,968	72,289	29.15	13.77
2006	285,580	84,041	29.43	16.26
2007	322,590	95,126	29.49	13.19
2008	350,386	103,853	29.64	9.17
2009	394,296	116,546	29.56	12.22
2010	436,570	127,694	29.25	9.57
2011	460,760	134,290	29.15	5.17

出所：保健福祉部(2012a)

較方式が採られていたが、2006年12月にはポジティブリスト・システムが導入され、新薬の薬価算定方式の変更などの薬価適正化施策が実行された。新たな算定方式では、まず健康保険審査評価院が経済性評価と有用性評価によって給付の適正性を評価する。つぎに国民健康保険公団が製薬会社と取載価格の協議を行い、協議で妥結が成立した場合、健康保険政策審議委員会の審議後に保健福祉部長官が告示する。特許満了後は定められた算定方式に従って自動的に価格が決定する。

この施策の結果、薬剤費増加率は14.7% (2001~2006年) から9.9% (2007~2011年) に鈍化するという効果はあった。しかし、依然として高い比率であることに変わりはない。

最近の主な対策としては、薬価算定方式の改善、薬価の事後管理、医薬品の適正使用管理が挙げられる。

薬価算定方式の改善としては、2012年4月に薬価算定基準の改定が実施され、薬価引下げが断行された。ジェネリック薬剤の価格が他国に比べて高いことや、取載順で価格が変わる算定方式のため、競争による価格引下げが起らないことなどの問題を改善するためである。それまでは、特許満了後最初のジェネリック取載時のオリジナルの価格は、もとの価格の80%に引き

下げられ、1~5番目のジェネリックはオリジナルの68%、6番目以降は最低価格の90%に価格設定される算定方式が採られていた。それが、原則として同一効能の医薬品には同一の保険上限額が定められることになったのである。

新方式では、取載順序に関係なく、特許満了後はオリジナルもジェネリックも特許満了前オリジナル価格の53.55%を上限額とすることになった。ただし、ジェネリック使用促進のため、ジェネリック取載後最初の1年間は優遇措置が採られる(特許満了後オリジナルのジェネリック取載後価格はオリジナルの70%) (国民健康保険公団2012)。

この薬価算定基準改定の結果、2012年4~9月の6カ月間の健康保険での総薬剤費は6兆1,080億ウォンとなり、前年同期対比で7.1% (4,675億ウォン) 減少した。薬価引下げが実施されなければ、同期間の薬剤費請求額は7兆0,166億ウォンになると見積もられており、9,086億ウォンが節約されたと推定されている(保健福祉部2013c)。

薬価の事後管理としては、市場型実取引価償還制、外来処方インセンティブ制、使用量-薬価連動制がある。

市場型実取引価償還制は2010年10月に実施された。これは、病院・薬局が上限額以下で医薬品を購入し、実取引価格で給付を請求する場合、その差額の70%がインセンティブとして償還されるというものである。これにより医薬品の価格が大幅に下がり一定の効果が得られたため、その後、製薬会社の経営を考慮して、制度の実施は2011年8月から2014年1月まで猶予の状態にある(国民健康保険公団2012; 保健福祉部2012a)。

外来処方インセンティブ制度は医院<sup>1)</sup>級の医療機関を対象として2010年10月から行われている。医院が自律的に処方を減らし薬剤費が節減された場合、その一部分がインセンティブとして支給されるというものである。この制度実施後、2010年4/4分期と2011年上半期の外来薬剤費評価の結果、495億ウォンの財政節減効果があったとされる。インセンティブとしては、1万4,184

機関に対して190億ウォンが支給された（保健福祉部2012a）。

使用量－薬価連動制は、薬価の協議時に製薬会社が合意した予想使用量より保険給付請求料が増加した場合に薬価を引き下げるもので、2006年12月から実施されている。薬剤の許可事項の追加や給付基準改定によって、使用範囲が拡大し保険給付請求料が増加した場合も薬価が調整される（国民健康保険公団2012；保健福祉部2012a）。

医薬品の適正使用管理としては、糖尿病関連の薬剤や消化剤など、使用量の多い分野の処方実態を反映した処方ガイドラインの設定、医薬品安全性管理体系の強化などが行われている。

上記のような施策の推進に加えて、中期的には参照価格制やリフィル処方箋制<sup>2)</sup>、成分名による処方などの導入が検討されている。薬価総額管理制には制約が多く、その導入は長期的課題となっている。

## 2) 健康診断と慢性疾患の管理

近年、慢性疾患診療費が急増している。2010年の慢性疾患診療費は15兆2,382億ウォンで、総診療費43億6,283億ウォンの34.9%を占めている。なかでも高血圧と糖尿病に対する2010年の保険給付費は2兆6,853億ウォンで、2002年の給

付費9,582億ウォンの2.8倍まで増加している（国民健康保険公団2012）。

慢性疾患対策としては、健康診断・検診、予防サービス、健康増進事業の強化が進められている。

1995年に全国民を対象とする健康診断が実施されるようになり、その後、がん検診、40歳と66歳を対象とした生涯転換期健康診断、乳幼児健診などへと健康診断・検診事業は拡大されてきた。今後の計画では、これまで実施されてきた健康診断・検診を統合して、ライフサイクルに合わせた各年齢の目標設定のもと、定期的に受けられるような体系づくりが考えられている。

予防サービス、健康増進事業の主な内容は表5のとおりである。慢性疾患やその予備軍の症状のある者を対象に健康情報や相談サービス、事後管理サービスが提供されている。

慢性疾患の管理対策の一つとして2012年4月から、高血圧、糖尿病に対する疾病管理プログラムといえる、医院級慢性疾患管理制が行われている。この制度では、高血圧および糖尿病患者が近隣の一定の医院のみで診察を受けると決めた場合、診察料の本人負担が軽減される。希望があれば疾患管理の情報提供や、相談、教育、自己測定器の貸与、合併症検査周期を知らせるサービスなどの健康支援サービスも受けられる

表5 予防事業の主な内容（2012）

事業名	対象者	主な内容
健康情報提供	・全国民	・健康情報、疾病情報の提供 ・公団資料による個人別健康情報の提供
検診事後管理	・メタボリックシンドローム 危険要因保有者	・6カ月間に3回の相談 ・健康情報提供：リーフレット、自己管理指針書、SMS ・自己測定器貸与サービス
健康増進事業	【老人健康運動】 ・65歳以上高齢者	・敬老堂、公民館、支社空室などを中心に運動講習
	【健康増進センター】 ・高血圧、糖尿、心・脳血管関係疾患、脂質血症など健康健診結果の異常所見者	・運動要領・生活習慣改善教育など3カ月課程履修後修了※3カ月運動実施後再評価、追加延長について決定（最大6カ月） ・週3回、3カ月、1時間/1回の運動
慢性疾患患者健康支援サービス	・高血圧、糖尿病診察料本人負担軽減を受けたことがある者 ・最近1年間高血圧または糖尿病で診療を受けたことがある者 ・検診後の有疾患群の対象者のうち高血圧、糖尿病で診療を受けたことがある者	・【共通型】お知らせサービス（SMS）、個別情報提供、自己測定貸与、専門相談支援サービス ・【選択型】個別健康相談サービス、教育サービス（集団、小グループ）

出所：国民健康保険公団（2012）

(国民健康保険公団2012)。

疾患の原因とみなされる喫煙や飲酒を減らすための事業も実施されている。タバコのパッケージ記載の警告メッセージの拡大化や公共施設での全面禁煙化など、禁煙対策はすでにかなり強化されているが、飲酒についても公共施設(学校、医療機関など)での酒類販売や飲酒の禁止、公共交通施設、学校周辺での酒類の広告制限などが計画されている(保健福祉部2013a)。

### 3) 支払制度の改善

国民健康保険の診療費のほとんどは行為別診療報酬制によって支払われるが、部分的に包括払い制と日当定額制が用いられている。

包括支払い制の適用対象は7つの診断群(白内障、扁桃摘出、虫垂切除、大腿部ヘルニア、人口肛門、子宮・子宮付属器摘出、帝王切開)の入院診療、日当定額制の適用対象は療養病院の入院診療である。給付費のうち、行為別診療報酬制によるものは93.8%、包括払い制によるものは2.2%、日当定額制によるものは4.0%を占めている(国民健康保険公団2012)。

2012年7月にすべての病院・医院級医療機関が包括支払い制の義務適用対象になったのに引き続き、2013年7月からは総合病院級以上のすべての上級総合病院も義務適用対象となった。包括支払い制によって過剰診療が防止され、患者の負担は減るとみられている。

今後、中長期的に導入が考えられているのは、医院の外来サービスでの人頭制や、成果支払補償制(P4P)などである。総診療費支出管理制も検討されているが、現実的に実施は困難なため、長期検討課題とされている(国民健康保険公団2012)。

### (3) 医療供給体制の改善

医療供給においては、地域間の格差と規模の格差が顕著である。それは、医療機関のほとんどが民間医療機関であることから生じている。2010年の全体医療機関数は6万0,529カ所、その93%を民間医療機関が占める。

1989年の皆保険後に診療圏の設定と、医療機関の機能分化が試みられているが、いずれも効率的な医療供給を達成するという成果を上げられていない。診療圏については、医療機関の供給状況や交通アクセスの条件を前提に、生活圏のなかで医療を利用する患者にとって、行政区域を基準とした診療圏の設定は不便であった。自らが属さない他診療圏で診療を受けるときには事前に保険者から承認を受けるという手続きも、不必要な規制であると認識された。これらの事情によって、診療圏の制度は1998年に廃止されている。

医療機関は、医院、病院、総合病院、上級総合病院に区分され、それぞれの機能を担っている。医療法には医療利用に関する規制はないが、国民健康保険法では、上級総合病院を利用し療養給付を受けるには、病院級の医療機関の医師の所見などの書類が必要であるとされている。しかし、費用を自己負担するのであれば上級総合病院の利用に制限はない。

診療圏制度がなく、自己負担であれば医療利用に関する規制もないため、患者は都市圏の大型上級総合病院を選好する傾向が強い。その選好を受けて民間の大型上級総合病院は収益性の高い分野の医療行為を積極的に増やす。そのため、健康保険全給付費に占める病院級以上医療機関への給付費の割合は、2001年から2011年の間に29.9%から45.7%にまで増加した。それに対し、医院級医療機関への給付費の割合は、同期間に34.1%から21.6%にまで減少している(国民健康保険公団2012)。

近年ではビッグ5と呼ばれる病院の診療費が伸びてきている。ビッグ5とは、健康保険の給付費額が上位5番目までの病院(ソウル大学病院、セブランス病院、サムソンソウル病院、ソウル峨山病院、ソウル聖母病院)のことを指す。2012年のビッグ5への給付費は、上級総合病院全体の給付費の35.7%、医療機関全体の給付費の7.7%に相当する(表6)。

医療供給体制の改善には、一次医療や病院の

表6 BIG 5病院への給付費

(単位：%、ウォン)

区分		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BIG 5病院への給付費	合計	8,409	10,685	12,803	14,070	16,436	19,791	20,971	20,975
	入院	5,719	7,167	8,470	9,256	10,734	13,326	13,721	13,375
	外来	2,690	3,518	4,333	4,813	5,702	6,465	7,251	7,600
占有率	医療機関対比	6.5	7.1	7.3	7.5	7.7	8.2	8.1	7.7
	上級総合病院対比	32.8	34.3	34.3	35.1	34.8	35.9	37.2	35.7

注1 占有率 = BIG 5 給付費合計 / 全体医療機関 (または上級総合病院) の給付費合計

注2 医療機関とは、薬局を除外した療養機関。

出所：国民健康保険公団 (2013)

機能分化の徹底、不十分な応急医療体系の強化、地域間均衡を目指した公共医療の提供体制の構築などが考えられ、可能なところから実施される見込みである (保健福祉部2013a)。しかし、根本的には民間医療機関が支配する構造自体を変える必要があり、その実現は困難を極めるといわざるをえない。

### 3. 産業としての医療との調和

国民健康保険制度の改革の必要性が唱えられる一方で、製薬産業、医療ツーリズム、民間医療保険など産業としての医療への期待は高い。製薬会社、民間医療機関、保険会社、医療専門職など利害関係者との関係性のなかで、産業としての医療の成長を妨げることなく、給付適正化や医療供給体制の改善は実行されなければならない。その困難さゆえに、根本的な改革の早期実施というシナリオは想定され得ないだろう。

#### 注

- 1) 医療機関は、医院級医療機関 (医院、歯科医院、漢方医院)、助産院、病院級医療機関 (病院、歯科病院、漢方病院、療養病院) に区分される。
- 2) リフィル処方箋とは、慢性疾患患者などを対象として、複数回にわたる調剤で使用できる処方箋のこと。

#### 参考文献

##### 【日本語】

- ・株本千鶴 (2009) 「諸外国の社会保障の現状と動向：大韓民国」健康保険組合連合会編『社会保障

年鑑2009年版』東洋経済新報社、pp.355-365。

- ・株本千鶴 (2012) 「韓国の医療保障と自己負担」『健保連海外医療保障』No.96、pp.17-25。

##### 【韓国語】

- ・国民健康保険公団 (2012) 『実践的健康福祉プラン：国民健康保険公団刷新委員会活動報告書』。
- ・国民健康保険公団 (2013) 『2012年健康保険主要統計』 (国民健康保険公団ホームページ、[http://www.nhis.or.kr/portal/site/main/MENU\\_WBDDG0202/](http://www.nhis.or.kr/portal/site/main/MENU_WBDDG0202/)、2013年8月2日取得)
- ・保健福祉部 (2012a) 『保健福祉白書2011年版』
- ・保健福祉部 (2012b) 「報道資料：来年の健康保険料1.6%引上げ」 (保健福祉部ホームページ、[http://www.mw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=278230&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=건강보험료](http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=278230&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=건강보험료)、2013年8月2日取得)
- ・保健福祉部 (2012c) 「2012年下半年主要制度変更事項案内」 (保健福祉部ホームページ、[http://www.mw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=273733&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=달라집니다](http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=273733&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=달라집니다)、2013年8月2日取得)
- ・保健福祉部 (2013a) 『2013年業務計画：主要政策推進方向』 (保健福祉部ホームページ、[http://www.mw.go.kr/upload/content\\_data/sotong/2013\\_total.pdf](http://www.mw.go.kr/upload/content_data/sotong/2013_total.pdf)、2013年8月2日取得)
- ・保健福祉部 (2013b) 「報道資料：来月から7つの診断群包括支払制 (DRG) を総合病院以上に拡大適用」 (保健福祉部ホームページ、[http://www.mw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=287062&SEA](http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=287062&SEA)

---

RCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=포괄수  
가제, 2013年8月2日取得)

- ・保健福祉部(2013c)「報道資料:薬価引下げ6カ月、  
薬品費9,086億ウォン節減」(保健福祉部ホーム  
ページ、

[http://www.mw.go.kr/front\\_new/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=281371&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=약가](http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=281371&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=약가), 2013  
年8月2日取得)

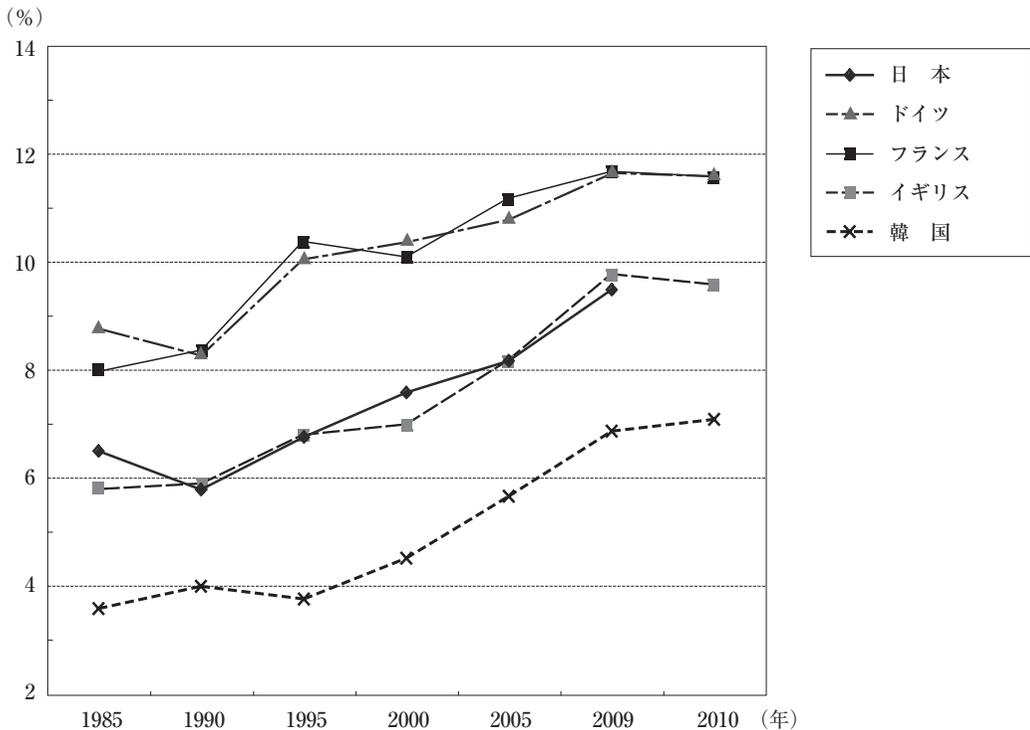
- ・保健医療未来委員会・保健福祉部・韓国保健社会  
研究院(2011)『2020韓国医療のビジョンと政策方  
向:保健医療未来委員会活動報告書』

## 1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	韓国	
総人口(千人)	127,799 (11年)	81,755 (11年)	63,294 (11年)	61,761 (11年)	49,779 (11年)	
高齢化率(%)	23.3(11年)	20.7(11年)	17.3(11年)	16.2(11年)	11.4(11年)	
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.39(10年)	1.99(10年)	1.98(10年)	1.23(10年)	
平均寿命(年)	男79.6 / 女86.4 (10年)	男78.0 / 女83.0 (10年)	男78.0 / 女84.7 (10年)	男78.6 / 女82.6 (10年)	男77.2 / 女84.1 (10年)	
失業率(%)	4.4(12年)	5.5(12年)	10.3(12年)	7.9(12年)	3.2(12年)	
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	7.6	
医療費対GDP(%)	9.5(09年)	11.6(10年)	11.6(10年)	9.6(10年)	7.1(10年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.5	50.5	60.0	47.3	33.6
	租税負担率(A)	22.1	28.6	35.2	36.4	25.4
	社会保障負担率(B)	16.4	21.9	24.8	10.8	8.1

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。  
 2. 国民負担率については、各国10年の数値。  
 出所：OECD(2012)、財務省HP.

## 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD, StatExtracts (2012)

### 3. 医療提供体制

		(10年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス	韓国
平均在院日数(急性期)			18.2	7.3	5.2	6.6	10.6(03年)
病床数	医療施設	急性期	1,027,192 (8.08)	462,457 (5.66)	224,385 (3.46)	147,337 (2.37)	273,450 (5.53)
		長期	348,064 (2.74)	— —	34,571 (0.53)	— —	112,827 (0.28)
		精神	346,715 (2.73)	40,292 (0.49)	57,248 (0.88)	33,803 (0.54)	44,281 (0.9)
		その他	8,244 (0.06)	171,724 (2.10)	100,506 (1.55)	2,874 (0.05)	2,318 (0.05)
医療 関係者数	医師	283,548 (2.23)	305,093 (3.73)	198,756(11年) (3.06)	168,856 (2.71)	98,293 (1.99)	
	歯科医師	98,739 (0.78)	64,972 (0.79)	— —	30,189 (0.52)	20,936 (0.42)	
	薬剤師	197,616 (1.56)	50,604 (0.62)	68,732(11年) (1.06)	40,641 (0.65)	32,152 (0.65)	
	看護師	1,285,379 (10.11)	922,000 (11.27)	— —	597,534 (9.60)	228,614 (4.63)	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD, StatExtracts(2012)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2013年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	韓国 (100ウォン)
131.74	156.58	9.09

## 健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091  
E-mail: shahoken@kenporen.or.jp