

# 診療報酬決定に関する韓日比較研究

金正徳  
片桐由喜  
金道勲

## 1. 序 論

韓国の医療保険<sup>1)</sup>史は1977年に始まる。そして、国民皆保険は1989年に達成された。なお、日本の医療保険史の始まりは1922年であり、国民皆保険は1961年に実施されている。

韓国は1977年に日本の法制と診療報酬表などを参考に、医療保険制度を作った（片桐由喜（2005）、金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）、健康保険審査評価院（以下HIRA）（2015））。

韓国の医療保険制度はこの42年の間に大きな改革を経ている。改革のうち、主要なものは第一に2000年に保険者が複数保険者（multi-payor）から単一保険者（single payor）へ変更されたことである。第二にアメリカの相対価値点数（RBRV）制度を取り入れたことである。そして、第三は2008年に保険医療機関、および保険薬局などの診療側を7つに分類し<sup>2)</sup>、点数当たり単価（換算

---

1) 韓国においては、医療保険（1977～1999）、健康保険（2000～現在）と名称が変更している。以下では、用語の統一のために、韓日を問わず医療保険という用語で統一表記する。

2) 韓国の診療側は現在7類型に区分される。大分類は保険医療機関(a)、保険薬局(b)、保健所(c)であり、この3つは療養機関と呼ばれる。このうち、保険医療機関がさらに①「医科診療所(a-1)」、②「医科病院、および総合病院(a-2)」、③「歯科診療所、および歯科病院(a-3)」、④「韓方医科診療所、および病院(a-4)」、⑤

〈表1〉韓国と日本の医療保険関連の主な指標比較

(単位: %, 個, 日, 億ウォン)

	医療保険財政の支出増大の要因指標				
	高齢化(2011)	老人医療費 (2025)	人口1千人 当たりの 病床数(2011)	来院日数 (2011)	人口百万人 当たりの MRIの現状 (2011)
韓国	11.4%	50.2% (対医療保 険者の負担 分比)	9.6床	16.4日	21.3台
日本	23.3%	49.3% (対総保険 医療費比)	13.4床	17.9日	46.9台
OECD 平均	14.9%	—	4.9床	8.0日	—
	参考指標		医療保険財政の支出結果指標		
	人口規模 (2011)	国庫負担率 (2011)	対GDP比総 保健医療費 の比重(2011)	対総保健医 療費比の公 共医療の比 重(2011)	医療保険の 診療費の増 加規模(2011)
韓国	5070万人	14.3%	7.3% (※増加率 6.1%)	55.5%	3兆503億 ウォン (5か年度 の平均)
日本	1億2620万人	38.1%	9.6% (※増加率 2.6%)	82.6%	1兆700億円 (5か年度 の平均)
OECD 平均	—	—	9.4% (※増加率 2.0%)	72.7%	—

出所: 筆者作成

注記:

1. 韓国と日本の為替は計算便宜上10:1で計算。
2. 「対GDP比総保健医療費」の増加率の期間は2005-2016。

出所:

- 1) 『OECD Health Data』など、韓国と日本の関連統計。
- 2) 韓国老人医療費については、国民健康保険公団(2005)、『高齢化時代の老人医療費 中長期水位の展望、および、政策課題』(2005年)。
- 3) 日本の老人医療費については、厚生労働省『2002年度 国民医療費概況』(2002年)。

指数)を機関類型別に設定したことである。

2019年現在、韓国と日本は来院日数、病床数、高額医療機器などの数値に関し、世界1位、2位を争う。また高齢化より老人医療費が保険診療費の半分程度を占めるなど、韓日両国は医療費支出の増大要因を抱える点で共通し、医療保険制度の持続可能性が挑戦を受けている〈表1〉。

ところで、日本は医療保険財政に対する国庫支援が韓国の3倍に達しているにもかかわらず、医療保険財政支出の結果指標の一つである「対GDP比の総保健医療費の増加率(2005~2016)」が2.6%と、韓国の6.9%より低い(OECD, 2018)。したがって、日本のマクロ経済的な効率性<sup>3)</sup>(macro-economic efficiency)が韓国より相対的に良いといえる。これは日本が診療報酬の改定過程を通じて国民医療費を抑制して、ひいては総保健医療費を抑制しているためだと評価されている(池上直己(1996), (2012), (2014))。OECD(2009)も日本の「対GDP比の医療費」の比重がOECD加盟国平均値を下回って、効率的に運営されていることを評価している。これに対して韓国は「対GDP比の総保健医療費の増加率(2005~2016)」が相対的に高く、医療保険制度の持続可能性に問題がある。

また、日本は診療報酬体系と医療提供体制を連携させ、医療提供体制の効率化を図ることによって、ミクロ経済的な効率性<sup>4)</sup>(micro-economic efficiency)を追求する戦略を駆使している。例えば、日本は1998年から医療機関間の機能分担の確立<sup>5)</sup>のために、紹介率(韓国の依頼率)40~50%と、逆紹介率(韓国の回送率)30~50%の達成を診療報酬体系と連携させ、上記の紹介率と逆紹介率を達成できなければ、診療報酬点数を削減する制度を設けている。

一方、韓国は1%未満程度と、有名無実化した回送率を強化する政策を開発

---

「助産婦(a-5)」に分類される。これら5類型と上記「保険薬局(b)」,「保健所(c)」を含め、7類型となる。これまでこれら7類型の療養機関には単一換算指数(1977~2007)が適用されていたが、2008年からは機関類型別換算指数が導入された。

3) GDP対比総保健医療費の比重を適正に維持すること(OECD)。

4) 医療資源配分の効率化を追い求めること(OECD, 1992)。

5) 韓国の用語は「医療伝達体系(provider delivery system)の確立」。

するためのモデル事業を2017年に始めたにすぎない。さらに日本は保険医療機関と保険薬局を薬価引下げに積極的に参加させるために、妥結率50%制度を診療報酬体系の調剤報酬と連携させ、妥結率を達成できない場合、診療報酬点数、および調剤報酬点数を削減している。韓国の回送率制度は有名無実化し、かつ、妥結率制度はないので、日本のミクロ経済的な効率性は韓国より相対的に良い。

上記で説明したように、医療保険財政の支出増大要因は、韓国と日本が共通であるが、日本は韓国より相対的にマクロ経済的効率性、およびミクロ経済的効率性が良いと評価されている（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。その理由は日本が診療報酬の改定過程を通じて国民医療費と総保健医療費を抑制するシステムと戦略を有しているからである。

したがって、韓日間の診療報酬金額の決定要素、その決定要素の決定機構、診療報酬決定過程を比較分析して、韓国の医療保険制度の持続可能性を向上するための政策的な含意を導出する必要がある。

## 2. 診療報酬の決定要素と決定機構の韓日比較

医療保険の診療費は診療報酬（医科診療報酬、歯科診療報酬、調剤報酬）、医薬品価格（以下、薬価）、特定医療保険材料価格（以下、材料価）という3つの要素により算出される。

まず、診療報酬金額の決定要素をみることにする。韓日ともに点数当たり単価と点数という2つの決定要素によって診療報酬金額が決まる。ただし、その決定要素を決める決定機構が韓日で異なる。

韓国の場合、点数当たり単価は保険者である国民健康保険公団（NHIS）と診療側が契約をして、最終的にNHISに設置された財政運営委員会で決まる。点数は保健福祉部（実際は、診療報酬審査機関である健康保険審査評価院（HIRA）に実務委託）が決める。こうして決まった点数当たり単価と点数は保健福祉部の下に設置された政府行政委員会である健康保険政策審議委員会（以下、健政審）の議決を経て、最終決定される。保険福祉部長官は健政審に

において最終的に決定された内容を告示する。このように韓国は診療報酬の決定要素である点数当たり単価と点数をNHISとHIRAという2つの機関で別々に決定している。

日本の場合、点数当たり単価は固定（1点当たり10円）なので、診療報酬決定要素は点数、1つである。そして、点数は中央社会保険医療協議会（以下、中医協）という協議機関が決定する。

薬価は大きく先発医薬品と後発医薬品に仕分けされる。韓国の場合、先発医薬品はNHISによって、後発医薬品はHIRAによって、それぞれ薬価が決まる。日本は先発医薬品と後発医薬品いずれもの薬価も中医協が決める。

材料価は韓国の場合は保健福祉部（実際は、HIRAに実務委託）、日本の場合は中医協が決める。

先進医療に関連して、韓国の場合は先進医療の安全性・有効性は韓国保健医療研究院（NECA）が、経済性評価はHIRAが暫定的に決める。一方、日本の場合は中医協が決める（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

以上のような韓日間の医療保険の診療報酬金額の決定要素とその決定要素を決める決定機構を比べて整理したのが〈表2〉である。

〈表2〉のとおり、韓国は保険診療費の要素を決める機関が複数存在するのに対し、日本は決定機関が中医協1つという点で大きな差がある。特に、韓国の場合、医療保険財政を管理する法的責任を負っているNHISは診療報酬金額の約18～28%にあたる点数当たり単価だけを決め（申ヒョンウン外（2012））、診療報酬金額の約70%にあたる点数は診療費審査支払機構であるHIRAが決める（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。この結果、NHISは保険者としての財政管理機能が弱化しているのが実状である（監査院（2004）、NHIS（2012））。また、韓国の健政審は保険給付支出構造全体に対して企画・調整・管理することに限界があると評価されている（丁炯先，2013a）。

韓国の健政審と日本の中医協は、それぞれ韓国保健福祉部長官、日本厚生労働大臣が告示する直前の診療報酬決定要素（点数当たり単価，点数），薬価，材料価を決める最高機構としての性格を有するという点で同じである。しかし、

韓国の健政審と日本の中医協の機能と役割は次のような点で異なる〈表3〉。

第1に、韓国の健政審は国民健康保険法によって設置されるのに対し、日本  
の中医協は民主性と独立性を保障するため（森田朗とのインタビュー、

〈表2〉韓日間の診療報酬金額の決定要素と決定機構比較

	韓国		日本	
診療報酬	点数当たり単価 (7個類型)	点数	点数当 単価 (固定)	点数
	NHIS	保健福祉部 (≒HIRA)	中医協	
薬価	先発医薬品	後発医薬品	先発医薬品	後発医薬品
	NHIS	HIRA	中医協	
材料価	保健福祉部 (≒HIRA)		中医協	
先進医療	—NECA (安全性・有効性の査定 (assessment)) —HIRA (経済性の評価 (appraisal))		中医協	
	↓		↓	
	健康保険政策審議委員会： 審議・議決（諮問）		中央社会保険医療協議会： 答申（諮問）	
	↓		↓	
	保健福祉部の告示		厚生労働省の告示	

出所：筆者作成

注記：

1. 健康保険政策審議委員会：保健福祉部内の設置された政府行政委員会（議決型の諮問機構）として韓国の医療保険政策の最高決定機構であり、3者（診療側委員（8名）、加入者側委員（8名）、公益委員（8名））が参加。
2. 保健福祉部（≒HIRA）：「法令上に保健福祉部の業務や実際はHIRAに委託させる業務」という意味。
3. NHIS（National Health Insurance Service, 国民健康保険公団）：保険者（insurer）。
4. HIRA（Health Insurance Review & Assessment Service, 健康保険審査評価院）：保険診療費の審査支払機構。
5. NECA（National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, 韓国保健医療研究院）：先進医療の安全性・有効性の査定

2014.8.25), 別の法律である社会保険医療協議会法に基づいて設置されている。

第2に, 韓国と日本いずれも3者構成であり, 3者のうち2者は診療側委員と公益委員である点は同じである。しかし, 3者のうち1者が韓国は被保険者側委員, 日本は保険者側委員という点に違いがある。そして, 日本の公益委員6人はすべて学識経験者で構成されている一方, 韓国の公益委員8人の構成は政府代表2人, 保険者側委員2人, 学識経験者4人である。日本の中医協には政府側代表がないという点も韓国とは異なる。

第3に, 韓国の健政審は診療報酬, および施設基準のほかに保険料率も決めるのに対し, 日本の中医協は診療報酬, および施設基準に関することだけを決めるという点にも相違がある。なお, 韓国の場合, 保険料率の決定に診療側委員が参加するのが不適切だと指摘されている(金一天<sup>6)</sup>, 2009)。

第4に, 健政審と日本の中医協は長官(大臣)の諮問機関という点では同じである。しかし, 健政審が手続き的な正当性を確保する議決機関であるのに対し, 日本の中医協は保険者と医療提供者の間の診療費配分のための協議機関という点で異なる。

第5に, 韓国の健政審の委員長は保健福祉部次官が就くが, 日本の中医協の会長は公益委員の中から選出される。韓国では, 次官(日本は副大臣)の決めたことを長官が後追的に告示することは不適切だと批判されている(金一天, 2009)。

---

6) 1977年, 韓国が日本の医療保険制度を導入する当時, 保健社会部担当事務官として, 今日, 使われている診療報酬点数表等, 医療保険制度全般を設計した。

〈表3〉韓日間の診療報酬の最高決定機構の比較

	韓国の健政審	日本の中医協
根拠法	国民健康保険法	社会保険医療協議会法
委員会の性格	議決型の諮問機関 (政府行政委員会)	諮問機関 (政府行政委員会)
委員長の選出方式	保健福祉部次官の充て職	公益委員の中から選出(内部組織の部会長も公益委員)
3者委員の構成の特徴	-政府代表(保健福祉部の公務員など)を含む -公益委員は政府代表、保険者、および学識経験者	-政府代表(厚生労働省の公務員など)を含まない -公益委員は全員、学識経験者
公益委員の任命	保健福祉部の官僚を内定後、長官が任命	両院の同意を得て大臣が任命
重要諮問、および 審議・議決事項	保険給付に必要となる費用 (診療報酬の配分)	左同
	施設基準 <sup>7)</sup>	左同
	医療保険料	(該当事項なし)
内部組織	1つ(1小委員会)	6つ(4部会、2小委員会) <sup>8)</sup>
外部組織	なし	4つ(専門家諮問組織)

出所：金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）

注記：

- 1) 日本の内部組織に専門家が約100人参加。
- 2) 日本の内部組織は必ず三者構成であり、保険者側と診療側は同数（社会保険医療協議会法3条1項）。

第6に、日本の公益委員は、日本の議会両院の同意を得なければならないのに対し、韓国の公益委員は実質的に保健福祉部官僚が決定する。

7) 韓国の用語は『給付基準』。

8) 内部組織は、診療報酬基本問題小委員会、調査実施小委員会、診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、保険医療材料専門部会、費用対効果評価専門部会。これらの組織は必ず3者に構成で、かつ、保険者側と診療側は同数構成である（社会保険医療協議会法第1条第4項）。ただし、診療報酬改定結果検証部会は公益委員だけで構成される（法定事項ではなく、慣行）。



第7に、日本の中医協傘下には6の内部組織、4つの外部組織が設置され、中医協を支えている。他方、韓国の健政審の下には、このような支援組織がほとんどない。（〈表3〉参照）。

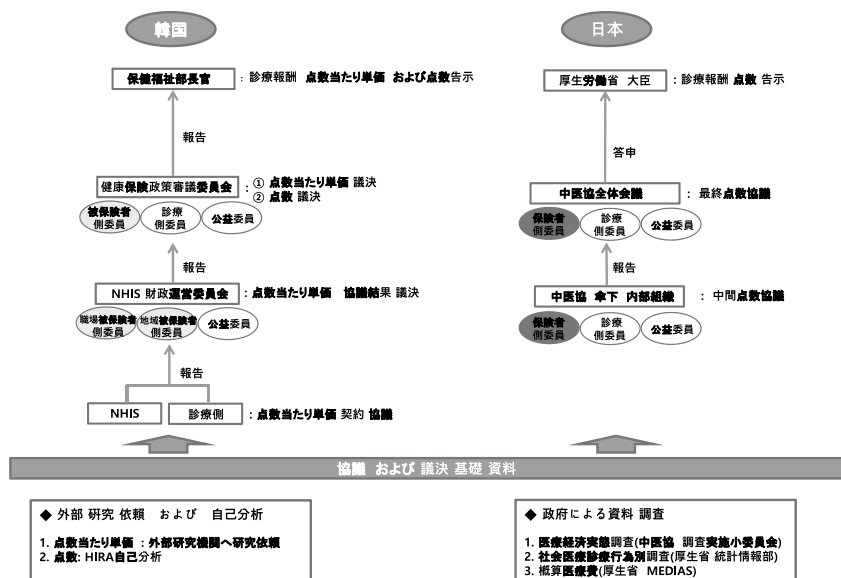
第8に、診療報酬の交渉のための資料を日本の場合は政府が作成、公開し、保険者側と診療側がそれらを共有する一方、韓国の場合は個人研究者が作成するため、公開や共有が不十分で、点数当たり単価を契約する時に交渉が円滑に進まないなどの問題点<sup>9)</sup>が指摘されている（監査院，2004；丁炯先，2013a）。

韓国の健政審と日本の中医協が診療報酬金額の決定要素である点数当たり単価（韓国）と点数（日本）を決めるのに際し、上記3者がどのように参加して、その決定過程はいかなるものであるかを示したのが〔図1〕である。

---

9) 韓国は「点数当たり単価」が診療側と保険者側の契約で決定したのは、2001年の導入以来、1回(2005年)だけである。それ以外は3者間の評決、あるいは健政審の職権決定によって決まった(丁炯先，2013a)。

〔図1〕韓日間の診療報酬の金額要素（点数当たり単価，点数）の決定機構の比較



出所：金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）

### 3. 韓日間の医療保険診療報酬の決定過程比較

韓国と日本の保険診療費は診療報酬，薬価，および，材料価の3つを合わせて算出される。この3つの中で診療報酬が保険給付費用の約50～70%（日本47.7%；韓国68.4%）<sup>10)</sup>と，保険財政支出で占める比重が大きい。したがって，保険診療費の核心は診療報酬金額の決定要素である点数当たり単価と点数を決める過程だといえる。

診療報酬の決定過程は手続き的過程と診療費増加分の計算過程に分けること

10) 日本(厚生労働省，2012)：医療人件費47.7%，医薬品費22.1%，治療材料6.0%。  
韓国(HIRA，2014)：基本行為料・診療行為料68.4%，医薬品費27.0%，治療材料費4.6%。

ができる。手続き的過程は、ある程度、韓日の比較が可能である。

しかし、診療費増加分の計算過程は韓国にはなく、日本だけにある。したがって、この点に関しては韓国の医療保険制度の持続可能性の向上のための示唆を求めて、韓国の立場から日本制度を分析、解釈を試みた。

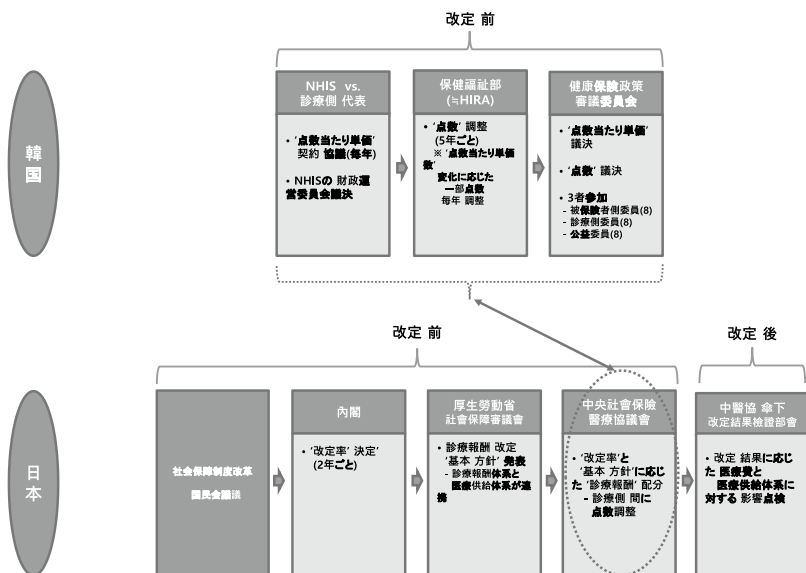
### 3.1. 韓日の診療報酬決定—手続き的な過程の比較—

韓日の診療報酬決定要素である点数当たり単価と点数に関する手続き的な過程を図式化して比べたのが〔図2〕である。韓国と日本の診療報酬決定の手続き的な過程における共通点は診療報酬の配分のために点数当たり単価と点数を決めるという点である。

相違点は以下の通りである。

第1に韓国は点数当たり単価を毎年、7つの機関類型別に改定するところ、これは保険者であるNHISと診療側が協議のうえ契約を締結して決定される。点数は5年ごとに改定する。しかし、毎年、点数当たり単価の変動に応じて不可避免的に一部点数を調整している（丁炯先，2013b）。特に、韓国の場合、法的には診療報酬改定を毎年1回と定められているにもかかわらず、毎年3～4回程度、不定期に改定が実施され、これが深刻な問題である。一方、日本の点数当たり単価は固定値（1点10円）であり、点数だけが2年後に改定される。

【図2】韓日間の診療報酬決定の事務的な過程の比較



出所：金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）

第2に、日本は医療保険制度改革に必要な財源を確保するために、消費税<sup>11)</sup>を引上げ、国民に負担を求めなければならない。そのため社会保障制度改革国民会議のような国民に理解を求める広報組織がある一方、韓国はそのような組織がない。

第3に、日本は、内閣が予算編成過程を通じて診療報酬改定率を決める一方、韓国は一行政部署である保健福祉部が決めている。

第4に、日本は診療報酬点数を改定するとき、厚生労働省傘下の社会保障審議会が診療報酬改定にかかる基本方針を策定し、医療提供体制の効率化のために診療報酬体系と医療提供体制を連携させる戦略を駆使する一方、韓国にはそ

11) 韓国の用語は、付加価値税(付加税率10%)。

のような戦略がない。

第5に、改定後に診療報酬改定によって医療費と医療提供体制に与えた影響を検証する手続きが日本にはある一方、韓国にはない。これが韓日間の診療報酬決定の手続き的な過程で一番大きな違いである。

第6に、日本の場合、診療報酬点数を調整する前に医療経済実態調査（中医協の調査実施小委員会）や社会医療行為別統計（厚生労働省の統計情報部）のような調査が行われる一方、韓国にはそのような調査<sup>12)</sup>がない。医療経済実態調査と社会医療行為別統計のような調査は〔図2〕には現われないが、中医協の診療報酬決定の手続き的な過程では非常に重要な過程の1つである。

### 3.2. 日本の診療報酬改定の時に概算医療費の増加分3段階の計算過程

以下では日本の概算医療費の増加分3段階計算過程を分析する。その趣旨は日本が診療報酬の改定過程を通じて国民医療費ひいては総保健医療費を抑制していると把握するところ、それがどのようなシステムと戦略によるものかを明らかにすることである。そして、最終的には韓国医療保険制度の持続可能性の向上のために政策的な示唆を日本の制度から得ることを目的とする。

研究方法は日本語文献等、先行研究をサーベイすることに加え、池上直己氏などの日本の診療報酬専門学識経験者にインタビューした。これらをもとに日本の診療報酬改定過程を分析、解釈を試みた。

#### 3.2.1. 計算過程理解のための基本概念：総保健医療費フレーム内での概算医療費増加分管理

まず、日本の診療報酬の改定過程が総保健医療費フレーム内でどのように作

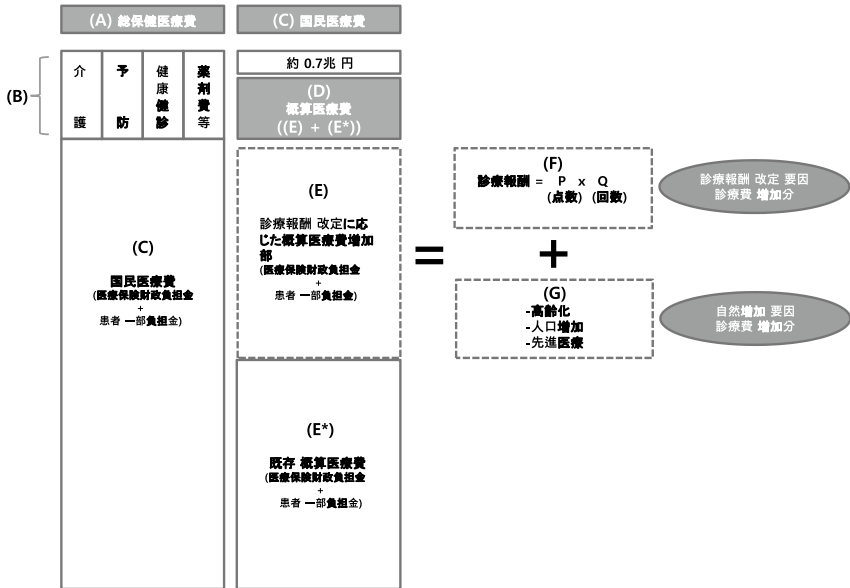
---

12) 日本の医療経済実態調査の主要内容である医師、および看護師の件費に関する調査は韓国では2017年から実施されている。しかし、この調査(韓国保健産業振興院『国民保健医療実態調査』(2017))は診療報酬改定に必要な基礎資料の収集をするものではない。保健医療基本法に基づく調査であり、医療保険料の納付額を代理指標にして医師、および看護師の件費を調査項目に含めるものである。

用するかを理解するために、日本の総保健医療費と診療報酬改定による診療費増加分の関連性を図式化した〔図3〕。

日本の対GDP比医療費増加率が韓国に比べて低いことは、総保健医療費(A)フレーム内で診療報酬改定による「概算医療費増加分 ( $E=F+G$ )」を管理しているからと判断される。日本の医療費は概算医療費→国民医療費→総保健医療費の順序で集計される。したがって、総保健医療費の増加を抑制するためには「概算医療費増加分(E)」を抑制しなければならない。それは「診療報酬改定による診療費増加分(F)」を抑制すれば可能である。(F)の抑制は診療報酬改定過程でなしうるのである。すなわち、日本は診療報酬改定過程で (F)の増加率が国民医療費(C)、および総保健医療費(A)の増加率を上回らないような戦略を駆使していると推察される(金正徳・金道勲・片桐由喜(2014))。

〔図3〕日本の総保健医療費枠内の診療報酬改定による「診療費の増加分」に関する概念図



出所：筆者作成

注記：

1. 総保健医療費 ( $A = B + C$ )
2. 国民医療費 ( $C = 0.7兆円 + D$ ) ※国民医療費と概算医療費の差額は約0.7兆円 (2011)
3. 概算医療費 ( $D = E + E^*$ )
4. 診療報酬改定による概算医療費の増加分 ( $E = F + G$ )
5. 診療報酬の改定要因による診療費の増加分 (F)
6. 自然増加要因による診療費の増加分 (G)

出所：金正徳・金道勲・片桐由喜 (2014)

### 3.2.2. 診療報酬改定による概算医療費の増加分3段階計算過程の概要

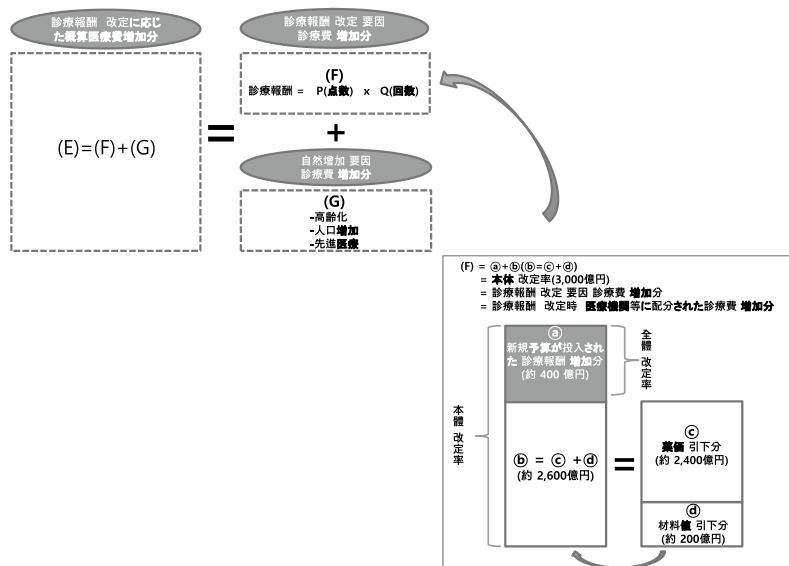
日本が診療報酬改定過程で「概算医療費の増加分 ( $E=F+G$ )」をどのように最小化しているかを図式化したものが〔図4〕である。

日本は3段階の計算過程を通じて「概算医療費増加分 ( $E=F+G$ )」を最小化していると推察される。「概算医療費の増加分( $E$ )」を最小化するためには、「診療報酬改定による診療費増加分( $F$ )=本体改定率 ( $(a)+b$ )」を最小化すれば可能である。「診療報酬改定による診療費の増加分( $F$ )」を最小化するためには、( $F$ )に新規に投入される国庫負担を最小化する計算過程が必要である。医療保険財政に投入される国庫負担を最小化する計算過程である「全体改定率 ( $a$ )」の決定過程が第1段階の計算過程である。

次に「自然増加による診療費の増加分( $G$ )」を計算する際に、( $F$ )に含ませない過程が第2段階の計算過程である。なぜなら( $G$ )を( $F$ )に含ませれば、国庫負担が増加するからである。第3段階の計算過程は( $F$ )を最小化した状態で急激な回数の増加（診療量の増加）を見せた区分番号点数を調整して診療部門間に均衡的な診療報酬配分をするものである。



〔図4〕 全体改定率，本体改定率，診療報酬増加分，自然増加分，概算医療費の増加分関係に対する概念図



出所：金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）

### 3.2.2.1. 第1段階の計算：全体改定率の決定

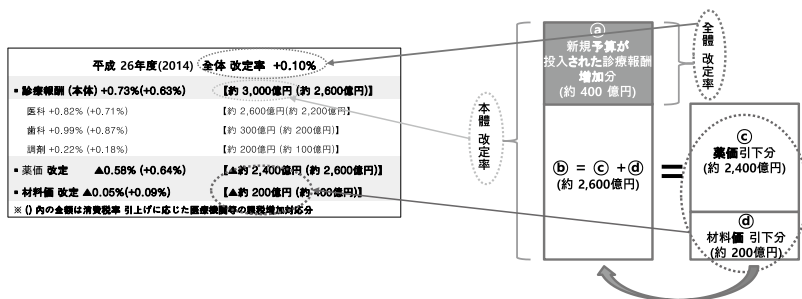
第1段階の計算過程は全体改定率を決める過程である。

〔図5〕は全体改定率の概念を説明したものである。この図は2014年度の診療報酬改定時に発表された事例を利用しており，全体改定率が決まる詳細な過程を表す。

2014年度の全体改定率は+0.10%である。全体改定率は診療報酬改定によって「新規に投入される予算（医療保険財政）の規模」を意味する。2014年度には約400億円である（〔図5〕の①）。「全体改定率（①）」に薬価引下げ分2,400億円（〔図5〕の②）と特定保険医療材料価格の引下げ分200億円を（〔図5〕の③）合わせた  $\{(a)+(b), (b)=(c)+(d)\}$  ものが「本体改定率（①+②）」である。「本体改定率（①+②）」は「診療報酬改定による診療費の増加分(F)」を

意味し、2014年度には約3,000億円である(金正徳・金道勲・片桐 由喜(2014))。

〔図5〕日本の全体改定率の概念図



出所：金正徳・金道勲・片桐由喜 (2014)

第1段階の計算過程の核心は、医薬品価格(③)と治療材料価格(④)を引き下げることである(以下、引下げ分)。そして、その「引下げ分 {b= (c+d)}」は「診療報酬改定によって診療側に配分しなければならない診療費の規模(以下、本体改定率)に移管される。したがって、「全体改定率(⑤)」は「引下げ分(⑥)」の規模によって変わる。すなわち、bが大きくなるほど、aは小さくなる。したがって、日本の政府(内閣)は「医療保険財政に新規に投入される国庫の規模」を意味する「全体改定率(⑤)」の規模を最小化するためには、まず、「引下げ分 {b=c+d}」の規模を最大化して、最終的にaを最小化する戦略を駆使しているものと思われる(金正徳・金道勲・片桐由喜(2014))。

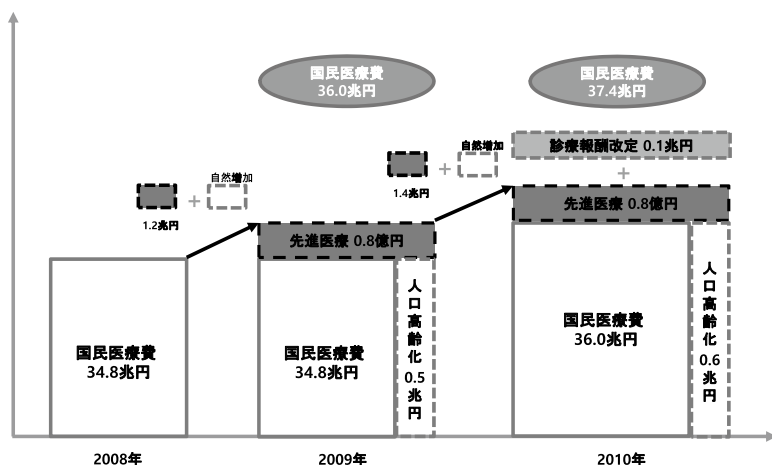
日本政府は、少なくとも1990年代からこのような戦略を駆使してきたが、2012年の場合、本体改定率((a)+b)、約5,500億円のうち、aをほとんど零(zero)に近づけ、引下げ分(b、約5,500億円)を本体改定率に充てるようにした(厚生労働省、2012)。

### 3.2.2.2. 第2段階の計算：自然増加分の計算外措置

第2段階の計算過程は、高齢化、人口増加、先進医療などによって「診療費が自然に増加する部分（以下、自然増加分）」を本体改定率（ $(a)+(b)=F$ ）に含ませないことである。日本は医療費適正化政策を推進し始めた1981年から自然増加分を診療報酬で補わない戦略を駆使している（広井良典（1994））。その理由は自然増加によって保険医療機関の費用が増加することがあるにせよ、収益の増加もあるので自然増加によって発生した診療費増加分を医療保険財政で補わないことが合理的であるというものである。それゆえ、日本では自然増加要因を非価格要因としてみなしているのである（池上直己（2012）、（2014））。

自然増加分には、高齢化要因（ $(c)$ ）、人口増加要因（ $(f)$ ）、先進医療要因（ $(g)$ ）の3つの要因がある。このうち、 $(g)$ 要因が国民医療費への増加寄与率が一番高い。例えば、2009年の国民医療費は36.0兆円で2010年の国民医療費は37.4兆円だった。1年間で国民医療費が1.4兆円増加した。国民医療費増加分の内訳は、診療報酬改定分が0.1兆円、高齢化分が0.6兆円、先進医療分が0.8兆円である。このように、国民医療費の増加に先進医療の寄与率が一番高い（財務省（2013）[図6]）。

〔図6〕日本の国民医療費の増加分の中に先進医療の増加分の寄与度



出所：財務省（2013）『2014 社会保障予算編成の課題』。

そこで日本は先進医療が国民医療費を増加させる主要因という点を勘案して2012年から先進医療の保険給付認定要件を強化するなど、先進医療管理を厳格化している。2012年10月以前には先進医療に対する有効性・安全性の評価（clinical assessment）と経済性の評価（economic appraisal）を同時に実施していた。これを2012年10月の以後からは有効性・安全性の評価（clinical assessment）後、先進医療の実績評価を1年間実施し、これに基づいて保険給付の可否を決める方式とし、先進医療要因による医療費増加を抑制している（李奎植・金正徳ほか（2013）、金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。また、日本は先進医療を政府が指定する医療機関においてのみ<sup>13)</sup>、行うようにしている（李奎植・金正徳ほか，2013）。

13) イギリスもこれと同じ運営方式を採用している。

### 3.2.2.3. 第3段階の計算：診療報酬点数表上の改定対象区分番号点数の調整

日本の概算医療費、および国民医療費の増加抑制戦略の目標は、回数（診療量）であるが、回数統制が困難であるため、区分番号の点数調整を通じて国民医療費を抑制している（西村周三 interview, 2014.8.26.）。

第3段階の計算過程は区分番号の点数調整を通じて、概算医療費、および国民医療費の増加抑制を細かく抑制する過程である。同時に診療部門間の診療報酬配分を均衡させる過程でもある。

第3段階の計算過程は、以下の4度にわたる手続きで構成される（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

まず第1に、点数を調整する区分番号を決めて、その区分番号の点数を調整する。この区分番号決定には2つの場合がある。1つは社会医療診療行為別調査を通じて、急激な回数の増加をみせた区分番号を探し出し、診療報酬政策上の点数を調整する場合である。このような区分番号のうち、費用対治療効果が大きいと判断する場合、その区分番号の点数を下げる。また、診療側が原価を下げた場合もその区分番号の点数を下げる。例えば、2002年にbrain-MRIの診療報酬が30%引き下げられた背景には関連診療量（映像撮影件数）が増加したことに加えて、機器の原価が下がったことがある。

もう1つは医療経済実態調査を通じて診療部門間の経営収支に著しい差を生じさせる区分番号を探し出し、区分調整する場合である。これは診療部門間の経営収支を均衡させるためである。たとえば、2010年に救急医療、および産婦人科の診療報酬点数が引き上げられたことはこれらの分野の経営収支欠損が深刻であるという事情による（池上直己（2012），interview（2014.8.28））。

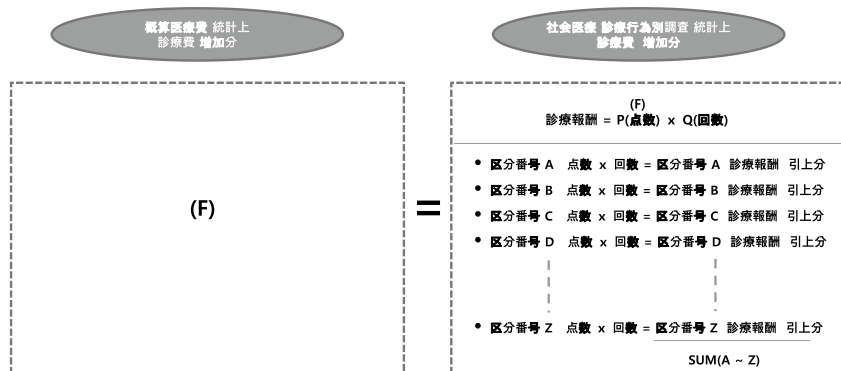
第2に改定対象の区分番号の点数調整による診療費増加分の合計を算出する（[図7]の右側(F)）。

第3に、概算医療費統計（MEDIAS）で区分番号の点数調整による診療費の増加分を抽出する（[図7]の左側(F)）。

最後に、[図7]の右側(F)と左側(F)を一致させる。右側(F)と左側(F)を一致させる「微細調整作業（adjustment）」は公式的には中医協ですることになって

いる。しかし、診療報酬の区分番号の点数と回数の変化による内容分析（診療量増減）、価値付与（費用対効果）などの具体的な作業は非常に複雑なので、厚生労働省保険局医療課に所属する医師出身の公務員がこれを担当する（池上直己（2012）、ジョン・C・キャンベル、高木 安雄（2014）、白石小白合 interview（2014.8.29））。

〔図7〕区分番号の点数調整による診療費増加分の総合と概算医療費の増加分(MEDIAS)の一致概念図



出所：金正徳・金道勲・片桐由喜（2014）

### 3.2.2.4. 3段階の計算過程を通した概算医療費の抑制政策の意味：マクロ経済的効率性

概算医療費増加の抑制は最終的には国民医療費、総保健医療費増加の抑制に帰結する。ところで、概算医療費増加の抑制は「診療報酬改定による診療費増加分(F)」を抑制することから始まる。(F)に対する抑制は「全体改定率 (a)」の規模を最小化することから始まる。aの規模は「引下げ分 (b)」規模に反比例する。aは日本の政治的・経済的・社会的な環境に左右されながらも、国レベルでの医療保険財政支援である国庫水準により決定される。日本政府は(F)の最小化の前提条件であるaの規模を最小化するために内閣が国レベル

で⑥の規模を最大限大きくするために薬価、および材料の引下げを主導している。このように④、(F)の増加抑制を概算医療費、国民医療費、総保健医療費の増加抑制と連携する戦略を駆使することでマクロ経済的効率性（macro-economic efficiency）を上げていると評価されている（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

### 3.3. 診療報酬体系と医療提供体制の連携を通じた政策誘引の意味：「ミクロ経済的効率性」

ミクロ経済的効率性（micro-economic efficiency）は医療資源の効率的な配分を意味する。そこで、日本は診療報酬改定の時に必ず医療提供体制を適正化させるために診療報酬体系と診療側の診療行動を連携させる戦略（例：紹介率、逆紹介率、妥結率など）を並行して実施している（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

この日本の点数を通した回数統制戦略はミクロ経済的な効率性が立証されており、日本の診療報酬体系の特徴として世界的に紹介されている（池上直己（2014））。

例えば、医療機関の機能を分担させるために、医療機関が紹介率<sup>14)</sup>-逆紹介率<sup>15)</sup>を達成できない場合には初・再診療の約26～27%（2014年の基準）を減算することとし、医療機関に患者を紹介、逆紹介するように政策誘引をする。また、妥結率を達成できない保険医療機関や保険薬局の関連診療報酬、および調剤報酬点数を約24～28%（2014年の基準）を減算することで保険医療機関や保険薬局が薬価の引下げ政策に積極的に参加するように誘引している。

また、患者らが診療所の紹介状なしに200病床以上の病院で初・再診療を受ける場合に初・再診療の100%を患者に本人負担させることで患者らに医療機

14) 特定機能病院、および500病床以上の地域医療支援病院50%、500病床以上の病院40%（2014年の基準）。

15) 特定機能病院、および500病床以上の地域医療支援病院50%、500病床以上の病院30%。

関の機能分担政策に積極的に参加するように誘引している。この制度は患者の大病院志向を抑制して外来診療はできるだけ診療所や200病床未満の病院へ行くようにする政策誘引である（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

日本は紹介率（韓国の依頼率）、逆紹介率（韓国の回送率）を1998年から始めた。他方、韓国は先に述べたとおり、有名無実化した依頼率と回送率を強化するためのモデル事業を、ようやく2017年に始めたばかりである。

## 4. 結論、および政策的な含意

### 4.1. 結論

本論文は、韓国に比べて「対GDP比の総保健医療費の増加率」が相対的に低い日本の診療報酬制度に関する内容（診療報酬の決定要素、その決定機関、診療報酬の決定過程）を韓国と比較分析して、韓国における持続可能な医療保険制度に関する政策的な含意を導出、あるいは示唆を得ることを目的とする。

日本は診療報酬の改定過程を通じて医療保険診療費の増加を抑制する戦略をとっている。また、点数を通じて回数を統制するシステムにより（西村周三 interview, 2014.8.26.）、診療報酬体系と医療提供体制を連携させることで国民医療費と総保健医療費を抑制していると評価されている（池上直己（1996）、（2012）、（2014））。

このような評価を受けている日本の診療報酬制度と韓国の同制度とを比較分析した結論は以下のとおりである。

まず、診療報酬を決める要素とその決定機関に関する分析である。

韓日ともに、診療報酬を決める要素は2つ、点数当たり単価と点数である。ところで、韓国は診療報酬の決定機関が保健福祉部、NHIS、HIRA、NECA、健政審など複数の機関が関与しているが、日本は唯一、中医協が関わる。このためNHISは診療報酬の18～28%に相当する点数当たり単価だけに管理するにとどまり、保険者としての財政管理機能が弱い（監査院（2004）、NHIS（2012））。また、韓国の健政審は保険給付の支出構造全体に対する企画・調整・管理の各



権限に限界があると評価されている（丁炯先，2013b）。

次に診療報酬を決める最高機関である韓国の健政審と日本の中医協はともに政府の行政委員会であり，長官（日本は大臣）の諮問機構という同じ性質を有する一方で，相違点も多い。その相違点は以下のとおりである。

第1に，韓国の健政審は国民健康保険法によって設置されるのに対し，日本の中医協は組織の民主性と独立性を保障するため社会保険医療協議会法を制定し，同法により設置された。

第2に，韓国の健政審と日本の中医協ともに3者構成であり，このうち，2者は診療側委員と公益委員でその名称も等しい。しかし，残り1者が韓国の場合は被保険者側委員で，日本の場合は保険者側委員である。これに関し，医療保険の当事者が参加する原理というからすれば，残り1者の選定について，韓国の場合は不適切である。また，韓国の公益委員は学識経験者代表の以外に政府代表と保険者代表が参加しているという点で日本と異なる。

第3に，韓国の健政審委員長は，保健福祉部次官の充て職であるが，日本の中医協会長は公益委員の中から選出される点が異なる。

第4は，韓国の公益委員は保健福祉部官僚が内定をして長官が任命するが，日本の公益委員は両院の同意を得て大臣が任命するという点である。

第5は，日本の中医協は診療報酬に関することだけに扱うのに対し，韓国の健政審は医療保険料率についても扱うという点で違う。

続いて，診療報酬の決定過程に関する韓日の比較を示す。診療報酬の決定過程を手続き的な過程と診療費の増加分の計算過程の2つに区分して分析した。手続き的な過程はある程度，韓日比較分析が可能だった。しかし，診療費の増加分の計算過程は韓国にはなくて，日本にだけにある独特なシステムなので，これに関しては日本の制度から政策的な含意，ないしは示唆を得ることを目的として同制度を分析・解釈した。

まず，手続き的な過程のうち，診療報酬の点数当たり単価と点数を決める点は同一である。それ以外の手続き的な過程については日本にはあるが，韓国にはない制度がいくつかある。たとえば，韓国には日本の国民にむけた広報組織

である社会保障改革国民会議、診療報酬改定後に改定の影響を検証する過程、診療報酬体系と医療提供体制を連携させる基本方針もない。また、日本の改定率は内閣が決めるのに対し、韓国は行政部署である保健福祉部が決める。一番深刻なことは、日本は2年ごと、韓国は1年に1度、診療報酬が改定されると決まっているところ、韓国はこのルールが遵守されず、1年間の間に随時に診療報酬が改定されていることである。さらに、韓国の場合、医療経済実態調査や社会医療行為別調査が診療報酬改定のための基礎資料として公式的に作成、公開されておらず、診療側と共有する制度がない。

最後に、日本にはあるが、韓国にはない診療報酬決定の3段階の計算過程に対して言及する。基本的に日本では診療報酬決定の3段階の計算過程に参加している内閣、厚生労働省社会保障審議会、厚生労働省保険局医療課、中医協などがそれぞれの役割に基づき国民医療費を抑制しており、その役割は以下のとおりである。

日本の内閣は全体改定率を決める時に医療保険財政に新規に投入される国庫負担を最小化するために薬価を引下げて、第1次的に国民医療費の増加を抑制している。

厚生労働省保険局医療課は中医協事務局として診療報酬改定による診療費増加分に自然増加分を含ませない計算をして、2次的に国民医療費の増加を抑制している。

中医協は診療報酬を配分する過程で改定対象の区分番号の点数を調整する。この時、厚生労働省社会保障審議会の基本方針にそって診療報酬体系と医療提供体制を連携させて医療提供体制の効率化を図ることで3次的に国民医療費の増加を抑制している。

上記の内閣、厚生労働省保険局医療課、厚生労働省社会保障審議会のような診療報酬決定機関の役割は中医協という組織を中心に成り立っている。中医協は社会保険医療協議会法（第1条第1項～第3項）に基づき保険給付に必要となるすべての費用を管理し、保険給付支出の関連資料を内閣、厚生労働省などに提出して診療報酬改定過程すべてにわたり中心的役割を果たしている。そし

て、これらの役割を中医協の内部組織である前記部会や小委員会が担っている。すなわち、薬価専門部会に薬価を調査させ（治療材料専門部会を含む）、その調査結果は内閣が全体改定率を決める時の重要な政策的判断資料として活用されると推察される。調査実施小委員会は医療経済実態調査を通じて医療人材の person 費を管理することができる政策的な判断資料を提供している。検証部会は診療報酬改定が医療提供体制の行動と診療費の変動にどのような影響を及ぼしているかを調査分析し、これが次回診療報酬改定に反映されるようになっていく（金正徳・金道勲・片桐由喜（2014））。

#### 4.2. 日本からの示唆

以上のように韓日の診療報酬決定要素、その決定機関、決定過程を比較分析した結果、韓国医療保険制度の持続可能性のために日本から得られる示唆は以下の8つである。

第1に、現在、韓国の診療報酬決定には多くの機関が関与し、非効率のなで日本の中医協のような単一機構を中心に決定するように制度改善をする必要がある。

第2に、健政審は現在、保健福祉部の官僚の影響を受け、独立性に問題がある。そこで、日本の中医協のように運営の民主性と独立性を確保するために、別途、立法し、新法のもとで設置される必要がある。

第3に、健政審を構成する3者を保険者自治原理が確立するよう、その名称と構成員を再編する必要がある。特に政府代表が含まれないようにする必要がある。

第4に、健政審の民主性と独立性を確保するために、公益委員を日本のようにすべて学識経験者で構成するべきである。そのためにも委員は日本の中医協委員のように議会の同意を得て任命するようになる必要がある。

第5に、健政審が診療報酬を決定するに際し、より専門的、体系的に支援する内部組織が必要であり、そのために現行内部組織を日本のように拡大改編するべきである。ただし、内部組織の運営に民主性と独立性を確保するために、

内部組織の長には必ず公益委員が就く必要がある。

第6に、韓国も日本の医療経済実態調査や社会診療行為別調査のように、診療報酬改定に必要な基礎資料が公的に作成、公開され、かつ、それらを診療側と共有する体制を構築しなければならない。

第7に、韓国も診療報酬改定時に日本のように総保健医療費フレームを用いることができる体制を開発する必要がある。あわせて、この時に先進医療などの自然増加による診療費増加分を抑制するシステムも開発する必要がある。なぜなら、現在、韓国の先進医療に対する管理は日本に比べて極めて緩く、ほとんど放置された状態にあるからである。この背景に韓国は医療器械産業発展を理由に2015年9月から有効性、安全性の評価結果が出る前に先進医療を保険給付、あるいは療養外併用療養費の対象とする制度を取り入れ、かつ、あらゆる医療機関（したがって、診療所も可能）において、先進医療を提供することができるようになったことがある（金正徳ほか、2015）。

最後に、韓国も診療報酬改定時に診療報酬体系と医療提供体制を連携させ、医療提供体制の効率化を図る戦略を取り入れる必要がある。

なお、本稿は2015年度科学研究費補助金（基盤研究(A)：課題番号15H01920）の助成による研究成果の一部である。

## 参考文献

## 〈韓国語文献〉

- 監査院（2004）『国民健康保険運営実態』。
- 健康保険審査評価院（HIRA）（2014）『診療費統計指標：2014年 1/4分期』。
- 健康保険審査評価院（HIRA）（2015）『大韓民国健康保険，このように作られた：健康保険の産婆，金一天前保健社会局長の証言』。
- 権オズ訳（2004）『日本の医療：統制とバランス感覚』（池上直己&Campbell J（1996）『日本の医療：統制とバランス感覚』の韓国語訳）。
- 国民健康保険公団（NHIS）（2012）『実践的な健康福祉プラン—給付決定構造，および診療費請求審査支給体系の合理化方案』。
- 金一天（2009）『健康保険の老化と終焉』。
- 金正徳ほか（2015）『給付決定先進医療技術が健康保険給付率に及ぼす影響』（国民健康保険公団イルサン病院研究所）。
- 金正徳・金道勳・片桐由喜（2014）『健康保険給付支出構造改善方案—韓日診療報酬構造比較を通じて』（国民健康保険公団 健康保険政策研究院）。
- 申ヒョンウンほか（2012）『2013年度の類型別の換算指数研究』（国民健康保険公団）。
- 李奎植・金正徳ほか（2013）『先進型のパラダイムのための健康保険給付構造の改革』（国民健康保険公団）。
- 丁炯先（2013a）『健康保険の強化による財政所要推計，および支払い補償体制の報酬契約方式の改善方式』（国会予算政策署）。
- 丁炯先（2013b）『相対価値総点管理模型の開発，および管理体制構築方案研究』（健康保険審査評価院）。
- 韓国保健産業振興院（2017）『国民保健医療実態調査』。

## 〈日本語文献〉

- ジョン・C・キャンベル，高木安雄「第6章 日本の診療報酬の政治経済学」池上直己編著『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓』（世界銀行，2014年）
- 広井良典「診療報酬の政治経済学—「自然増」をめぐる物語—」『医療と社会』第3巻第2号（1994年）93-117頁。
- 池上直己『日本の医療：統制とバランス感覚』（中公新書，1996年）
- 池上直己，'In Japan, All-player Rate Setting Under Tight Government Control Has Proved To Be An Effective Approach To Containing Costs, "Health Affairs", Vol.31. No.5. (2012).
- 池上直己（2014）「第5章 日本の診療報酬改定による医療費の抑制」池上直己編著『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：日本からの教訓』

訓』（世界銀行，2014年）。

片桐由喜「韓国・社会保障法制の基盤形成過程－所得保障制度を中心に－」『商額討  
究』第56巻第1号（2005年）。

財務省（2013）『2014 社会保障予算編成の課題』。

厚生労働省（2012）『2012 国民医療費概況』。

森田朗 interview, 2014.8.25。

西村周三 interview, 2014.8.26。

池上直己 interview, 2014.8.28。

白石小白合 interview, 2014.8.29。

〈英語文献〉

Ikegami N et al(2012), In Japan, All-Payer Rate Setting Under Tight Government  
Control Has Proved To Be An Effective Approach To Containing Costs, Health  
Affairs.

OECD(1992), The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD  
Countries.

OECD(2009), Health-Care Reform in Japan: controlling costs, improving quality and  
ensuring equity.

OECD, Health Data(2018.10.30. 検索).