

健保連海外医療保障

No.118 2018年6月

■特集：医療費適正化への取組み

- ドイツ
医療費適正化へのドイツの取組み 森 周子

- フランス
フランスの医療費適正化への取組みと
近年の保健医療政策 原田 啓一郎

- イギリス
イギリスにおける医療費適正化政策と
医療サービス提供体制 田畑 雄紀

- 韓国
韓国における「文在寅ケア」と医療費適正化対策 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.118 2018年6月

特集：医療費適正化への取組み

医療費適正化へのドイツの取組み

高崎経済大学教授

森 周子

Mori Chikako

2005年から現在まで続くメルケル政権下でのドイツでは、二大政党であり、大連立を組むCDU/CSU（キリスト教民主・社会同盟）とSPD（社会民主党）の医療政策上の路線の違いが顕著である。近年の医療保険財政についてみると、均衡を保っているが、被用者負担の増大傾向が見られ、是正のための改革が予定されている。

本稿では、メルケル政権下での医療費適正化の取組みに焦点を当て、大連立を組みながらも路線の異なる二大政党がどのような政策を実施してきたのかを考察する。

1. はじめに

ドイツでは、所得が年間労働報酬限度額（2018年は年額5万9,400ユーロ）を上回る者は公的医療保険（法定医療保険：以下GKVとする）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、GKVに任意加入しなければならない。2017年平均で全ドイツ国民の約87%（7,223万人）がGKVに加入し（BMG2018b）、残りの約13%が民間医療保険に加入している。GKVの保険者は疾病金庫と呼ばれ、地区疾病金庫（2017年時点で11金庫、被保険者数は約2,594万人）、企業疾病金庫（同88金庫、約1,081万人）、同業者疾病金庫（同6金庫、約527万人）、農業者疾病金庫（同1金庫、約65万人）、連邦鉱夫・鉄道・海員金庫（同1金庫、約164万人）、代替金庫（同6金庫、約2,793万人）の6つの種別が存在する（BMG2017, 114-115/ BMG2018b）。

2005年のメルケル政権成立以降は、二大政党であり、第1期・第3期・第4期メルケル政権にて大連立を組むCDU/CSU（キリスト教民主・社会同盟）とSPD（社会民主党）の医療政策

上の路線の違いが顕著である（詳細は後述）。そして、近年では経済の好調もあいまって医療保険財政は均衡を保っている（表1参照）が、被用者負担の増大傾向が見られ、是正のための改革が予定されている（詳細は後述）。

本稿では、2005年以降のメルケル政権下での医療費適正化の取組みに焦点を当て、路線の異なる二大政党が大連立を組み合わせながらもどのような政策を実施してきたのかについて考察する。

2. メルケル政権期までの展開

ドイツにおける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。当初は、一部負担の引上げや給付の縮減といった内容にとどまっていたが、1989年の医療保障改革法を皮切りに、医療の供給構造の非経済性を解消するための改革がなされるようになった（松本2014、16）。なかでも、CDU/CSUとFDP（自由民主党）の連立政権（コール政権）下での1993年の医療保障構造法によって、被保険者が加入する疾病金庫を選択できるようになり、

また、それにより生じ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（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仕組み）が導入されたことは画期的であった。これら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することで疾病金庫間の保険料格差が縮小し、また、疾病金庫間の合併が促進されて疾病金庫数が激減した¹⁾。

その後、1998年に発足したSPDと同盟90/緑の党の連立政権（シュレーダー政権）下では、経済競争が国際的に激化するなかで、ドイツ経済が国際競争力を保ち、なおかつ、国内の雇用を確保するには、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され、他方で、医療政策では、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が置かれた。そして、2000年の「2000年医療保険改革法」では、外来医療と入院医療との連携（「統合的医療」）、家庭医機能の強化、保険医数の削減などがなされた。2002年には、GKVの平均保険料率（労使折半）がはじめて14%の大台を突破したことから、翌年に、保険料率の上昇を抑えるべく、薬剤の割引、義歯の価格引下げなどがなされた（医療経済研究機構2017、159-160）。

だが、当時の景気低迷と高失業を理由に、保険料率は上昇傾向を辿った（表1を参照）ため、2004年の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、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、「診察料」（診察を受けた医師1人につき四半期ごとに10ユーロを支払う）が導入された。また、入院時の患者負担が従来の1日9ユーロから10ユーロに引き上げられ、支払上限も従来の年間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ユーロ、上限10ユーロ）に変更された。さらに、2005年7月から特別保険料率なるものが導

入された。これは、傷病手当金と歯科補綴に係る給付に対して、被保険者のみが負担する保険料率とされ、これにより、戦後GKVの伝統ともいえた保険料労使折半が実質的に崩れることとなった。他方で、「保険になじまない給付（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）」に係る疾病金庫の支出を補填するために、従来は原則として行われていなかったGKVへの連邦補助が行われることとなった（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23億ユーロの黒字を計上した（表1参照）。

3. 第1期メルケル政権期（2005～2009年）の展開

2005年秋の総選挙では、医療保険分野において「連带的医療プレミアム（別名：人頭保険料方式）」を掲げるCDU/CSUと、「国民保険」を掲げるSPDとが争った。CDU/CSUは、賃金付随費用の削減が雇用創出のために決定的に重要であるとし、人口構造の変化や労働の負担にならず、医療分野の成長の機会を活用しながら、すべての人に質の高い医療を保障するために、成人被保険者から人頭保険料を徴収し、低所得者には適切な調整（「社会的調整」）を行うとした。また、使用者からは、長期的に固定された保険料を徴収するとし、これにより、保険料を医療費の展開に連動させないこととした。そして、子は保険料を免除し、子にかかる医療費は税財源で賄うとした（CDU/CSU2005、25-27）。他方のSPDは、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（「国民保険」）に加入させ、保険料の賦課対象となる収入についても、給与収入のみならず資本収入などにまで拡大することを主張した（SPD2005、36-37）。つまりは、民間医療保険とGKVという区分をなくし、財源についても、資産収入を保有する高額所得者層の負担を増大させる方向に拡大し

ようとした。しかし、総選挙では両党いずれも過半数を確保できず、結果として、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。連立協定には、医療政策に関して両党の合意が得られなかったため、2006年中に結論を出すことと記された(CDU/CSU/SPD2005, 87)。

そして、実際に2006年に得られた両党の合意の内容を反映した大規模な医療保険改革が、2007年の法定医療保険競争強化法であった。本法の主な内容は以下のとおりである。

- ①従来は疾病金庫ごとに設定されていた保険料率が、2009年から15.5%（労使折半の一般保険料率14.6%+被用者のみ負担する特別保険料率0.9%）に統一された。
- ②従来、個々の疾病金庫が徴収していた保険料が、2009年に創設された「医療基金」（連邦保険庁が管轄）に納付された後に、リスク構造調整を経た上で、各疾病金庫に交付されることとなった。
- ③リスク構造調整の指標に新たに「有病率」が加えられた（有病率リスク構造調整）。これは、保険料率をメルクマールとしていた従来の競争が、有病者、障害者、高齢者といったリスクの高い被保険者を忌避するという、医療保険として好ましくない状況がみられるようになったことへの対応であった（医療経済研究機構2017、144-145）。
- ④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った。ただし、追加保険料が月額8ユーロ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た。そして、被保険者は、追加保険料を徴収する疾病金庫に対して、疾病金庫を変更する解約告知権を2か月後に行使しうることとなった²⁾（同上、162）。また、黒字の疾病金庫は被保険者に対して配当金を給付しうることとなった。

⑤保険料率の上昇圧力を緩和するために25億ユーロの連邦補助が支出され、その後、毎年15億ユーロ増額し、最終的には140億ユーロにまで増額されることとなった。

⑥疾病金庫に「選択タリフ」（任意契約の付加保険）が導入された。これは、疾病金庫が必ず提供せねばならない「強制タリフ」（統合的医療、疾病管理プログラムなど）と、任意に提供しうる「任意タリフ」（保険料償還、自己負担補填など）に区分される³⁾（同上；田中2013、8）。

本法の内容は、CDU/CSUとSPDの錯綜した主張の妥協として生み出されたものと評価される（医療経済研究機構2017、143-145）。そして、統一された保険料率のもとで、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捉えられる。

4. 第2期メルケル政権期（2009～2013年）の展開

2009年の総選挙においてSPDが敗北を喫し、大連立政権が解消され、CDU/CSUとFDPの連立政権が発足した。連立協定では、医療政策について、予防と競争が重視され、短期と長期の対策が構想された。短期的対策としては、被保険者だけが収入不足に対する負担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た。長期的対策としては、収入とリンクせず社会的調整のなされた被用者負担への移行、賃金付随費用から医療費を切り離すための使用者の保険料率の固定などが挙げられた（CDU/CSU/FDP2009；86）。

2011年の法定医療保険財政法では、改革がなされなければ同年の赤字は約90億ユーロにのぼるとの連邦保健省の指摘を受けて、収入安定化策と支出抑制策が講じられた。前者に関しては、保険料率が引き上げられ、また、医療費の動向

表1 法定医療保険(GKV)の財政に関する主要統計

(単位:10億ユーロ)

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|--------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------|--------|-------|
| 収入 | 135.79 | 139.71 | 140.77 | 142.46 | 145.74 | 149.93 | 156.06 | 162.52 | 172.20 | 175.60 | 183.77 | 189.69 | 195.85 | 204.24 | 212.56 | 224.35 | — | — |
| 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 | 1.05 | 0.96 | 0.99 | 1.01 | — |
| | 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 | 194.80 | 203.28 | 211.57 | 223.34 | — |
| | 連邦補助 | — | — | — | 1.0 | 2.5 | 4.2 | 2.5 | 2.5 | 7.2 | 15.7 | 15.3 | 14.0 | 11.5 | 10.5 | 11.5 | 14.0 | — |
| 収入の対前年比伸び率 | 1.48% | 2.89% | 1.23% | 0.76% | 2.30% | 2.87% | 4.09% | 4.14% | 5.96% | 1.97% | 4.65% | 3.22% | 3.25% | 4.28% | 4.07% | 5.55% | — | — |
| 支出 | 138.81 | 143.03 | 145.09 | 140.18 | 143.81 | 148.00 | 153.93 | 160.94 | 170.78 | 175.99 | 179.61 | 184.25 | 194.49 | 205.54 | 213.67 | 222.73 | — | — |
| 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 | 182.75 | 193.63 | 202.05 | 210.36 | — |
| | 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 | 31.43 | 33.43 | 34.89 | 36.53 | — |
| | 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 | 30.09 | 33.36 | 34.84 | 36.27 | — |
| | 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 | 64.19 | 67.86 | 70.25 | 72.95 | — |
| 支出の対前年比伸び率 | 3.73% | 3.04% | 1.44% | -3.47% | 2.59% | 2.91% | 4.01% | 4.55% | 6.11% | 3.05% | 2.06% | 2.58% | 5.56% | 5.68% | 3.96% | 4.24% | — | — |
| 収入-支出 | -3.02 | -3.32 | -4.32 | 2.28 | 1.93 | 1.93 | 2.13 | 1.58 | 1.42 | -0.39 | 4.17 | 5.44 | 1.36 | -1.3 | -1.12 | 1.62 | — | — |
| 疾病金庫数(1月1日時点) | 396 | 355 | 324 | 280 | 267 | 257 | 242 | 221 | 202 | 169 | 156 | 146 | 134 | 132 | 124 | 118 | 113 | 110 |
| 医療基金 | 収入 | — | — | — | — | — | — | — | 164.6 | 174.6 | 184.3 | 189.1 | 192.5 | 198.5 | 206.2 | 219.7 | — | — |
| | 支出 | — | — | — | — | — | — | — | 167.0 | 170.3 | 179.0 | 185.4 | 192.0 | 199.7 | 208.6 | 220.5 | — | — |
| | 流動性準備金 | — | — | — | — | — | — | — | 0.0 | 4.2 | 9.5 | 13.1 | 13.6 | 12.5 | 10.0 | 9.1 | — | — |
| | 純資産 | — | — | — | — | — | — | — | -2.4 | 1.8 | 7.1 | 10.7 | 11.2 | 10.1 | 7.6 | 6.7 | — | — |
| 保険料率 | | 13.6% | 14.0% | 14.3% | 14.2% | 14.2% | 14.8% | 14.9% | 15.5% (7月より) 14.9% | 14.9% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 15.5% | 14.6% | 14.6% | 14.6% | 14.6% |
| | 労使折半分** | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 (7月より) 13.3% | 13.3% | 13.9% | 14.0% | 14.6% (7月より) 14.0% | 14.0% | 14.6% | 14.6% | 14.6% | 14.6% | 同上 | 同上 | 同上 |
| | 被用者のみが負担する分 | なし | なし | なし | なし | なし (7月より) 0.9% | 0.9% | 0.9% | 0.9% | 0.9% (+a)*** | 0.9% (+a) | 0.9% (+a) | 0.9% (+a) | 0.9% (+a) | 0.9% (+a) | 0.9%**** | 1.1% | 1.1% |

* 主要な支出項目のみ紹介。
 ** 2008年までは全疾病金庫の平均保険料率。2009年以降は一般保険料率。
 *** (+a)とは疾病金庫独自の追加保険料をさす。
 **** 平均追加保険料率をさす。

出所: Nakielski (2016), BMG(2017), BMG (2018a), BMG (2018c)を参考に筆者作成。

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、賃金から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こととなった。なお、2012年は好景気ゆえに追加保険料を徴収した疾病金庫は皆無であり(医療経済研究機構2017、166)、平均追加保険料額も2011年から2014年にかけてゼロであった(GKV-

Spitzenverband)。後者に関しては、疾病金庫の事務費が今後2年間は2010年よりも高くなることは認められず、また、病院支出の増大と開業医の報酬の伸びが抑制された。さらに、2011年の医薬品市場新秩序法によって、新薬の価格設定の高騰が抑制された。

なお、2011年以降は、良好な医療保険財政の状況を受けて、2012年の支援介護法によって2013年から診察料は廃止され、その分の疾病金庫の収入減は医療基金の流動性準備金から賄われるとされた。

5. 第3期メルケル政権期 (2013~2017年)の展開

2013年の総選挙では、CDU/CSUは、従来の路線を踏襲した上で、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の義務化などを提唱していた(CDU/CSU2013, 75-76)。他方でSPDは、依然として国民保険の導入に固執していた(SPD2013, 73)。結果として、FDPが大敗したことから、同年末に4年ぶりに大連立政権が成立した。連立協定には、現在の医療保険財政は良好だが、この状況は長続きしないとして、周到な支出政策を行うことが記され、また、引き続き使用者負担が固定された。そして、追加保険料を定率とし、現行の特別保険料率はこの追加保険料に吸収されるとした(CDU/CSU/SPD2013, 82-83)。

これらの内容が実現したのが、2015年の法定医療保険財政構造・質向上法であり、まず、同年から被保険者にのみ課せられていた0.9%の特別保険料率は解消され、傷病手当金なども一般保険料率から賄われることとなった。次に、先に7.3%で凍結されていた事業主の保険料率を法律で固定化することとし、医療基金から交付される保険料で保険給付費を賄えない場合には、各疾病金庫が、被保険者のみが負担する追加保険料率を設定することとした。平均追加保険料率は、2015年は0.9%、2016年と2017年は1.1%、2018年は1.0%である(表1参照)。事業主の保険料率のこのような固定化により、事業主が医療保険の支出政策に無関心となることが危惧された(Nakielski2016, 53)。

当時、医療関連の新法⁴⁾が立て続けに施行されたことから、疾病金庫は新たに149億ユーロの支出増となり、平均追加保険料率が2019年には1.8%にまで上昇するとの試算も存在した。そして、労働組合(IGメタル)、同業者疾病金庫の連邦団体、連邦鉱夫・鉄道・海員金庫などから、労使の対等な保険料負担の必要性が主張された(ibid.)。

6. GKV財政の推移と第4期メルケル 政権期の医療費適正化策の展望

(1) GKV財政の推移

2000年代以降のGKV財政の推移をみると(表1参照)、2004年以降は2010年を除き黒字を記録し続け、2014年・2015年と赤字を記録したものの、2016年時点では再び16.2億ユーロの黒字となっている。収支の対前年比伸び率をみても、2015年以降は収入のそれが支出のそれを上回る。医療基金の純資産は、創設年(2009年)こそ赤字であったが、その後は黒字となり、2013年には112億ユーロを記録した。だが、2014年以降は赤字となり、2016年時点では67.3億ユーロである。

追加保険料については、表1には詳細を掲載していないが、2018年時点で徴収していないところは1金庫のみであり、追加保険料率について、2018年の平均である1%と同率を設定する疾病金庫は12金庫、1%を超える率を設定する疾病金庫は54金庫であった(なお、最高は1.7%で、2金庫存在した)(Krankenkasse. Deutschland 2018)。

(2) 第4期メルケル政権期の医療費適正化策の 展望

2017年の総選挙では、CDU/CSUは、従来の路線の継続・拡充を主張し、SPDの国民保険の構想を拒絶した(CDU/CSU2017, 38)。他方で、SPDは、依然として国民保険の導入を主張し、特に、医療費を労使折半で担う「対等な国民保険」を是とし、被保険者による一方的な追加保険料の負担を廃止するとした(SPD2017, 40)。結果として、CDU/CSUもSPDも単独では過半数に届かず、特にSPDは大幅に議席を落とした。CDU/CSUは当初はFDPと連立交渉を行っていたが、移民政策などをめぐる方向性の大幅な相違から頓挫した。そこでSPDと連立交渉を行うこととなり、労働政策と医療保険に関して議論が紛糾したものの、最終的に

CDU/CSU側が大幅に譲歩し、2018年2月に漸く連立合意に達した。

そして、翌月に発表された連立協定には、2019年1月から、追加保険料について労使折半になるとされ、GKVの保険料の労使折半を再び確立するというSPDの主張が実現することとなった。また、連邦保険庁の専門家委員会の勧告に基づき、現行の有病率リスク構造調整を、公正な競争という目的のため数字の操作が行われないように改善するとし、そのために、定期的な鑑定の検査を規定するとしている（CDU/CSU/SPD2018, 102）。

7. おわりに

メルケル政権下の医療費適正化策は、CDU/CSUが提唱する賃金付随費用と医療費との切り離し、および、SPDが提唱する国民保険という2つの路線がせめぎあっていた。そして、第1期における法定医療保険競争強化法でのハイブリッドな決着の後、第2期にSPDが野党に回ったこともあり、暫くはCDU/CSUの路線が優勢となった。

再び大連立となった第3期には、医療保険財政が安定していたこともあり、切迫した医療費適正化策というよりも、長期的な財政安定のために何をなすべきかが模索された。SPDは国民保険を掲げて被保険者間の公正の追求と、被保険者側の負担軽減を志向した。かたや、CDU/CSUは、賃金付随費用を一定に保つべく、事業主負担の固定化と被保険者のみの負担の設定を続行した。だが、第4期において、SPDが望んでいた追加保険料率の労使折半が実現することとなり、保険料労使折半が再びなされることとなった。

しかし、将来において景気が悪化すれば、保険料負担をめぐる議論が再燃する可能性がある。戦後長らく保険料労使折半を原則としてきたドイツにおいて、2005年から2018年までの展開は例外であったと捉えるのか、あるいは、賃金付随費用の軽減という名目で、不況期などに

おける保険料労使折半の改変が慣例化されるのか。そもそも、疾病金庫間での追加保険料の格差についてはどのように捉えるのか。また、SPDは今回の進展を弾みに、国民保険の実現への足掛かりを得るのか。今後の動向を注視する必要がある。

注

- 1) 1993年の1,221金庫から1996年には642金庫にほぼ半減し、その後も減少の一途を辿った。
- 2) 通常は、同一の疾病金庫の被保険者として18か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（SGB V（社会法典第5編）175条4項）。
- 3) 任意タリフには3年間の契約拘束期間が存在する（強制タリフには契約拘束期間なし）。
- 4) 予防法（2014年）、法定医療保険供給強化法（2015年）、病院構造法（2016年）、Eヘルス法（2016年）、ホスピス・苦痛緩和法（2016年）。

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
- ・医療経済研究機構（ドイツ医療保障制度に関する研究会）（2017）『ドイツ医療関連データ集【2016年版】』
- ・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（2014）「メルケル政権下の医療制度改革－医療制度における競争－」『海外社会保障研究』186
- ・森周子（2013）「ドイツにおける医療費適正化の取組み」『健保連海外医療保障』99
- ・BMG（連邦保健省）（2017）：*Daten des Gesundheitswesens*
- ・BMG（2018a）：*Endgültige Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds*
- ・BMG（2018b）：*Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2017*
- ・BMG（2018c）：*Kennzahlen der Gesetzlichen*

Krankenversicherung 2005-2018

- CDU/CSU (2005) : *Leistung und Sicherheit. Zeit für Taten.*
- CDU/CSU (2013): *Gemeinsam erfolgreich für Deutschland.*
- CDU/CSU (2017) : *Für ein Deutschland, in dem wir gut und gerne leben.*
- CDU/CSU/FDP (2009) : *Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.*
- CDU/CSU/SPD (2005) : *Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit.*
- CDU/CSU/SPD (2013) : *Deutschlands Zukunft gestalten.*
- CDU/CSU/SPD (2018) : *Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.*
- GKV-Spitzenverband: Zusatzbeitrag 01.01.2009-31.12.2014 (https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv-grundprinzipien/finanzierung/zusatzbeitrag/zusatzbeitrag_seit_2009.jsp) (2018年5月10日閲覧)
- Krankenkasse. Deutschland (2018) : Zusatzbeitrag der Krankenkassen (<https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/>)
- Nakielski, Hans (2016) : Einnahmen und Ausgaben driften auseinander, in: *Soziale Sicherheit* 2/2016.
- SPD (2005) : *Vertrauen in Deutschland.*
- SPD (2013) : *Das Wir entscheidet.*
- SPD (2017) : *Zeit für mehr Gerechtigkeit.*

特集：医療費適正化への取組み

フランスの医療費適正化への取組みと
近年の保健医療政策

駒澤大学教授

原田 啓一郎

Harada Keiichiro

フランスの医療費適正化に関する1990年代の改革は、医療費増加の抑制を財政構造のなかでいかに図るのかに主眼が置かれ、医師・医療側への医療費抑制政策が中心であった。これに対し、2000年代の改革では、医療を消費する患者側に着目した医療費抑制政策が打ち出されている。そして近年は、医療制度そのものの再編成や保健医療政策のなかに、医療費の適正化への取組みとの関わり的一端をみることができる。

1. はじめに

人口の高齢化や経済成長の鈍化により、医療保険制度の収入と支出のギャップが拡大するようになると、他の先進諸国と同様に、フランスでも医療費の抑制を図る一方で、その財源の確保を図ることが常に課題とされてきた。フランスでは、1990年代に相次いでなされた改革により、社会保障財政の規律における国家の関与は高まり、医師などの診療サイドに対する改革が打ち出されたが、医師組合との合意形成が難しく、その効果は限定的であった。2000年代に入ると、国による政策的な抑制策から、医療を消費する患者側に着目した医療費抑制政策に力点が移った。その先鞭となる改革が2004年の「医療保険に関する法律」¹⁾（以下、「2004年法」という）であり、その後2009年の「病院・患者・健康・地域に関する法律」²⁾（loi HPSTと呼ばれる。以下、「2009年法」という）、2016年の「われわれの医療制度の現代化に関する法律」³⁾（loi santéと呼ばれる。以下、「2016年法」とする）と続き、医療提供体制にとどまらず、健康増進や疾病予防の促進に関心を寄せる改革が行われている。

本稿では、2000年代以降の医療制度の再編成や保健医療政策（politique de santé）に着目し、医療保険改革と保健医療政策との関係を意識しながら、医療費適正化に向けた取組みの一端を概観する。

2. 医療費をめぐる現況

(1) 人口動態

フランス国立統計経済研究所（INSEE）のデータ⁴⁾によると、2018年1月1日現在の人口は6,719万人であり、近年、自然増と移民により増加を続けている。2017年の自然増は16.4万人であり、戦後で最も小幅の増加であった。これは死亡数の増加と出生数の減少⁵⁾が影響しているとされる。また、平均寿命は2017年時点で女性85.3歳、男性79.5歳である。欧州連合諸国のなかでは、フランスの男性の平均寿命はほぼ中位であるのに対し、女性はスペインに次いで高く、85歳を超える国はスペインとフランスのみである。

(2) 医療費をめぐる現状

OECDのデータを基に保健医療支出について

表1 フランス・日本の保健医療支出の概況
(2016年)

| | 国民1人あたりの 保健医療支出 | 保健医療支出の 対GDP比 |
|-------------|--------------------|------------------|
| フランス | 4,600ドル | 11.0% |
| 日 本 | 4,519ドル | 10.9% |
| OECD 35か国平均 | 4,003ドル | 9.0% |
| (参考)アメリカ | 9,892ドル | 17.2% |

出所：OECD, *Health at a Glance 2017*；OECD, Health Statistics, 2017.

みると、アメリカは、国民1人あたりの保健医療支出と保健医療支出の対GDP比が他国を抜いて圧倒的に高い。フランスは、国民1人あたりの保健医療支出についてはOECD諸国の平均をやや上回り、比較35か国中14位である。フランスの1人あたり保健医療支出の伸びは過去10年比較的緩やかに推移しているが、保健医療支出の対GDP比は過去10年で1%ほど増加している。OECD諸国のなかでは、フランスの保健医療支出の対GDP比は高く推移しており、アメリカ(17.2%)、スイス(12.4%)、ドイツ(11.3%)に次いで4番目に高い。

医療費の増加要因に関する分析はいくつか見られるが、指摘されるひとつの要因が慢性疾患とがん罹患の増加の影響である⁶⁾。今日、人口の16.6%を占める約1,000万人が社会保障の対象となる長期疾患(ALD)に罹患しており、その費用も2014年には942億ユーロにのぼる。また、がんに関する医療費の支出は、心臓血管疾患や糖尿病とともに、医療保険の支出の上位を占めている。そして、高齢化の影響も要因として指摘される。フランスは平均寿命の延伸を続け、1970年以後、今日までに12歳以上延伸している。そして、2010年には65歳以上の人口割合が17%であったのに対し、2050年には26%に達すると予測されている。高齢化の進展による人口構造の変化により、医療費の増加は回避しがたいとされる。この他、高額医薬品の開発や医療技術の進展の影響、たばこやアルコール飲料等に関連する疾患の影響も要因として挙げられ

る。特に、たばこやアルコール飲料等、健康を害する恐れのある嗜好品については、単に公衆衛生上の問題にとどまらず、将来の医療費の増加につながるものであると捉えており⁷⁾、後述(4.)のように今日では保健医療政策の重要性が認識されている。

(3) 全国医療保険支出目標の推移

社会保障の財政規律への取組みのひとつとして、1996年から、毎年末に翌年の社会保障財政法(LFSS)を制定している。これは、1996年に憲法を改正して社会保障財政に対する議会の関与を明確にしたものであり、議会が、社会保障財政法のなかで財政均衡の一般条件を決定し、収入の見込みを考慮した支出の目標を定めている。医療費関連では、社会保障財政法のなかで医療保険の支出の目標額を設定する全国医療保険支出目標(ONDAM)を定めている。

近年の全国医療保険支出目標の推移は、表2のとおりである。

全国医療保険支出目標の設定初年度は実績額を下回っているものの、その後2009年までの間は、実績額が目標額を上回る傾向が続いていた。これは、社会保障財政法があくまでも支出目標の設定にとどまり、目標値を超えた場合への対応手段がなかったことによる影響が大きいとされる。そのため、全国医療保険支出目標の拘束力には早くから疑問が呈されていた。こうした事態に対処すべく、2004年の医療保険改革法により、医療保険の支出の推移に関する警告委員会(CAEDAM)(以下、「警告委員会」という)を創設する等の改革が行われた⁸⁾。警告委員会では、医療保険費用の推移が0.5%(2013年以降)以上全国医療保険支出目標を上回ると判断した場合に、議会、政府、金庫にその旨を警告し、目標値内に収めるための必要な措置の提言を行う任務を負っている⁹⁾。こうした改革の後しばらく実績額が目標額を上回る傾向が続いていたが、2010年になり、ようやく全国医療保険支出目標の実績値が目標値を下回った。その後も実績値が目標値を下回る傾向が続いており、警

表2 近年の全国医療保険支出目標の推移

(単位：10億ユーロ)

| 年 | 1997 | 1998 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 目標額 | 91.5 | 93.6 | 152.1 | 157.6 | 162.4 | 167.1 | 178.3 | 181.9 | 185.2 | 190.7 |
| 実績額 | 91.4 | 95.1 | 152.9 | 158.2 | 161.9 | 166.7 | 177.9 | 181.8 | 185.2 | ** |
| 差分(※) | -0.1 | +1.5 | +0.8 | +0.6 | -0.5 | -0.4 | -0.4 | -0.1 | 0 | ** |

(※) 差分=目標額-実績額 (注) 1999~2007年、2012~2013年は省略。

出所：Commission des comptes de la Sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale を基に作成。

告委員会の出番はわずかとなっている¹⁰⁾。

3. 2000年代の諸改革と 医療費適正化への取組み

医療保険制度の赤字が深刻化するなか、1990年代の改革は、95年のジュベ・プランにみられるように、政府や議会の統制を高めることを通じて、医療費の適正化と医療の質の確保を目標としていた。以後、政府と医療保険金庫間の目標実現のための契約的手法による直接的な医療費の適正化のほか、拘束力のある医療指標(RMO)の促進や医療保険金庫の医療監視の強化、一般医をかかりつけ医とする参照医(médecin référent)制度の導入、健康手帳(carnet de santé)の導入といった主として医師・医療側での対策を重ねた。しかしながら、先述のように全国医療保険支出目標は1997年を除いて達成されず、医師・医療側での医療費適正化策も医師側の協力を取り付けることができず有効には機能しなかった。

2000年代に入り、医療費の適正化の力点は医師側に働きかける抑制策から、患者側に働きかける抑制策にシフトしていく。ラファラン内閣下での2004年の医療保険改革は、①ケア提供と医学的抑制の改善、②医療保険制度全体の新しいガバナンス、③医療保険財政に関する補足的な手法を柱とするものであった¹¹⁾。医療費の適正化との関連では、警告委員会の創設、患者の自己負担額の引上げと新たな負担の導入(入院定額負担金の引上げ、1ユーロ受診時定額負担(participation forfaitaire)の導入)、一般社会拠出金(CSG)等の財源負担の引上げ、参照医

制度に代わりかかりつけ医(médecin traitant)制度の創設、薬剤師にジェネリック医薬品の選択権を付与する選択制の導入等が行われ、軒並み患者側に変化を求めるものであった。

サルコジ政権下では、2007年末に成立した2008年の社会保障財政法において、医薬品に対する保険免責負担(franchise médicale)等を導入し、2004年以來の患者負担増の側面が前面に打ち出された。その後も、アルコール度数の高い飲料への課税強化など、周辺部からの財源の確保とともに、患者自己負担の引上げ(給付水準の縮減)と医学的有効性の低い薬剤の償還率の引下げといった手法がとられた。この間、患者自己負担の引上げ(給付水準の縮減)は、共済組合等の補足的医療保険によってその負担を吸収・緩和する方向に働き、結果として、補足的医療保険の役割をこれまで以上に高めることになった¹²⁾。そして、2009年には、厳しい財政の下で効率的な医療提供体制の構築を図るべく2009年法が公布された。その内容は、病院内部組織の再編や健康問題、予防等への対策を含む新たな地方圏医療組織計画(SROS)への改編、病院公役務(SPH)の削除などに多岐にわたる¹³⁾。

オランダ政権下では、医療制度と公衆衛生に関する改革が行われており、2016年には、寿命の延伸、慢性疾患の拡大、根強い健康不平等といった保健医療・公衆衛生に関するフランスが抱える今日的課題を是正し、すべての人の良質な治療へのアクセスを保障することを目的にした2016年法が成立している¹⁴⁾。その内容は多岐

にわたり、医療提供体制の改革、疾病予防対策、ケアへのアクセスの保障のための第三者払い (tiers payment) 原則の導入、患者のための新しい権利 (既往症のある患者のための過去を忘られる権利¹⁵⁾) 等、公衆衛生関連にとどまらず、医療制度の改革にも大きく踏み込んでいる。

4. 医療費適正化と近年の保健医療政策

これまでも医療費の適正化にあたっては、医療のアクセスや医療の質の向上が常に政策的には掲げられていたが、医療費の適正化と疾病構造や健康に着目した保健医療政策との関連はあまり意識されてこなかった。2004年法以降の医療関連改革の動向を眺めると、患者側に働きかける医療費適正化策とともに、2009年法、2016年法のなかには保健医療政策重視の傾向がみられる。以下では、2009年法および2016年法における保健医療政策と医療保険政策の関わり的一端を概観しておこう。

(1) 保健医療政策における医療保険制度の位置づけ

フランスの医療に関する法体系では、公衆衛生や保健医療、医療提供体制に関する法令は公衆衛生法典 (code de la santé publique)、医療保険を含む社会保険等に関する法令は社会保障法典 (code de la sécurité sociale) の2つに区分され、政策的にも医療保険改革 (2004年法) と医療制度改革 (2009年法、2016年法) のように、別々に改革が行われていた。しかしながら、医療保険制度のあり方が保健医療や医療提供体制と深く結びつきをみせる今日、こうした縦割りの政策展開に疑問が呈されていた¹⁶⁾。こうしたなか、これまで公衆衛生の領域とされてきた保健医療政策のなかで、その一主体として医療保険組織が関わるすがたが徐々に形成されつつある¹⁷⁾。

2016年法は、公衆衛生法典において、健康保護への権利を保障するための保健医療政策には、社会的保護制度による疾病、障害等の給付に関

する事項も含むとした (公衆衛生法典L.1411-1条)¹⁸⁾。また、国と協約の締結において、医療保険組織は、社会保障財政法を尊重し、保健医療政策や各種保健医療プログラム等の実行に協力しなければならないことが明確にされた (公衆衛生法典L.1411-2条、社会保障法典L.182-1-1条)。

また、2016年法では、医療制度の効率性とリスク管理に関する全国計画を導入した (社会保障法典L.182-2-1-1条、公衆衛生法典R.1434-19条)¹⁹⁾。2009年法では、リスク管理に関する地方多年度プログラムの規定を導入したが、医療保険組織と保健医療行政の調和を図るものではなかった。全国計画は、国と医療保険金庫全国連合 (UNCAM) との間で締結される契約で、病院における適切なケアの普及、病院の支出の効率化、外来と入院医療の連携推進²⁰⁾、ジェネリック医薬品使用の普及など医療制度に関わる医療保険サービスの諸活動すべてを包含するものである。このなかで、医療保険組織は、社会保障財政法を尊重し、保健医療政策や各種保健医療プログラム等の実行に協力しなければならないとされている。

(2) 医療組織の計画と保健医療に関する計画の調和

これまでも地方圏医療組織計画 (SROS) が策定されていたが、以前は医療組織、とりわけ入院医療を中心とするものであった。2009年法では、地域圏ごとの保健医療問題を分析したうえで優先課題を設定した地方圏保健医療計画 (PRS) を盛り込んだ新たな地方圏医療組織計画 (SROS-PRS) を定め、医療機関と地方圏医療庁 (ARS) との複数年契約 (CPOM) に基づいてその解決を図る仕組みを導入した²¹⁾。同計画の導入は近年の医療政策における契約的手法のひとつの現れであり、計画の実施状況が芳しくない場合には、計画の見直しや予算削減、認可の取消しなどが予定されている。同計画は、各地域の課題を踏まえ、入院医療のほか、外来医療、社会医療サービス、予防をも含む総合的

な戦略的計画として策定される。このうち、予防関連の計画については、その実施のために、被用者、自営業、農業共済の各全国医療保険金庫が地方圏医療庁に対してその経費を負担している。

(3) 疾病予防対策

2016年法では、保健医療・公衆衛生についてフランスが抱える今日的課題への取組みがひとつの柱であった。このうち、主な疾病予防対策として、将来の医療費の増加につながるものであるとして捉えられている喫煙や甘い清涼飲料水に対する規制強化が盛り込まれている。フランスでは年間7.3万人がたばこ中毒 (tabagisme) で命を落としているといわれている²²⁾。この対策として、たばこ中毒削減全国計画 (PNRT) を策定し、たばこパッケージのいわゆるプレーン・パッケージ化²³⁾ や18歳未満の子どもを乗せた車内での喫煙の禁止、電子たばこの宣伝の制限、かかりつけ医との連携による喫煙者の禁煙への支援などを進める。また、フランスでは、成人の約14.5%が肥満であるともされている。この対策として、食品栄養の情報提供の拡充のほか、砂糖や人工甘味料による甘い清涼飲料水の広告について、健康・保健に関する情報を入れる義務の強化²⁴⁾、レストランや学校等で砂糖や人工甘味料による甘い清涼飲料水を有償無償にかかわらず飲み放題とすることの禁止などが盛り込まれている。

(4) かかりつけ医と予防活動

2009年の社会保障財政法により、個別医療行為改善契約 (CAPI) が導入された。これは、医療保険金庫全国連合作成の契約ひな型に基づき、医療保険初級金庫とかかりつけ医との間で締結されるものであり、かかりつけ医が予防活動や慢性疾患予防の実施、処方最適化を行い、契約に従って一定の成果を達成した場合に、成功報酬が支払われる仕組みであった。その後、2011年に締結された医療協約から、公衆衛生の目標に応じた報酬 (ROSP) が導入されてい

る²⁵⁾。これは慢性疾患の継続的管理や疾病予防、効率性の3テーマの各指標に設定された目標の達成度に応じて報酬が支払われる仕組みであり、9割を超える医師がこれを適用している。この報酬の導入により、かかりつけ医による慢性疾患の継続的管理や疾病予防の推進が期待されているが、疾病予防では指標によりその成果は分かれるという指摘がある²⁶⁾。

5. おわりに

医療費適正化については、これまで医療保険制度改革や医療財政の側面から注目されることが多かったが、本稿では、近年の保健医療政策に関する側面から、医療費適正化に関連すると思われる取組みの一端を確認した。保健医療政策の側からは、医療費適正化という側面はことさらに強調されていないが、保健医療政策と医療保険政策の間には、両者をまたぐ仕組みの導入も近年では行われており、こうした健康の向上や生活習慣の改善に医療保険組織やかかりつけ医が関与する場面が増えている。市民の健康にかかわる保健医療政策に医療保険組織がいかなるかたちで今後関わっていくのか、医療保険制度改革や医療財政とは別の視点で注目していく必要がある。

[付記] 本稿は、科研費研究補助金 (基盤研究 (A) : 課題番号15H01920)、科学研究費補助金 (基盤研究 (B) : 課題番号15KT0002)、科学研究費補助金 (基盤研究 (C) : 課題番号16K03353) による研究成果の一部である。

注

- 1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *JORF* n° 0190 du 17 août 2004 p.14598.
- 2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients,

- à la santé et aux territoires, *JORF* n° 0167 du 22 juillet 2009, p.12184.
- 3) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF* n° 0022 du 27 janvier 2016.
 - 4) INSEE, Bilan démographique 2017, *Insee Première* N° 1683, janvier 2018, p. 1.
 - 5) 2017年の合計特殊出生率は1.88と2014年の2.00から3年連続で低下しているものの、欧州諸国のなかでは依然として高水準にある。
 - 6) Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, La documentation française, novembre 2017, p.22. 以下の指摘も同書22頁以下によるものである。
 - 7) これまでも会計検査院は、健康を害する恐れのある嗜好品としてたばこ・アルコールを取り上げ、これによる直接的・間接的な社会的費用について指摘をしている (Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre le tabagisme*, Rapport d'évaluation pour le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, décembre 2012 ; Cour des comptes, *Rapport public thématique : Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, La documentation française, juin 2016.)。
 - 8) 詳細については、加藤智章「フランスにおける医療費適正化の試み」*健保連海外医療保障* 99号 (2013年) 9頁以下を参照。
 - 9) P. Morvan, *Droit de la protection sociale*, 8^e éd., Lexis Nexis, 2017, p.238.
 - 10) D. Bertrand, P. Marin, « La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie plus de dix ans après », *ADSP* n° 100, 2017, p.75.
 - 11) 2004年の医療保険改革に関する邦語文献として、加藤智章「フランスにおける医療制度改革」松本勝明編著『医療制度改革』(旬報社、2015年) 112頁以下等を参照。
 - 12) 患者の自己負担の増加が補足的医療保険の役割を大きくするものであった (笠木映里『社会保障と私保険: フランスの補足的医療保険』(有斐閣、2012年) 28頁以下参照)。2004年には、補足的医療保険の全国組織として、補足的医療組織全国連合 (UNOCAM) が創設され、医療保険政策に対する発言権が与えられている。
 - 13) 2009年法については、E. Couty, C. Kouchner et al. (dir.), *La loi HPST: Regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2010 が詳しい。
 - 14) 2016年法の概要については、A. Laude, D. Tabuteau (dir.), *La loi santé*, Presses de l'EHESP, 2016 ; J.-N. Cabanis, « La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour santé publique », *RDSS* 2016, p.597を参照。
 - 15) 既往症のある患者のための過去を忘れられる権利に関して、M. De Fallois, « Assurance et « droit à l'oubli » en matière de santé », *RDSS* 2017, p.132. 笠木映里「フランスの医療制度の近年の動向」*週刊社会保障* 2923号 (2017年) 48頁。
 - 16) D. Tabuteau, « Code de la santé publique ou code de la santé ? » in A. Laude, D. Tabuteau (dir.), *Le code de la santé publique, un demi-siècle après sa legalisation*, Éditions de santé / Presses de Sciences Po, 2008, p.15 ; D. Tabuteau, « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004 », *Droit social*, février, 2006, p.200.
 - 17) I. Poirot-Mazères, « La politique de santé : nouveaux périmètres, responsabilités réitérées de la loi », *Rev. dr. et santé*, Hors serie 2016, pp.16-17.
 - 18) A. Laude, D. Tabuteau (dir.), *op.cit.*, pp.19-20.
 - 19) D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Les mémentos, Dalloz, 2017, p.80.
 - 20) 日帰り手術や在宅入院、退院後の在宅復帰に関する支援プログラムの促進なども課題とされる。この点、会計検査院の2013年の報告書では、日帰り手術の促進により年間約50億ユーロの経費削減が可能であるとする推計を取り上げている (Cours des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, p.244, La documentation française)。
 - 21) D. Cristol, « Prévention et santé publique dans la loi HPST », *RDSS* 2009, p.832 ; P.-H Bréchat, « Prévention et promotion de la santé : pierre angulaire de la loi », *Rev. dr. et santé*, Hors série 2016, p.26.
 - 22) Ministère des Affaires sociales, de la Santé

- et des Droits des femmes, *Loi de modernisation de notre système de santé*, Dossier de presse, 2016, p.7.
- 23) プレーン・パッケージ化（フランスでは、paquet neutreと呼ばれる）とは、パッケージの魅力を抑え消費意欲を削ぎ、たばこの消費を削減することを狙ったもので、たばこパッケージの規制に関するEU指令の影響を受けたものである。同規制ではロゴ無しで同一のたばこのパッケージに統一される。
- 24) これまでもテレビやラジオ放送での広告ではこうした義務が定められていたが、2016年法によりインターネットでの広告も対象となった。こうした義務を遵守しない広告会社等は全国公衆衛生局(ANSP)に、栄養・食生活に関する情報・教育普及のために用いられる拠出金を支払う義務が課されている(公衆衛生法典L.2133-1条)。
- 25) 詳細については、松本由美「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」健保連海外医療保障117号(2018年)3-4頁を参照。
- 26) Cour des comptes, *La sécurité sociale*, sept. 2014., pp.241-242.

〔略語〕

- ARS : Agence régionale de santé
 ALD : Affections de longue durée
 ANSP : Agence nationale de santé publique
 CAEDAM : Comité alerte évolution des dépenses d'assurance maladie
 CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
 CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CSG : Contribution sociale généralisée
 LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
 ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
 PNRT : Programme national de réduction du tabagisme
 PRS : Projet régional de santé
 RMO : Références médicales opposables

- ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
 SPH : Service public hospitalier
 SROS : Schéma régional d'organisation des soins
 UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie
 UNOCAM : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

参考文献

注で挙げたもののほか、

- ・ A. Leca (dir.), La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016, *Les cahiers de droit de la santé* n° 24, LEH, 2017.
- ・ A. Morelle, D. Tabuteau, *La santé publique*, 3^e éd., PUF, 2017.
- ・ B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, 8^e éd., PUF, 2017.
- ・ 尾玉剛士『医療保険改革の日仏比較』(明石書店、2018年)
- ・ フランス医療保障制度に関する研究会(編)『フランス医療関連データ集【2017年版】』(医療経済研究機構、2017年)

イギリスにおける医療費適正化政策と医療サービス提供体制

山口大学准教授

田畑 雄紀

Tabata Yuki

無料で医療を受けられるNHS（国民保健サービス）であるが、90年代のNHSは非常に長い待機期間があり、国民が十分満足する医療サービスを提供できていなかった。医療費適正化政策とは、国民の医療ニーズに応えつつ、制度の維持を約束できるような政策でなければならない。本稿では、医療費を拡大していった2000年代のイギリスの政策と、2010年代の高齢化や医療技術の高額化が進む現代において、どのような政策で制度維持を図ろうとしているかを見ていく。

1. はじめに

イギリスの医療保障制度であるNHS（国民保健サービス）は、2018年で創設70年の節目を迎える。1946年に国民保健サービス法が制定され、1948年に創設されたNHSの基本的な特徴は今日まで変わっていない。その特徴とは、医療サービスの供給を国家の責任のもとで行い、費用の大部分（8割強）が国の一般財源によって賄われ、すべての国民に対して医療サービスを原則無料¹⁾で提供することである。ここでいう医療とは、治療や検査といった診療行為だけでなく、予防やリハビリテーションサービスも含めた包括的医療サービスも指す。日本のような医療機関のフリーアクセスはなく、すべての国民はかかりつけ医の診療所を登録し、病気などの際にはその診療所を受診する（一次医療）。そして高度な治療などの必要があれば病院が紹介される（二次医療）。

この仕組みを維持すべく、NHSではその時代の状況に応じた様々な改革が行われてきた。しかし、長期に渡り医療費を先進国の最低水準に抑えてきたことに加え、90年代ではその改革

に現場がついていくことができず、現場のスタッフが疲弊し、士気が低下していった。医療従事者の長い労働時間や低い給与水準、それによる人手や予算不足といった様々な要素も絡み、非常に長い待機リストの問題も生じた²⁾。

2000年代に入り、イギリスは医療費抑制から医療費を拡大する政策へと転換していき、医療供給体制は改善していく。その後、拡大した医療費の伸びへの対処など、新たな問題も生じてはいるが、現在のイギリスは医療サービス提供体制の改革を図る方向で進んでおり、以前のような医療費抑制政策へと転換していく可能性は低い。「医療費適正化」というと、財源の規模に合わせるように、医療サービス需要を抑制しようとする政策や医療費そのものを抑制する政策に結びつける傾向もあるが、医療費を抑制する政策が医療費を適正化するとは限らない。少なくとも、費用抑制を優先して国民に十分な医療サービスを提供できなくなるような医療保障制度は、本末転倒である。イギリスの政策からは、国民の医療サービス需要に効率的に応えようと努める姿勢が見える。

本稿では90年代のNHSの状況と、その危機

的状況から脱却すべく行われた2000年代の医療費拡大の改革、さらに2013年のNHSの大改革とその後の2020年までを目途にした実行中の政策について論じる。最近のNHSの政策には、日本で実施されている政策に類似した部分もあるため、その動向に注目する。

2. 医療費の動向と、90年代からNHSプランまでの医療政策

(1) イギリスの医療費の動向

公的責任で医療サービスの提供が行われているイギリスでは、その財源の大部分を租税で賄っており、その割合はおよそ8割を占めている。残りの2割弱は国民保険からの拠出金で、1%強が患者負担で構成されている。

近年のイギリスの医療費動向を、表1で確認する。90年代後半の保守党政権の時代までは、医療費の対GDP比は6%台で推移していた。しかし、97年に労働党に政権が移った後の2000年には、「NHSプラン」という10か年計画での改革が発表され、そこではNHS予算を大幅に拡大することが明記されていた。そのため、2000年以降の医療費の対GDP比は8%を超え、近年では9%台後半で推移している。Statista (2018)によると、2000年代前半の医療費の対前年度伸び率は9%を超え、後半では7~8%

台で推移している。2010年以降、労働党から連立政権へと政権交代すると、新政権では新たなNHS改革と共に歳出の見直しが行われ³⁾、2010年~12年の医療費の対前年度伸び率は1%台となり、その後も2%台後半から4%台前半で推移している。

(2) 90年代のNHS改革

1979年に政権についたサッチャー率いる保守党政権は、NHSに対し民間の競争原理を取り入れて効率化を進める改革に取り組んだ。1990年に成立した「NHSおよびコミュニティケア法」により、一般医療には「予算保持一般医 (GP Fund Holder)」が導入され、病院や専門医サービスに対しては、独立行政法人である「NHS トラスト (NHS Trust)」を創設し、病院経営を行わせ、「医療サービス購入者と供給者の分離」を行った⁴⁾。これは一次医療を担う予算保持一般医(購入者)が、待機期間や入院医療費の安さなどを考慮し、最も良い条件のNHS トラスト(供給者)に患者を紹介する仕組みを整え、病院間で医療サービスの質や価格競争を行わせ、効率化を図ろうとしたものである。

これらの改革により、医療サービスに内部市場を形成し、効率化を図ろうとしたのだが、効率を重視した費用節減が医療の質の低下や医療従事者の不足などを招き、待機期間の長期化を引き起こした。その結果、1997年にはNHSに対する国民の満足度は調査開始以来最低の34%を記録することとなる。

しかし、ここで創設された医療サービス購入者と供給者の分離という発想は、この後に実施される改革にも引き継がれた。これはNHSの基本的な仕組みの1つとなり、現在でも用いられている。

(3) 労働党政権による

「NHSプラン (10か年計画)」

90年代に保守党政権が、内部市場の導入などで医療費の効率化を図ったものの、長期に渡る医療費抑制政策によって、NHSの状況は悪化

表1 イギリスの総医療支出と
その対GDP比の推移

(単位：億ポンド)

| | 総医療支出 | 公的部門 | 民間部門 | 対GDP比 |
|-------|-------|-------|------|-------|
| 1997年 | 546 | 439 | 107 | 6.5% |
| 2000年 | 682 | 542 | 140 | 6.9% |
| 2005年 | 1,038 | 844 | 194 | 8.1% |
| 2010年 | 1,392 | 1,169 | 223 | 9.4% |
| 2013年 | 1,713 | 1,360 | 352 | 9.8% |
| 2014年 | 1,786 | 1,420 | 366 | 9.7% |
| 2015年 | 1,850 | 1,469 | 380 | 9.8% |
| 2016年 | 1,917 | 1,522 | 395 | 9.8% |

出所：Office for National Statistics (2014) および (2018) を元に筆者作成。

していった。そのような状況のなか、労働党が「第三の道」⁵⁾を掲げ、政権交代を果たした。この「第三の道」では、公正と効率を共に重視することを目標とした。そのために医療の質を向上すべく、明確な目標を設定し、費用対効果も含めた結果・成果の評価を重視した⁶⁾。さらにNHSの予算をそれまでの1.5倍まで引き上げ、医療費のGDP比を他のEU諸国並みにすることを目指した。

そして2000年に発表された「NHSプラン(NHS Plan)」では、引き上げた予算を元に、病床や病院を増設し、専門医や一般医および看護師などの医療スタッフを増員した⁷⁾。そうした供給体制の改善により、待機期間の短縮や質の高い医療サービス提供を目指すことが掲げられた。また、一般医の診療所への診療報酬についても、人頭報酬の割合を下げ、出来高払いの性質を持つ報酬が設定された。一般医が自身の得意な分野を活かして治療を行ったり、特定の疾患の治療や診療所の環境改善などで成果を上げたりした場合、追加的な報酬が支払われるようになった。これにより、一般医の積極的な診療を促した。その結果、過度な病院への紹介が減り、適切な病院の活用が促進された⁸⁾。

さらに、患者の選択権を大幅に拡大し、病院についても患者が自由に選択できるようになった。そのため病院には、一般医からはもちろん患者にも選んでもらえるように、待機期間や医療サービスの質に配慮した医療サービス提供を行うインセンティブが生じるようになった。

NHSプランでは、NHSの組織体制も大きく変更され、多くの組織が改廃され、新たな組織も作られていった。しかし、多くの目標が混在し目標間同士の整合性が取れなくなり、サービス提供機関が混乱したり、医療の質を維持するために多くの監視組織が乱立し当事者にも役割が不明瞭になったりしたという指摘もなされている⁹⁾。

3. 2013年のNHS改革および『5年間の展望』

(1) 2013年のNHS改革

2010年、労働党政権が破れ保守・自民党の連立政権が誕生し、同年には白書『公平性と卓越性：NHSの解放 (Equity and Excellence : Liberating the NHS)』を発表した。そのなかで多くのNHS改革案が提示され、2013年度以降、NHSの組織は大きく変化した。

労働党政権においては、NHSについて達成すべき目標が設定され、多くの監視機関による監査が行われた。連立政権はこれを「top-down」運営であると批判し、患者のニーズを知る一般医がNHSの運営における意思決定に大きな役割を果たすべきであるとし「bottom-up」の組織運営を目指した¹⁰⁾。

そして、「2012年保健医療・ソーシャルケア法 (Health and Social Care Act 2012)」に基づいた2013年度のNHSの改革は、NHS始まって以来の大改革と言われている。この改革により、それまでNHSを統括管理していた保健省の役割が大きく変わった。保健省はNHSの管理は行わず、政策・戦略の立案、財務省との予算折衝や国際的な医療・健康問題への対応などを行うのみとなった。

国民の一次医療と二次医療に大きく関わる改革として、NHSイングランド (NHS England) と臨床委託グループ (Clinical Commissioning Groups (CCGs)) の創設が挙げられる。NHSイングランドは、一次医療の計画や監視などにあたり、人々の健康状態の向上と、透明で開かれたNHSを目指すことを目的としている。臨床委託グループは、当該地域のすべての一般医が加入し、その一般医によって運営される組織である。臨床委託グループは、NHSイングランドから財源を得て、当該地域の地方自治体やNHSトラストなどと共に、その地域医療の質を向上させる計画や予算の策定などを行っている。この組織は一般医によって運営されるため、より患者に近い立場からの運営ができ、

「bottom-up」の意思決定を可能にすると考えられている。また、病院に二次医療を委託し、購入する役割を担い、それを監視することで、患者の立場に立った医療供給を行うことを目指している。前節の(2)で述べた購入者と供給者の分離が、ここで踏襲されている。

この改革では、中央から臨床委託グループに多くの権限が委譲された。臨床委託グループは、地域や患者の意見も踏まえ運営されている。この権限委譲では、臨床委託グループがソーシャルケアにも責任を持つこととなり、医療とソーシャルケアが地方レベルで統合されることになった¹¹⁾。このことは、その後の改革にも影響を及ぼしている。

(2) 『5年間の展望 (Five Year Forward View)』に基づく政策

2014年に発表された『5年間の展望 (Five Year Forward View)』では、2020年までの5年間の方針が発表された。そこでは、2000年からの15年間の改革により、NHSの待機時間や患者満足度は大幅に改善したことが指摘され、不景気のなかでも財源を確保し発展し続けてきたことが明らかにされている。しかし、がん治療やメンタルヘルス、高齢弱者へのサポートなど新たな医療ニーズが求められ、健康格差の是正も必要となるなど、新たな問題点も指摘し、その解決策と共に将来像を示している。

その1つ目は予防重視の政策をとることである。肥満や喫煙、アルコールなどの健康リスクに対する策として、健康に配慮した職場環境作りや病気などによる失業を減らそうとする企業への支援を行う必要性を挙げている。

2つ目は一次医療と二次医療、医療とソーシャルケアなど異なるサービス間にある壁をなくし、スムーズな連携を実現することである。様々な患者のニーズに柔軟かつ迅速に対応できるようにすべく、一般医、看護師、専門医やソーシャルケアなど各種の専門スタッフが連携をしてケアにあたる「他職種専門コミュニティプロバイダー (Multispecialty Community Provider)」

を創設することを提案している。また、病院と一次医療を統合させた「Primary and Acute Care Systems (PACs)」を構築して、2つの医療サービスを一緒に提供できるようにすることを目指す。救急医療体制についても救急部門と一般医の時間外サービスやその他の機関などと連携することで、対応しやすくすることを目指している。これらの新たな選択肢には一般医が重要な役割を果たすため、臨床委託グループに更なる予算を配分し、一般医の養成にも力をいれることが決まっている。

3つ目は、効率的に財源を活用することである。NHSの機関の推計では、このまま対策を取らずに患者のニーズを満たそうとすると、2020年度までに300億ポンドの財源不足が生じると結論づけている。そのため先に挙げた、予防政策による医療サービス需要の抑制と医療サービス提供者の連携と統合を通じて効率化を果たすことを目指していく。ある試算では、これらの政策で1万7,000の病床が削減できると算出している¹²⁾。

4. 2015年以降の改革—『5年間の展望への次なる一歩』を中心に

(1) STPsと『5年間の展望への次なる一歩』

『5年間の展望』で提案された政策は、バンガード (Vanguards) と呼ばれる先進的活動をする地域によって、2015年から実行された。また2015年12月に発表された『展望の達成：2016～2020年度のNHS計画指針 (Delivering the Forward View: NHS planning guidance)』では、『5年間の展望』で掲げられた3つの政策を実行すべく、STPs (Sustainability and Transformation Plans)¹³⁾を提案している。STPsはイングランドの44の地域を拠点として、各地域の臨床委託グループやNHSトラスト、地方自治体の責任者などが協働して作成しており、地域の医療とソーシャルケアのニーズに基づいて立案された5か年計画である。これらは地域のニーズに合ったかたちで、複数の組織がどう連携して効率的

に医療サービスやソーシャルケアを提供するのかや、これまでの病院中心のケアから地域や自宅でのケアへの移行をめざすことで、財政状況の改善へと繋げる計画となっている。これらの計画は2016年10月には提出され、すべてオンライン上で確認できる¹⁴⁾。

その後2017年には『5年間の展望への次なる一歩 (Next Steps on the NHS Five Year Forward View)』が発表された。そのなかでは、3年前と比べ3,000人の医師と5,000人の看護師の増加がみられたが、それでも更なる医療ニーズに直面していること、2018年度と2019年度の年齢調整済の一人あたり医療支出が減少する見込みであること、などを明らかにしている。しかし、これからの高齢者の医療ニーズなどに対応すべく、NHS全体で効率化を進めていく必要性が主張され、STPsを含めた多数の計画が提示されている。そのなかで主だったものをいくつか挙げる。

救急医療については、10億ポンドの予算を追加投入し、新たに2,000~3,000床の急性期用の病床を利用可能にする。一次医療ではさらに3,250人の一般医と1,300人の薬剤師や1,500人の精神科相談員を増やす。それにより、2018年3月には夜間や週末でも50%の診療所で診療予約が取れるようにし、2年後にはすべての診療所でそれを可能にする。STPsについては、ケアが必要な高齢者に対して、健康的かつ自立した生活をさせるべくSTPsを実行しているバンガードの活動を拡大し、あらたにAccountable Care Systems (ACSs)を追加する。ACSsには地域間のサービス格差を解消させるべく、より自由なケアの提供を可能にするための権限が与えられる。効率化の面では、臨時雇用職員の費用の見直しや、年間7%増とNHSの予算の上昇率を上回っている薬剤費の見直し、医療サービスの需要抑制のため予防活動を強化する。

これらは計画のごく一部である。特に効率化の面においては、10の計画が詳細に示されており¹⁵⁾、今後の成果を注視する必要がある。

(2) 2018年以降の動向

2017年11月に2018年度のNHS予算の追加が発表された。その追加額は16億ポンドであり、それによってNHS予算の対前年度実質的伸び率は2.4%となり、これは2017年度の伸び率2.0%を上回ることとなった。通常ではまず政府からの指示 (The Government's mandate) が公布された後、それに基づいてNHSの計画が作成されるのだが、この追加予算の決定が遅かったため、政府からの新たな指示が公布されないまま、NHSは土壇場で財源の用途の変更をした計画を出すという事態になった¹⁶⁾。

そのような状況のなかで、2018年2月に出されたNHSの計画指標である「2018年度NHS計画の一新 (Refreshing NHS Plans for 2018/19)」では、さらに地域でのケアの重要性が論じられている。2015年に提案されたSTPsは、それを発展させる形で2017年にACSsを導入したが、さらに2018年度の計画においては、それをIntegrated Care Systems (ICSs)へと改めていくことが示された。

このICSsでは、今まで以上に地域内の医療サービスとソーシャルケア、自治体の連携・調整を進めることが盛り込まれている。ここでは、これまで以上に病院でのケアよりも家庭や地域でのケアを重視すべく、一次医療、病院、ソーシャルケアだけでなく、ボランティアや地域社会とも連携を深め、再計画を行うことを促している。異なるサービス間の壁をなくしサービス提供の連携を図るだけでなく、財政的な権限や活動の自由を保障することで、各組織の収入や支出、活動や労働力などについても調整を図り、各地域でケアのニーズの優先順位について議論し計画を立案することが示されている。この改革で、NHSではSTPsからICSsへ徐々に転換していくものとの認識を示している。

5. まとめ

イギリスの医療政策は90年代以降、何度も大きな改革を行ってきた。医療費を抑制する政策

や拡大する政策など様々な改革がとられてきた。そのなかで、財政状況を理由に効率化を押し進めることによって、国民の医療ニーズが十分に満たせなくなる事態に陥ることを目の当たりにした。また、医療費を拡大することで確かに医療サービスの供給体制は改善されたが、現在ではそこで達成された医療の質を維持していくことの難しさに直面することとなった。そのため、予防政策による医療需要の抑制や、各種医療サービスやケアの連携による予算の節減、地域ごとのニーズに応じた医療・ソーシャルケア計画に基づく総合ケアの推進など、様々な政策を打ち出している。

イギリスと日本では、かつて医療保障制度にかなりの相違があった。財源は租税か保険料か、患者負担の有無、一次医療と二次医療の役割分担、診療報酬体制、医療サービス提供体制が公中心のイギリスと公私混合の日本、などの違いから様々な示唆が得られた。近年では、両国とも高齢化や医療技術の高度化、医療ニーズの質・量双方の高まりなど、共通した問題を抱えており、その解決策を模索するなかで少しずつその差が近くなっている部分もある。

イギリスの外来医療の診療報酬には出来高払いの要素が加えられ、一次医療と二次医療の垣根を低くする方向での改革、公私混合での医療サービス供給が進み、入院では両国とも診断群別包括払いを導入、各地域に合ったケアの提供を行う方向での改革など共通した部分も見えてきている。

特に介護の分野ではあるが、日本で現在行われている地域包括ケアシステムとイギリスのSTPs・ACSs・ICSsの動向については、地域に応じた医療や介護サービスを提供するという点で共通した部分もある。医療と介護、様々な地域の支援との連携に加え、情報の共有をどう行っていくのか、どれほどの効率化や費用の抑制が達成できたのかなどは、双方にとって参考になる部分もあるのではなかろうか。

今後、医療や介護の分野に割ける財源が大幅に拡大することが考えにくい両国において、限

られた財源のなかでいかに人々のニーズに応えつつ、より質の高い医療・介護サービスを行っていくかという効率性の向上が、医療費適正化を考える上で重要となる。その意味で改革を継続して行っていくイギリスの取組みは、日本の今後の医療・介護政策を考える上でも注目に値する。

注

- 1) 薬剤費として処方1件につき定額の一部負担や、歯科サービス、眼鏡サービスにも一部負担がある。ただし、低所得者などを中心に負担の減免制度も存在する。
- 2) 近藤(2004) p.10~15参照。
- 3) 医療費とODA予算以外の公的支出に関しては歳出削減が行われていた。また、医療費においても以前のような予算拡大はできず、実質歳出増が確保されるにとどまった。
- 4) これらの改革の詳しい内容については、イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) pp.111~114を参照されたい。
- 5) 「第一の道」はかつての労働党がとった公正を重視する道で、「第二の道」が保守党政権の取った効率を重視する道である。近藤(2004) pp.16~17参照。
- 6) 近藤(2004) p.17および、イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) pp.114~115参照。
- 7) 具体的には、病床を7,000床増加、病院を100設立し、7,500人の専門医と2,000人の一般医、2万人の看護師などの増員を行った。
- 8) 人頭払い中心の診療報酬では、軽症な患者でも一般医は自身で治療をせずに、病院に紹介してしまう方が自身の手元に多くの報酬が残ることから、積極的な診療を行うインセンティブが少なかった。
- 9) イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) p.122参照。
- 10) 田畑(2014) p.23 参照。
- 11) イギリス医療保障制度に関する研究会(2016) p.127参照。
- 12) NHS(2014) pp.35~36参照。これは500床の大病院、34院分にあたる。
- 13) STPsにはSustainability and Transformation Plans と Sustainability and Transformation

Partnersと、元となる言葉が2つある。NHS (2015)とNHS England and NHS Improvement (2016)では前者が用いられていたが、その後の政策の進展によりNHS (2017)では後者の略称となっている。

- 14) <https://www.england.nhs.uk/systemchange/view-stps/> で確認が可能である (2018年5月20日アクセス)。
- 15) NHS (2017) pp.38~53参照。
- 16) King's Funs (2018) 参照。

参考文献

- ・イギリス医療保障制度に関する研究会 (2016)『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2015年度版』医療経済研究機構
- ・近藤克則 (2004)『「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革—』医学書院
- ・田畑雄紀 (2014)「NHS改革と財政状況」『健保連海外医療保障』No.103 健康保険組合連合会 pp.20~28
- ・田畑雄紀 (2017)「医療保険制度：イギリス」『保険と年金の動向 2017/2018』厚生労働統計協会 pp.276~280
- ・田畑雄紀 (2018)「イギリスの医療保障制度」国立大学法人山口大学大学院東アジア研究科編著『東アジアの医療福祉制度—持続可能性を探る—』中央経済社 pp.58~73
- ・府川哲夫 (2013)「イギリスの医療費適正化対策」『健保連海外医療保障』No.99 pp.16~20
- ・堀真奈美 (2017)「イギリスにおける新しいケアの展開と可能性」『健保連海外医療保障』No.115 pp.11~19
- ・King's Fund (2018) *Priorities for the NHS in 2018/19 and beyond* (<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2018/02/priorities-nhs-2018-19-and-beyond>)
- ・NHS (2014) *Five Year Forward View* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>)
- ・NHS (2015) *Delivering the Forward View: NHS planning guidance* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/planning-guid-16-17-20-21.pdf>)
- ・NHS (2017) *Next step on the NHS Five Year*

Forward View

- (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>)
- ・NHS England and NHS Improvement (2016) *NHS Operational Planning and Contracting Guidance 2017-2019* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/09/NHS-operational-planning-guidance-201617-201819.pdf>)
- ・NHS England and NHS Improvement (2018) *Refreshing NHS Plans for 2018/19* (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/02/planning-guidance-18-19.pdf>)
- ・Office for National Statistics (2014) *Expenditure on healthcare in the UK: 2012* (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160107055132/http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_361313.pdf)
- ・Office for National Statistics (2018) *UK Health Accounts: 2016* (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2016>)
- ・Statista (2018) *Total healthcare expenditure annual growth rate in the United kingdom 1998 to 2016* (<https://www.statista.com/statistics/317704/healthcare-expenditure-growth-in-the-united-kingdom/>)

特集：医療費適正化への取組み

韓国における「文在寅ケア」と
医療費適正化対策梶山女学園大学教授
株本 千鶴
Kabumoto Chizuru

昨年、文在寅大統領が発表した「健康保険保障性強化政策」すなわち「^{ムン・ジュイン}文在寅ケア」は、現政権の医療保障改革の核心部分となっている。この政策に要する財源の確保には、財政節減対策を並行して実施することが欠かせない。その対策は、新たな保険外診療発生の予防、健康保険料賦課対象の拡大、医療提供体制の改善といったものであるが、それらの結果、期待される効果もたらされる一方、解決困難な問題も生まれると予測されている。

はじめに

2017年8月9日、「国民の健康を守る、国家らしい国家を作ってまいります」という自らの口頭による宣言とともに、文在寅大統領は、新政権における「健康保険保障性強化政策」を発表した。この政策は別名「文在寅ケア」と呼ばれ、その推進は、現在の医療保障改革の核心部分となっている。

「文在寅ケア」の大目標は、健康保険の保障率（患者の全診療費のうち保険者負担金が占める割合）を70%にまで引き上げることである。保障率強化は、2005年から3次にわたる中期保障性強化計画によって推進されてきているが、2015年段階での保障率は63.4%で、最近10年間は約60%に停滞している（キム・ジュギョン 2017：1）。この状況を打破し、保障率引上げという目標を確実に達成することが、「文在寅ケア」の目標になっていると見てよいであろう。

目標達成のための具体的政策は3つに分けられる。①保険外診療の解消とその発生を遮断する政策、②高額医療費の発生防止を目的とした医療費負担上限の適正管理政策、③医療費負

担による貧困の発生予防を目的とした緊急危機状況支援強化政策、である。

保険外診療の解消とその発生を遮断する政策では、MRIや超音波など医学的必要性のある保険外診療対象項目が健康保険制度の保険診療対象項目に転換される。韓国では混合診療が認められているため、保険外診療が患者の自己負担を増加させる要因になっており、この状況こそが保障率の停滞を招いている主要因の一つとみなされているからである。

そのため、美容・整形などを除くすべての医学的保険外診療対象項目は2022年までに保険診療対象とされ、費用対効果が多少低いサービスは、患者自己負担率を差動的（30～90%）に適用する「予備的保険診療（予備給付）」としていったん健康保険に取り入れられ、3～5年後に保険診療適用の可否が再評価されることになった¹⁾。同時に進められるのが、3大保険外診療（選択診療²⁾、上級病室、看病人）の保険診療への編入である。選択診療制度は2018年1月から全面的に廃止、4人部屋以下の上級病室での差額ベッド代は2018年下半年から段階的に保険診療項目に転換される³⁾。看病人（付添人）にかかる費用に関しては、看護・看病統合サービ

ス⁴⁾の提供病床を拡大することで解消する方が提示されている(保健福祉部 2017b:5-7)。

医療費負担上限の適正管理政策の目的は、高額医療費の発生防止である。具体的には、15歳以下児童の入院診療時自己負担率の引下げ(5%)、低受胎に対する手術や婦人科超音波などの保険診療への適用、所得下位50%該当者の自己負担上限額の引下げ(年所得の10%)など、社会的弱者層に配慮した施策が実施される(保健福祉部 2017b:10-11)。

緊急危機状況に対する支援強化政策では、これまで4大重症疾患に限定して時限的に施行されていた「災難的医療費支援事業」があらためて制度化され、所得下位50%該当者を対象に、また、すべての疾患を対象にして実施される(保健福祉部 2017b:11-12)。

これらの諸政策が実施され、健康保険の保障率が70%に改善された場合、患者1人当たり自己負担は18%減少し、保険外診療の負担は64%減少すると推定されている(キム・ユニ 2017:

32)。あわせて、医療費負担上限の改善や災難的医療費支援制度によって、年間500万ウォン以上の高額医療費を負担する患者数は39万1,000人から13万2,000人に、すなわち、約66%減少することが期待される(キム・ユニ 2017:32)。

以上のような「文在寅ケア」を2017年から2022年まで実施するにあたっては、30兆6,000億ウォンの財源が必要と見積もられている(表1)。この財源は、健康保険累積積立金20兆ウォンと国家財政から調達されることになっている(表2)。また、財源調達のためには、健康保険料の引上げも必要になるが、引上げ率は過去10年間の平均3.2%よりも高くないよう管理するとされている。

現状では健康保険の黒字が有効な財源として利用できるが、将来の状況を勘案すると、財源調達について楽観はできない。「文在寅ケア」の実施は、医療費の増加をもたらすと考えられているからである。

表1 健康保険保障性強化対策の所要財政

(単位:億ウォン)

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 総計 |
|-------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 新規 | 4,834 | 32,018 | 9,658 | 6,915 | 6,305 | 5,905 | 65,635 |
| 累積 | 4,834 | 37,184 | 50,590 | 60,922 | 71,194 | 81,441 | 306,164 |
| 予備的保険診療等 | 2,098 | 11,952 | 16,733 | 21,774 | 26,818 | 31,123 | 110,498 |
| 3大保険外診療 | 1,401 | 9,390 | 13,742 | 15,856 | 17,980 | 20,115 | 78,484 |
| 診療報酬体系 | — | 937 | 1,800 | 2,475 | 3,217 | 4,289 | 12,718 |
| 脆弱階層の負担緩和 | 1,335 | 9,997 | 12,858 | 14,740 | 16,403 | 18,341 | 73,673 |
| 所得水準に比例した自己負担上限設定 | — | 3,860 | 4,374 | 4,957 | 5,617 | 6,369 | 25,177 |
| 災難的医療費支援対象の拡大 | — | 1,048 | 1,083 | 1,120 | 1,160 | 1,204 | 5,615 |

出所:キム・ユニ(2017:32)。

表2 年度別の健康保険財政の状況

(単位:億ウォン)

| 区分 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 収入(A) | 223,876 | 252,697 | 289,079 | 311,817 | 335,605 | 379,774 | 418,192 | 451,733 | 485,024 | 524,009 | 557,195 |
| 支出(B) | 224,623 | 255,544 | 275,412 | 311,849 | 348,599 | 373,766 | 388,035 | 415,287 | 439,155 | 482,281 | 526,339 |
| 当期収支 | △747 | △2,847 | 13,667 | △32 | △12,994 | 6,008 | 30,157 | 36,446 | 45,869 | 41,728 | 30,856 |
| 収支率(B/A) | 100.3 | 101.1 | 95.3 | 100.0 | 103.9 | 98.4 | 92.8 | 91.9 | 90.5 | 92.0 | 94.5 |
| 累積積立金 | 11,798 | 8,951 | 22,618 | 22,586 | 9,592 | 15,600 | 45,757 | 82,203 | 128,072 | 169,800 | 200,656 |

出所:保健福祉部(2017a:642)。

まず、保険診療対象の拡大や自己負担率の引下げによって、医療サービスの利用が増加することで、医療費が増加する可能性がある。患者が選好する首都圏の大型病院に、さらに患者が集中することも予測される。これらの状況が生じた場合、「文在寅ケア」にかかる費用は政府推計の金額を超過するかもしれない、保険料の引上げ率を3.2%水準に抑えながら、十分な財政支出が行なえるかどうか懸念されている（キム・ジュギョン 2017：3）。また、保険外診療の保険診療化によって収益が減る医療機関では、収益確保のため、新たな保険外診療サービスが作りだされる可能性もある。

「文在寅ケア」の財政上の問題は、将来推計のデータからも確認できる。キム・ユニの推計によれば、2022年に保障率70%を達成し2027年までそれを維持すると仮定した場合、健康保険の当期収支は2019年から赤字に転換する。そのため、2022年まで累積積立金8兆6,000億ウォンが追加で活用されることになり、その影響で2026年に累積積立金は枯渇する。このような結果を避けるためには、財政節減対策が必須となるが、その効果を考慮して推計した場合は、2019年の当期収支の赤字転換後に、累積積立金を2022年まで5兆5,000億ウォン、2023年から2027年まで9兆8,000億ウォン活用しても、2027年の累積収支は4兆7,000億ウォンとなるため、累積積立金の枯渇は起こらない（キム・ユニ 2017：73-74）。

以上からわかるように、「文在寅ケア」を実現させるための財源を確保するには、それによって起こると推測される医療費増加を念頭に置き、財政節減対策を並行して実施することが欠かせない。医療費増加の主要因には老人医療費の増加があげられ、韓国でも慢性疾患の管理などが医療費適正化の方法として実施されているが、本稿では現政権の「文在寅ケア」の実施に関わる医療費適正化対策に焦点をあて、その具体的内容についてみることにする。

1. 新たな保険外診療発生の予防

(1) 新包括診療報酬制の活用

保険外診療の新たな発生を遮断するために、医療サービス総量の管理強化が考えられているが、そこで、新包括診療報酬制の活用が推進されようとしている。

新包括診療報酬制とは、7疾病群を対象とした既存の包括診療報酬制と行為別診療報酬制の問題点を補完し両者の長所を強化するために、日本のDPC制度（DPC/PDPS：急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度）を参考に開発されたものである。既存の包括診療報酬制は比較的単純な外科手術のみを対象にしていたが、新包括診療報酬制は559の疾病群に該当する入院患者に適用が可能である（シン・ヒョヌンほか 2016：28）（表3）。

新包括診療報酬制では、診療に必要なサービ

表3 7疾病群対象包括診療報酬制と新包括診療報酬制の比較

| 区分 | 7疾病群対象包括診療報酬制 | 新包括診療報酬制 |
|--------|---|--|
| 対象機関 | 全医療機関 | 国民健康保険公団付設イルサン病院、国立中央医療院、地域拠点公共病院40か所 |
| 適用患者 | 7疾病群の入院患者 (全入院患者の約7%) | 559疾病群の入院患者 (イルサン病院の全入院患者の約96%) |
| 診療費支払い | 包括診療報酬 | 包括診療報酬 + 行為別診療報酬 |
| 推進経緯 | モデル事業 (1997年～) 選択参加方式の本事業 (2002年～2012年6月) 全国の病・医院級以上に拡大 (2012年7月) 総合病院級以上に拡大 (2013年7月) | イルサン病院でモデル事業 (2009年4月～) 地域拠点公共病院でモデル事業 (2011年4月～) 地域拠点公共病院での参加義務化 (2012年7月～) |

出所：シン・ヒョヌンほか (2016：27)。

スの大部分は包括診療報酬としてひとまとめにされ、診療費の差異をもたらす高価なサービスや医師の施術行為などは、行為別診療報酬として別途に保障される。このような定額・行為別保障方式と件当たり・日当り支払い方式とを組み合わせた支払いモデルが、新包括診療報酬制である（キム・ジュギョン 2017：4；キム・ユニ 2017：75）。

新包括診療報酬の内訳をもう少し詳しくみってみる。新包括診療報酬は、包括診療報酬部分と非包括診療報酬部分、加算診療報酬部分（機関当たり）から構成され、算定式は以下のとおりである（シン・ヒョヌンほか 2016：32）。

新包括診療報酬

= 包括診療報酬 + 非包括診療報酬 + 加算診療報酬

包括診療報酬

= 基準診療報酬 + {(患者在院日数 - 平均在院日数) × 1日当り診療報酬}

患者は、該当疾病群での入院日数の分布における位置づけによって、下段例外群（下位5パーセント未満）、正常群（5～95パーセント）、上段例外群（95パーセント超過）の3グループに分類され、グループごとに異なる診療報酬の算定方式を適用される。

下段例外群の患者は、包括診療報酬制の適用対象から除外され、行為別診療報酬制によって保障される。正常群の患者は、基本的に包括診療報酬制によって保障され、補完的に行為別診療報酬制によって保障される。包括診療報酬の領域において、各疾病群別の平均在院日数までは包括診療報酬制の性質をもつ基準診療報酬が適用され、平均在院日数超過時には行為別診療報酬の性質をもつ日当診療報酬が適用される。患者の在院日数には該当患者の実際の在院日数が用いられる。上段例外群の患者は、在院日数が正常群の上限日数に至る以前までは、正常群と同一に保障され、正常群の上限日数を越える日数分については行為別診療報酬制で保障され

る（シン・ヒョヌンほか 2016：28, 31-33）。

以上のような新包括診療報酬制は、2017年現在、公的医療機関42か所でモデル事業として実施されているが（表3の2016年時より増加）、2022年には民間医療機関を含む200か所以上にまで拡大することが予定されている（保健福祉部 2017b：7-8）。また、保険外診療の管理に関する指標を追加し、目標達成によって節減された費用を医療機関に戻すインセンティブ制の導入も計画されている（キム・ユニ 2017：29）。

期待されるのは、新包括診療報酬制の活用が、保険外診療の機関別総量管理に効果を発揮することであるが、保険外診療の相当部分が医院で発生していることを考慮すると、その効果には限界があるという指摘もある（キム・ジュギョン 2017：4）。また、新包括診療報酬制は入院部門の診療費に対するミクロの管理方案のひとつであるため、この制度だけでは健康保険の診療費を中長期的に十分管理できないのではと危惧されている（キム・ユニ 2017：75）。

(2) 医療技術評価の強化

新医療技術（先進医療）評価をへた診療項目が新たな保険外診療にならないように、それらはできるだけ保険診療あるいは予備的保険診療に分類することとされており、新医療技術の乱用が憂慮される場合は、実施医療機関を制限することが予定されている（キム・ユニ 2017：29；保健福祉部2017b：7）。また、新規の保険外診療だけでなく既存の保険外診療についても事後管理が強化され、評価の結果、安全性が認められなかったり、有効性が顕著に低かったりする場合は、実損医療保険の保障範囲からの除外が勧告される（保健福祉部2017b：4）。

(3) 健康保険と実損保険の関係性の見直し

実損保険は、保険外診療の利用など不必要な医療サービスの利用を誘発し、医療費と健康保険料の上昇の原因になっているとの批判がある。そのため、不必要な医療費の上昇の抑制を目的として、健康保険と民間保険間の連携管理の方

法を規定する「公私保険連携法」の制定が推進されている。新たな法制定とともに、公私保険協議体（保健福祉部、金融委員会、健康保険公団、健康保険審査評価院、金融監督院など）をととして、保障範囲を統制するなどの改善策が整備される予定である（保健福祉部 2017b：19）。

2. 健康保険料賦課対象の拡大

国民健康法施行令の一部改正によって、健康保険料の賦課対象の拡大を目的として、2018年7月からの実施がすでに決定している変更点としては、つぎのようなものがある。

(1) 高額所得・財産保有者などの保険料引上げ

地域加入者（職場加入者とその被扶養者以外）については、上位2%の所得保有者と上位3%の財産保有者（32万世帯）の保険料が引き上げられる。年間所得では3,860万ウォン（必要経費率90%を考慮した場合、総収入年間3億8,600万ウォン）を、財産では5億9,700万ウォン（時価約12億ウォン）を超過する地域加入者が該当する（保健福祉部 2018b：2）。

職場加入者（事業所労働者など）については、報酬以外に高額な利子・賃貸所得がある場合に保険料が引き上げられる。すなわち、職場での報酬以外の利子・賃貸所得などが年間3,400万ウォンを超過する場合（13万世帯、職場加入者の0.8%）、保険料が追加で賦課される。

また、財産が5億4,000万ウォンを、年間所得が1千万ウォンを超過する者や、総合課税所得が年間3,400万ウォンを超過する者は、被扶養者から除外される（保健福祉部2017a：636；保健福祉部 2018a：25）。

(2) 保険料の上限額・下限額の自動調整

保険料の上限額・下限額は、前々年度の平均保険料に連動させることとされ、毎年別途に法令を改正しなくても、経済成長などの状況変化を自動的に反映できるように、規定が変更され

た。2018年7月からは、2016年度の平均保険料20万6,428ウォンを基準として、保険料上限は、職場加入者と地域加入者の両方で月額309万7,000ウォン、保険料下限は、職場加入者は月額1万7,460ウォン、地域加入者は月額1万3,100ウォンとなる（保健福祉部 2018b：3）。

(3) 所得把握の改善

新たに組織される保険料賦課制度改善委員会が、所得把握率の改善や、所得に対する保険料賦課の適正性や拡大などについて検討する。委員会は、委員長である保健福祉部次官をはじめ、企画財政部、国税庁、国務調整室など関係部署の公務員と専門家からなる。委員会では、改編された賦課体系での職場－地域加入者間の公平性や、所得把握率などを考慮のうえ、2022年7月に賦課体系の第2次改編を実施できるように、制度に対する「適正性評価」も実施する（『韓国NGO新聞』2018年2月28日付）。

3. 医療提供体制の改善

保険診療対象の拡大や自己負担率の引下げによって、元来患者が選好する首都圏の大型病院に、さらに患者が集中することが予測されるが、その緩和策としては、医療供給体制の改善が必要であると考えられている。

すなわち、慢性疾患管理を中心とする一次医療機関と、重症疾患や入院診療を中心とする大型総合病院が、それぞれ固有の役割に専念できるように、その役割に応じたインセンティブを提供するシステムづくりが効果的ではないかとされている。

保険外診療が失われることによる医療機関の収益減少に対しては、適正な診療報酬の補てんが基盤となるように、また、医療機関が質の高い医療サービスを提供する場合はインセンティブを含んだ診療報酬が与えられるように、診療報酬制度の構造を立て直す必要がある。

患者が適正な医療機関で適正な医療を受けられるように、依頼・回送システムの活性化や診

療情報の共有に関するインフラ拡充も行われなければならない。その他、地域間の格差を縮小させるために、医療機関の乏しい地域での拠点総合病院の拡充や、奨学制度を利用した人材需給方案の策定なども実施される予定である（保健福祉部 2017b：17；イ・ウンギョン 2018：61）。

おわりに

「文在寅ケア」によって保障性の強化が実現されることは、医療サービス利用者にとっては喜ばしいことである。しかし、これに対する医療界の反発は強い。医療界を代表する大韓医師協会が、「文在寅ケア」についての大統領発表があった当日のうちに、自らの立場を表明していることから、その反発の強さがうかがえる。そこでは、「文在寅ケア」の実施にあたって政府が考慮すべき事項、換言すれば要求事項が提示されている。それらは、段階的な転換、適正診療報酬と合理的な保険診療基準の整備、大型病院への患者集中現象への対策、新医療技術導入が萎縮する現象への対策、財政確保のための対策、これらを議論する長官直属機構の新設、である（パク・ウンチョル2017：192）。

これまででは、医療機関は保険外診療項目の価格を自律的に決定してきたが、今後はモニタリングや診療費審査のかたちで公的統制の対象になることが、医療界の反発を生む主たる要因になっている。同時に、保険外診療が保険診療に転換されることによる収益減少や、収益減少による医療の質の低下の招来も懸念材料となっている。したがって、適正な診療報酬の設定が強く要望されているのである。

医療界の反応をうけ、保健福祉部は、2017年12月、選択診療制度の廃止に関しては、診療報酬の引上げという見返りを医療界に対して約束した。具体的には、評価の低い項目に対する診療報酬の引上げ（約2,000億ウォン）、医療の質の評価に関わる支援金の拡大（約2,000億ウォン）、入院料の引上げ（約1,000億ウォン）、合

計5,000億ウォン規模の医療機関の損失補償方案として発表されている（保健福祉部 2017c：3）。

医療界の反発への対応のみならず、本稿でみてきたように、財源確保のための財政節減対策も「文在寅ケア」の目標達成を左右する重要な要素であり、その計画的な実施と実質的な効果が期待される。しかし、より高い成果を導くためには、さらにマクロな枠組みにもとづく財政節減対策が有効である。たとえば、医療機関単位の診療費を審査し管理するという方法があげられる。このような機関単位の診療費の傾向を審査する方式への方向転換を、保健福祉部は提示しているというが、その実現は容易なことではない。これまでの行為別診療報酬制での件単位審査に適した審査運営体系や、制度的・法的基盤を抜本的に変化させなければならないからである（カン・ヒジョン 2018：30）。

おりしも2018年は、第1次健康保険総合計画が策定される年である。これまで健康保険の中長期財政を展望し点検する制度的システムはなかったが、今後は5年ごとに義務的に中長期計画が立てられる。そこに含まれる内容は、健康保険政策の基本目標と推進方向、保障性強化計画、賦課体系、健康保険の中長期財政展望と運営、である。「文在寅ケア」をうけてどのような中長期的な医療費支出管理制度が確立されるのか、第1次健康保険総合計画の9月の策定をまちたい。

注

- 1) 予備的保険診療（予備給付）の対象項目は約3,800あるが、これらすべての保険診療としての適用の可否は、2022年までに決定される予定である（カン・ヒジョン 2018：25）。
- 2) 選択診療制度とは、患者あるいは患者の保護者が病院級以上の医療機関を利用する場合、一定の資格要件をもった医師、歯科医師または韓方医師を選択して診療を申請できる制度。この際、医療機関側はその診療費の15～50%を追加費用として徴収でき、患者あるいは保護者

はその全額を負担する。保健福祉部はこれまで保険外診療費の負担を軽減するために、2014年から段階的に選択診療制度を改編してきている。その結果、2014年には選択診療利用費用が平均35%縮小、2015年には選択医師の比率が80%から67%に減少、2016年にはさらに33.4%に減少している(保健福祉部2017c:3)

- 3) 2018年下半年からすべての2~3人室を健康保険の対象に適用し、1人室(特別室等は除外)は、重症呼吸器疾患、出産直後の産婦などに限定して、2019年から制限的に健康保険の対象に適用する予定である。ただし、入院時本人負担費用は入院料を含む療養給付費用総額の20%だが、1~3人室については、上級病院への患者の集中を防ぐために、それよりも高めの自己負担率が設定される(キム・ユニ 2017:28)。
- 4) 看護・看病統合サービス制度とは、保護者や看病人(付添人)が患者に付き添わなくても、病院の看護人材が包括的に入院サービスを提供する制度である。患者は、看病人を雇用する場合は1日7~8万ウォン全額を自己負担するが、看護・看病統合サービスの利用時には1日の入院料に1~2万ウォンを追加負担すればよい(キム・ユニ 2017:28)。看護・看病統合サービス提供病床は、2017年現在で2万6,000病床であるが、2022年には10万病床まで拡大される予定である(保健福祉部 2017b:7; 保健福祉部 2018a:24)。

参考文献

(韓国語)

- ・カン・ヒジョン (2018)「文在寅ケアの争点と政策の方向」『保健福祉フォーラム』255:23-37.
- ・キム・ユニ (2017)『「健康保険の保障性強化対策」の財政推計』国会予算政策処.
- ・キム・ジュギョン (2017)「文在寅政府‘健康保険の保障性強化対策’の問題点と課題」国会立法調査処.
- ・パク・ウンチョル (2017)「文在寅政府の健康保険保障性強化対策」『保健行政学会誌』27(3):191-193.
- ・保健福祉部(2017a)『保健福祉白書2016年度版』.
- ・保健福祉部(2017b)「すべての医学的保険外診療(美容・整形等除外)、健康保険が保障します!(報道資料)」(保健福祉部ホームページ、http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=340973&FILE_SEQ=211037、2018年5月4日取得).
- ・保健福祉部(2017c)「2018年1月から選択診療費の負担がなくなります!(報道資料)」(保健福祉部ホームページ、http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=342988&FILE_SEQ=219071、2018年5月4日取得).
- ・保健福祉部(2018a)『2018年主要業務推進計画』.
- ・保健福祉部(2018b)「7月から地域加入者の健康保険料が引き下げられます!(報道資料)」(保健福祉部ホームページ、http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=344037&FILE_SEQ=225055、2018年5月4日取得).
- ・シン・ヒョヌンほか(2016)『新包括診療報酬制における政策加算(インセンティブ)の調整方案に関する研究』健康保険審査評価院・韓国保健社会研究院.
- ・イ・ウンギョン(2018)「健康保険財政の現状と政策課題」『保健福祉フォーラム』256:51-64.
- ・韓国NGO新聞(2018)「保健福祉部、7月から健康保険料賦課体系を改編」『韓国NGO新聞』2018年2月28日付(http://www.ngo-news.co.kr/sub_read.html?uid=102020、2018年4月22日取得).

1. 基本情報

| (16年) | 日本 | ドイツ | フランス | イギリス | 韓国 | |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------|
| 総人口(千人) | 126,933 | 82,176 | 66,760 | 65,383 | 51,246 | |
| 高齢化率(%) | 27.3 | 21.1 | 18.8 | 17.9 | 13.2 | |
| 合計特殊出生率 [※] | 1.45 | 1.5 | 1.92 | 1.8 | 1.24 | |
| 平均寿命(年) [※] | 男80.8/女87.1 | 男78.3/女83.1 | 男79.2/女85.5 | 男79.2/女82.8 | 男79.0/女85.2 | |
| 失業率(%) | 3.1 | 4.1 | 10.1 | 4.8 | 3.7 | |
| 医療費対GDP(%) | 10.9 | 11.3 | 11.0 | 9.7 | 7.7 | |
| 国民負担率 (国民所得比) (%) [※] | (A) + (B) | 42.6 | 53.2 | 67.1 | 46.5 | 37.8 |
| | 租税負担率(A) | 25.4 | 31.1 | 40.5 | 36.1 | 26.2 |
| | 社会保障負担率(B) | 17.2 | 22.1 | 26.6 | 10.4 | 11.6 |

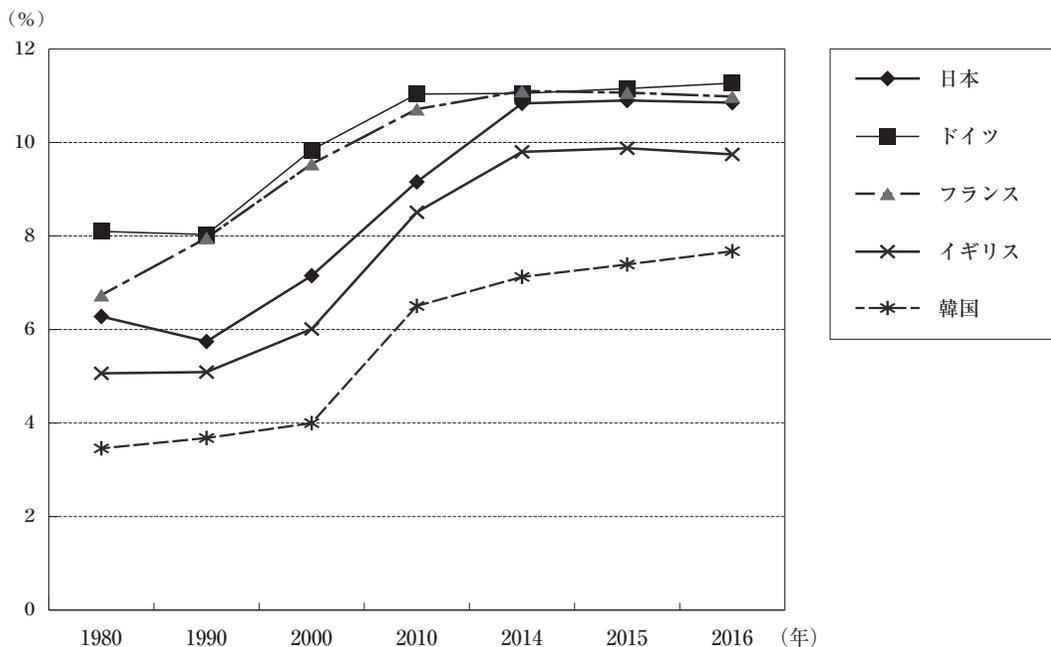
※ 合計特殊出生率、平均寿命(年)、国民負担率については、各国15年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat2017 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat2017

失業率はLabour Stat2017、国民負担率は財務省HP「平成30年度の国民負担率を公表します」

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat2017

3. 医療提供体制

| (15年) | | | 日本 | ドイツ | フランス | イギリス | 韓国 |
|------------|------|-----|--------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| 平均在院日数 | | | 16.5 | 7.6 | 5.7(14年) | 6.0 | 8.0 |
| 病床数 | 医療施設 | 急性期 | 998,249 (7.85) | 499,351 (6.11) | 271,013 (4.07) | — | 372,335(14年) (7.34) |
| | | 長期 | 339,063 (2.67) | — | 31,639 (0.47) | — | 213,986(14年) (4.22) |
| | | 精神 | 336,282 (2.65) | 103,992 (1.27) | 57,503 (0.86) | 27,040 (0.42) | 49,371(14年) (0.97) |
| 医療 関係者数 | 医師 | | 300,075(14年) (2.36)(14年) | 338,129 (4.14) | 207,789 (3.12) | 181,673 (2.79) | 114,322 (2.24) |
| | 歯科医師 | | 100,994(14年) (0.79)(14年) | 69,863 (0.86) | 42,602 (0.64) | 34,621 (0.53) | 23,540 (0.46) |
| | 薬剤師 | | 216,077(14年) (1.7)(14年) | 52,568 (0.64) | 70,247 (1.05) | 54,380 (0.83) | 33,206 (0.65) |
| | 看護師 | | 1,394,985(14年) (10.96)(14年) | 1,090,000 (13.34) | — | 514,639 (7.9) | 303,133 (5.94) |

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat2017 (Health Care Utilisation Hospital Aggregates)

4. 掲載国通貨円換算表 (2018年5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) |
|--------------------|----------------|----------------|
| 128.23 | 148.56 | 10.31 |

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