



## 海外の医療から日本の医療を考える

### 第2回：韓国の社会保障に対する考え方

多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 教授  
一般社団法人 JA共済総合研究所 客員研究員  
真野 俊樹

#### 1. 豊かなものからの奉仕

米国にビルゲイツ財団があるように、韓国においても豊かになった者がその豊かさを社会に還元しようという意識がある。その一例が、現代自動車で有名な現代財閥の創業者である鄭周永(ヒョンダイ、<sup>ヒョンダイ</sup>鄭周永(雅号：峨山)<sup>アサン</sup>(1915-2001)が、「恵まれない人々のために」ということで始めたアサン財団(1977年7月1日設立)の取り組みである。

そのアサン財団を運営母体とするソウルアサン病院は単一病院ではアジア最大である。アジア最大規模という冷たい病院を想像されるかもしれない。しかしそうではない。この病院の紹介資料には、「全ては一人の男の夢から始まった」とある。鄭周永は儉約家で知られ、ソウルアサン病院にある博物館には、彼がはきつづいた靴が飾ってある(写真1)。

彼は、自らが地方の出身であったために、貧しい地方の人々のために、という心で病院の設立を始めた。

財団最初の病院として、1978年に設立されたジョウウップアサン病院は地方に位置している。その12年後、1989年6月23日に開院したのが今回筆者が訪問したソウルアサン病院である。グループの病院数は8つで、1996年11月1日にできたカンヌンアサン病院以降、新病院を作っていない。

ソウルアサン病院は現在、2,680病床(ICU

(写真1)



(写真2)



183病床を含む)、医師1,607名、看護師3,262名、その他2,509名、全職員7,378名。患者数(日平均)では外来患者10,809名、入院患者2,520名、手術234名という文字通りの超巨大病院である。だが、創業者の精神を忘れず、恵まれない患者のためにということで、「Asan in Asia Project」(写真2)というプ

プロジェクトをおこなっている。このプロジェクトでは発展途上国に無償の医療サービスを提供したり、手術の支援をしている。

韓国の医療を語るうえで、このような側面はあまり語られないが、米国の病院と同様に非常に重要な側面であると筆者は考える。

また、ソウルにある5大病院のうち、セブランス病院と聖母病院はキリスト教系、梨花大学病院もキリスト教系、といったように、韓国では、米国的な成功者の社会奉仕、宗教から来る社会貢献の要素が底流にあることを忘れてはいけない。前回に述べたサムスン医療院も、もとはといえば、企業の福利厚生から始まったものである。

## 2. 制度面の特徴

日本と同じような「国民皆保険制度」を実施している韓国の医療保険制度において、特筆すべきことは、1997年に成立した「国民医療保険法」と2000年の完全医薬分業であろう。

国民医療保険法では、すべての医療保険（227の自営業向け保険、公務員共済、140の被用者保険を統合）が統合され一元化されるに至った。2000年の7月に実施され、保険者は単一の国民医療保険組織となった。

一方の完全医薬分業であるが、医師側は、医薬分業に対して準備段階から強力的に反対をしていた。そもそも1993年から医薬分業について関係者の間で協議案の策定が、市民団体の積極的な関わりの中で行われていた。その後医師、特に開業医がこれに反対ということで、長期間のストライキを行った。その結果、政府は医師会との間に強制的に妥協案を成立

させ、2000年7月から完全医薬分業を実施した。しかし、強制的に行われたこの制度へのしこりは大きく、現在も医療側は政府を信用していないという。それがDRG<sup>1</sup>の導入に対しての混乱につながったという。

## 3. 韓国のDRG制度

医師や病院への出来高払いが医療者側の裁量に任せられすぎであるということで、出来高払いの支払い方式から、包括払い、中でもDRGやDPC<sup>2</sup>のような疾患群包括での支払い方式への転換は世界の潮流ともいえる。

ここで、韓国のDRG制度を日本独自の制度といえるDPC/PDPS<sup>3</sup>との比較でみてみよう。結論から先に言うと、日本との比較において相似形のようなことがわかる。

韓国では1994年に医療保障改革委員会でDRGの段階的導入の提案がなされた。1997年にモデル事業がスタートし、2002年本事業がスタートした。ここでは8つの疾病群を対象に望む医療機関のみDRGを適用とした。8つとは、①自然分娩②扁桃腺手術③肛門手術④脱腸手術⑤虫垂節制術⑥子宮および⑦子宮附属器手術⑧帝王切開であり、標準化が進んでいるものである。その後、自然分娩が除外され、7つの疾病群へと縮小された。

また、2012年7月1日には100病床未満の医療機関への強制適用が行われた。2013年7月1日には全医療機関への強制適用が行われている。このように、医薬分業と同様に韓国では日本と異なって強制的に導入が行われることが特徴であるが、一方では疾患数が少ないためにどこまでの意味があるのかが不明であ

1 Diagnostic Related Groupの略。診療科目別標準定額料金決定システム。

2 Diagnostic Procedure Combinationの略。診断群分類包括評価。

3 Diagnostic Procedure Combination/Per Diem Payment Systemの略。DPCに基づく1日当たり定額報酬算定制度。

る。

並行して2008年から新しい「支払い制度」の開発が行われた。これが日本のDPC／PDPS制度にかなり似た制度である。制度については後述するが、この支払い制度は2009年4月に保険者病院（健康保険公団が運営する一山病院）を対象として20の疾病群に対してモデル事業を実施した。ついで、2012年7月には一山病院及び40の地域拠点公立病院で550個の疾病群（全入院件の96％）へ拡大したモデル事業が行われた。

近々、日本のDPCに似た制度に統一されるのか、当初のDRG／PPS<sup>4</sup>制度で行うのかの方針が決定される予定である。

さて韓国での新しい支払い方式はどのような仕組みになっているのであろうか。

旧来の出来高払いの構造は、

$$\text{診療報酬} = \text{相対価値点数} \times \text{換算指数} \times \text{種別加算率}$$

であり、米国のRBRVS<sup>5</sup>に似た仕組みを導入している。

すなわち、相対価値点数には、医師の労働時間、費用、リスクなどが加味されている。換算指数は日本における1点10円のようなものであるが、毎年交渉で決められる。種別加算率は病院の規模や資源によって決まる数字である。

一方、韓国における新包括支払い制度は、包括支払い＋出来高払い方式である。包括支払いの部分は、1件当たり包括支払い方式に1日当たり支払い概念を追加し、入院日数に応じて診療費を加減することで日本のDPC／PDPS方式に類似して

いる。

ただし、包括払いの部分の詳細は日本とは異なり、

$$\text{新包括診療費} = \{ \text{基準報酬} + (\text{患者入院日数} - \text{平均入院日数}) \times \text{1日当たり報酬} \} + \text{非包括報酬}$$

という計算式になっている。

ここで、基準報酬とは疾病群別で平均入院日数程度入院した際に発生する1件当たり平均診療費であり、患者入院日数とは、該当患者の入院日数である。1日当たり報酬とは入院日数が1日増加することによって追加される診療費用である。

そして、正常入院区間（該当疾病群別当たり入院日数が5～95パーセントイル間の患者）のみ包括支払いを適用する。5パーセントイル未満は出来高払い適用で、95パーセントイル以上は正常群超過日から出来高払い適用となる。さらに、包括化の難しい医療行為などは出来高払いで補償し、標準化しにくい内科系傷病の拡大によって単日支払いの適用が困難な状況の考慮など、日本のような調整係数方式ではないものの、DRG方式による激変を緩和するように多くの配慮がなされている。

#### 4. 医療の質の担保

韓国ソウルでは5大病院が最先端医療を行っている。すなわち、前回触れたサムスン医療院、セブランズ病院、特殊法人ソウル大病院のほか、カトリック系の聖母病院、今回触れたソウルアサン病院がある。そのうち、セブランズ病院は韓国で最初にJCI<sup>6</sup>認証を取得し、また、聖母病院も取得している。

4 Prospective Payment Systemの略。包括支払い方式。

5 Resource-based Relative Value Scaleの略。診療行為別相対尺度。

6 joint commission internationalの略。

実は、ソウルアサン病院は韓国で非常に多くの病院が取得している医療の国際規格であるJCI認証の取得を考えていない。その代わりにアサン・グローバル・スタンダード (AGS) という独自の基準を策定している。この基準は、JCIや韓国内での病院認証基準など様々な基準のいいところ取りをした、というものである。

現在はソウルアサン病院のみにしか展開していないが、将来はグループの8つの病院に展開していくという。自らの病院でルールを決めたほうが変化に柔軟に対応できる、JCIは必ずしも高度医療の証にならない、といった発想が元になっているようだ。

同じように、サムスン医療院もJCIの取得には否定的である。逆に、ビッグ5に次ぐ位置づけの病院である、高麗大学病院、梨花大学病院、イナ大学病院といったところがJCIを取得し、医療の質向上に努めている。

このように、韓国においては、各々の病院

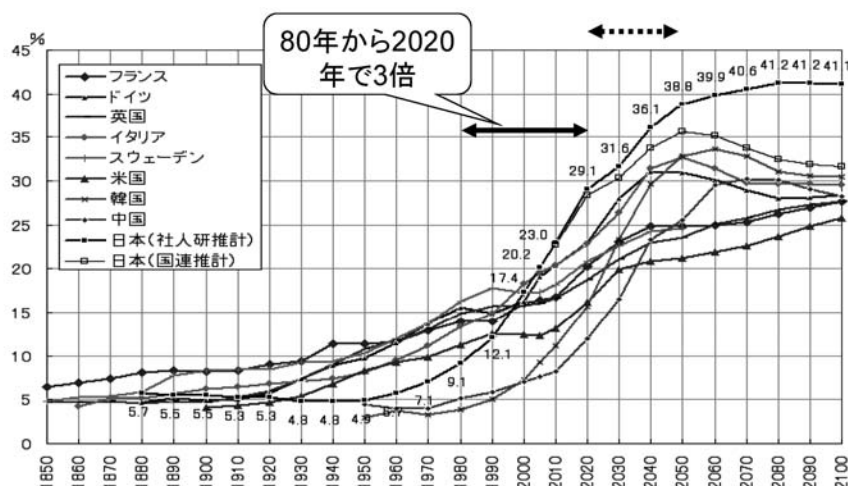
が独自の戦略を考えて病院運営をしているのである。

## 5. 社会保障の点から見た韓国の危うさ

医療の産業化という点では全く問題がなさそうに邁進している韓国であるが、気になる点がある。それは急速な高齢化である。韓国統計庁が発刊した「将来人口推計」によると、韓国の総人口は2010年の4,941万人から2030年に5,216万人となるものの、2031年から減少し、2060年は4,396万人になるものと推計される（ただし、出生・死亡中位推計による。以下同様）。65歳以上の高齢者人口は2010年韓国人口住宅総調査によると545万人にのぼり、総人口の11%を占めている。

なお、韓国統計庁の経済活動人口調査によると、韓国は2000年に65歳以上人口の比率が7.2%に達し、2018年には14.3%、さらに、2026年には20.8%になるものと予想されている（図1）。

（図1）主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計



（注）85歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。日本は1950年以降国調ベース（2005年迄は実績値）。諸外国は国連資料による。日本（社人研推計）は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」における2080年までは出生中位（死亡中位）推計値、それ以後は2081年以降出生率、生残率等を一定とした参考推計値。

（資料）国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集」等、国連「2010年改訂国連推計」

これは日本より状況はいいものの、今後の日本と同じような人口高齢化の難問を抱えていると考えていいであろう。

韓国でも、日本でも議論されているように、高齢化に伴って医療のパラダイムが変化する可能性がある。つまり、「キュア」から「ケア」へ、あるいは「治す医療」から「支える医療へ」といったキーワードで示されるように、短期入院で病気の治療を目的とするキュアから、患者の生活により密着し、患者の生活を支えるケアへの転換である。

韓国では、大規模病院の充実により、中小病院が倒産し、開業医はより収入のいい美容整形外科等が増大しているといった状況が起きている。そういった点は現在の、キュア中心の医療に最適ではあるが、今後予想されるケアを加味した医療には不適かもしれない。今後の韓国の状況を注意深く見守っていきたい。

#### (引用・参考文献)

- ・真野俊樹 (2012) 「海外の先進諸国と日本の医療保険制度の今後—医療制度の収斂の可能性」『社会保険旬報』No.2495 (5月11日)
- ・丁炯先 (Jeong Hyoung-Sun) 「講演資料」(2013年7月1日 (ソウルにて))