大阪大学大学院医学系研究科医療経済・経営学寄附講座

韓国における医療保険制度の現状

金 明中 (ニッセイ基礎研究所)

E-mail:kmj3502@naver.com, kim@nli-research.co.jp

構成

- □ 1. 韓国における公的医療保険制度の歴史
- □ 2. 韓国における公的医療保険の仕組み
- □ 3. 韓国における公的医療保険の財政状況
- □ 4. 混合診療制度
- □ 5. 医療機関や医療従事者の現状
- □ 6. 民間医療保険
- □ 7. 介護保険制度
- □ 8. 最近の動きと今後の課題

1.韓国における 公的医療保険制度の歴史

人口構造の時代的なずれは制度改革 の優先順位を変える原因になる

- 日本と韓国の医療保険制度は、同じく社会保険方式であるが、両国の経済・政治・社会的な特徴等によって、異なる形態で発展してきた。
- □ 日本では、高齢化社会を迎えた1970年以降高齢者を中心とする医療政策が実施:老人医療費の無料化政策 や老人保健制度の導入、後期高齢者医療制度の実施。
- □ 一方、韓国における医療改革の中心は医療保険制度の 財政健全化のための医療保険組合の統合や医薬分業の 義務化の実現にあった。

韓国:国民皆保険実施以前の主な変化

年度	内容
1963	医療保険法制定
1964	医療保険法施行令制定
1965	職場医療保険法の任意適用
1970	第1次改正:労働者、公務員、軍人などの組織労働者に対して医療保険加入を強制的に適用するように医療保険法を改正、財政上の問題などによって実施は保留
1977	全国医療保険協議会設立,公務員·私立学校教職員医療保険法」制定
	常時500人以上の大手企業から職場医療保険サービス開始
1979	公 教医療保険給付開始,労働者300人以上の事業所に強制適用
	第3次改正:保険料未納者に延滞金を聴取するように法律を改正
1980	603ヶ所の職場医療保険組合のうち450ヶ所を統・廃合
1981	職場医療保険の適用範囲を100人以上の事業所に拡大
	地域医療保険実施のための1次モデル事業を実施
1982	労働者5人以上の事業所に任意適用
1984	医薬分業モデル事業実施
1987	定期国会で医療保険統合決議
	職場医療保険の適用範囲を100人以上の事業所に拡大
	漢方医療に医療保険を拡大適用
1988	農漁村医療保険実施
	5人以上の事業所に医療保険強制適用
1989	都市地域医療保険実施によって国民皆医療保険時代の開幕

韓国:国民皆保険実施以後の主な変化

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

2000年以降の変化

- □ 2003年07月:地域と職場の医療保険の財政を統合
- □ 2004年:本人負担上限制を実施
- □ 2006年10月:電子告知制度を実施
- □ 2006年12月:標準報酬月額による等級制を廃止、保険 料は報酬月額(1年間の総報酬額/12)を基準に賦課。
- □ 2008年3月:健康保険証の提示義務を緩和→運転免許証 や住民登録証を提出することで診療が受けることになる。
- □ 2011年1月: 社会保険の保険料徴収を一元化(国民健康保険公団に委託)

短い期間に国民皆保険を実現

- 韓国の医療保険制度は日本より50年程度遅れて1977年に施行された後、1989年から国民皆保険制度を 実施、現在に至っている。
- □ 日本が医療保険制度の施行から国民皆保険の実現までに 34年という年月がかかってことに比べると韓国の国民 皆保険は12年と相対的に短い期間で実現された。
- □ その理由は?

韓国でより短い期間に国民皆保険が実現できた理由は?

- □ ①1986年上半期に史上初めて貿易黒字を記録した韓 国政府が経済成長に自信を持ち1988年に公的年金制 度を実施するなど社会保障制度を拡大・実施したこと、
- ②1988年にソウルオリンピックを開催することになった韓国政府が対外的に国家の威信を高めるための戦略として活用したこと
- □ ③有権者の心を掴み、政権を維持しようとする政治的 な目標達成のための手段として利用されたこと

医療保障適用人口の推移

□ 医療保障適用人口は継続的に増加

単位:千人

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	年平均 増減率 %)
医療保障適用人口 (1)+(2)		49,672	50,001	50,291	50,581	50,909	51,169	51,448	51,757	0.6
①公的医療保険		47,820	48,160	48,614	48,907	49,299	49,662	49,990	50,316	0.7
職場	小計	29,424	30,417	31,413	32,384	33,257	34,106	35,006	35,602	2.8
	被保険者	11,175	11,616	12,146	12,764	13,397	13,991	14,606	15,141	4.4
	被扶養者	18,250	18,800	19,267	19,620	19,860	20,115	20,400	20,461	1.6
地域	被保険者	18,396	17,743	17,201	16,523	16,043	15,556	14,984	14,715	-3.1
②公的医療扶助		1,853	1,841	1,677	1,674	1,609	1,507	1,459	1,441	-3.5

2. 韓国における 公的医療保険制度の仕組み

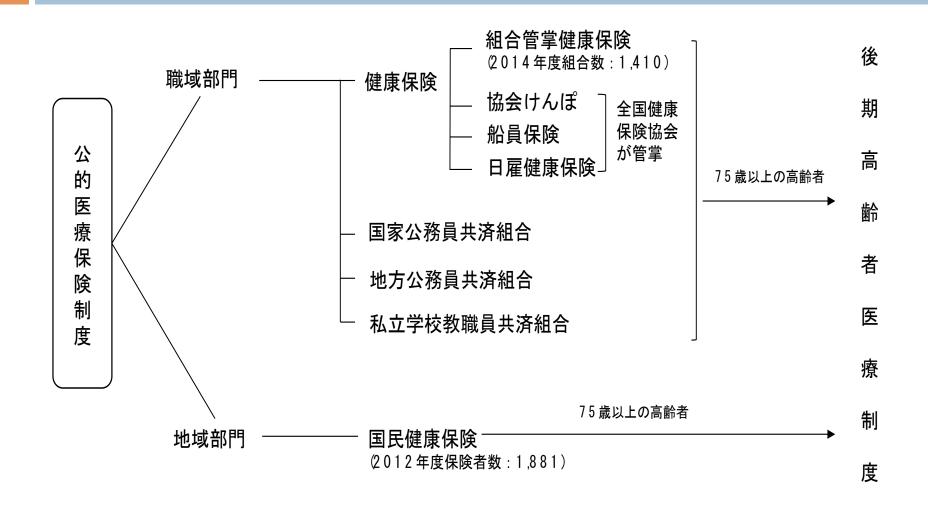
医療保険組合の統合

- □ 日本の公的医療保険制度が多数の保険者や組合に細か く分離・運営されていることに対して、韓国の場合は 、地域保険、職場保険、公・教公団に分離されていた それぞれの組合や公団を、1998年の1次統合(公務 員や私立学校の教職員が加入している「公・教公団」 と地域医療保険組合(227組合)を統合して「国民 医療保険管理公団」を設立。
- 2000年7月1日には職場組合(139組合)と2次統合して「国民健康保険公団」という一つの団体に統合。

韓国における医療保険組合の統合は、

- □ 日本が複数の保険者が医療保険を管理・運営する「複数保険者方式」を実施していることに比べて、韓国は一つの保険者が医療保険を管理・運営している「単一保険者方式」を実施している。
- 単一保険者方式を実施している国は韓国以外にも台湾やカナダそしてイギリスがある。韓国と台湾は財源調達方式が保険料中心であることに比べて、カナダやイギリスは財源調達方式が租税中心である。

日本の公的医療保険制度の体系



韓国の国民健康保険運営体系の変化

医療保険法の制定 (1963)

	雇用者関連		自営業者関連
1963	300人以上の事業所: 任意適用		
1970			自営業者 任意適用
1977	500人以上の事業所: 強制適用		
1979	公務員及び私立学校教職員:強制適用 300人以上の事業所:強制適用		
1981	100人以上事業所:強制適用		地域医療保険:1次モデル事業を実施
1982	16人以上事業所:強制適用		地域医療保険 2次モデル事業を実施
1988	5人以上事業所:強制適用		農漁村地域自営業者 強制適用
1989			都市地域自営業者 強制適用
		国民皆医療保険の実現(1989)	
1998		国民医療保険法の制定 公務員及び私立学校教職員医療保険 と地域医療保険の統合	
1999		国民健康保険法の制定 公務員及び私立学校教職員医療保険 と地域や職場,医療保険の統合	
2000		国民健康保険法の施行	

(2000.7.1)

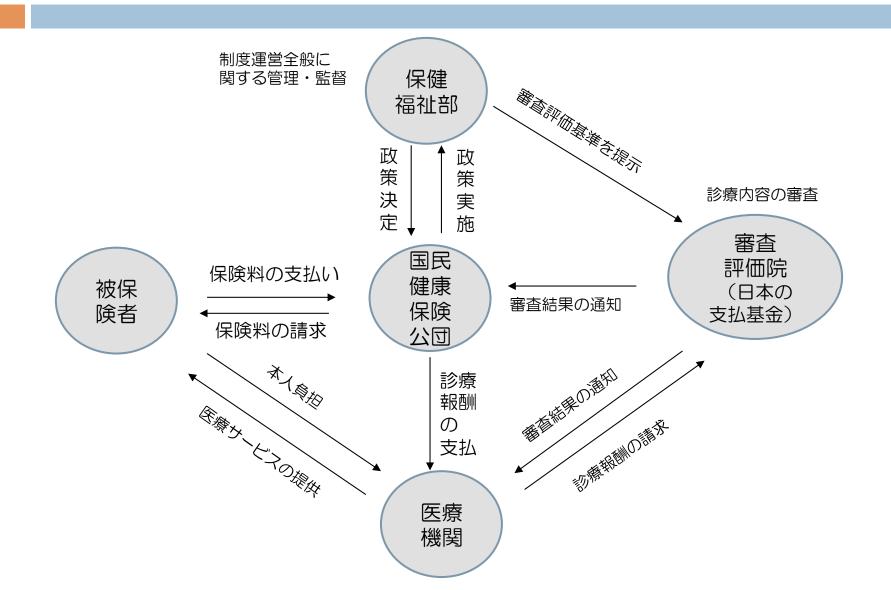
韓国における医療保険組合の統合は、

- □韓国における医療保険組合の統合は、
- ①管理運営機構の統合
- ②財政の統合
- ③保険料賦課体系の統合

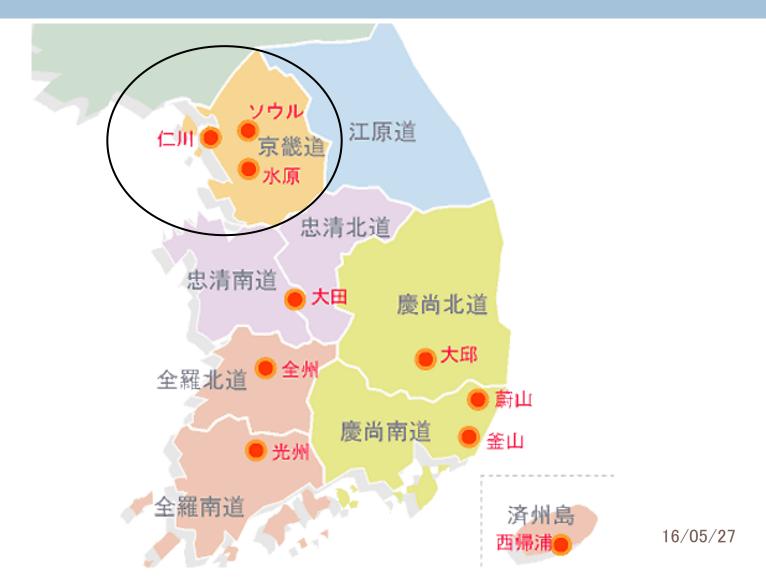
を意味する。

国民健康保険公団とは

- 公的医療保険の保険者:資格管理、保険料の賦課・徴収、給付管理など
- □ 職員数: 12,912名(2015年)
- 韓国政府が実施する「中央政府機関・公共機関の地方移転政策」により2015年12月に江原道の原州に移転。



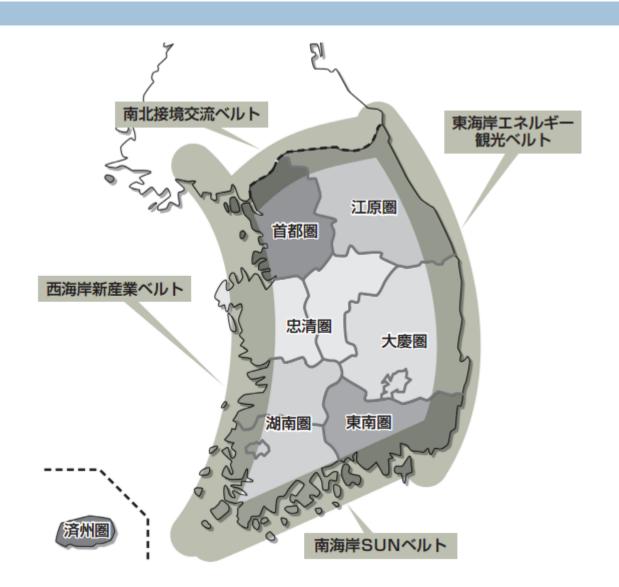
ソウル・仁川・京畿道の人口: 2,503万人(全人口の49.6%)



行政機能をセジョン市に移転

- 一行政機関の約3分の2をソウルから約120キ一離れたセジョン市に移転(2012年から)。
- リウルを中心とする首都圏への過度な集中を 緩和し、国土の均衡発展のための政策。
- また、公的企業の地方移転も進められている(例:韓国電力→ナジュ市、韓国ガス公社はデグ市など)。

5十2広域経済圏域



- ・首都圏(先進国家を先導するグローバルビジネスのハブ):金融、ビジネス、物流などの知識 サービス産業
 - ・江原(カンウォン)圏→医療、観光産業
- ・忠清(チュンチョン)圏→韓国のシリコンバ レーを指向、医学バイオ、半導体、ディスプレイ

- ・大慶(テギョン)圏:エネルギー、移動通信
- ・湖南(ホナム)圏:新再生エネルギー、光素材
 - ・東南圏:運送、機械、融合部品/素材
- ・済州圏:アジア最高水準の国際自由都市、物産業、観光/レジャー

2012年7月に世宗市が誕生



3.韓国における 公的医療保険の財政状況

韓国における保険料率

- 韓国の保険料率は2000年に行われた医療保険組合の 統合政策により、すべての人々に同じ保険料率が適用 されている。
- □ 2006年に4.48%であった国民健康保険の保険料率は 2015年には6.07%まで引き上げられているが、日本と比べると韓国の保険料率は相対的に低い。
- □ 健康保険の保険料算定方式は職場加入者と地域加入者 によって異なる。

- □ 職場加入者の場合は勤労所得だけが保険料に反映される。
- 地域加入者の保険料は、世帯単位で徴収され、所得(75 等級)、財産(50等級)、自動車(7等級、使用年数と排気量を基準)、生活水準及び経済活動参加率(30 等級)などが反映される。
- 地域加入者の保険料算定方式がこのように複雑な理由としては、過去に自営業者を中心とする地域加入者の所得が十分に把握されていない(所得捕捉率が低い)ことに起因する。

- □ 地域加入者の保険料算定方式は世帯の年間課税所得が 500万ウォンを超えるか超えないかによって異なる。
- 年間課税所得が500万ウォン以下の地域加入者は、 評価所得(生活水準及び経済活動参加率を考慮した推 定所得)、財産、自動車のそれぞれの該当点数(201 5年現在1点は178ウォン)に対する保険料を算定し てから、それを合算して最終的な保険料を決める。

- 年間課税所得が500万ウォン以上の地域加入者は、 所得、財産、自動車のそれぞれの該当点数に対する保 険料を算定してから、それを合算して最終的な保険料 を決めることになっている。
- □ 保険料率を算定する際に日本では資産割が段々なくなっていることに比べて、韓国では日本より幅広く、固定資産に対する保険料が適用されている。

韓国における診療時の患者自己負担割合

		一般患者		医薬分業例外患者					
		洞地域 ^{注2)}	邑 · 面地域 ^{注2)}	洞址	地域	邑 ·面地域			
上級総合病院	①診察料 ^注	1)全額+② 医療費全額-記	察料全額))×60/100 (①診察料全額+② 医療費全額-薬価全額-診察 ×30/100			斗全額))×60/100+薬価全額			
総合病院	医療	費全額×50/100	医療費全額×45/100	医療費全額-薬価全額) 30/100)	医療費全額-薬価全額)× 45/100+ 薬価全額)× 30/100				
病院·歯科病院·漢 方病院·療養病院	医療	費全額×40/100	医療費全額×35/100	医療費全額-薬価全額) 30/100	医療費全額-薬価全額)× 35/100+ 薬価全額)× 30/100				
	区分	医薬分	業実施	漢医院及び医薬分業の例外					
	区方	医院 ·歯科医院 ·保健	医療院 漢方科除外)	医院 歯	のみ)・漢医院				
医院 歯科医院 漢 医院 保健医療院	医療費全額	15,000ウォン以下 15,000ウォン超		15,000ウォン以下	投薬処方の場合 15,000~20,000ウォン	15,000ウォン超過 投薬処方の場合 20,000ウォン超過)			
	65歳以上	1,500ウォン 医療費全額×30/		1,500ウォン	2,100ウォン	医療費全額×30/100			
	65歳未満	医療費全額×30/100							
保健所·保健地所· 保健診療所	12,000ウォンを超える場合 :医療費全額×30/100 12,000ウォンを超えない場合 :投薬日数等により400~2,200ウォンを負担								

- 注1)診察料:医者が患者を診察したことに対する料金、上級総合病院のみ適用
- 注2) 桐」は日本の町丁に相当し、特別市」や 広域市」の 区 自治区)」、または 市」の下に置かれる行政区画である。

医療費全額×30/100 65歳以上:10,000ウォン以下の場合1,200ウォンを負担)

6歳未満の児童:入院の自己負担割合は10%、外来の自己負担割合は成人自己負担割合の70%

注3) 邑」は日本の自治体としての町に、面」は村にほぼ相当する。

薬局

その他

本人負担上限制

- □ 本人負担上限額制度は、家計の医療費負担を減らす目 的で導入され、1年間(1月1日~12月31日)に医 療機関や薬局の窓口で支払った医療費の自己負担総額 が保険料額によって区分されている所得段階別本人負 担上限額を超えた場合、その超えた金額が国民健康保 険公団から支給される制度である。上限額は毎年の物 価上昇率が反映される。
- □ 日本のように年齢による区分はなく、保険料額によって所得水準を7段階に区分している。

所得段階別本人負担上限額

単位:万ウォン

	1段階	2段階	3 段階	4段階	5段階	6段階	7段階
2014	120	150	200	250	300	400	500
2015	121	151	202	253	303	405	506

保険料総額等の推移

□ 職場保険料総額:34.4兆ウォン、地域保険料総額:7.2兆ウォン

区分	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	年平均 増減率
保険料 億ウォン)	217,287	249,730	261,661	284,577	329,221	363,900	390,319	415,938	9.7
職場	163,485	190,297	202,377	220,831	261,416	293,796	318,751	343,865	11.2
地域	53,802	59,434	59,284	63,746	67,806	70,103	71,568	72,073	4.3
1世帯当たり保険料 (ウォン)	59,278	66,217	66,916	70,988	78,822	84,040	87,417	90,806	6.3
職場	62,430	69,169	70,250	73,399	82,802	89,028	92,565	97,046	6.5
地域	55,054	61,982	61,902	67,168	72,139	75,209	77,783	78,629	5.2
一人当たり保険料 (ウォン)	23,690	26,837	27,620	29,765	33,670	36,536	38,622	40,819	8.1
職場	23,449	26,304	27,049	28,659	33,009	36,156	38,239	40,816	8.2
地域	24,065	27,736	28,652	31,899	35,022	37,357	39,503	40,825	7.8

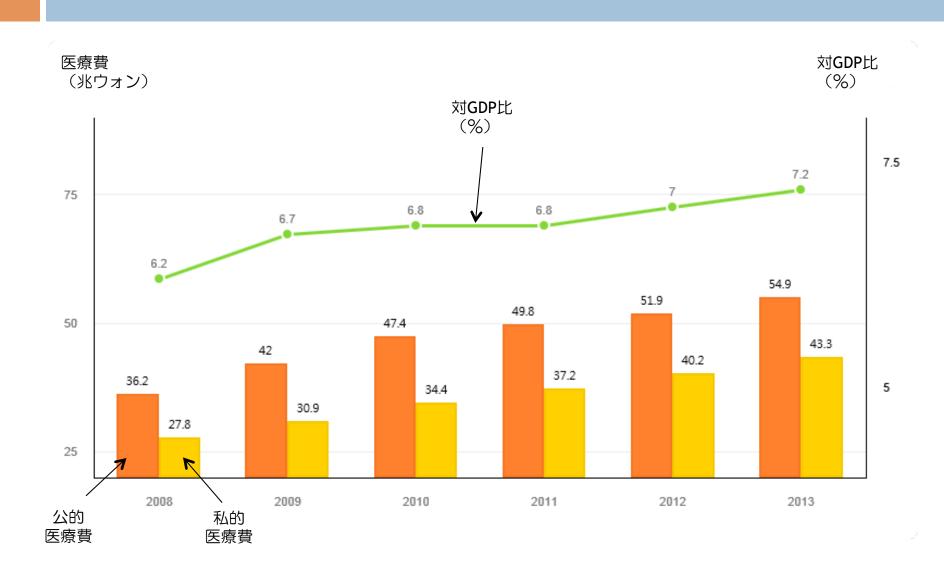
一人当たり年間平均保険料と平均給付の推移

□ 年平均増減率

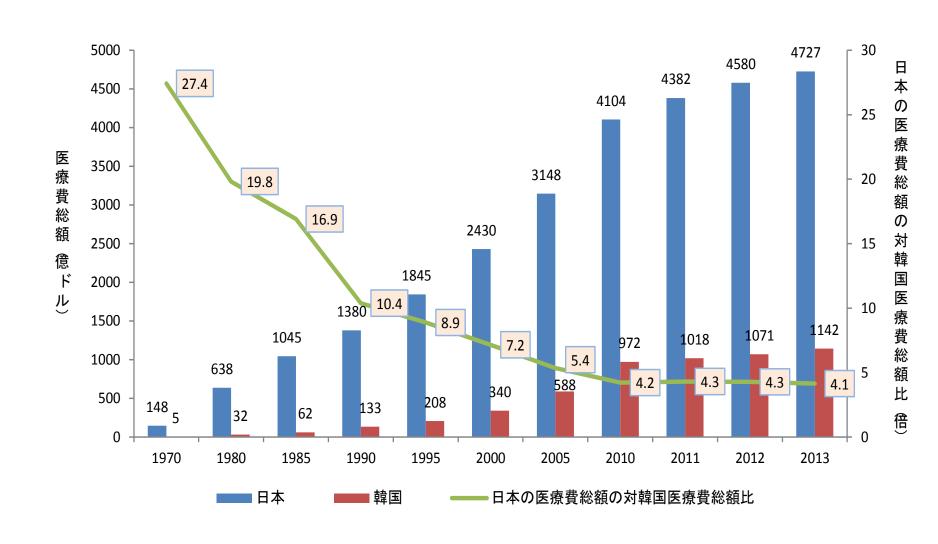
一人当たり年間平均保険料 > 一人当たり年間平均給付

区分	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	年平均 増減率
一人当たり年 間平均保険料 (A)	455,714	520,260	540,437	583,635	670,072	735,220	783,306	829,302	8.9
一人当たり年 間平均給付 (B)	515,096	555,286	620,467	692,159	729,262	759,290	796,199	853,900	7.5
給付比率 (B/A)	113	106.7	114.8	118.6	108.8	103.3	101.6	103	_

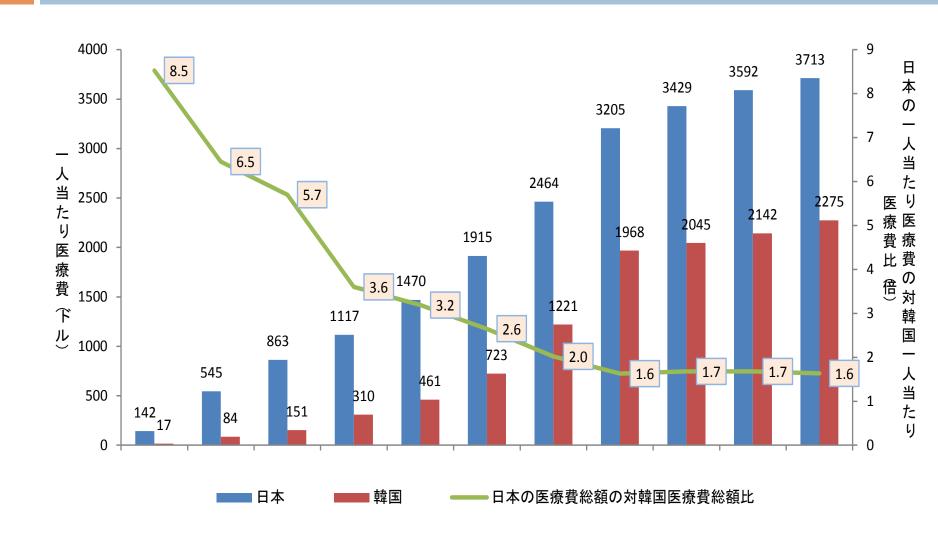
医療費の推移



日本と韓国における国民医療費の推移

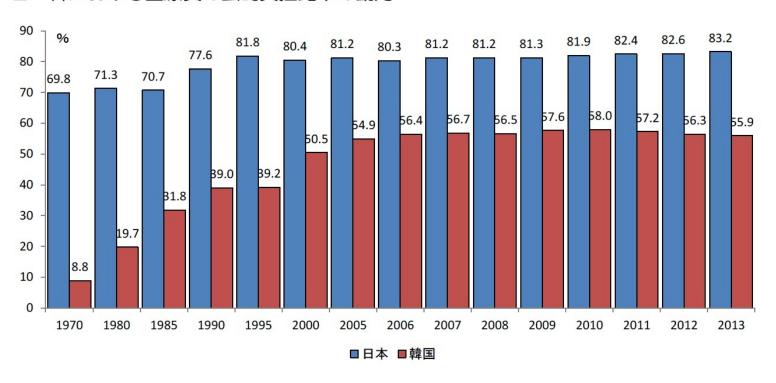


日本と韓国における一人当たり医療費の推移



日・韓における公的負担比率の動向

図 1 日・韓における医療費の公的負担比率の動向



資料出所) OECD Health Statistics 2015より作成

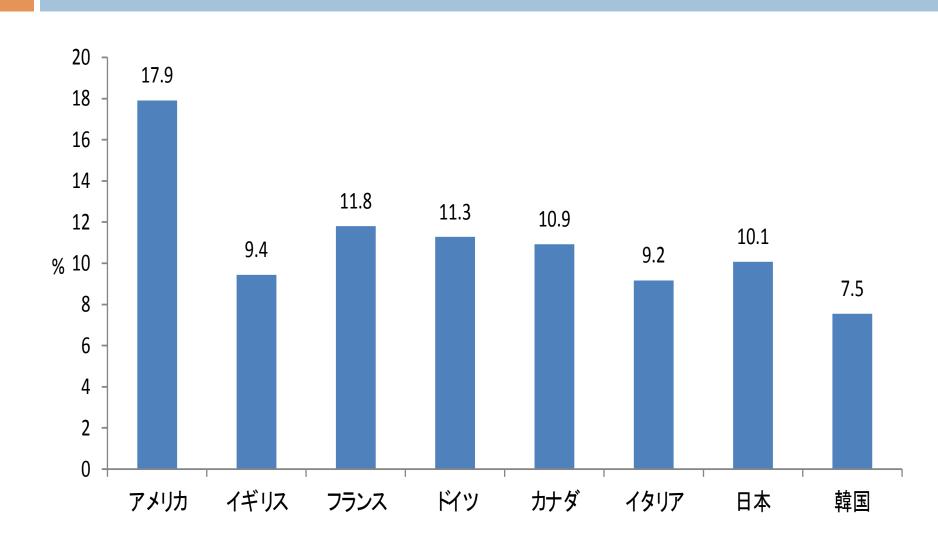
韓国の医療費の公的負担比率が低い理由は?

- □ ①保険適用診療に対する患者の自己負担割合が相対的 に高いことと
- □ ②健康保険の保険給付が適用されない混合診療(選択 診療)が許容されていることなどが考えられる。

韓国政府の3低政策

- 韓国政府は国民皆保険の早期実現のため、所得補足捕捉が難しい地域住民の保険料を最初から低く設定するなど、低保険料、低給付、低診療報酬といういわゆる3低政策を実施。
- 3低政策 → 国民皆保険の実現を成功させたものの、国民は医療サービスを利用する際により高い自己負担をしなければならなくなった。
- 韓国政府は低い診療報酬による医療機関や医師の収入を補 填する目的で「選択診療」を実施。→ 国民の負担は増加。

先進7カ国と韓国における医療費総額の対GDP比



私的医療費の割合が高い韓国

- □ ①保険適用診療に対する患者の自己負担割 合が相対的に高い。
- □②健康保険の保険給付が適用されない混合 診療が許容されている。

財政収支の推移

単位:億ウォン

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
収入 (国庫支援除外)	248,300	263,717	285,852	328,077	363,139	391,554	419,036
支出	275,412	311,849	348,599	373,766	388,035	415,287	436,793
国庫支援以前の 当期収支	-27,112	-48,132	-62,747	-45,689	-24,896	-23,733	-17,757
国庫支援	40,779	48,100	49,753	51,697	55,053	60,179	65,956
国庫支援以降の 当期収支	13,667	-32	-12,994	6,008	30,157	36,446	48,199

4. 混合診療制度

選択診療制度

- 日本と同じく社会保険方式を基本とする医療保険制度を施行するなど日本の医療保険制度と類似なところが多い隣国韓国では以前から「選択診療」という名で混合診療を実施している。
- 韓国の「選択診療」制度は、まず特定の資格を満たしている医師を患者が選択、その医師から提供される保険診療と保険外の診療を利用する仕組みで、保険外の診療に対する費用は全額患者が負担することになっている。

選択診療制度

- この際、医療機関側はそれにかかる追加費用を徴収することができる。そして、この選択診療は保険外診療であるので、これにかかる追加費用は患者または保護者が全額を負担する。
- 対象項目:診察、医学管理、検査、映像診断及び放射 線治療、麻酔、精神療法、処置及び手術、鍼灸、附缸 治療

選択診療制度を実施する医療機関の義務や権限

- 選択診療制度を実施する医療機関は、選択診療を行う医師の資格や医師数の制限に関する規定を守り、選択診療を行わない医師も義務的に配置しなければならない。
- 実施機関は、選択診療を担当する医師が直接診療する診療行為に限って、患者あるいはその保護者から追加費用を徴収できる。
- □ 追加費用は患者 あるいは保護者が全額負担するもので、金額は項目別に診療報酬基準の20~100%の範囲内で当該医療機関の長が定める。

追加費用算定基準

診療項目	追加費用算定基準
診療 漢方を含む)	診療報酬基準のうち、診察料の40%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が 決めた金額
入院 漢方を含む)	診療報酬基準のうち、入院料の15%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が 決めた金額
検査 漢方を含む)	診療報酬基準のうち、検査料の30%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が 決めた金額
映像診断・放射線治療	診療報酬基準のうち、映像診断料の15% 放射線治療料は30%、放射線血管撮影料は60%)以内の範囲内で当該医療機関の機関長が決めた金額
麻酔	診療報酬基準のうち、麻酔料の50%以内の範囲内で当該医療機関の機関長が 決めた金額
精神療法	診療報酬基準のうち、精神療法料の30% (深層分析は600%)以内の範囲内で当 該医療機関の機関長が決めた金額
処置 手術 漢方を含む)	診療報酬基準のうち、処置・手術料の50%以内の範囲内で当該医療機関の機関 長が決めた金額
鍼灸 -附缸治療	診療報酬基準のうち、鍼灸・附缸治療料の50%以内の範囲内で当該医療機関の 機関長が決めた金額

選択診療制度の目的

- □ ①低い健康保険の診療報酬を補填する
- □ ②大学病院などの大手病院への患者集中を抑制する
- □ ③診療医師間の医療の質の差異を反映させる

制度の沿革

- □ 1963年:国立病院の医療提供者の低賃金を補填する ために「特診規定」を導入。
- □ 1991年:「特診規定」を民間病院までに拡大し、「 指定診療制度」と名称に変更。
- 2000年:医療法によって制度化され、「選択診療制度」と再度名称を変更。

選択診療制度の歴史

区分	特診	指定診療	選択診療制
施行期間	1963.01~1991.02	1991.03~2000.8	2000.9~2014.7 ^{注1)}
対象医療機関	·国立医療機関 国立医大付属病院、国立医 療院等)	・研修医が研修を受ける研修病院で、認可された病床数が400床以上である病院、歯科大学病院	・病院級以上の医療機関
医師の選択範囲	・国立医療機関の医師	・指定診療医師として任命され た者	・医師・歯科医・漢医師(一定資格要件以上の医師を選択すると 追加費用を徴収)
追加費用が徴収できる 医師の資格	·特診教授 :国立医大付属病院 (教授、副教授、助教授、専任講師) ・特診医師 :国立医療院など	・医師:医師の免許を取得してから10年以上の専門医・歯科医:免許取得後10年以上・漢医師:免許取得後15年以上・大学病院の専任講師以上	・医師:専門医の資格を取得してから10年以上 ・歯科医及び漢医師:免許取得 後15年以上 ・大学病院・大学付属漢方病院 の助教授以上
追加費用の徴収基準		・患者が選択した医師のうち、追加費用を徴収する資格がある医師が直接行った医療行為・但し、当該年度の総診療件数の70%を超えてはならない	・患者が選択した医師のうち、追加費用を徴収する資格がある医師が直接行った医療行為 ・資格要件を満たしている在職医師の80%以内で指定が可能
診療項目	一般診療費の50~100%以 内で医療機関の長が決める	·9項目:診察、入院、検査、放射線診断及び治療、麻酔、精神療法、処置及び手術	·11項目:診察、入院、検査、映像診断及び放射線治療、麻酔、精神療法、処置及び手術、鍼灸、附缸治療
選択診療 <i>を</i> 実施する 医療機関の義務			・選択診療を申し込む際、必要な情報がすく見られるように情報を 掲示すること

注1)若干の変更はあるが、現在でもこの表とほぼ同一の制度となっている。

選択診療を実施している医療機関の現状(2014年12月31日基準)

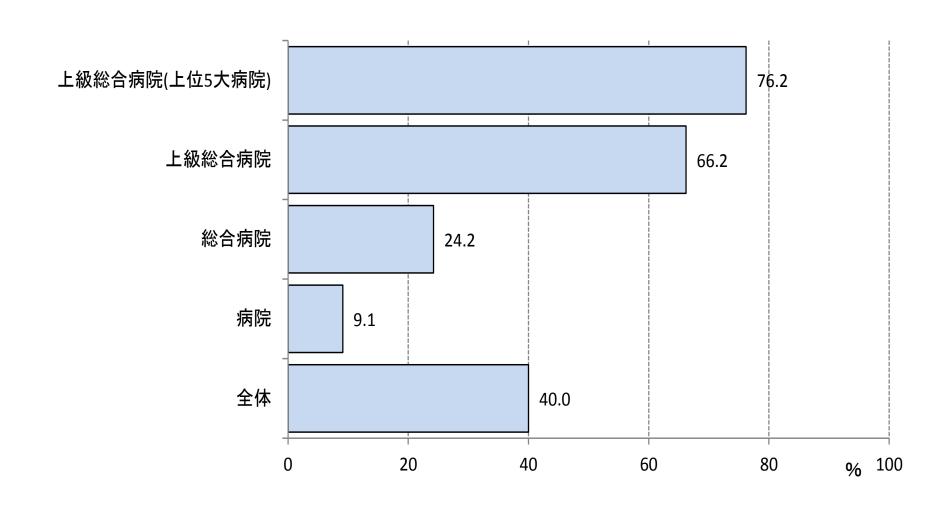
単位:ヶ所、%

	合計	上級総合病院	総合病院	病院	漢方病院	歯科病院
選択診療の 対象医療機関	2243	43	327	1434	234	205
選択診療を 実施している 医療機関	405	43	128	196	15	23
実施率	18.1	100.0	39.1	13.7	6.4	11.2

医療機関の選択診療収入

- 2004年の4,368億ウォン(461億円)から2012年には1兆3,170億ウォン(1,383億円)に3.3倍(医療機関総収入の6.5%)も増加。
- 選択診療収入の内訳を診療項目別に見ると、処置・手術料が37.2%で最も高く、次は影像診断(20.2%)、検査料(13.5%)、診察料(10.8%)、入院料(9.1%)、麻酔(7.7%)、精神療法(1.3%)の順である。

選択診療の利用経験のある患者の比率



- 重病でより大きい病院を利用せざるを得ない患者、例 えば上位5大病院を利用する患者の場合は約8割弱が 選択診療を利用した経験がある。
- 選択診療を選択した患者は、健康保険が適用されない 自由診療に対する費用 + 診療項目が追加費用算定規 準に該当する場合、本来、保険診療の対象となってい る医療行為についても追加の費用負担が必要となり、 選択診療を選択していない患者に比べてより高い費用 を負担しなければならない。→ 患者の負担が大きい。

韓国政府は、患者の医療費負担を減らすための対 策を発表

- □ 選択診療制を含む医療保険の3大非給付を改善。
- 3大非給付とは、選択診療費、差額室料(上級病室料)、看病費用である。

①選択診療の改善

健康保険が適用される診療費に追加的に支払う「追加 費用算定基準」を2014年8月から既存の20~100 %から15~50%に引き下げる。

項目別追加費用算定基準の改正

単位:%

区分	検査	映上	麻酔	診察	入院	精神	処置 • 手術	鍼灸 -附缸治療
選択診療制の改正以前 2014年7月まで)	50	25	100	55	20	50	100	100
選択診療制の改正以降 2014年8月から)	30	15	50	40	15	30	50	50

- □ 選択診療を担当する指定医師の割合を段階的に縮小。
- □ 2015年8月まで80% → 2015年9月は67% → 2016年からは33%に縮小 → 2017年には医療 保険が適用されない選択診療を完全に廃止する方針。

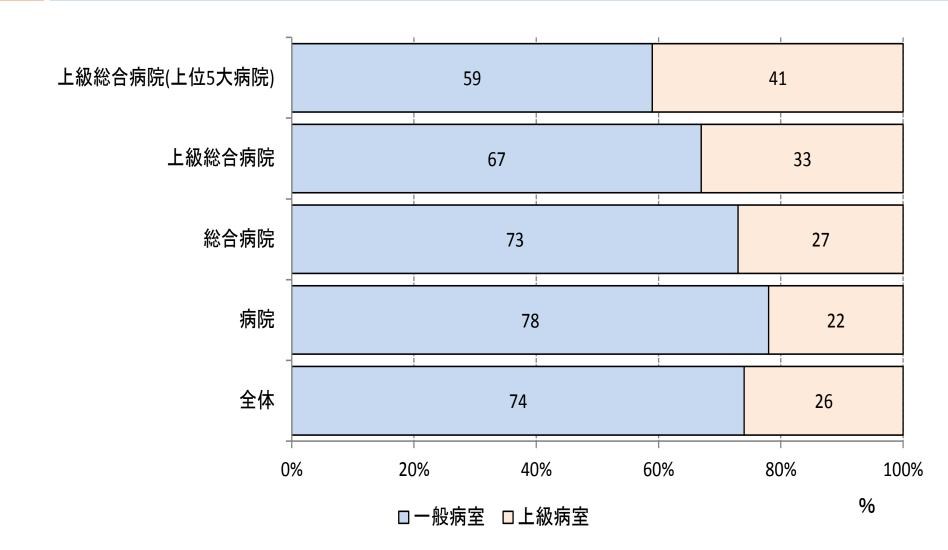
選択診療の完全廃止に反対する声も

- □ 選択診療の完全廃止に対する反対の意見も少なくない。
- □ 特に選択診療の廃止による医療機関の収入減少や医療 サービスの質の低下を懸念する声が高い。
- そこで、韓国政府は、高度の手術や処置、機能検査等に対する診療報酬を引き上げることで、選択診療の段階的な縮小による医療機関の収入減少を補填する計画。

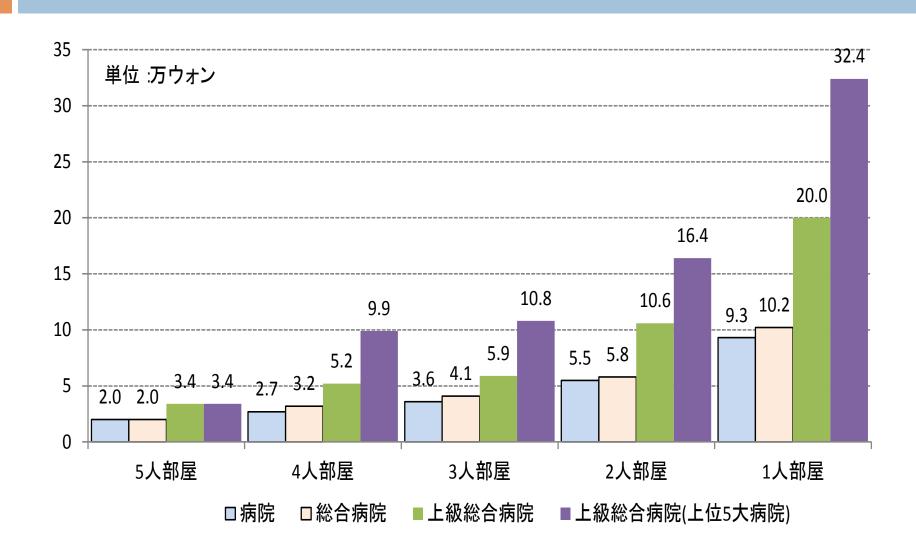
②差額室料の改善

- 差額室料の改善作業の基本方向は、差額室料が適用されない一般病室を拡大し、患者の医療費負担を軽減させること。
- □ 2014年9月以降一般病室の基準を6人部屋から4人 部屋に拡大。
- 2015年9月から上級総合病院や総合病院における全病室に占める一般病室の割合を既存の50%から70%に拡大。

医療機関別一般病室と上級病室の割合 (2013年)



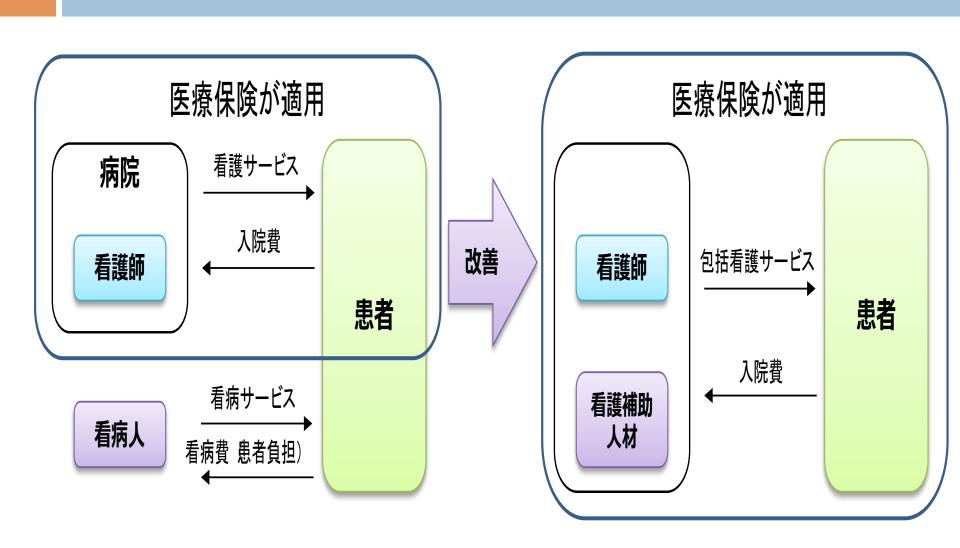
医療機関別差額室料(2013年)



③看病サービスの仕組みの改正

- 韓国では家族が患者を看病する独特の医療文化が残っており、家族が仕事等で患者の看病ができない場合には看病人を雇って患者の身の回りの世話をさせている。
- □ 看病にかかる費用は医療保険が適用されず、患者やその家族にとって大きな負担になっている。
- この問題を解決する目的で今後は看護師や看護補助人材を増員し、病院内で看護サービスや看病サービスが両方提供できる包括的看護サービス(医療保険が適用)を段階的に拡大・実施する方針である。

看病サービスの改善前後の仕組み



5. 医療機関や医療従事者の現状

医療機関数の推移

□ 年平均増加率が最も大きいのは「療養病院」

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	年平均 増減率 %)
合計	76,803	78,461	80,270	81,681	82,948	83,811	84,971	86,629	1.7
上級総合病院	43	43	44	44	44	44	43	43	0
総合病院	261	269	269	274	275	278	281	287	1.4
病院	1,048	1,193	1,262	1,315	1,375	1,421	1,451	1,474	5
療養病院	591	690	777	867	988	1,103	1,232	1,337	12.4
医院	26,141	26,528	27,027	27,469	27,837	28,033	28,328	28,883	1.4
歯科病院	153	168	183	191	199	201	203	205	4.3
歯科医院	13,339	13,750	14,242	14,681	15,058	15,365	15,727	16,172	2.8
助産所	51	51	49	46	40	33	34	35	-5.2
保健医療院	17	17	17	17	17	15	15	15	-1.8
保健所	237	239	239	240	240	243	243	244	0.4
保健支所	1,282	1,286	1,292	1,296	1,294	1,301	1,307	1,314	0.4
保健診療所	1,909	1,914	1,914	1,916	1,917	1,910	1,905	1,908	0
漢方病院	142	146	158	168	184	201	212	231	7.2
漢医院	10,859	11,334	11,782	12,061	12,401	12,705	13,100	13,423	3.1
薬局	20,730	20,833	21,015	21,096	21,079	20,958	20,890	21,058	0.2

医師の推移

- □ 医師の数は継続的に増加している傾向
- □ 医師の中で専門医は73,110人(78.7%、2014年)

(単位:人,%)

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	年平均 増減率 %)
計		134,821	141,918	147,081	151,381	156,423	158,562	163,928	167,291	3.1
	小計	103,556	110,283	115,087	119,229	122,780	126,002	131,391	134,646	3.8
医師	医師	70,355	75,714	79,046	82,137	84,544	86,761	90,710	92,927	4.1
	歯科医師	19,092	19,751	20,415	20,936	21,410	21,888	22,482	22,952	2.7
	漢医師	14,109	14,818	15,626	16,156	16,826	17,353	18,199	18,767	4.2
	薬師	31,265	31,635	31,994	32,152	33,643	32,560	32,537	32,645	0.6

漢方系医療機関の推移

単位:力所

	全体	漢方病院	漢医院
2009	11,856	151	11,705
2010	11,963	159	11,804
2011	12,483	178	12,305
2012	12,639	199	12,440
2013	13,019	203	12,816

漢方系医療従事者の推移

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
漢医師	14,348	15,200	15,849	16,663	17,473	18,333	19,132	19,912	20,600	21,355
漢薬師	647	804	929	1,079	1,213	1,354	1,512	1,643	1,778	1,920
漢方薬調剤薬師	26,289	26,269	26,238	26,222	26,217	26,185	26,191	26,631	26,632	25,749

全医療費に占める漢方系医療機関の診療費 比率:4.2%

- □漢方関連大学や学生数
- 漢医学大学及び漢医学専門大学院: 12大学、 750人
- 漢薬学科: 3大学、120人

6.民間医療保険

民間医療保険への加入率

- □ 健康保険政策研究院(2016)「2015年度健康保険制度国民認識調査」
- 民間医療保険に加入している世帯は88.1%
- 保険料:月平均30万8千ウォン
- 民間医療保険への加入率は所得水準が高いほど高い。 月平均世帯所得500万ウォン以上の世帯の加入率は 92.5%、100万ウォン未満の世帯の加入率は61.3%。
- 年齢別には40代が91.9%で最も高く、60代以上は77.8%。

民間医療保険

- 民間医療保険の保険料金額は27.4兆ウォン → 事業費と貯蓄性保険料を除いた保険料は10.7兆ウォンで、これは公的医療保険の収入37.9兆ウォンの28.3%に当たる金額である(2011年基準)。
- □ 国民一人当たり平均加入件数:3.3件

民間医療保険

- 実損填補型の医療保険がメイン:医療費の自己負担分 や公的医療保険適用外の治療費やその他入院時にかか った諸経費を補償してくれる保険。
- 2003年以前には生命保険会社は定額型、損害保険会社には定額型と実損填補型を販売。2003年の保険業法の改正により生命保険会社も実損填補型の医療保険の販売が可能になる。→販売競争により加入者が増加。1997年のアジア経済危機も民間医療保険への加入率を増加させる一因になる。

7.介護保険制度

老人長期療養保険制度の概要

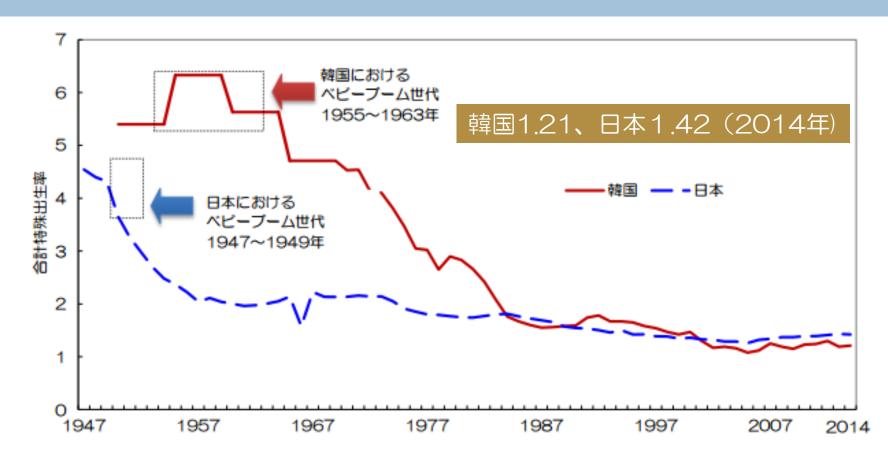
1. 人口構造の変化

少子高齢化による生産可能人口の減少、成長潜在力の弱化



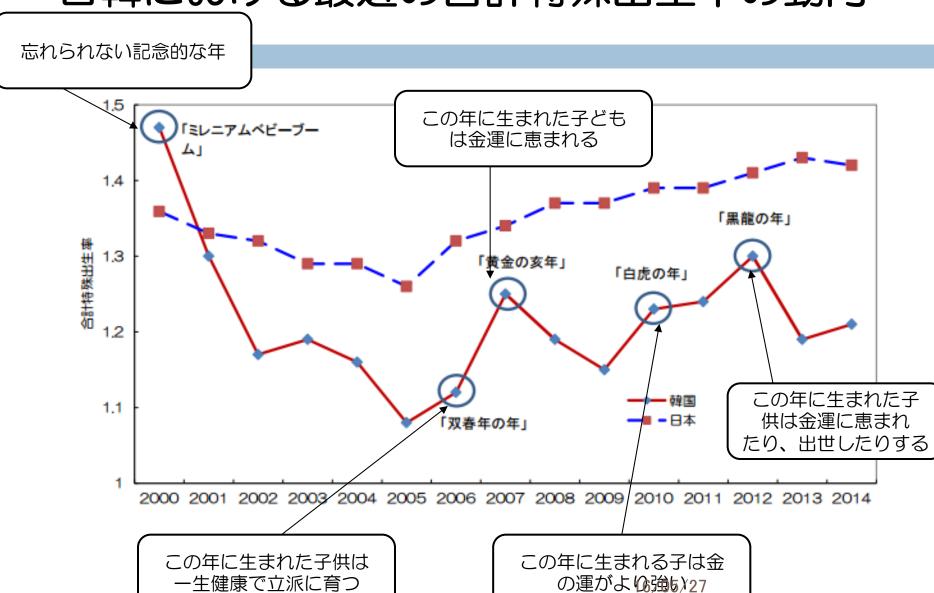


日韓における合計特殊出生率の動向

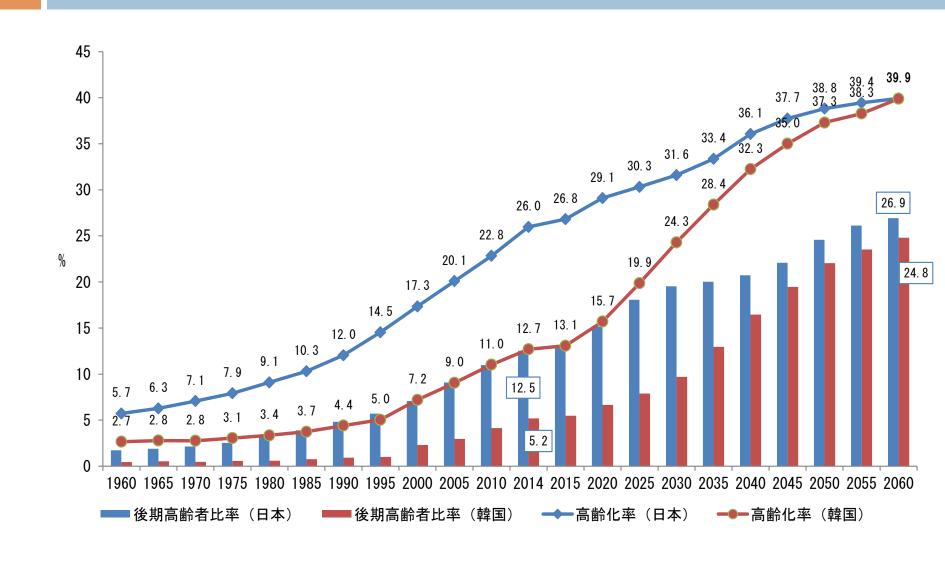


注) 韓国における 1955~1959 年度、1960~1964 年度、1965~1969 年度はデータの制約により、UN(2006)の 5 年平均の数値を利用。

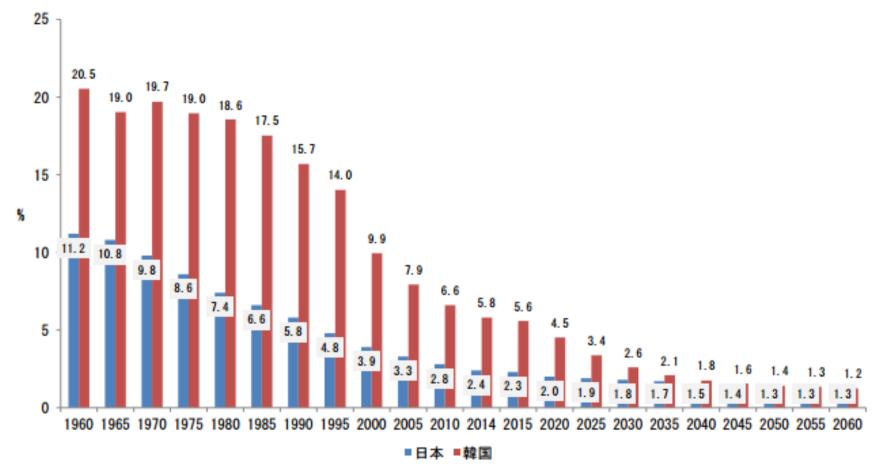
日韓における最近の合計特殊出生率の動向



日韓における高齢化率の推移と将来推計



高齢者一人を支える現役世代の数の推移と将来推計



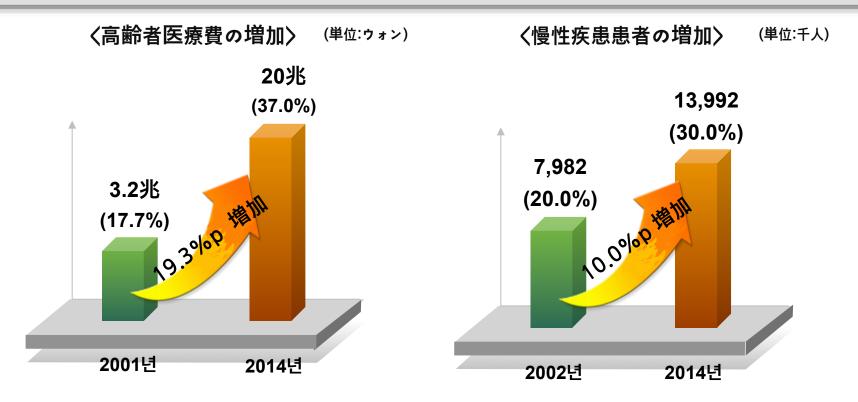
資料出所)韓国統計庁「人口動態統計」各年度、内閣府(2015)『平成27年版高齢社会白書』より筆者作成 16/05/27

老人長期療養保険制度の概要

2. 高齢者医療費及び慢性疾患診療費の急増

高齢者医療費及び慢性疾患診療費の急増により

国民医療費が持続的に増加することが予想される。



老人長期療養保険制度の概要



老人長期療養保険制度を導入

- 韓国では2007年4月に「老人長期療養保険法」が 成立し、2008年7月から日本の介護保険制度に当 たる老人長期療養保険制度が施行されている。
- オランダ、イスラエル、オーストラリア、ルクセンブルク、ドイツ、日本に次ぐ世界 7番目の制度施行である。
- □ ドイツと日本の介護保険制度をモデルにして創設。

老人長期療養保険制度の詳細

□ 名 称:老人長期療養保険法

□ 法律の制定年月 :2007 年 4 月

法律の施行年月 : 2008 年 7 月

□ 保険者:国民健康保険公団

□ 被保険者:国民健康保険の加入者

🗖 給付対象者:原則として高齢者

□ 要介護度:5段階(2014年から拡大)

給付の種類など

- □ 保険給付:在宅・施設サービス、特別現 金給付
- □ 現金給付:離島・僻地等で家族療養費
- 要介護認定者:約26万人(高齢者人口の約5.0%程度)〔2009年5月末現在〕
- 利用者負担:在宅給付は 15%、施設給付 は 20%(施設入所の食費と 宿泊費は給付対象外)
- □ 財源構成:国庫負担 20%、介護保険料 60 ~ 65%、利用者負担 15 ~ 20%

老人長期療養保険制度の概要

▶老人長期療養保険制度の利用手続き



老人長期療養保険制度の概要



▶老人長期療養保険の財源

保険料

健康保険料額× 長期療養保険料率

> '15年現在6.55% (所得対比 0.4%)



国庫支援金

保険料予想収入の 20% 相当額

老人長期療養保険法第58条第1項

国と自治体の負担金

公的扶助の医療給付対象者が ■ 老人長期療養保険を利用する ときの費用全額

老人長期療養保険法第58条第2項

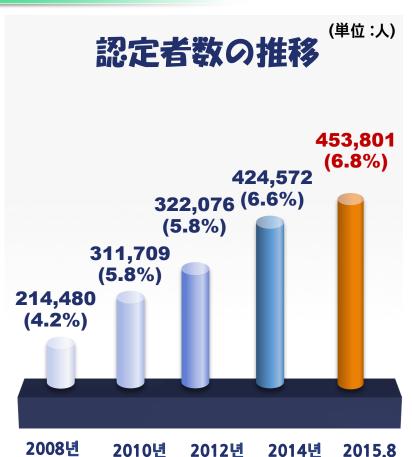


- 施設 20%, 在宅15%
 - 公的扶助の国民基礎生活保障制度の対象者は無料
 - 次上位者は施設 10%, 在宅7.5%

公的扶助の医療給付対象者に対 する国及び自治体の費用負担 (施行令第28条)

1) 申請者及び認定者数の増加







▶ 認定者の現状

2015. 8. 31現在(単位:人,%)♪

合計	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級
453, 801	37, 122	70. 619	175. 034	154, 190	16. 836
100	8. Z	15, 5	38. 6	34. 0	3. 7



▶ 等級の区分

1等級

心身の機能障がいで 日常生活で全的な助けが必要 -長期療養認定点数 95点以上

2等級

心身の機能障がいで 日常生活でかなりの助けが必要 -長期療養認定点数 75点以上95点未満

3等級

心身の機能障がいで 日常生活で部分的な助けが必要 -長期療養認定点数 70点以上75点未満

4 等級

心身の機能障がいで 日常生活で一部の助けが必要 -長期療養認定点数 51点以上60点未満

5等級

認知症患者(法第2条による老人性疾病に限定)

- 長期療養認定点数 45点以上51点未満

2) 老人長期療養保険制度の療養機関の推移

(単位:カ所) 長期療養機関の現状



2008.06 2015.08



2008.06

3) 長期療養サービスに対する満足度

長期療養サービスに対する満足度 (回答者 2,007人, 2014.10)

- 全般的サービス水準の向上89.1%
 制度の必要性 92.7%

- ▶他の人への推薦 91.9%
- ▶ 健康好転 78.0%

▶ 療養環境の改善 75.8%

満足度の向上









認知症患者数の推移: (2014年) 61万人 図 (2015年) 65万人 図 (2030年) 127万人図 (2050年) 271万人

*認知症高齢者の受給者数22.2万人(全受給者の 50.7%)

認知症高齢者の割合及び認知症患者の推移



*出所:ブンダンソウル大学病院 研究調査(2012)

老人長期療養保険制度の課題(受給者側面)

- 低い認定者比率
 - 急認定者比率は6.8%で 0ECD 平均11%より低い
 - ※ドイツ 14.1% 日本 18.3% (2012年基準)
- 専門的サービスの不在
- 診問介護に偏っている
 - 在宅サービス利用者83%が訪問介護を利用
- 利用者個人に合わせたサービスが提供されていない
- 医療サービスへの欲求解消のための制度が不十分
- ▶ 長期療養制度の認定者のうち、サービス未利用者(14.1%)にサービスを利用していない理由を調査:約54%が医療サービスが利用できる療養病院、病院、医院等を利用している。

老人長期療養保険制度の課題(供給者側面)





- -療養保護士の資格取得者は129万人もいるが、この中で活動している者は30.4万人(23%が活動)
- -特に、40代以上の療養保護士が多く、将来労働力不足が予想される。

→ 現在活動している療養保護士30万人のうち40代以上の療養保護士か29万4千人で、全体の96.
6%を占めている。



〈年齢階級別分布〉

医分	合計	20代 以下	30ft	40ft	50 f t	60 f t	70代以 上
合計	304	2	8	51	145	86	12
分布 (%)	(100. 0	(0 . 7	(3 . 0	(16. 4)	(47. 7)	(28. 3	(3. 9)







療養保護士の低い処遇→サービスの質の低下

正規職労働者の月平均賃金:324万ウォン(2015年)月平均労働時間:175.9時間療養保険運用賃金会の奨励賃金:178.9万ウォン → 実際は最低賃金が適用、療養保護士の月平均賃金は130~140万ウォンで最低賃金を少し上回る水準(2016年最低賃金6030円 → 1ヶ月175.9時間働いた場合の賃金は106万ウォン)

療養保護士の処遇改善のために優先的に改善すべきことは?

- ・(1位)保守の適正化 (74.3%)
- ・(2位)雇用安全性の確保及び社会保障 (42.3%)
- ・ (3位) 労働時間の適正化(42.1%)
- ・ (4位) 勤労環境の改善(19.3%)
- ・(5位)専門性の強化のための教育訓練 (8.5%)



今後のあり方

制度の導入期 (2008)

量的拡大に集中

- 受給者拡大
- インフラ拡充

制度の定着期 (2009^{*}2014)

制度の定着に主力

- 制度の基盤構築
- サービスが提供できる 人材を養成

制度の発展期 (2015^{*)}

先進化

保障性の拡大

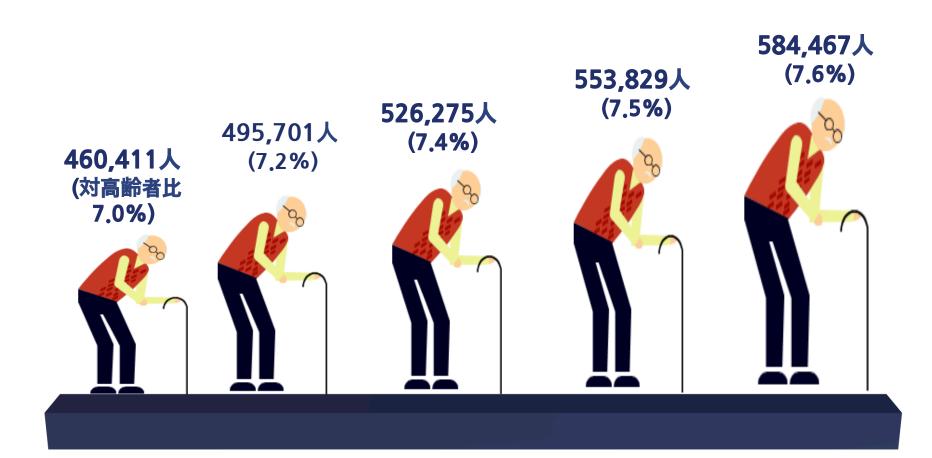
- ■サービスの先進化、質的
 - 水準向上
- ■財政安定



需要者中心の質の高い老人長期療養保険制度の構築

今後のあり方

▶ 受給者の拡大 (2015~2019)



今後のあり方

- ▶ 認知症対応型の長期療養機関の設置・運営(2016年*)
 - ・療養施設内に認知症高齢者が生活できる専用空間を提供
 - ▶認知症の症状がある対象者の情緒的安定及び認知能力の悪化を防ぐために療養施設内に認知症高齢者のみが生活できる専用空間を提供。
 - ▶認知症患者に合わせた長期療養機関の施設・人材基準等を確立。
 - ・昼・夜間の保護期間拡充
 - 昼と夜に対象者に認知活動・リハビリテーションサービス等を提供するの保護期間を設立、専門的な認知活動型サービスを提供

8.最近の動きと今後の課題

患者安全法

- □ 2015年 1月28日に制定され、2016年7月9日から施行される。
- 2010年5月に医療事故で死亡したチョン・チョンヒョン君(当時 9歳) の名前に因んで別名「チョンヒョニ法」とも称されている。
- 医療事故の情報を共有し、調査・分析を通して同じ過 ちを二度と繰り返さないよう再発防止のためのシス テムを構築しようというもの。

医療事故が発生したり、事故の発生につながる恐れのある場合に、医療陣が自発的に報告すると政府が原因を分析し、制度的解決策を提示するシステム。

ウェルダイング法

- □ 2018年から施行される。
- 死を迎えている患者が本人の意思を「延命医療計画書 」あるいは「事前医療意向書」に残しておいたり、家族 2人以上が患者の意志であると陳述した場合に延命治 療が中断できるようにした法。中断される延命治療は 、心肺蘇生や抗がん剤の投与、人工呼吸機の付着およ うに治療効果がなく、死亡時期を延ばすだけの医療 行為。

□ 少子高齢化が進行される中で、①どのように健康保険の保障性を強化し、②どのように制度の持続可能性を確保するのか。

公的医療保険の保障率は62.0%、保険が適用されない「非給付診療」に対する本人負担率は18.0%

□ 高齢者の増加により国庫負担が継続的に上昇することが予想されている。

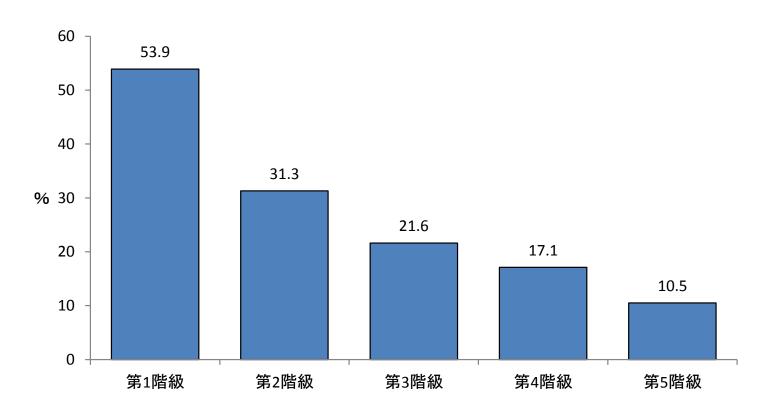
□ 医療格差をどのように解決できるのか。

経済的理由により必要な医療サービスが受けられない人 々が多く存在。

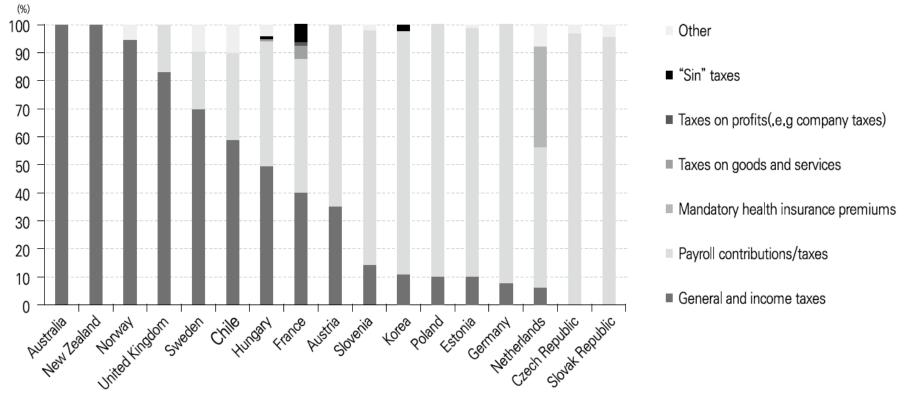
制度の量的成長から質的成長への変化が必要(2030年から人口が減少):予防や健康管理に対する医療サービスの需要に対応

所得五分位階級別の「医療費超過負担世帯」の比率

□ 「医療費超過負担世帯」:世帯所得のうち、医療費が 占める割合が10%以上である世帯



■ 雇用者の勤労所得に対する依存度が高い現在の財源構造を変えなければならない。



OECD Survey of Budget Officials on Budgeting Practices for Health, 2013.

- □ 自営業者の場合、「売上を過少に申告する」あるいは「費用を過大に申告する」傾向が依然として残っている。
- □ 自営業者の保険料算定方式が複雑であり、保険料と関連して数多くのトラブルが発生。:地域の被保険者の保険料は財産、自動車、年齢等を反映して保険料を算定。
- 雇用者の場合は勤労所得以外の所得は保険料に反映されていない。所得がある被扶養者がただ乗りするケー

- □ 国庫負担の水準は予想保険料収入の20%に規定している。
- 実際の保険料収入に対する国庫負担の比率は2014年 基準で16.0%。→ 国庫負担を増やし、医療格差を 解決すべきであるという主張も出ている。