

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
「日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHC の視点から」

研究分担者 蓋 若琰 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

令和2年度の分担研究は日本、中国と韓国の医療政策について、ユニバーサルヘルスカバレッジ・国民皆保険体制の制度面、特に医療報酬制度、医療技術評価制度の比較分析を中心に進めた。公的資料・統計から見た日中韓三国の社会保険制度の沿革とユニバーサルヘルスカバレッジの達成度、社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式などの面から比較分析を行った。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (universal health coverage=UHC) とは「すべての人が適切な健康増進、予防、治療、リハビリに関する保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる」と定義され¹、2015年以降の国連持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals = SDGs) における健康と福祉に関わるゴール3の肝要な一環になった。UHCに向けて、「保健医療サービスの身近な提供とその質の確保」、「保健医療サービス利用にあたって費用が障壁とならないこと」の達成が必要となり、中で保健医療サービス利用における経済的な障壁をなくすために、公的医療保障制度が不可欠である。したがって、狭義のUHCは公的医療保障制度の構築と強化を指す。

日本は国民皆保険の先進国であり、1961年からすべての国民をカバーする社会保険方式を主体とする公的医療保障制度が成立

されて以来、経済高度成長と伴う公的医療保障制度の充実と人口高齢化が背景となった制度の調整を経験してきた。韓国と中国でも公的医療保障制度が発展していて、最近人口高齢化と医療技術の高度化による医療費の高騰など日本と似たような課題を直面している。それぞれの政治的及び社会文化的文脈から、公的医療保障制度やUHC達成のたどり着きが異なるものの、国際比較によって、各国の経験を学び合うのは持続可能性、効率性と公平性のバランスなど保健医療政策の分野における共通の課題の解決に一助する。したがって、令和2年度の分担研究の目的は、日本、中国と韓国の公的医療保障制度に関わる政策をユニバーサルヘルスカバレッジの視点から比較することである。

B. 研究方法

各種の公的資料・統計 (世界保健機関、OECD、国の統計など) から社会保険のカ

バー率、国民医療費と社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式の最新動向に関する情報を収集し、日中韓三国の比較を行って、その結果を付録の参考資料をまとめて研究会で発表した。

(倫理面への配慮)

本分担研究は個人レベルのデータを利用しないので、倫理審査に該当しない。

C. 研究結果

表1に日中韓三国の医療保障制度の比較をまとめた。医療保障制度は税方式と社会保険方式の二つがあり、日本、中国、韓国はみな社会保険方式を実施し、その財源は主に保険料と公費負担のハイブリッドで賄うことが医療保障制度の共通点の一つである。

社会全体の包摂性と公平性から、社会保険方式では強制加入が原則となる。日本、韓国と中国の都市部従業者基本医療保険は強制加入である一方で、中国の都市部住民基本医療保険、農村部新型合作医療保険は、今後社会保険方式の下で各公的医療保険制度の統合の動向が見えるものの、まだ任意加入である。

職域保険では、日本では政府管掌健康保険、組管掌健康保険、船員保険、各種の共済保険など複数の保険者が存在する一方で、中国では各省・地域の統括基金に集約されており、韓国ではさらに国民健康保険公団に一元化されている。

保健医療サービス・医薬品の価格決定について、日本では診療報酬制度＝保健医療サービスの統一した価格体制を実施している。韓国でも保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格を実施している。中

国では保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格体制は公的医療保障制度の拡大と共に確立した一方で、各省・地域を単位に制度化しているので、地域間の差異がある。

医療費の支払い方式について、出来高払いは日中韓三カ国の主な支払い方式である一方で、過剰医療の防止と医療費の財政に与える負担軽減の視点から、包括払いなどあらかじめ価格を定める制度を導入もしくは試行する動向がある。日本では2003年度から急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度 (Diagnosis Procedure Combination=DPC)、いわゆる日本版診療群に基づいた包括払い制度 (Diagnosis Related Groups=DRG) が導入された。包括評価の対象は割合にばらつきが少なく、臨床的な類似性のある診療行為であり、包括評価の診療群は臨床的なニーズを反映するために徐々に増えていて2020年最新の改定では4,557診療群になった²。DPC診療報酬の枠組みでは医療サービスの質、地域医療体制の特徴などに関わる機能評価係数も設定している。韓国でも入院医療費を対象に保険適用外削減を目的にした包括報酬制が公的医療施設を主体として拡大しつつあり、民間病院にも自主参加がある。それと同時に質を向上させるインセンティブとして診療報酬評価においてP4P (Pay for Performance)が導入された³。中国では一部の省・地域の公的医療施設における包括払いの試行結果に基づいて、2019年からDRG制度を各省・地域の医療施設で導入し、包括評価の診療群の細分案を模索している⁴。

日本、中国、韓国はみな医療費の支払いにおける一定の患者自己負担を実施している。日本と韓国では高額医療費制度など自

己負担の上限を設定していることに対し、中国では医療費負担の抑制の視点から給付スタートラインと上限を設定している。

保健医療サービスの給付範囲について、日本ではこれまで新しい医療技術（保健医療サービス、医薬品）の保険導入にあたって「必要にして適切な医療の現物給付をする」という基本原則の下で、実際認められた医療技術が保険償還の対象となって診療報酬＝公定価格の決定プロセスに入っている。混合医療は原則認められていないが、保健財政が逼迫する中、給付範囲の見直しの議論が続き、混合医療が高度医療を中心に解禁される傾向も見える。中国と韓国では新しい医療技術の保険適用に関わる決定があるが、混合医療は容認している。

医療技術評価（Health Technology Assessment=HTA）の導入と応用について、最近保健医療の持続可能性が問われるなかで、日中韓三カ国はみな保健医療のアウトカムを見据えた意思決定と政策形成のツールとして医療技術評価を最近導入した。日本ではHTAを医薬品の価格決定に応用していることに対し、中国と韓国のHTAは主に新しい医療技術の保険償還の有無に応用している。

D. 考察

公的医療保障制度はある国の政治、経済、社会文化の所産であり、本研究で考察する日本、中国、韓国ではそれぞれ異なる一方で、三カ国とも社会保険方式を選択し、人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療支出の高騰と高まる財政への負担という課題は共通である。医療費の抑制に向けて、公定価格による価格引き上げのコントロール、入院医療費を中心とした包括払い制度の実施、自己負担の調整、給付範囲の決定

と見直し、医療技術評価の導入はそれぞれの国で進めている。これらの施策はそれぞれのメリットとデメリットがあって、保健医療の効率性と公平性のバランスを保つことに知見の蓄積が必要である。この意味で他国の経験を参照する意義が大きい。

E. 参考文献

1. 厚生労働省.

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158223_00002.html

2. 厚生労働省保険局医療課. 令和2年度診療報酬改定の概要.

<https://www.mhlw.go.jp/content/1240000/0/000603946.pdf>

3. 健康保険組合連合会. 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書.

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf

4. ビル&メリンダ・ゲイツ財団中国事務所・武漢大学「中国の医療保障制度フォーラム」資料集（北京，2019年12月）

F. 研究発表

1. 論文発表

● Gai R, Tobe M. Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Global Health Research and Policy*. 2020; 5: 23.

● Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J. Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives. *Value in Health Regional Issues*. In press.

2. 学会発表

ISPOR Asia Pacific Conference 2020

Roundtable Meeting に参加

G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1.日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い (global budget)を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無

日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHCの視点から

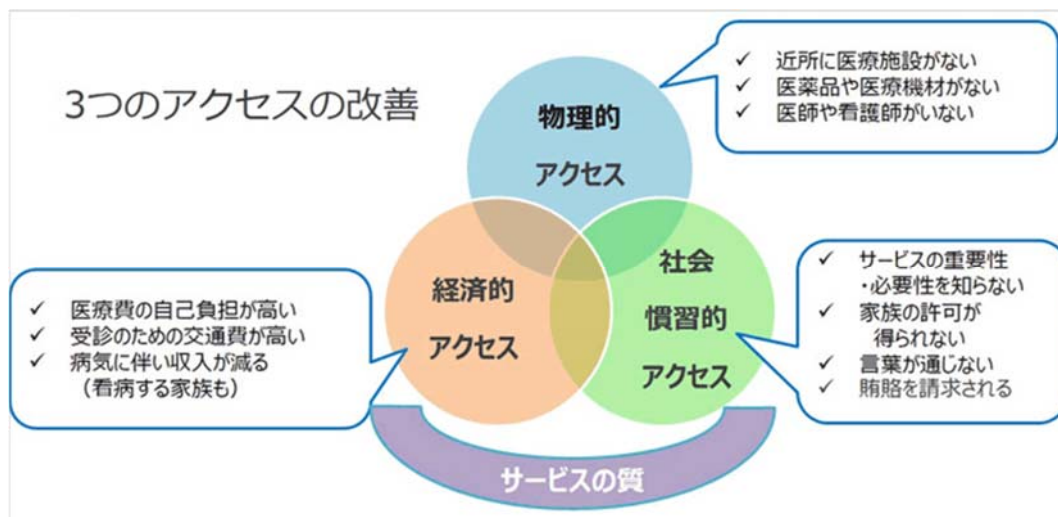
蓋 若琰

厚労科研林班研究会

2020年9月30日

ユニバーサルヘルスカバレッジとは (Universal Health Coverage = UHC)

「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」

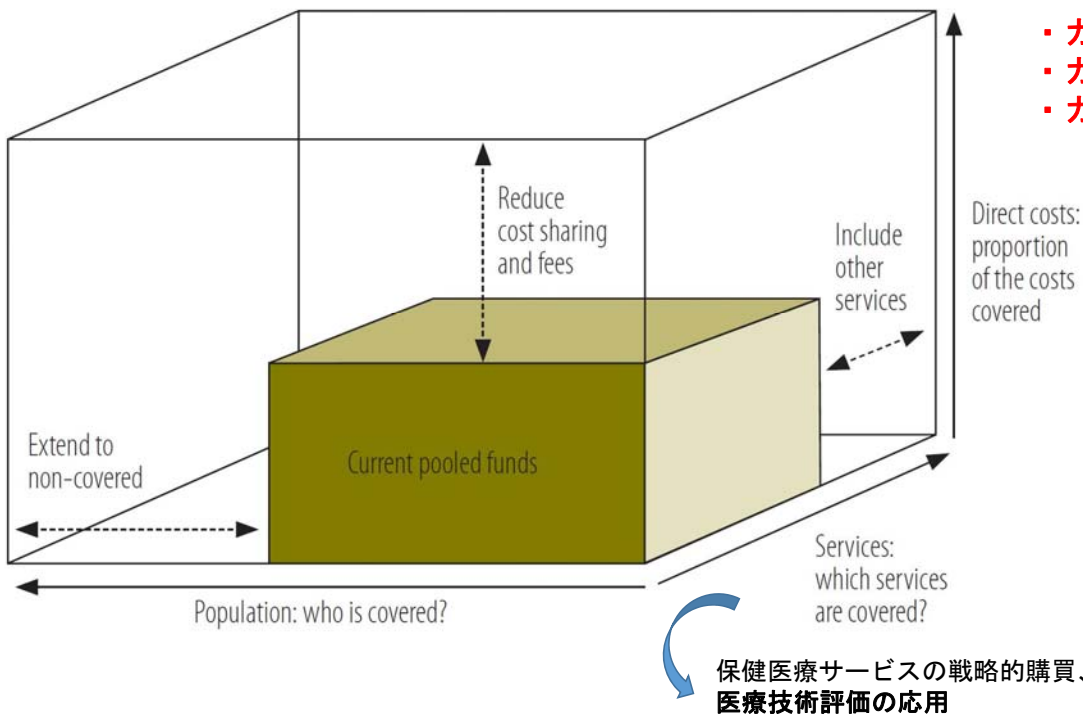


Source:
JICA

ユニバーサルヘルスカバレッジ（狭義）

3つの要素：

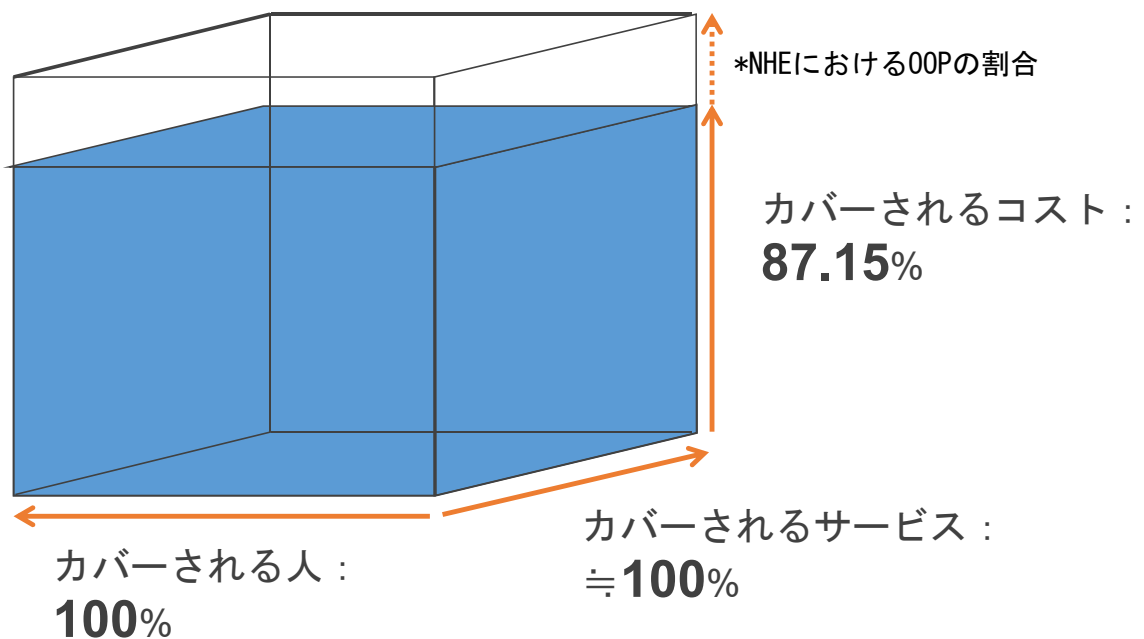
- ・カバーされる人
- ・カバーされるコスト
- ・カバーされるサービス



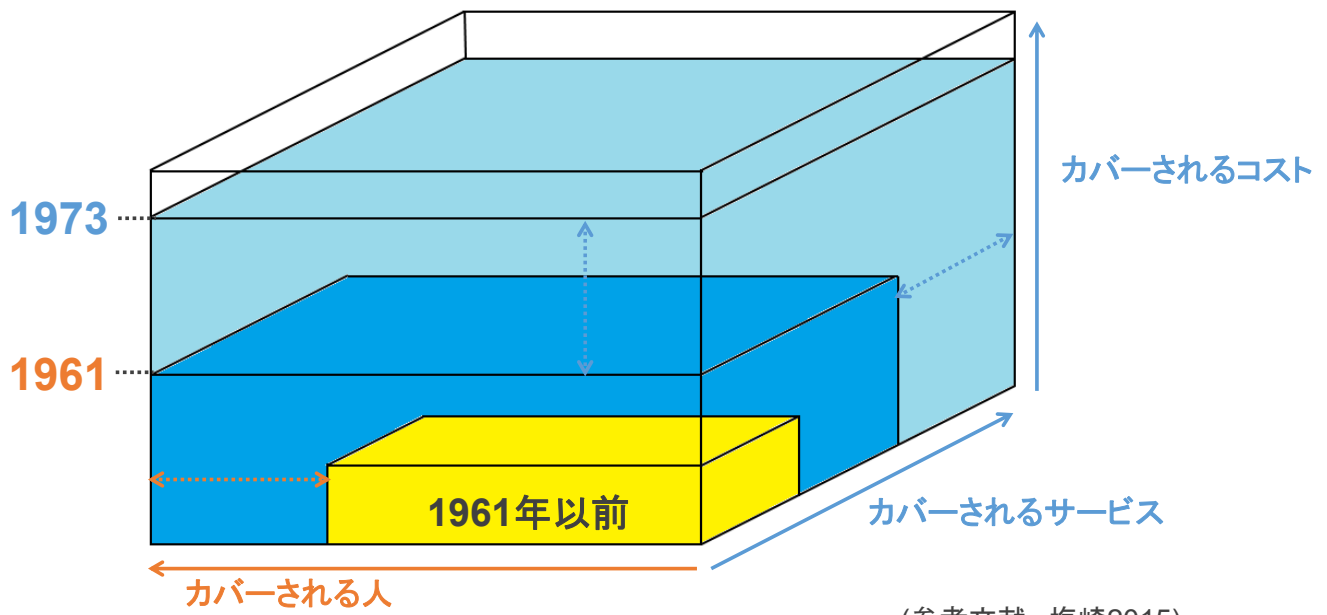
Source: WHO 2010

保健医療サービスの戦略的購買、
医療技術評価の応用

日本のユニバーサルヘルスカバレッジ



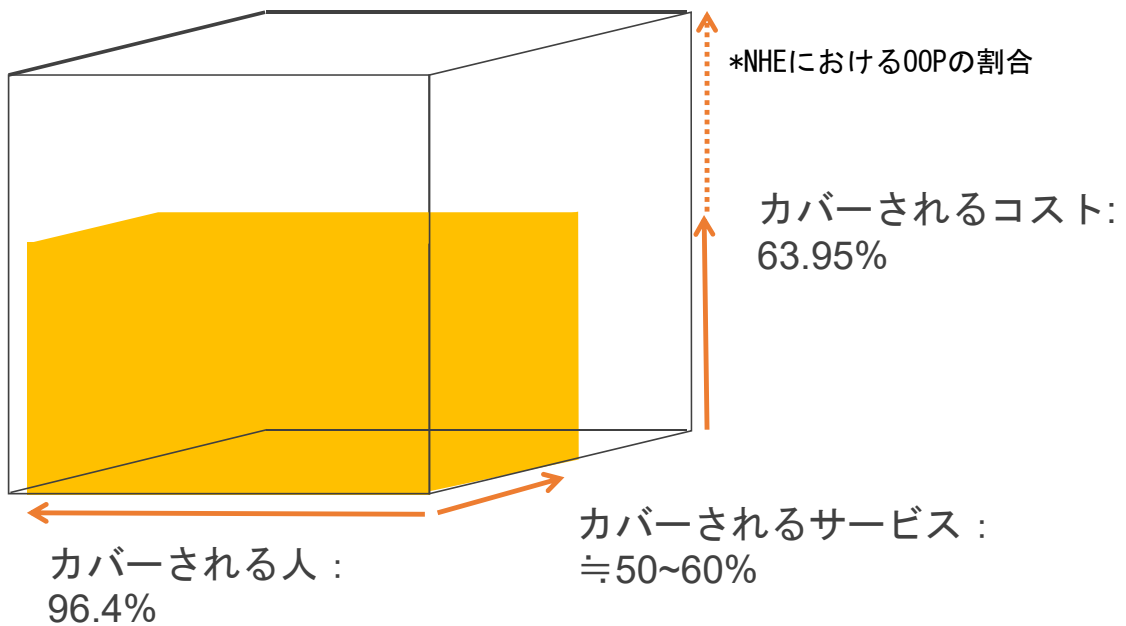
日本の国民皆保険の沿革：徐々に拡大したUHC



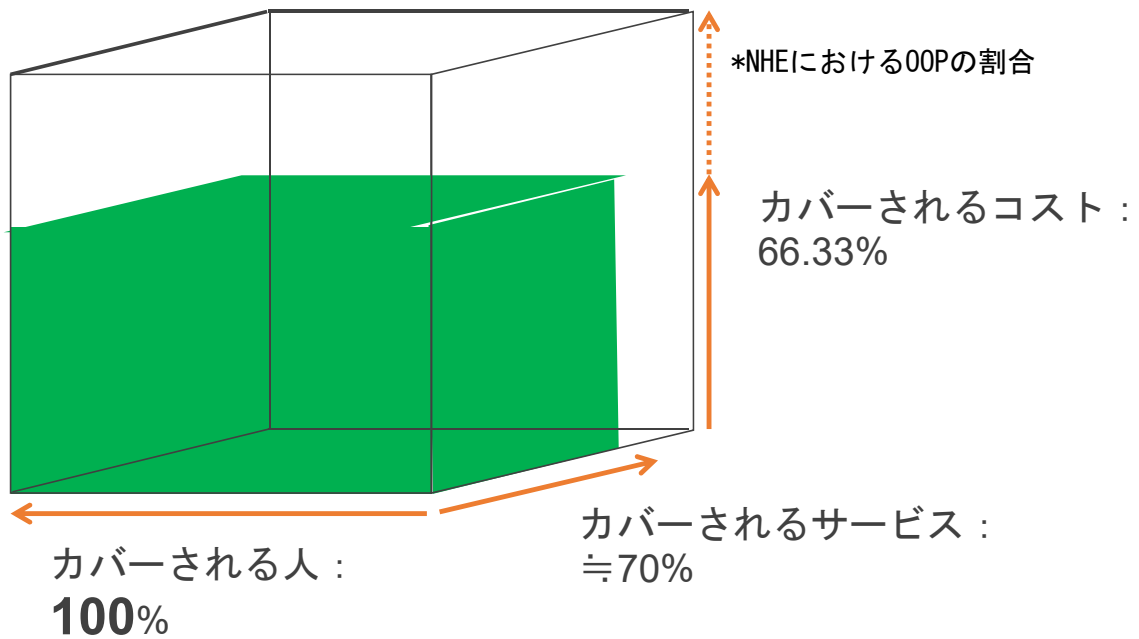
(参考文献：塩崎2015)

カバーされる人をまず増やしてから、カバーされるコストとサービスも拡大する。

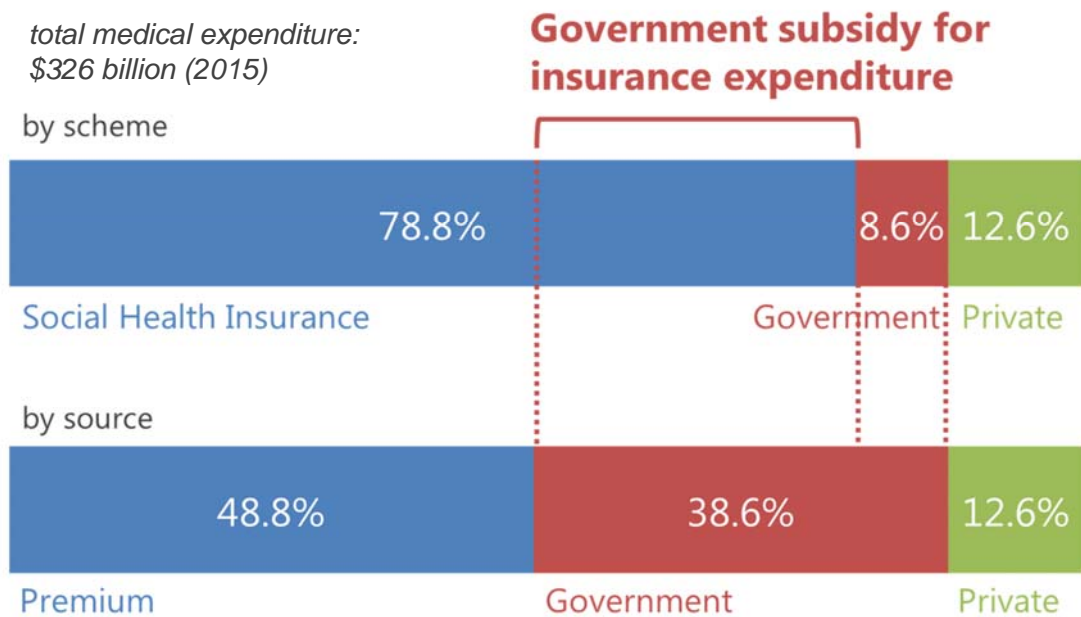
中国のユニバーサルヘルスカバレッジ



韓国のユニバーサルヘルスカバレッジ

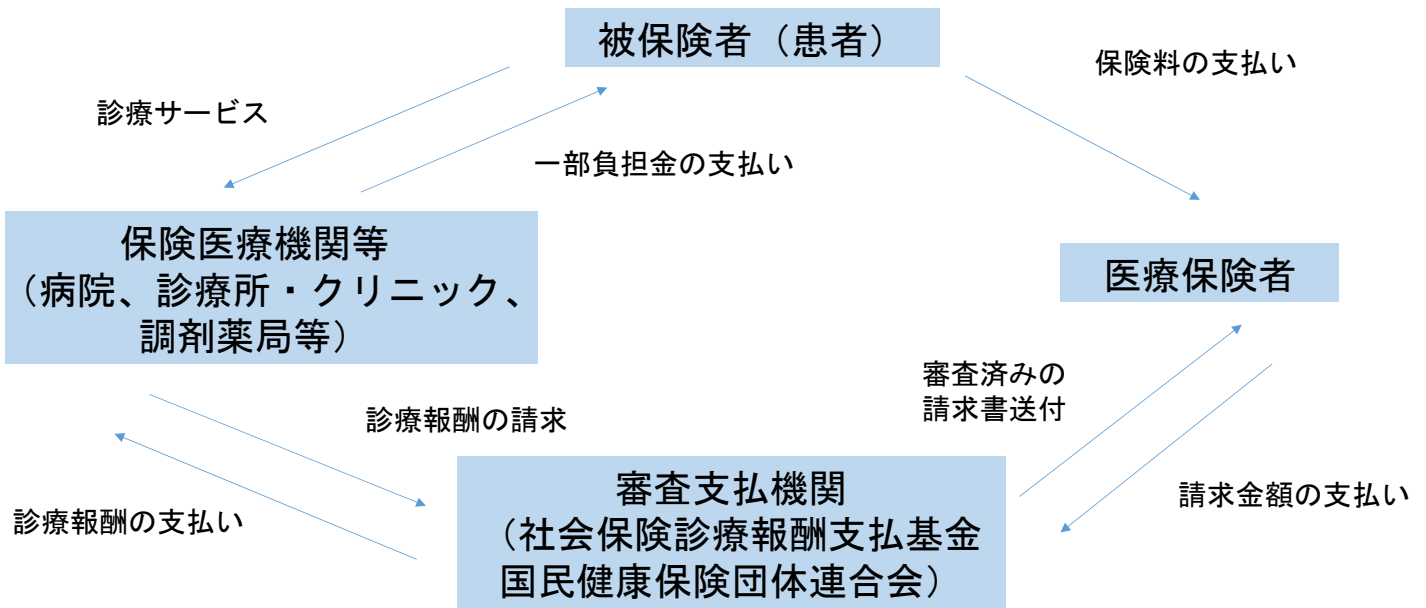


日本の国民医療費から見た社会保険制度とその財源

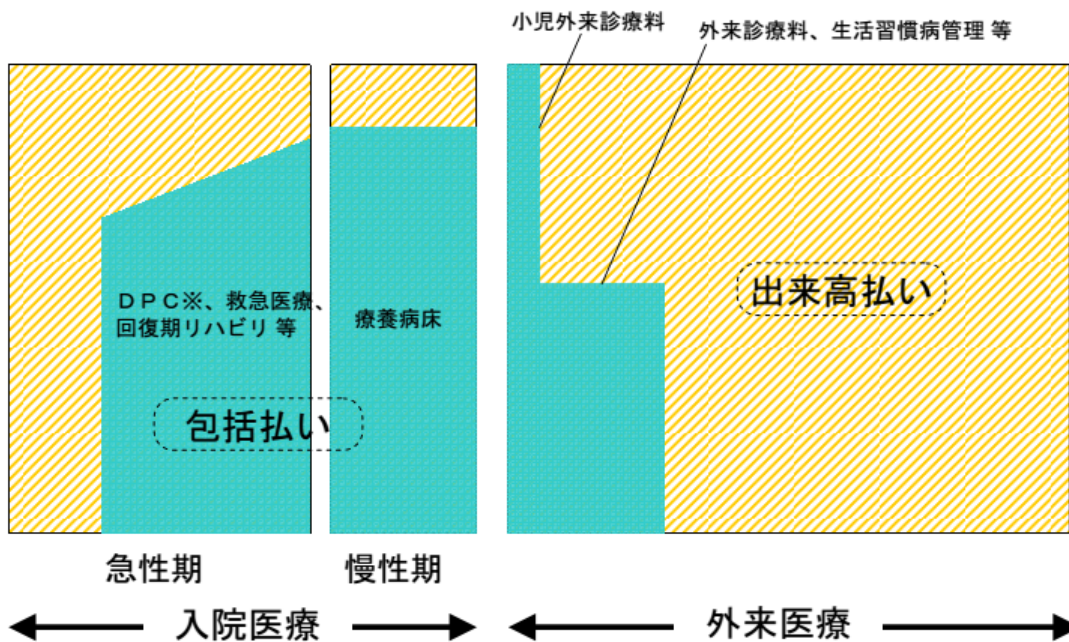


Source: Ministry of Health, 2015

日本の保険診療の流れ



日本の診療報酬と支払い方式

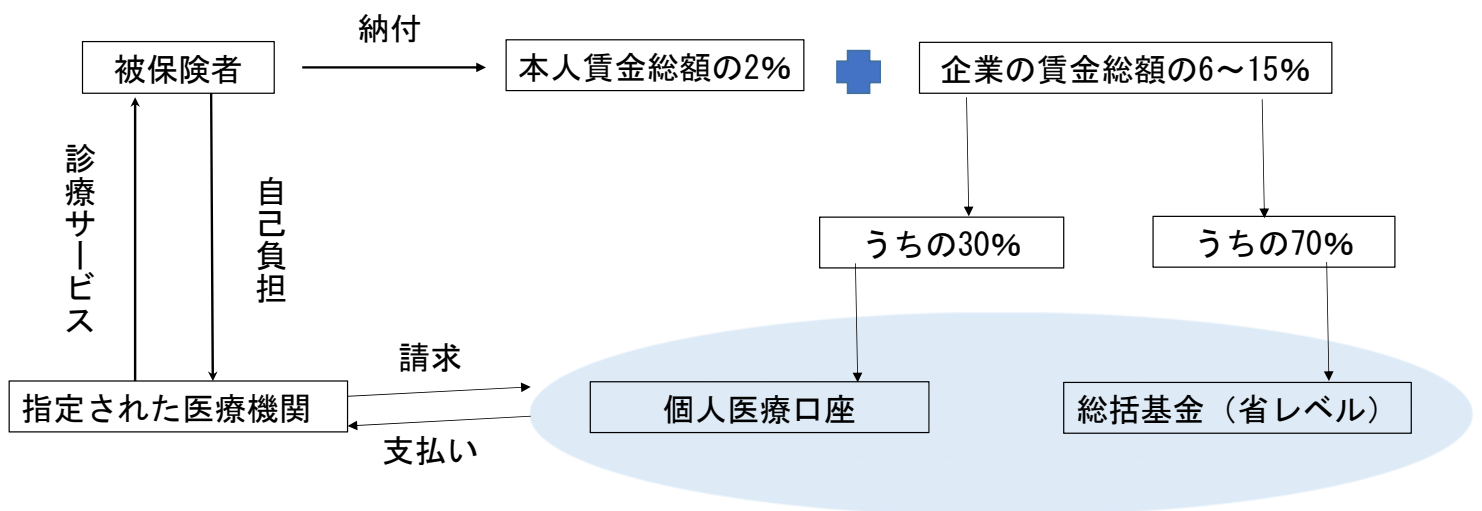


厚生労働省2015

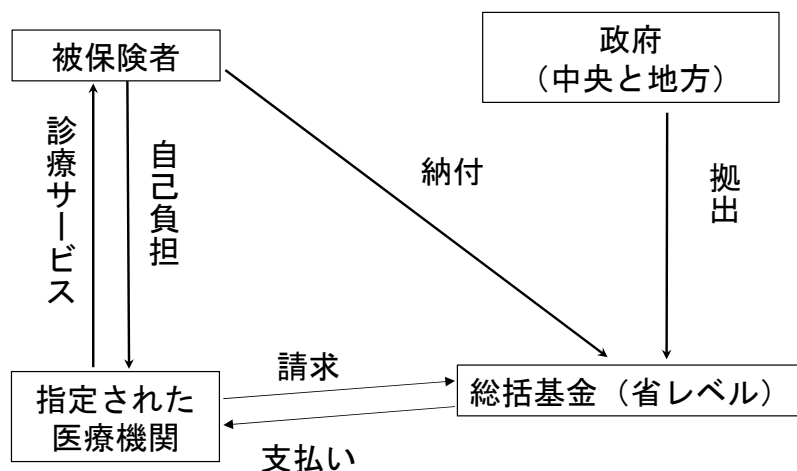
中国の医療保険制度

	都市部従業者基本医療保険	都市部住民基本医療保険	農村部新型合作医療
導入時期	1998年	2007年	2003年
被保険者	都市部の従業者及び定年退職者（本人）	都市部の非従業者、学生、子ども	農村住民
加入形態	強制	任意	任意
財源	企業：賃金総額の6～15% 個人：賃金総額の2% 定年退職者：納付なし	政府（地域による） 個人（地域による）	政府（地域による） 個人（地域による）
保険適応内容	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり
保険の仕組み	個人医療口座 統括基金	統括基金	統括基金

都市部従業者基本医療保険の仕組み



都市部住民医療保険、新型農村合作医療の仕組み



	都市部従業員基本医療保険 (億人)	新型農村合作医療 (億人)	都市部住民基本医療保険 (億人)	カバー率 (%)
2001	0.73	-	-	5.2
2002	0.94	-	-	7.3
2003	1.09	-	-	8.4
2004	1.24	0.8	-	15.7
2005	1.38	1.79	-	24.2
2006	1.57	4.1	-	43.2
2007	1.8	7.26	0.43	71.9
2008	2.0	8.15	1.18	85.4
2009	2.19	8.33	1.82	92.5
2010	2.37	8.36	1.95	94.6
2011	2.52	8.32	2.21	96.9
2012	2.65	8.05	2.72	99.1
2013	2.74	8.02	2.96	-
2014	2.83	7.66	3.15	99.7
2015	2.89	6.7	3.77	97.2
2016	2.95	6	4.49	96.3
2017	3.03	1.6	8.74	96.2
2018	3.17	1.3	8.97	96.4

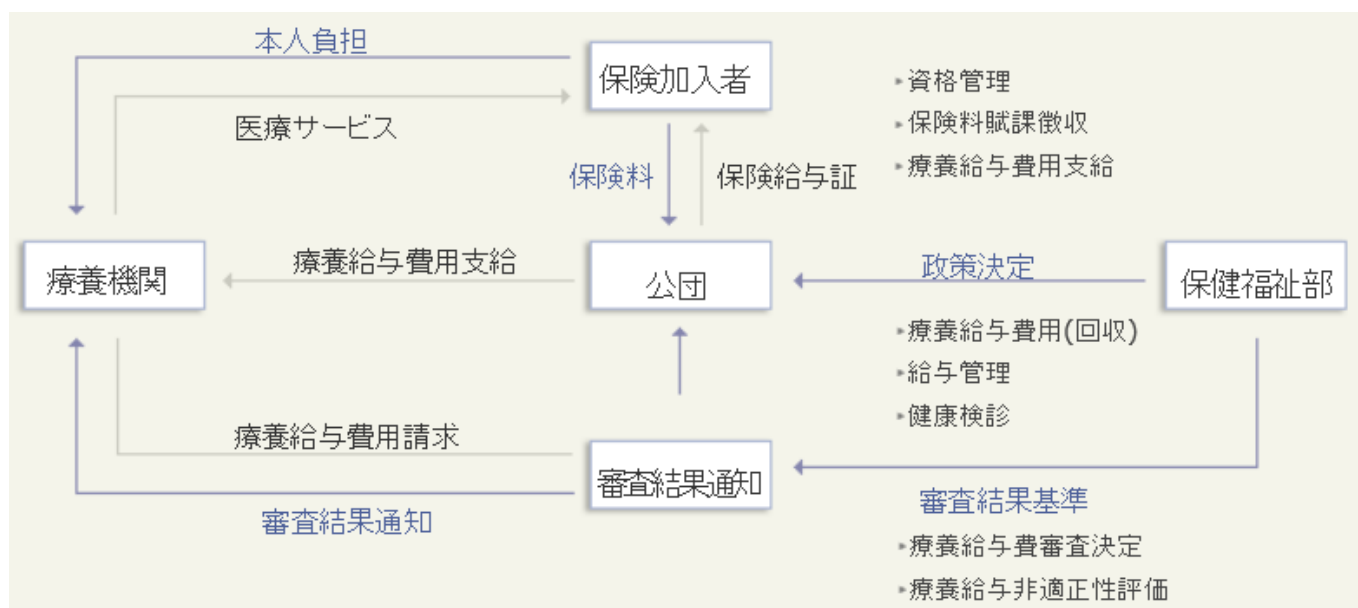
中国医療保障局,
2019

医療保険制度の給付率

	都市部従業員基本医療保険 (%)	都市部住民基本医療保険 (%)
2009	70.7	17.7
2010	71.2	50.2
2011	73	52.9
2012	72.8	54.7
2013	73.2	56.9
2014	73.2	57
2015	72.8	55
2016	72.2	56.3
2017	72	56
2018	71.8	56.1

中国医療保障局,
2019

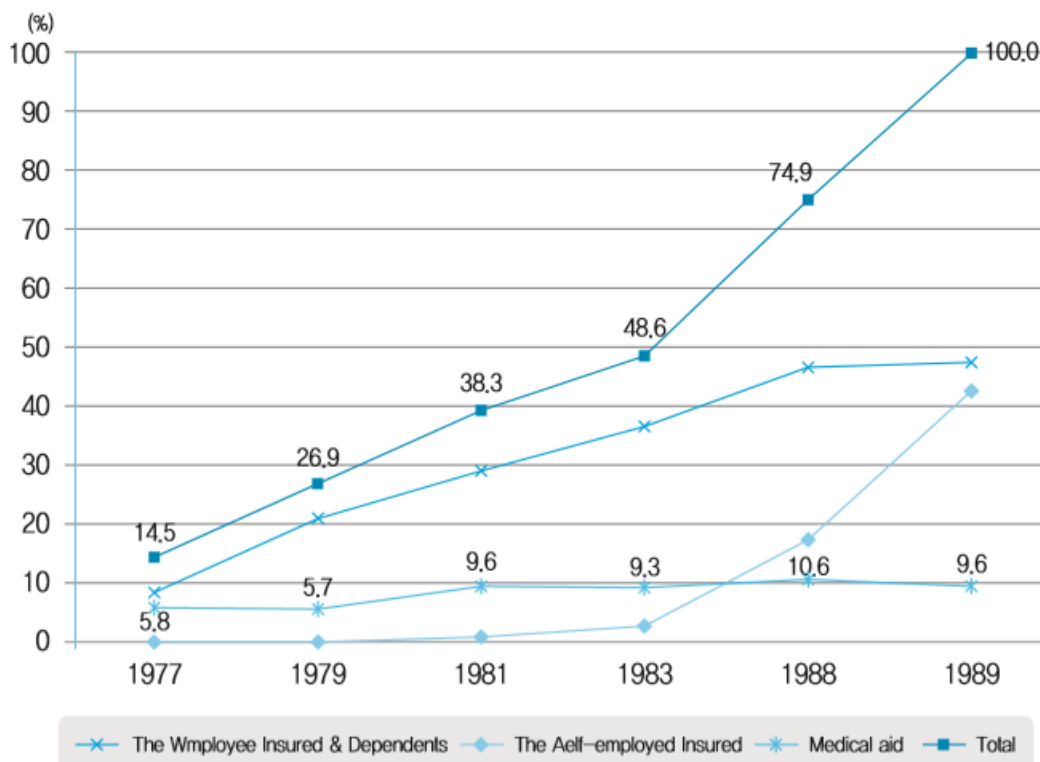
韓国



韓国国民健康保険会社HP

韓国の国民皆保険の沿革

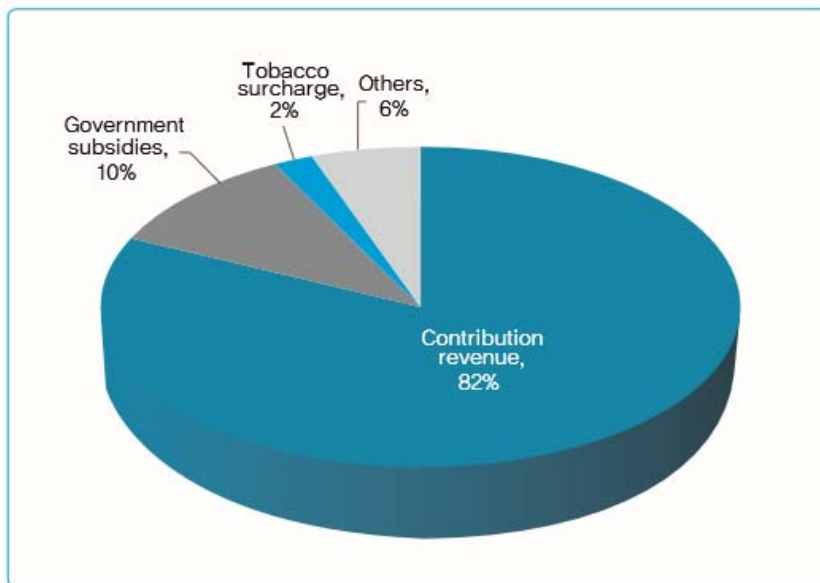
- 1989年 都市地域医療保険を中心に国民皆保険制度の開始
- 1997年 国民医療保険法の制定
- 2000年 健保組合を統合して国民健康保険公団を発足
- 2003年 地域と職場の医療保険の財政を統合
- 2004年 個人負担額上限の設定
- 2011年 社会保険料徴収の一本化
- 2017年 被扶養者範囲の見直し、個人負担額上限の引き上げ



韓国国民健康保険公団2014

社会保険制度の財源

National Health Insurance Financing Source, 2014



韓国国民健康保険公団2014

社会保険の自己負担額

Service	Health Institution	Diseases	Copayment of total healthcare cost
Inpatient	-	General	20%
	-	Rare1)	10%
	-	Serious2)	5%
Outpatient	Tertiary hospital	-	60%
	General hospital	-	50%
	Hospital	-	40%
	Clinic	-	30%
	Pharmaceuticals	-	30%

韓国国民健康保険公団2014

医療費の支払い方式

Payment method	Service category	Healthcare institutions						
		Clinic	Hospital	General hospital	Tertiary	Convalescent hospital	Pharmacy	
Fee-for-service	In-patient	●	●	●	●		●	
	Out-patient	●	●	●	●	●	●	
DRG	DRG	Inpatient	●	●	●	●		
		Out-patient						
	Per diem	In-patient					●	
		Out-patient						
P4P	Incentive or disincentive complements	In-patient			●	●		
					●	●		
				●	●	●		
							●	
	Out-patient	●						
		●						
		●						

Source: 2014 Health and Welfare Issue and Policy, Korea Institute for Health and Social Affairs

日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組合管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い （global budget）を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無