

## 韓国健康保険の老人診療費の増加要因： 日本の老人医療費との比較

丁 炯 先

### 要 旨

本研究の目的は韓国の「健康保険の老人診療費」が最近10年間どのような推移を見せてきており、変化の主な要因は何かを分析して、韓国の最近10年と似た年齢構造を持っていた時代の日本の状況と比較することにある。主要な分析結果と意味をまとめると次のようになる。

第一に、「老人診療費」の増加は、人口高齢化による高齢層の増加だけではなく、老人一人の平均医療費自体の増加にも起因することが確認される。韓国の「老人診療費」の増加速度は、類似した人口高齢化水準であった時代の日本の「老人医療費」の増加速度より早い。急増した所得水準及び医療技術の進歩など人口高齢化以外の要因の影響であると思われる。第二に、人口高齢化によって、高い医療費を伴う終末期の年齢が多くなることと、過去の終末期の年齢は今もそうではない初期の高齢層に属することは人口高齢化が「健康な高齢化 (healthy ageing)」を伴っていることを示唆している。第三に、2010年代の増加率の鈍化は「老人1人当り診療費」の増加の鈍化に起因したものであるが、「加入者数」の影響力も増加した。老人の診療費の増加において「価格」の増加以外にも「老人1人診療量」の増加が主な要因だったことが確認される。第四に、「老人1人当り診療費」の寄与率が「人口高齢化」の寄与率より高いことは日本においても同じであったが、日本の場合よりその差が大きかった。

キーワード：老人診療費，増加要因，人口高齢化，寄与率，日韓比較

### I. 序論

高齢化による慢性疾患の増加と、これによる医療費の増加は、すべての国家にとって挑戦となっている。韓国の場合も例外ではない。さらに、韓国は高齢化の速度が早く、その挑戦の大き

さも大きい。韓国のベビーブーマー（1955-63年生まれ）は、2020年代に65-74歳の人口グループ、すなわち相対的に若い老人層を構成することになる。幸いなことは、これらの世代の健康水準は現在の高齢者層が同じ年齢であった時期の健康水準に止まっていない可能性が見られるという点である。「健康な高齢化（healthy ageing）」の可能性である。

日本では韓国より数十年も早く人口高齢化が進んでいる。高齢化による様々な挑戦に直面してきており、これに対する対策も多様に試みられてきた。このような日本の経験は、韓国にはこの上なく大事な価値を提供する。試行錯誤を減らし、制度改善を模索するのに貴重な参考になっており、今後もそうだろう。

韓国の総経常医療費は最近まで二桁の増加率を見せてきたが、2010年代になってやっと一桁に低下し始めた一方、日本の「国民医療費」は過去20年間増加率が4%以上になったことはない。どこでこのような違いが生じたのだろうか。ここで日本が過去に韓国の今と類似した人口高齢化の水準にあった時はどうなったのだろうかという疑問が生じる。日本は韓国が今から10年前の2005年の人口高齢化の水準に該当した時代である1983年に老人保健法に基く老人医療事業を開始した。本稿は韓国の「健康保険の老人診療費」が最近10年間どのような推移を見せてきており、変化の主な要因は何かを分析して、韓国の最近10年と似た年齢構造を持っていた時代の日本の状況と比較する。

## II. 分析方法

日本では「老人医療費」と言うと「老人医療制度」の対象者のための医療費を指す。韓国は高齢者のための別途の医療制度を持っていないため、本稿における韓国の「健康保険の老人診療費」（以下、「老人診療費」と呼ぶ）は「年齢的に老人グループに属する健康保険の対象者が給付項目に対して支出した医療費」と操作的に定義している。老人人口の最低年齢を65歳、70歳、75歳のいずれにするかによって、その外縁が変わる。年齢層は基本的に「65歳以上」を本稿の分析の対象とする。ただし、日本の老人医療制度における「老人医療費」との比較のために、70歳以上の「老人診療費」も一緒に見ている<sup>1</sup>。

「老人診療費」は財源としては健康保険給付項目に対して国民健康保険公団が支払う「保険者負担分」及び患者が支払う「法定本人負担金」を含む。患者が保険外の項目について支払う「非給付本人負担」は含まない。その規模が正確に統計に取られていないので精巧な分析が難しいからである。分析データは健康保険統計年報の公式資料を使う。

本研究の分析方法を理解するためには、韓国健康保険における診療報酬の構成及び決定方式を知らなければならない。日本の医療保険では2年に一度行われる政府主導の診療報酬改定でサービスや医薬品などの点数が個別的に変わるが、韓国の健康保険では、2000年から「資源基準相対価値（Resource-based Relative-value Scale: RBRVS）」方式が導入され、毎年、国民健康保険公団と医療供給者団体との間で換算指数（1点の価値）に対する契約が行われる。2007年まで

はすべての項目に対して同じ換算指数引き上げ率が適用されたが、2008年からは病院、医院（日本の「診療所」に当たる）、薬局、漢方病院・医院、歯科病院・医院、助産所、保健機関の7つの類型別にそれぞれ換算指数の引き上げ率が決められている。相対価値点数は概ね5年に一度改正されており、各点数の単価と頻度の積の合計である総点を変化させないで項目間の相対的価値だけを調整する原則になっている。

〈Box 1〉は「老人診療費」をその構成要素の恒等式で表示したものである。「老人1人当り診療費」は「老人1人当り日数」と「1日当り老人診療費」の積であり<sup>2</sup>、「1日当り老人診療費」は更に「1日の診療強度」と「価格」の積である。「価格」は「相対価値点数」<sup>3</sup>及び「換算指数」から構成される。「1日の診療強度」は「1日当り老人診療費」を価格（「相対価値点数」と「換算指数」の積）で割って算出する。「1日の診療強度」の変化には1人の患者に1日に提供されるサービスの「種類」の変化などが含まれる。このような「老人1人当り日数」と「1日の診療強度」の積が「老人1人当り診療量」である。

〈Box 1〉 老人診療費の恒等式

$$\begin{aligned} \text{Exp} &= \text{Pop} \times \text{Exp} / \text{Pop} \\ &= \text{Pop} \times V \times \bar{F} \\ &= \text{Pop} \times (D \times I) \times (\bar{R} \times C) \end{aligned}$$

〔ここで、Exp：老人診療費，Pop：老人人口数

V：老人1人当り診療量， $\bar{F}$ ：平均価格，D：入院訪問日数，I：一日の診療強度

$\bar{R}$ ：平均相対価値点数（ $=\sum Q_i.R_i / \sum Q_i$ ），C：換算指数〕

「寄与率分析」は医療費の増加に対するその構成要素の寄与の水準を確認することである。「老人1人当り診療費」の増加に対する「老人加入者数」の増加の寄与率は〈Box 2〉で見るとように  $\ln(1 + \frac{\Delta \text{Pop}}{\text{Pop}}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$  になる。「老人1人当り日数」及び「1日の診療強度」の寄与率も同じ方法で算出され、このふたつの合計が「老人1人診療量」の寄与率になる。同様に「相対価値点数」及び「換算指数」の寄与率が算出され、このふたつの合計が「価格」の寄与率になる。

本研究は韓国における最近10年間（2005-2015年）の状況を分析対象とする。また、韓国と同様に健康保険制度を持っているし、西欧国家に比べて相対的に韓国に似た環境を持っている日本と比較する。両国は人口高齢化の進行水準が異なる点を考慮する。〈表1〉で見ると、韓国において2005年の老人人口の割合は日本の1980-85年の人口高齢化の水準に該当し、韓国の2015年は日本の1990-95年に該当する。二木（1995）は1983-93年の日本の「老人医療費」を分析しているので、本研究において韓国の分析結果を解釈する時、二木（1995）が提示した分析結果を引用して比較する。

〈Box 2〉 「老人診療費」の増加に対する寄与率分析の枠組み

$$(1 + \frac{\Delta \text{Exo}}{\text{Exp}}) = (1 + \frac{\Delta \text{Pop}}{\text{Pop}}) \times (1 + \frac{\Delta D}{D}) \times (1 + \frac{\Delta I}{I}) \times (1 + \frac{\Delta \bar{R}}{\bar{R}}) \times (1 + \frac{\Delta C}{C})$$

$$\ln(1 + \frac{\Delta \text{Exo}}{\text{Exp}}) = \ln(1 + \frac{\Delta \text{Pop}}{\text{Pop}}) + \ln(1 + \frac{\Delta D}{D}) + \ln(1 + \frac{\Delta I}{I}) + \ln(1 + \frac{\Delta \bar{R}}{\bar{R}}) + \ln(1 + \frac{\Delta C}{C})$$

[ここで, ln : 自然対数]

したがって,

Pop (老人加入者数) の寄与率 :  $\ln(1 + \frac{\Delta \text{Pop}}{\text{Pop}}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

D (入院・訪問日数) の寄与率 :  $\ln(1 + \frac{\Delta D}{D}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

I (診療強度) の寄与率 :  $\ln(1 + \frac{\Delta I}{I}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

V (診療量) の寄与率 :  $\left\{ \ln(1 + \frac{\Delta D}{D}) + \ln(1 + \frac{\Delta I}{I}) \right\} \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

$\bar{R}$  (相対価値点数) の寄与率 :  $\ln(1 + \frac{\Delta \bar{R}}{\bar{R}}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

C (換算指数) の寄与率 :  $\ln(1 + \frac{\Delta C}{C}) \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

$\bar{F}$  (平均価格) の寄与率 :  $\left\{ \ln(1 + \frac{\Delta \bar{R}}{\bar{R}}) + \ln(1 + \frac{\Delta C}{C}) \right\} \div \ln(1 + \frac{\Delta \text{Exp}}{\text{Exp}})$

〈表 1〉 韓国と日本の人口高齢化水準の比較

韓国				日本			
年度	65 歳以上	70 歳以上	75 歳以上	年度	65 歳以上	70 歳以上	75 歳以上
				1980	9.1%	5.7%	3.1%
2005	9.3%	5.7%	3.0%	1985	10.3%	6.8%	3.9%
2010	11.3%	7.5%	4.3%	1990	12.1%	7.9%	4.8%
2015	13.2%	9.0%	5.4%	1995	14.6%	9.5%	5.7%

資料：韓国は「KOSIS」 日本は「国勢調査」

### Ⅲ. 分析の結果及び考察

#### 1) 「老人診療費」の推移

〈表2〉で見るように、65歳以上の「老人診療費」は2015年22.2兆ウォンであり、「全加入者の健康保険診療費」58.8兆ウォンの37.8%を占める。22.2兆ウォンは2005年の6.1兆ウォンの3.7倍に相当し、「老人診療費」の割合37.8%も2005年の24.4%から大きく増加した。日本の「国民医療費」は事実上医療保険を中心とした医療費で、韓国の「健康保険診療費」と類似した概念である。このような点から見ると、韓国の「健康保険診療費」の増加速度（2015年の指数＝236.基準年は2005年）が類似した老人人口割合を持っていた時代の日本の「国民医療費」の増加速度（1993年の指数＝168.基準年は1993年）より早かったことが確認される。日本の「老人医療費」は70歳以上の老人を主な対象としているため、韓国の70歳以上の老人の診療費の推移と比較してみると、韓国の「老人診療費」の増加速度（2015年の指数＝457）が類似した老人人口割合を持っていた時代の日本の「老人医療費」の増加速度（1993年の指数＝225）より2倍以上早い。しかし、韓国の70歳以上の「老人診療費」の対「健康保険診療費」割合が2005年14.9%から2015年28.8%へ2倍に増加した結果、日本の1993年の「老人医療費」割合である

〈表2〉年齢グループ別の「老人診療費」の推移：日本の「老人医療費」との比較

（単位：韓国は10億ウォン，日本は億円）

年度	韓国 <sup>1)</sup>							日本 <sup>2)</sup>						
	健康保 険診療 費： 全人口 (A)	指数 (2005 = 100)	老人診療費： 65歳以上 (B)	指数 (2005 = 100)	老人診 療費の シェア B/A	老人診 療費： 70歳以 上(C)	指数 (2005 = 100)	老人診 療費の シェア C/A	年度	国民医療 費 (D)	指数 (1983 = 100)	老人医 療費 (E)	指数 (1983 = 100)	老人医療 費のシェ ア E/D
2005	24,862	100	6,073	100	24.4%	3,709	100	14.9%	1983	145,438	100	33,185	100	22.8%
2006	28,410	114	7,350	121	25.9%	4,610	124	16.2%	1984	150,932	104	36,098	109	23.9%
2007	32,389	130	9,119	150	28.2%	5,851	158	18.1%	1985	160,159	110	40,673	123	25.4%
2008	34,869	140	10,737	177	30.8%	7,137	192	20.5%	1986	170,690	117	44,377	134	26.0%
2009	39,339	158	12,424	205	31.6%	8,523	230	21.7%	1987	180,759	124	48,309	146	26.7%
2010	43,628	175	14,135	233	32.4%	9,956	268	22.8%	1988	187,554	129	51,593	156	27.5%
2011	46,238	186	15,389	253	33.3%	11,132	300	24.1%	1989	197,290	136	55,578	168	28.2%
2012	47,839	192	16,449	271	34.4%	12,259	331	25.6%	1990	206,074	142	59,269	179	28.8%
2013	50,926	205	18,085	298	35.5%	13,611	367	26.7%	1991	218,260	150	64,095	193	29.4%
2014	54,964	221	19,969	329	36.3%	15,142	408	27.5%	1992	234,784	161	69,372	209	29.5%
2015	58,787	236	22,236	366	37.8%	16,946	457	28.8%	1993	243,631	168	74,511	225	30.6%

資料：1) 国民健康保険公団・健康保険審査評価院（各年度） 2) 二木立（1995: 4）

30.6%にほぼ近い水準になったことは注目に値する。過去にはそんなに高くなかった「老人診療費」がこの間急増した所得水準にふさわしい医療利用パターンへ急速に転換した結果と解釈される。

「老人診療費」の増加は、人口高齢化による「老人人口」の増加だけではなく、「老人1人当り診療費」自体の増加にも起因する。〈表3〉で見ると、2015年65歳以上の「老人1人当り診療費」は名目「価格」で357万ウォンであり、65歳未満の「1人当り健康保険診療費」の4.3倍に達した。「老人1人当り診療費」の増加指数は2015年253であった。「65歳以上の老人1人当り診療費」は2005年65歳未満の「1人当り診療費」の3.2倍から2015年4.3倍に増加した。

韓国の「全加入者の健康保険診療費」総額の増加速度（2015年の指数=222）は、二木立（1995:6）で分析された日本の「国民医療費」の増加速度（1993年の指数=160）より速かった。同じく、韓国の「70歳以上の老人診療費」の増加速度（2015年の指数=257）は、類似した老人人口割合を持っていた時代の日本の「老人医療費」の増加速度（1993年の指数=142；二木立, 1995）より早い。「70歳以上の1人当り老人診療費」は「70歳未満の1人当り診療費」の2005年3.6倍から2015年4.7倍に増加した。二木立（1995:11）によると日本の老人医療費におけるいわば「老若比率」は1993年で5.1倍であった。

〈表3〉はまた、「老人1人当り診療費」が年齢グループごとに若干異なるパターンを見せていることを知らせてくれる。2015年現在「75歳以上の老人1人当り診療費」（409万ウォン）は

〈表3〉「老人1人当り診療費」の推移：全年齢、65歳以上、70歳以上及び75歳以上

(単位:千ウォン)

年度	健康保険 指数		老人診 指数			老人診 指数			老人診 指数		
	診療費:全 体人口一人 当り	(2005=100)	療費: 65歳以 上一人 当り	指数 (2005 =100)	65歳 以上 一人 当り	療費: 70歳以 上一人 当り	指数 (2005=100)	70歳 以上 一人 当り	療費: 75歳以 上一人 当り	指数 (2005 =100)	75歳 以上 一人 当り
2005	525	100	1,413	100	3.2	1,593	100	3.6	1,365	100	2.7
2006	599	114	1,633	116	3.3	1,892	119	3.8	1,610	118	2.8
2007	677	129	1,920	136	3.6	2,241	141	4.0	1,940	142	3.1
2008	724	138	2,160	153	3.9	2,557	160	4.4	2,300	169	3.5
2009	809	154	2,391	169	3.9	2,827	177	4.5	2,588	190	3.5
2010	892	170	2,619	185	3.9	3,128	196	4.5	2,907	213	3.6
2011	938	179	2,747	194	3.9	3,275	206	4.6	3,115	228	3.7
2012	963	184	2,812	199	3.9	3,339	210	4.7	3,250	238	3.8
2013	1,019	194	2,960	210	4.0	3,530	222	4.7	3,504	257	3.9
2014	1,092	208	3,134	222	3.9	3,760	236	4.8	3,809	279	4.0
2015	1,164	222	3,573	253	4.3	4,091	257	4.9	4,587	336	4.6

注：名目値である

「65歳以上の老人の1人当り診療費」（357万ウォン）よりかなり高い。しかし、2006年以前は逆に「65歳以上の老人1人当り診療費」が「75歳以上」より高かった。「70歳以上の老人1人当り診療費」は最近まで「75歳以上の老人1人当り診療費」より高かったが、2014年から逆転し始め、翌年の2015年には「75歳以上」の医療費が「70歳以上の医療費」をかなり凌駕するようになった。これは、一方では人口高齢化によって高い医療費を伴う終末期の年齢が多くなったこと、一方では過去の終末期の年齢は今ではもうそうではない初期の高齢層に属することを示している。これらの年齢層の健康水準は過去の同じ年齢層の健康水準より高くなったから生じる現象である。これは韓国の人人口高齢化が「健康な高齢化（healthy ageing）」を伴っていることを示すものと受け止められる（丁炯先・宋洋民，2013）。

## 2) 構成要素別増加率及び寄与率

〈表4〉は2005年以降の「老人診療費」増加率をその構成要素別に分解した結果である。65歳以上の「老人診療費」は過去の10年間（2005-2015年）年平均13.9%増加した。しかし、2000年代（2005-2009年）の年平均増加率19.6%に比べれば、2010年代（2010-2015年）に入ってから増加の傾向が鈍化している（年平均10.2%）。「65歳以上の加入者数」の増加率は2000年代の5.3%から2010年代の4.3%に微かに減少した反面、「老人1人当り診療費」の増加率は13.5%から5.6%に急減した。2000年代には「老人加入者数」の増加よりは「老人1人当り診療費」の増加が「老人診療費」の変化を主導したことと比べ、2010年代には「老人1人当り診療費」の増加の幅が減り、「老人加入者数」の増加の影響が相対的に増したことが確認される。つまり、2010年代の増加率の鈍化は「老人1人当り診療費」の増加の鈍化に起因したものであり、「老人加入者数」の影響力も増加して「老人1人当り診療費」の影響力と類似した水準に至った。

「老人1人当り診療費」の増加の中身を見ると、過去10年間の「老人1人当り診療費」の増加（年平均増加率8.7%）は、「老人1人当り日数」の増加（年平均増加率3.3%）よりは「1日当り診療費」の増加（年平均増加率5.3%）が主導していることが確認される。「1日当り診療費」の増加（増加率5.3%）を再び分解してみると、「価格」の増加が3.7%、「1日の診療強度」が1.5%であった。「価格」の増加においては「換算指数」の増加（増加率2.3%）がその主な要素であるが、「相対価値点数」の増加（増加率1.4%）も侮れない伸び率を見せた。ただし、「相対価値点数」の増加は主に2008年からの第一次相対価値改正によるものであり、第二次相対価値改正の遅れ（2018年から適用できると予想される）から2010年代にはあまり変化を見せていない。「1日当り診療費」の増加からこのような「価格」の変化を除いた部分である1.5%の増加率は「1日の診療強度」の変化や「給付の拡大」などのさまざまな要因を含む。総合すると、「老人1人当り診療費」の年平均増加率8.7%は「価格」の増加率3.7%と「老人1人診療量」の増加率4.8%からなっている（ $1.087 = 1.037 \times 1.048$ ）。老人の診療費の増加において「価格」の増加以外にも「老人1人診療量」の増加が主な要因だったことが確認される。

〈表5〉は〈表4〉に示された増加率を用いて「老人診療費」の増加に対する構成要素の寄与率

〈表4〉「老人診療費」の増加率の分解, 2005-2015

増加率	年平均													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	(2005-09)	(2010-15)	(2005-15)
老人診療費	18.2%	21.0%	24.1%	17.7%	15.7%	13.8%	8.9%	6.9%	9.9%	10.4%	11.4%	19.6%	10.2%	13.9%
老人加入者	4.6%	3.9%	7.7%	4.8%	4.9%	3.2%	4.1%	5.5%	5.0%	4.6%	3.6%	5.3%	4.3%	4.7%
全体	13.1%	16.5%	15.2%	12.3%	10.3%	10.3%	4.6%	1.3%	4.7%	5.5%	7.4%	13.5%	5.6%	8.7%
1人当り日数 (A)	5.5%	5.4%	5.4%	8.2%	5.7%	4.0%	1.1%	1.3%	1.0%	0.9%	-0.2%	6.2%	1.4%	3.3%
老人1人当り診療費	7.1%	10.5%	9.2%	3.8%	4.3%	6.0%	3.4%	0.0%	3.7%	4.6%	7.6%	6.9%	4.2%	5.3%
全体	0.0%	0.0%	1.7%	7.2%	2.6%	0.5%	0.3%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.5%	1.4%
相対値点数(B)	3.0%	3.5%	2.3%	1.9%	2.2%	2.1%	1.6%	2.2%	2.4%	2.4%	2.2%	2.5%	2.1%	2.3%
換算指数 (C)	4.0%	6.8%	5.0%	-5.0%	-0.5%	3.4%	1.4%	-4.3%	1.3%	2.2%	5.3%	1.5%	1.5%	1.5%
診療強度 (D)	9.8%	12.5%	10.7%	2.8%	5.2%	7.6%	2.5%	-3.0%	2.3%	3.1%	5.2%	7.7%	2.9%	4.8%
<참고> 老人1人診療量 (A+D)	3.0%	3.5%	4.1%	9.3%	4.8%	2.5%	2.0%	4.5%	2.3%	2.3%	2.2%	5.4%	2.6%	3.7%
<참고> 価格 (B+C)														

※ 年平均は幾何平均

〈表5〉「老人診療費」の増加に対する構成要素別寄与率

(単位：10億ウォン)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	年平均	寄与率*
老人診療費	6,073	7,350	9,119	10,737	12,424	14,135	15,389	16,449	18,085	19,969	22,236	(2005-15)	
<b>増加額</b>	937	1,277	1,769	1,618	1,687	1,711	1,254	1,060	1,636	1,884	2,267		
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
老人加入者の増加	250	257	609	469	557	412	597	847	837	858	753		
(寄与率)	26.7%	20.2%	34.4%	29.0%	33.0%	24.1%	47.6%	79.9%	51.2%	45.6%	33.2%	28.7%	46.9%
1人当り診療費の変化	686	1,020	1,160	1,150	1,130	1,299	657	213	799	1,026	1,515		
(寄与率)	73.3%	79.8%	65.6%	71.0%	67.0%	75.9%	52.4%	20.1%	48.8%	54.4%	66.8%	71.3%	53.1%
価格の変化	165	230	328	877	546	329	286	703	400	441	456		
(寄与率)	17.6%	18.0%	18.5%	54.2%	32.3%	19.2%	22.8%	66.3%	24.4%	23.4%	20.1%	28.1%	29.4%
- 相対価値点数	0	0	141	687	292	60	46	357	-3	-3	-3		
(寄与率)	0.0%	0.0%	8.0%	42.4%	17.3%	3.5%	3.7%	33.7%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	13.5%	6.7%
- 換算指数	165	230	187	190	254	269	240	346	402	443	459		
(寄与率)	17.6%	18.0%	10.5%	11.8%	15.0%	15.7%	19.1%	32.7%	24.6%	23.5%	20.2%	14.6%	22.7%
1人診療量の変化	522	790	832	272	584	970	371	-490	399	585	1,059		
(寄与率)	55.7%	61.8%	47.0%	16.8%	34.7%	56.7%	29.6%	-46.3%	24.4%	31.1%	46.7%	43.2%	23.7%
- 1人当り日数	302	351	435	778	643	523	165	210	179	173	-38		
(寄与率)	32.2%	27.5%	24.6%	48.1%	38.1%	30.6%	13.2%	19.8%	11.0%	9.2%	-1.7%	34.1%	13.7%
- 診療強度	220	438	396	-505	-59	447	206	-700	220	412	1,097		
(寄与率)	23.5%	34.3%	22.4%	-31.2%	-3.5%	26.1%	16.4%	-66.0%	13.4%	21.9%	48.4%	9.1%	10.0%

※年平均は算術平均

を分析したものである。〈表4〉の構成を若干変えて「診療費＝価格(P) x 診療量(V)」の関係を浮き彫りにして見せている。

この10年間、「老人診療費」の年平均増加の中で62.2%は「老人1人当り診療費」の増加によるもので、46.9%は「老人加入者数」の増加によるものであった。「老人1人当り診療費」の増加による部分は、更に「価格」の増加に起因する部分(寄与率29.4%)と診療量の増加に起因する部分(寄与率33.4%)に分けられる。「老人1人当り診療費」の寄与率の中でも「老人1人診療量」の寄与率が高かった。しかし、2010年代には2000年代に比べて「老人1人診療量」の寄与率が低くなった。

換算指数の契約など現実の政策面では、対前年度増加額の構成要素別寄与額をも知る必要がある。直近の2015年を見れば、対前年度「老人診療費」の増加額の2兆2,236億ウォンのうち「老

〈表6〉「70歳以上の老人診療費」の増加率および構成要素別寄与率の日韓比較

韓 国 の 増 加 率	(年度)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	年平均 (2005-15)
	老人診療費	20.5%	24.3%	26.9%	22.0%	19.4%	16.8%	11.8%	10.1%	11.0%	11.2%	11.9%	13.9%
老人受給者	6.4%	4.7%	7.2%	6.9%	8.0%	5.6%	6.8%	8.0%	5.0%	4.4%	2.9%	4.7%	
(寄与率)	33.2%	21.0%	29.0%	33.6%	43.3%	35.0%	58.7%	80.1%	46.8%	40.7%	25.2%	39.9%	
老人1人当り診療費	13.3%	18.8%	18.4%	14.1%	10.6%	10.6%	4.7%	1.9%	5.7%	6.5%	8.8%	8.7%	
(寄与率)	66.8%	79.0%	71.0%	66.4%	56.7%	65.0%	41.3%	19.9%	53.2%	59.3%	74.8%	60.1%	
日 本 の 増 加 率	(年度)	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	年平均 (1983-1993)
	老人医療費		83.8%	12.7%	9.1%	8.9%	6.8%	7.7%	6.6%	8.1%	8.2%	7.4%	8.4%
老人受給者		4.4%	4.3%	4.0%	3.8%	3.2%	3.1%	3.9%	3.9%	3.7%	3.8%	3.8%	
(寄与率)	51.6%	35.0%	45.2%	43.6%	47.6%	40.6%	60.2%	48.9%	46.1%	51.8%	46.2%		
老人1人当り医療費		4.2%	8.1%	4.9%	4.9%	3.5%	4.5%	2.6%	4.1%	4.4%	3.5%	4.5%	
(寄与率)	48.5%	65.0%	54.8%	56.4%	52.4%	59.4%	39.8%	51.1%	53.9%	48.2%	53.8%		

※日本の資料：二本立（1995: 5-8）

「老人1人当り診療費」の増加によるものが1兆5,150億ウォン（寄与率66.8%）、「老人加入者数」の増加によるものが7,530億ウォン（寄与率33.2%）であった。〈表5〉から、2011年及び2012年に弱くなった「老人1人当り診療費」の増加の影響が2013年からは大幅に増加したことが確認される。「老人1人当り診療費」の増加による部分の中で「老人1人診療量」の増加に起因した金額が1兆590億ウォン（寄与率46.7%）で前年に比べて大幅に増加しており、「価格」の増加に起因した金額は4,560億ウォン（寄与率20.1%）でその半分以下であった。換算指数契約の影響を弱める「診療量」の増加が続いていることが確認される。

日本の「老人医療費」との比較のため「70歳以上の老人診療費」の増加率および構成要素別寄与率を分析してみた。〈表6〉で見ると、この10年間韓国の70歳以上の「老人診療費」は年平均13.9%増加した。類似した高齢化の水準にあった1983-1993年の日本「老人医療費」の増加率である8.4%より高い。韓国の「老人1人当り診療費」は8.7%増加して60.1%の寄与率であった反面、「老人加入者数」は年平均4.7%増加し、39.9%の寄与率であった。「老人1人当り診療費」の寄与率が「人口高齢化」の寄与率より高いのは日本においても同じであったが、日本の場合よりその差が大きかった。

#### 4. 結論

本研究の主要な分析結果と意味をまとめると次のようになる。

第一に、2015年65歳以上の「老人診療費」は22.2兆ウォンであり、「健康保険診療費」全体の58.8兆ウォンの37.8%を占める。65歳以上の「老人1人当り診療費」は2015年357万ウォンであり、2005年の2.5倍、2015年65歳未満の「1人当り診療費」の4.3倍であった。「老人診療費」の増加は、人口高齢化による高齢層の増加だけではなく、老人一人の平均医療費自体の増加にも起因することが確認される。韓国の「健康保険診療費」や「老人診療費」の増加速度は、類似した人口高齢化水準であった時代の日本の「国民医療費」や「老人医療費」の増加速度より早い。過去にはそんなに高くなかった「老人診療費」がこの間急増した所得水準にふさわしい医療利用パターンへ急速に転換したこと、及び医療技術の進歩など人口高齢化以外の要因が現代にもっと大きな影響を及ぼしていることを示唆する。

第二に、人口高齢化によって、高い医療費を伴う終末期の年齢が多くなることと、過去の終末期の年齢は今ではもうそうではない初期の高齢層に属することが確認された。これは人口高齢化が「健康な高齢化 (healthy ageing)」を伴っていることを示唆している。

第三に、過去10年間(2005-2015年)「老人診療費」の年平均増加率は13.9%であり、2000年代(2005-2009年)の19.6%から2010年代(2010-2015年)の10.2%に減っている。「老人加入者数」の増加率は2000年代の5.3%から2010年代の4.3%に微減したのに対して、「老人1人当り診療費」の増加率は13.5%から5.6%に急減した。2010年代の増加率の鈍化は「老人1人当り診療費」の増加の鈍化に起因したものであるが、「加入者数」の影響力も増加して「老人1人当り診療費」の影響力に近い水準に至った。「老人1人当り診療費」の年平均増加率8.7%は「価格」の増加率3.7%及び「老人1人診療量」の増加率4.8%からなっている。老人の診療費の増加において「価格」の増加以外にも「老人1人診療量」の増加が主要因だったことが確認される。

第四に、この10年間、「老人診療費」の年平均増加のうち62.2%は「老人1人当り診療費」の増加によるもので、46.9%は「老人加入者数」の増加によるものであった。「老人1人当り診療費」の寄与率の中でも「老人1人診療量」の増加の寄与率が高かった。しかし、2010年代には2000年代に比べて「老人1人診療量」の寄与率が低くなった。2015年の対前年度「老人診療費」の増加額である2兆2,236億ウォンのうち「老人1人当り診療費」の増加によるものが1兆5,150億ウォン(寄与率66.8%)、「老人加入者数」の増加によるものが7,530億ウォン(寄与率33.2%)であった。「老人1人当り診療費」の増加による部分の中で「老人1人診療量」の増加に起因した金額(1兆590億ウォンで寄与率は46.7%)が「価格」の増加に起因した金額(4,560億ウォンで寄与率は20.1%)の2倍を超えた。換算指数契約の影響を弱める診療量の増加が続いていることを確認している。「老人1人当り診療費」の寄与率が「人口高齢化」の寄与率より高いことは日本においても同じであったが、日本の場合よりその差が大きかった。

注

1 日本の老人医療制度の受給者は基本的に70歳以上の老人である。「65歳以上70歳未満で障害認定を

受けたもの」も含まれるが、その割合は極めて低いため（1993年現在、受給者総数の2.3%）、「老人医療費」は70歳以上の「老人医療費」と理解しても大きな支障がないようである。

- 2 「1人当り日数」も「受診件数」と「1件当り日数」に分解可能であるが、第一に、健康保険統計年報上の「受診件数」は実際の件数ではなく健康保険請求件数であるため、請求パターンによる不確実性が含まれ、第二に、物量と「価格」の区分のためには「1人当り日数」だけの分析だけでも十分であるため、本研究では、そのような区分をしない。
- 3 「相対価値点数」は各々の行為コードの点数の「単純合」ではなく、行為コード別の頻度を考慮した「加重合 (weighted sum)」でなければならないため、本研究においては健康保険審査評価院 (HIRA) の健康保険請求 DW (Data Warehouse) に構築されている行為コード別頻度および支出の資料を分析した丁炯先・姜吉源・辛政祐 (2015) の結果を活用して各年度の「相対価値点数」を算出する。

#### 引用文献

(韓国語文献)

国民健康保険公団・健康保険審査評価院, 健康保険統計年報, 各年度.

丁炯先, 2010-2015年老人診療費の推移および増加要因, HIRA 政策動向 10 (3), pp.18-25, 2016.

丁炯先・宋洋民, “健康保険の高齢者医療費のウィジュン歌謡の分析および今後の展望”, 保健, 経済と政策研究 19 (2), pp.21-38, 2013.

丁炯先・姜吉源・辛政祐, 相対価値総点管理モデル開発及び管理体系構築案, 健康保険審査評価院, 2015.

(日本語文献)

二木立, 日本の医療費: 国際比較の立場から, 医学書院, 1995, 第1章 I. 人口高齢化は医療費増加の主な因か? (pp.2-25) .

[本稿は、2016年11月12日に延世大学で開催された「第11回日韓定期シンポジウム」(延世大学・日本福祉大学共催)での報告に加筆したものです.]