

望ましい高齢者医療費負担の在り方¹

高齢者と現役世代の負担を考える

東洋大学 中澤克佳研究会 医療政策分科会

数野美咲 高橋竜太郎 星野雄飛 松浦祐太

2011年12月

¹ 本稿は、2011年12月17日、18日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2011」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、中澤克佳准教授(東洋大学)をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

望ましい高齢者医療費負担の在り方

高齢者と現役世代の負担を考える

2011年12月

要約

本稿は、少子高齢化と医療費増加の関係性、医療制度からみた世代間格差の要因の検証から、今後の高齢者医療において国民全員が医療にアクセスできて、現役世代と高齢者の負担割合が適正である「望ましい姿」を実現できる政策を提言する。

私たちは、日本の少子高齢化が医療費の増加を生む要因であることに着目し、高齢化は医療費増加の要因であることを実証した。また、少子高齢化により 65 歳以上の高齢者の数が増加する一方、20～64 歳の現役世代の数が減少している結果から、高齢者と現役世代の医療費負担における世代間格差という問題が明らかになった。

日本の高齢者医療制度は、医療費が年々増加しているにも関わらず、高齢者の医療における自己負担割合が一定であり、現役世代の負担だけが増加している。つまり、現役世代の負担が重くなる制度を政府は施行してきたことが言える。

以上の現状を踏まえ、少子高齢化の進行により医療費が増加し続け、減少傾向にある現役世代の負担が重くなる制度のままでは、医療サービスの受け手と支え手の医療費負担バランスが崩れ、いずれは国民全員が医療にアクセスできる日本の国民皆保険制度の崩壊も考えられる。

私たちは今後の高齢者医療における「望ましい姿」を実現するために、時代設定を 2025 年とした。第一次ベビーブーム世代が高齢者になり、2025 年に医療費のピークを迎えるといわれているからである。自己負担割合を 2 割負担にする理由は、厚生労働省が 70～74 歳の負担を見直し、現行の 1 割負担から法定の 2 割負担に引き上げる案を示したからである。また、2 割負担にすることにより 1,700 億円公費が削減できるという試算も出している。私たちは 70 歳以上の全ての高齢者の自己負担割合を 1 割から 2 割に引き上げる政策と、後発医薬品推進による医療費削減の政策を、独自のシミュレーションを用いて検証を行った。結果、現行制度を続けるよりも約 1 兆 8 千億円削減することができることが分かった。また、私たちのシミュレーションでは削減額を公費だけでなく、本人保険料、支援金にも分配したため、全体的に削減されたと言える。政策効果として、自己負担以外の負担金額を下げることに伴って、現行制度よりも高齢者と現役世代の負担バランスが改善する結果となった。本稿の結論として、日本の高齢者医療制度の下では、国民全員が医療が必要な時にいつでもアクセスできることを維持したまま、高齢者の自己負担割合を上げることは可能である。また、シミュレーションによって医療費も削減し、世代間格差の改善が現役世代と高齢者の負担割合を適正したので、私たちが提言する「望ましい姿」となった。

目次

要約

はじめに

第1章 少子高齢化問題

- 第1節 高齢化と医療費の関係
- 第2節 医療費の高齢者割合の増加
- 第3節 現役世代の負担推移

第2章 日本の高齢者医療制度

- 第1節 医療保障制度の特徴と医療費の仕組み
- 第2節 高齢者医療制度の歩み
- 第3節 老人保健制度
 - 第1項 制度の仕組み
 - 第2項 老人保健制度の問題点と後期高齢者医療制度への移行
- 第4節 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)
 - 第1項 制度の仕組み
 - 第2項 制度の問題点
- 第5節 新たな高齢者医療制度
 - 第1項 制度の仕組み
 - 第2項 制度の問題点
- 第6節 まとめ
 - 第1項 制度のまとめ
 - 第2項 問題点のまとめ
 - 第3項 論題と現状の比較

第3章 望ましい姿と政策提言

- 第1節 私たちが考える『望ましい姿』とは
- 第2節 政策提言 自己負担割合の引き上げ
 - 第1項 医療経済学の考え方
 - 第2項 政策提言 自己負担割合の引き上げ
 - 第3項 政策提言 後発医薬品推進による医療費削減

第4章 政策効果のシミュレーション

- 第1節 シミュレーションによる世代間格差縮小

- 第 1 項 シミュレーション方法
- 第 2 項 政策導入による現役世代と高齢者の負担の変化
- 第 3 項 自己負担割合を 3 割に引き上げた場合
- 第 2 節 政策変更による弊害と対応策
- 第 3 節 政策効果のまとめ

終章

付録

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

私たちは、日本の医療保障体制の、高齢者医療費負担に着目した。このテーマを選定する理由として、日本の少子高齢化による問題が挙げられる。日本が1994年に65歳以上人口²が14%以上になり高齢社会³を迎えた。2011年現在では21%を超えており、超高齢社会⁴に突入している。今後も高齢化は進むと予想され、第一次ベビーブーム世代⁵が高齢者になる2025年には日本の総人口の約3割を高齢者で占めると予想されている。また、第一次ベビーブーム世代が生まれた1947年～1949年頃の合計特殊出生率⁶は4.32だったが、2011年には1.3となり、少子化も問題となっている。少子高齢化による問題は様々だが私たちはその中でも医療に着目した。

日本の医療保障制度の特徴として、国民全員が平等に医療にアクセス⁷できる国民皆保険制度がある。すべての国民が、医療費の安さに対して健康達成度が高く、高度な医療が受けられる。しかし、少子高齢化の問題は医療保障体制に大きな影響を与えている。その1つに高齢者と現役世代⁸の医療費⁹負担格差が挙げられる。

格差について説明する。医療にかかった時、窓口で支払う自己負担割合が高齢者は原則1割、現役世代は原則3割である。なぜ高齢者と現役世代の自己負担割合に差があるかと言うと、人は年を重ねれば、病気にかかるリスクが高まる。リスクが高まることは医療サービスを受ける回数が増える。しかし、高齢者は収入が少ない。そのため高齢者は自己負担割合が原則1割である。少子高齢化によって、病気にかかるリスクの高い高齢者人口が増え、結果として医療費の増加が考えられる。一方、少子化によって医療費を支える世代が減少し、負担の世代間格差が生じる。つまり、少子高齢化が進む現在の日本において現行制度のままでは現役世代の負担が増えていくばかりである。

私たちが提言する望ましい姿とは、国民全員が医療にアクセスできて、高齢者と現役世代の負担割合が適正¹⁰である姿。しかし、少子高齢化の進行により医療費が増加し続け、減少傾向にある現役世代の負担が重くなる制度のままでは、医療サービスの受け手と支え手の医療費負担バランスが崩れ、いずれは国民全員が医療にアクセスすることができる日本の国民皆保険制度の崩壊も考えられる。現行の医療制度を続けていても、高齢者と現役世代との世代間格差は広がる一方である。そこで私たちは現役世代の負担を軽減するため70歳以上の高齢者自己負担割合を1割から2割に引き上げる政策と、後発医薬品推進による医療費の削減の政策を行う。この2つの政策を用いて、医療費を削減し現役世代と高齢

²WHO(世界保健機関)の定義により、65歳以上を高齢者と指す。

³高齢化率 14%~21% 高齢化率とは高齢者人口÷総人口で表わされる。

⁴高齢化率 21%以上

⁵1947年から1949年に出生した世代を指す。団塊の世代とも呼ばれる。

⁶1人の女子(15歳から49歳までの女子)が生涯に生む子供の数を近似する指標。年齢別の出生率を特殊出生率といい、それを合計したものが合計特殊出生率である。

⁷患者にとって必要な時に医療が受けられること。

⁸働いて収入のある20歳からと定義。

⁹薬剤費、診療費など医療にかかるすべての費用のこと。

¹⁰適正とは現行制度に比べて高齢者の負担が少しでも増え、現役世代の負担が少しでも軽減できること。

者の負担バランスが適正できるのか検証する。時代設定として第一次ベビーブーム世代が高齢者になり医療費が一番高くなると予想される、2025年に向けた高齢者医療について考えていく。

本稿の構成として、第1章で日本の少子高齢化と医療費の関係性について回帰分析を用いて検証する。また、医療費増加の要因を探り、現役世代の負担を考察する。第2章では日本で行われてきた医療制度の変容を高齢化とともに考察する。そして老人保健制度、後期高齢者医療制度、2013年に施行予定の新制度の仕組みと問題点を明らかにする。第3章では政策提言を行い、第4章では政策提言により現役世代と高齢者の負担がどのように変化するか検証し、政策効果とする。

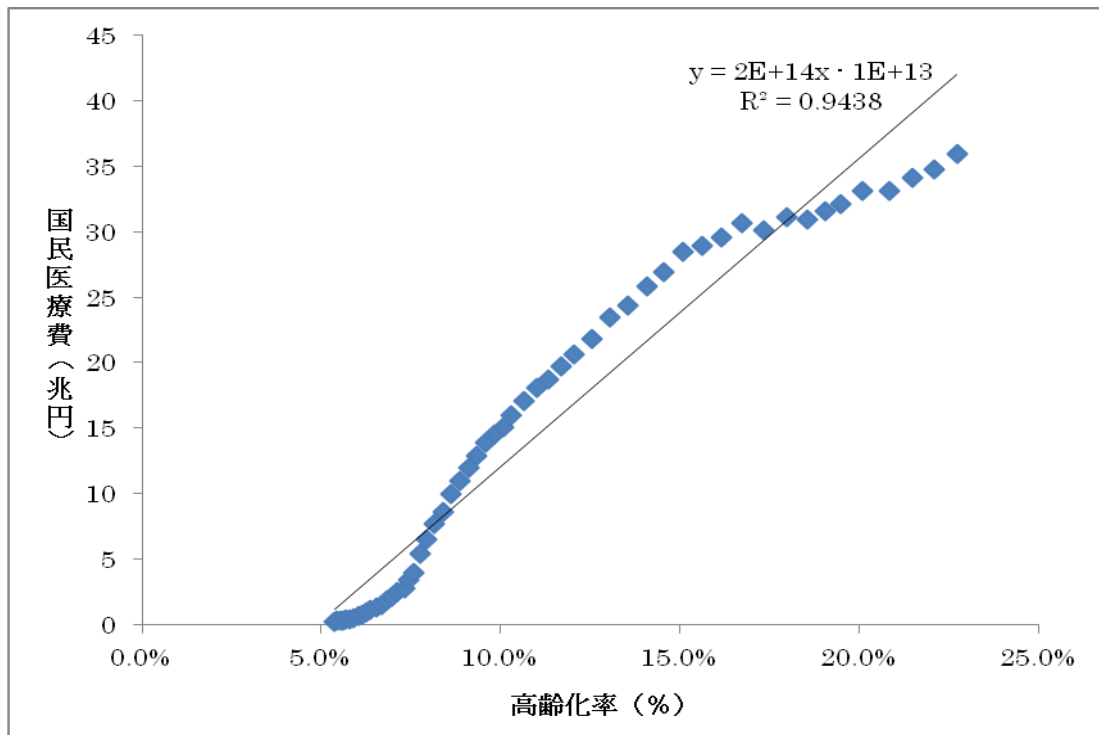
第1章 少子高齢化問題

日本は少子高齢化の進行により医療費が増加すると述べた。それにより現役世代の負担が重くなり医療制度が崩壊すると考えられる。本章では少子高齢化による問題として少子高齢化と医療費の関係性と現役世代の負担を考察していく。

第1節 高齢化と医療費の関係

高齢化と医療費の関係性について検証する。検証には回帰分析を用いて国民医療費と高齢化率、また、医療費が増加するその他の要因として考えられる、総人口、平均所得、消費者物価指数の数値を用いて分析を行う。

図表 1-1 国民医療費と高齢化率の相関



出典:厚生労働省「平成 21 年度 国民医療費の概要」
 総務省「高齢者人口の現状と推移」
 総務省「平成 17 年度基準 消費者物価指数」より作成

図表 1-1 は国民医療費と高齢化率の相関である。国民医療費と高齢化率は正の相関関係であり相関係数は 0.9438 なので関係性が非常に強いことがわかる。

次に、国民医療費総額に対して人口高齢化が与える影響を時系列で検討していく。国民医療費は、高齢化以外の要因(人口の変化、所得水準の変化、物価水準の変化など)にも影響を受ける。そこで、これらの要因をコントロールした上で高齢化が国民医療費の変化(上昇)に与える影響を最小二乗法(OLS)で推定する。推定式は以下の通りである。

$$\ln NME_t = \alpha + \beta_1 \ln POP_t + \beta_2 \ln OLD_t + \beta_3 \ln AINC_t + \beta_4 \ln CPI_t + u_t$$

ここでNMEは国民医療費の総額であり、POPは人口、OLDは高齢化率、AINCは平均所得、CPIは消費者物価指数である。つまり、医療費の増加要因は、人口の増加、高齢者の増加、そして所得水準の上昇と物価水準の上昇によって説明されると想定する。添字tは年を表している。また、変数は全て対数変換してある。

国民医療費と人口、総所得は厚生労働省「平成21年度 国民医療費」、高齢者人口は総務省「高齢者人口の現状と推移」、消費者物価指数は総務省「平成17年基準 消費者物価指数」よりデータを用いている。

図表 1-2 国民医療費と高齢化率の分析

自由度修正済み決定係数	0.998		
観測数	55		
DW比	1.649		
	係数	t 値	P-値
切片 (α)	-77.172	-2.485	0.016
総人口 (β_1)	5.229	2.990	0.004
高齢化率 (β_2)	0.305	2.652	0.010
平均所得 (β_3)	0.135	7.601	0.000
消費者物価指数 (β_4)	0.683	4.410	0.004

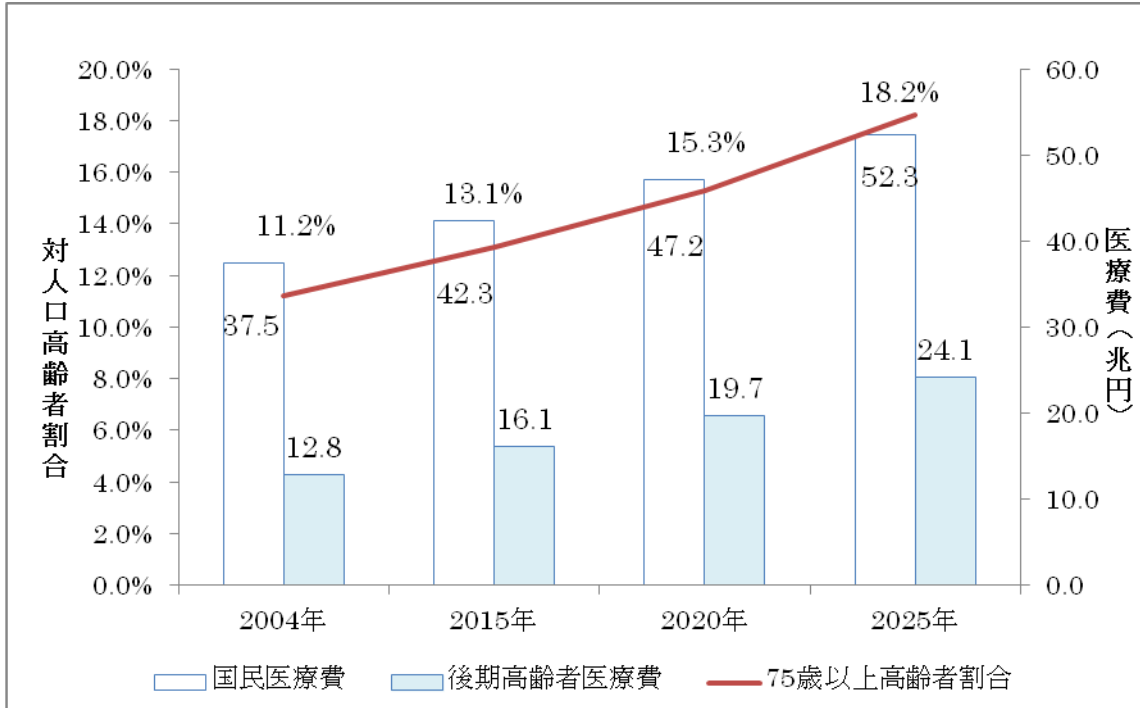
図表 1-2 より自由度修正済み決定係数は、0.998 であり、モデルの当てはまりは極めて高い。次に係数を見ると、総人口：5.22、高齢化率：0.305、平均所得：0.135、消費者物価指数：0.683 である。次に t 値¹¹を見ると、総人口、消費者物価指数は 1%水準で、高齢化率、平均所得は 5%水準で有意である。以上の推定結果から、高齢化の進行は有意に国民医療費の増加要因となることが明らかとなった。

第 2 節 医療費の高齢者割合の増加

回帰分析の結果から高齢化と医療費の増加は関係性が強いことが分かった。実際に、高齢化の進行により国民医療費がどれだけ増加しているのか検証する。図表 1-3 は医療費と高齢者の割合推移である。2004 年度の国民医療費は 37.5 兆円のうち後期高齢者医療費は 12.8 兆円と約 3 分の 1 を占めている。同じ後期高齢者の医療費が 2025 年度には国民医療費 52.3 兆円のうち 24.1 兆円となり、国民全体の医療費の半分を占めている。また、高齢化率も年々増加し、第 1 節で行った回帰分析が証明できる。図表 1-4 より、高齢者は医療の医療費割合(医療需要)が高いことが言える。また、図表 1-5 より、年齢別に一人当たりの医療費を見ても高いことが言える。

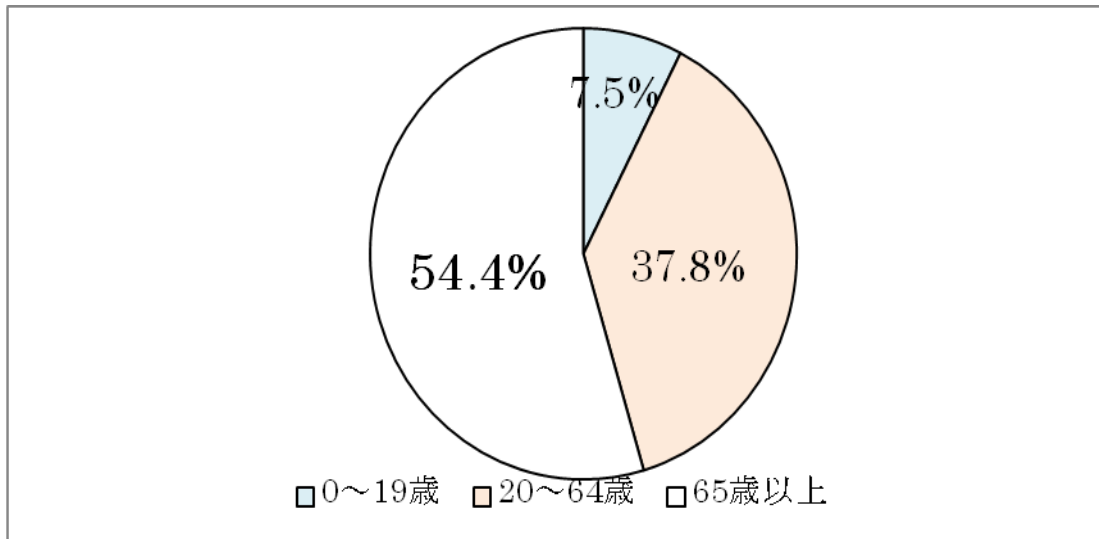
¹¹各説明変数は被説明変数に影響を与えているかを表す。絶対値で 2 を上回っていれば有意である。絶対値 2 を下回っていれば有意でない。

図表 1-3 医療費と高齢者の割合推移



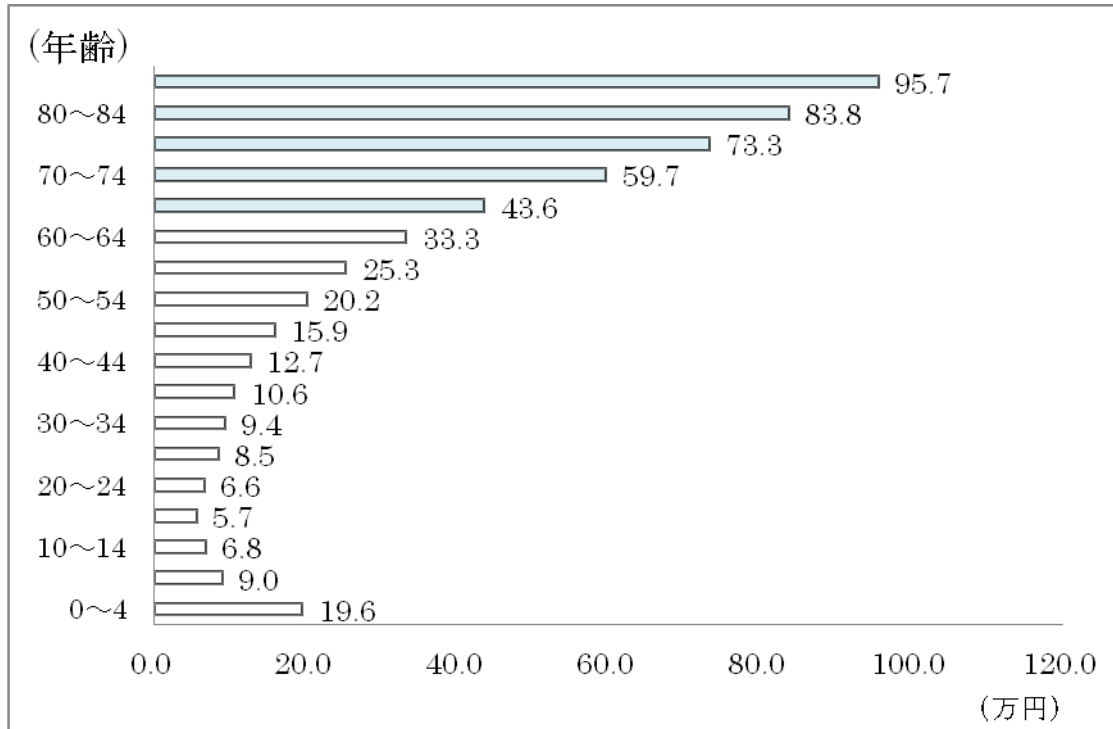
出典:国立社会保障人口問題研究所
「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」より作成

図表 1-4 2008 年度年齢別医療費割合



出典:厚生労働省「平成 20 年度国民医療費の概況」より作成

図表 1-5 2007 年度一人当たり医療費

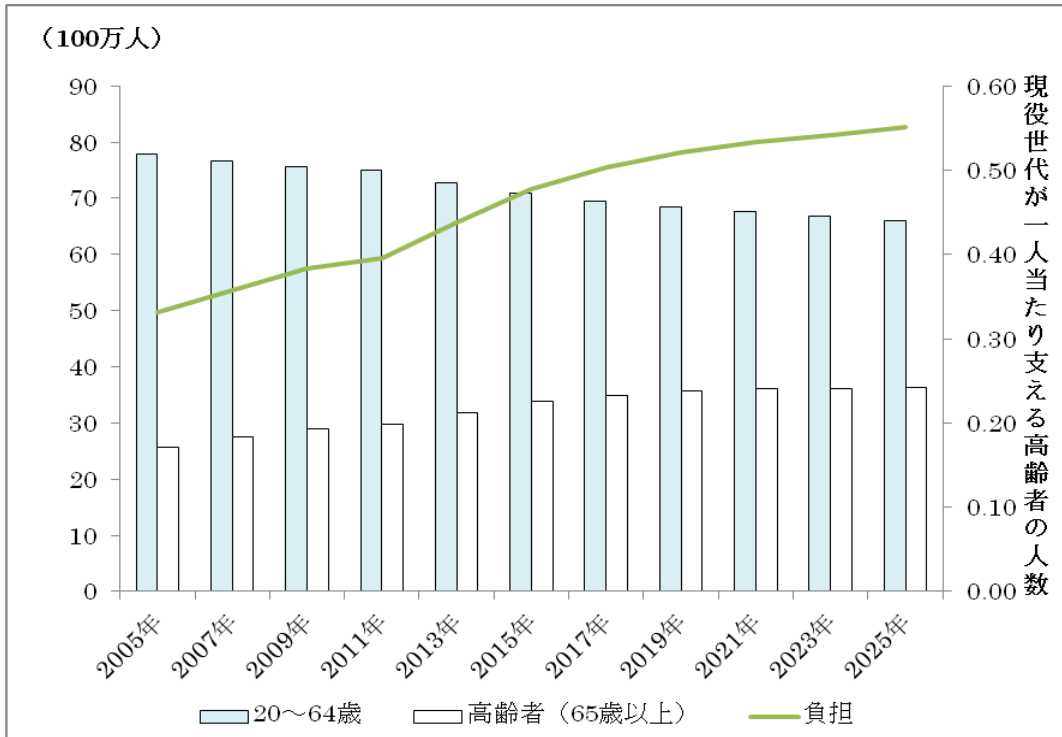


出典:厚生労働省「平成 19 年度一人当たり医療費」より作成

第 3 節 現役世代の負担推移

図表 1-6 は 20~64 歳の現役世代と 65 歳以上の高齢者との負担割合推移である。年々現役世代の人口は減少、高齢者人口は増加するとともに、負担の推移も上がっている。少子高齢化により高齢者の数は年々増加していく一方、20~64 歳の現役世代の数は減少している。今後、現役世代の数が減少し続ければ、国民医療費も増加し、その結果、高齢者を支える現役世代に負担がかかると言える。

図表 1-6 高齢者と現役世代の負担割合推移



出典:寺尾(2008)より作成

このように日本の医療制度は医療費の増加により、現役世代の負担が増える制度になっている。

以上を踏まえ、以下2つの問題を、少子高齢化に伴う医療をめぐる問題とする。

- ① 高齢者の増加に伴う医療費の増加。
- ② 少子高齢化によって医療費を支える現役世代が減少し、医療費負担の世代間格差が生じるようになる。

この2つの問題を、少子高齢化に伴う医療をめぐる問題とする。

第2章 日本の高齢者医療制度

第1章では日本の少子高齢化が医療費の増加を招き、負担の世代間格差を生じることを述べた。本章では日本の医療保障制度の特徴と医療費の仕組みを述べた上で、日本の高齢者医療制度の変容を考察し、負担の世代間格差を生み出す要因を検証する。

第1節 医療保障制度の特徴と医療費の仕組み

本節では日本の医療保障制度の大きな特徴と仕組みを述べる。日本の医療保障制度の大きな特徴の1つに国民皆保険制度がある。すべての国民が、医療費の安さに対して健康達成度が高く、高度な医療が受けられる。自己負担割合は原則3割負担、高齢者は原則1割負担である。高齢者の負担割合が低い理由は、高齢者は病気や怪我にかかるリスクが高く、現役世代に比べ収入は少ないからである。

日本の医療費の財源は主に3つある。まず一番多く占めている財源は保険料である。日本は社会保険方式を採用しているため、財源に占める保険料の割合が相対的に高い。それに次ぐのが公費負担、そして自己負担である。日本は社会保険を主要な財源調達手段としても、公費を必要に応じて投入することによって制度の安定化を図っている。

第2節 高齢者医療制度の歩み

本節では日本が今まで行ってきた高齢者医療制度の歴史とポイントを振り返る。まず高齢者医療制度が誕生した経緯を追う。第3節からは、今までに施行してきた高齢者医療制度について述べる。下線部が施行された高齢者医療制度で、注目していただきたい制度である。

- 1961年 国民皆保険制度の達成
- 1973年 老人医療費(自己負担)の無料化(70歳から対象)
- 1983年 老人保健法を制定(老健制度)
 - ・患者負担を導入
 - ・市長村が運営
 - ・保険者(国保や健保など)からの拠出金(仕送り)と公費で運営
- 1997年 政府等で老人保健制度に代わる新しい制度の検討を開始
 - ・高齢化の進展
 - ・高齢者医療費の増加

- ・健保¹²組合の拠出金¹³の増加が問題となる
- 2002 年 新制度まともならず、次の課題に
 - ・一部負担を一割に
 - ・老健制度の対象年齢を引き上げ(70 歳→75 歳)
 - ・公費負担の引き上げ(3 割→5 割)
- 2003 年 医療保険度体系等に関する基本方針を閣議決定
 - ・75 歳以上の後期高齢者と 65 歳から 74 歳までの前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度とする。
- 2005 年 医療制度改革大綱を政府・与党で決定
 - ・独立した医療制度を創設
 - ・前期高齢者については、保険者間の負担の不均衡を調整する仕組みを創設
- 2006 年 健康保険法等改正法案が成立
- 2008 年 後期高齢者医療制度が施行
- 2013 年 新たな高齢者医療制度施行予定

日本の高齢者医療は、1973 年の老人医療費(自己負担)の無料化から始まり、現在の後期高齢者医療制度に至る。高齢者人口が増加するとともに高齢者医療も変化した。その中でも着目したのは、高齢者の独自の制度として作られた、老人保健制度と後期高齢者医療制度である。両者の制度は増加する医療費の対応策として施行された。

第 2 節以降は、老人保健制度、後期高齢者医療制度、新制度の仕組み、問題点を挙げ、負担の世代間格差の要因を検証し、「望ましい姿」の観点から評価する。

第 3 節 老人保健制度

第 1 項 制度の仕組み

1973 年に老人医療費無料化が始まったが、医療費が膨張したため、1983 年から老人保健制度に改めた。

老人保健制度は、75 歳以上の方と満 65 歳以上 75 歳未満の方で一定の障害がある人を対象としている。老人保健制度の負担割合は医療機関の窓口において、一定以上の障害がある人については 1 割¹⁴、それ以外は 3 割を負担する。財源は公費 5 割、国保¹⁵、健保等の保険者¹⁶からの拠出金 5 割で賄われている。財源の 5 割を占める老人保健拠出金とは、高齢者にかかる医療費の市町村間の格差を調整するために、全国の保険者(市町村、国保組合、被用者保険¹⁷)ごとに決められた拠出金を出し合うものである。その拠出金を各市町村

¹² 正式名称健康保険組合。大企業を中心とした、企業の健康保険組合が運営。

¹³ 高齢者にかかる医療費の市町村間の格差を調整するために、全国の保険者(市町村、国保組合、被用者保険)ごとに決められた拠出金を出し合うものである。その拠出金を各市町村で再分配することになっており、高齢者の加入割合が低い保険者が多く拠出し、高齢者の加入割合が高い市町村に分配する仕組みになっている。

¹⁴ 2006 年 9 月 30 日までは 2 割であった。

¹⁵ 正式名称国民健康保険。健康保険の適用を受けない自営業者・非正規雇用者・無職者などを対象とし、その傷病・出産・死亡などに関して必要な保険給付を行うことを目的とする公的医療保険。

¹⁶ 保険を運営する主体。

¹⁷ 国民健康保険以外の保険。

で再分配することになっており、高齢者の加入割合が低い保険者が多く拠出し、高齢者の加入割合が高い市町村に分配する仕組みである。

老人保健制度の創設後、国民医療費の増加、特に老人医療費の増加に伴う医療保健制度の安定化のために、様々な改正が行われてきている。最近では、介護問題や病院への社会的入院問題を解決するために介護保険制度が創設され、2000年4月から実施されている。1990年代後半から、医療保険制度の抜本的見直しが大きな政策課題となった。また、2002年7月に成立した健康保険法等改正で2002年10月から2007年10月までに70歳から75歳に引き上げ、公費負担を3割から5割に引き上げるようになった。

第2項 老人保健制度の問題点と後期高齢者医療制度への移行

老人保健制度の問題点と後期高齢者医療制度における変更点を3つ挙げる。1つ目は、高齢者と現役世代の負担関係が不明確であり、保険料負担と拠出金負担の割合が明確にされていなかったことである。後期高齢者医療制度では、高齢者と現役世代の負担割合を、高齢者自身の保険料と現役世代からの支援金を1:4の負担割合にすることを明確にして将来的なバランスを取った。2つ目は、保険料を納める所(健保組合等の保険者)とそれを使う所(市町村)が分離されていることである。後期高齢者医療制度では、老人保健制度では運営責任が不明確であった実施主体を都道府県の広域連合¹⁸が責任ある保険者として運営し、保険料の賦課及び医療給付を行うことになった。3つ目は、加入する制度や市区町村により、保険料額に高低差があることである。後期高齢者医療制度では、地域間の保険料格差が5倍から2倍に縮小し、高齢者間の負担も是正した。また、1人ひとりが、都道府県単位で同じルールで保険料を負担になった。

第4節 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)

第1項 制度の仕組み

老人保健制度の廃止により、後期高齢者医療制度は2008年4月から施行された。後期高齢者の対象者は、75歳以上と65歳から74歳までの前期高齢者の中で1~3級等の障害認定を受けた人である。75歳以上でも生活保護世帯の人は対象から外れている。保険料は本人から徴収し、その保険料は年金から天引きされるのが特徴であり、窓口での自己負担は1割である。ただし、現役並みに所得のある者¹⁹は3割の自己負担額である。財源構成としては、高齢者本人の保険料負担・各種医療保険者からの支援金、公費負担²⁰で賄われている。前期高齢者の医療費に関しては、国民健康保険や被用者保険の75歳未満の加入者割合に応じて負担を調整されている。

老人保健制度との大きな違いは、後期高齢者医療制度の場合、75歳以上になると自動的に加入されるため強制的であり、尚且つ、加入者全員が保険料を納める必要があるという点である。老人保健制度では現役世代からの支援金額が不明確であったため、後期高齢者

¹⁸複数の都道府県、市町村、特別区が共同して構成する特別地方自治体。後期高齢者医療制度は都道府県単位の広域連合が保険者となって運営される。

¹⁹厚生労働省によると一定以上の所得者とは、夫婦2人の世帯で、年収約520万円以上、単身世帯で年収約383万円以上の世帯が目安。

²⁰国・都道府県・市町村の税金。

医療制度では現役世代と高齢者の負担ルールを明確にした。現役世代からの支援金 4 割、高齢者の保険料 1 割にすることにより、世代間における負担割合を明らかにすることができた。そして現在は 2013 年の施行を目指して、後期高齢者医療制度に代わる新制度について議論がなされている。第 2 節は現段階で議論されている新制度の概要について述べる。

第 2 項 制度の問題点

後期高齢者医療制度の問題点を 4 つ挙げる。1 つ目は、高齢者の保険料の増加である。高齢者の保険料の伸びが若者の保険料の伸びを上回る構造である。2 つ目は、被扶養者²¹の保険料負担である。個人単位で保険料を徴収するため、扶養されている高齢者も保険料負担をする。3 つ目は、患者負担である。患者負担の上限は、同じ世帯でも、加入する制度ごとに適用される。4 つ目は、年齢による区分である。75 歳で、これまでの保険制度から分離・区分されており、保険証も別であることを「差別」と感じる高齢者が多くおり、廃止される要因となった。以上の 4 つが後期高齢者医療制度の問題点として挙げられる。

後期高齢者医療制度は施行されて間もなく、民主党が政権を取ったことにより見直しが見直しが決定された。2012 年度末に後期高齢者医療制度は廃止予定である。2013 年に新しい医療制度が検討中である。

第 5 節 新たな高齢者医療制度

第 1 項 制度の仕組み

後期高齢者医療制度の問題点を改めるとともに、現行制度の利点はできる限り維持し、更に後期高齢者医療制度の廃止を契機として国保の広域化の実現を目指している。

新制度では、75 歳以上の高齢者の医療給付費については、後期高齢者医療制度と同様に、公費、75 歳以上の高齢者の保険料、74 歳以下の加入者数・総報酬に応じて負担する保健者からの支援金で支えたとされている。なお、公費負担は 50%(国:都道府県:市町村=4:1:1)、高齢者の負担する保険料については、同じ都道府県で同じ所得であれば、原則として同じ保険料とし、その水準は、現行の後期高齢者医療制度より増加することのないよう、負担能力を考慮した応分の負担として、医療給付費の 1 割相当を保険料で賄うとされている。

また、年齢で区別せず、保険証も現役世代と同じものとする。75 歳以上の高齢者も 74 歳以下と同様に国保か被用者保険に加入することとした。現在、後期高齢者医療制度の加入者数は約 1,400 万人であるが、改革後は国保に約 1,200 万人、被用者保険に約 200 万人が加入する見通しである。なお、75 歳以上で被用者保険に加入するのは、本人が会社員で健保に加入している場合や、健保や共済²²の加入者の被扶養者の場合である。

国保は、世帯主がまとめて保険料を負担し、被用者保険に移る被扶養者については被保健者全体で保険料を負担することにした。後期高齢者医療制度に移行したことにより、個人単位で保険料が徴収され、それまで保険料負担のなかった被扶養者保険の加入者に扶養

²¹健康保険の加入者(働いている人)に養われている家族。保険料負担は不要である。被保険者の祖父母・母・親・配偶者・子・孫・弟妹

²² 正式名称共済組合。公務員等を対象にした保険。

される高齢者にも保険料負担が発生してしまった。新制度では、国保は世帯主がまとめて保険料を納める形式をとり、被扶養者に関しては、被保健者全体で保険料を負担する。

また、厚生労働省は医療機関の窓口で支払う患者の自己負担割合について、現在は暫定的に 1 割となっている 70～74 歳の負担を見直し、2 割負担に引き上げる方針を固めている。

第 2 項 制度の問題点

2013 年に施行を目指している新制度では、前期高齢者の自己負担割合について 2013 年 3 月では 70 歳になる人から順次、74 歳になるまでは 2 割負担に戻そうとしており、これによる国庫負担削減額は、2025 年度には 2,900 億円に及ぶ。これは、国民の強い批判を受け自民党政権時でもできなかったことを実施するものである。しかし、今まで個人で加入していた制度だったものが世帯単位での加入となるため、被扶養者にとっては負担がなくなるがその分、今まで被扶養者であった 2,000 万人の保険料を被保険者たちで負担しなくてはならない。子どもたちの被扶養者になることも可能なので、そうすると国からの補助金が少ない健康組合保険にとってはさらなる負担増を招くと考えられる。

第 6 節 まとめ

第 1 項 制度のまとめ

老人保健制度が施行された理由として、今後増え続けると予想される高齢者医療費の削減である。しかし、老人保健制度の問題点としては保険料の公費負担以外が拠出金とされており、高齢者本人と現役世代の負担が不明確であり、高齢者と現役世代の負担の関係性が曖昧では現役世代の負担が重くなる恐れがあることである。被扶養者は被保険者全体によって支えられているので、被扶養者の高齢者医療費は現役世代にとって負担が重い。

そこで後期高齢者医療制度では、現役世代と高齢者の負担を明確化するとともに、年齢で線引きし、高齢者の保険料を年金から天引きする形で確実に回収することができた。この制度では個人単位で加入することになるので、今まで被扶養者であった人にも保険料の支払いが求められた。これにより多くの人から確実に保険料を徴収することができるようになったが、高齢者本人たちからは年齢区分の差別感や、被扶養者からの保険料徴収による 1 世帯当たりの保険料負担が大きくなるなどの理由から大きな反発が起こった。その影響から、施行からまもなくして廃止が決定された。その後 2013 年施行を目指している新制度に向けての議論が始まった。新制度は老人保健制度に近く、年齢区分が無ければ被扶養者の保険料負担もない。ただし、現役世代との負担を明確化するために世帯主は保険料の約 1 割を支払うことには変わりはない。

図表 2-1 各制度のまとめ

項目	老人保健法 (2008年.3.31まで)	後期高齢者医療制度 (2008年.4.1から)	新制度
保険証	被保険者が加入している医療保険からそれぞれ保険証が、世帯に1枚または、1人に1枚交付される。	被保険者全員に、「後期高齢者医療制度」独自の保険証が1人に1枚交付される。	現役世代と同じ。
財源 構成	<ul style="list-style-type: none"> ・公費 5割(国4:道1:市町村1) ・国保等の保険者からの拠出金 5割 	<ul style="list-style-type: none"> ・公費 5割(国4:道1:市町村1) ・国保、健保等の保険者からの支援金 4割 ・保険料 1割(対象者から徴収) 	<ul style="list-style-type: none"> ・現役世代+公費(加入する制度問わず75歳以上の方の医療給付費に対して公費を投入) ・保険料 1割(対象者から徴収)
患者 負担	1割負担 (現役並み所得者は3割)	1割負担 (現役並み所得者は3割)	1割負担 (現役並み所得者は3割)
運営 主体	市町村	広域連合 ²³ (都道府県単位で全市町村が加入)	被用者保険と都道府県単位の国保
保険料 の負担	老人保健制度自体での保険料の負担はない。 (国民健康保険や健保等、それぞれ加入している保険者へ保険料を滞納する。)	被保険者は、広域連合が条例で定めた保険率により算定した保険料を納付する。(1割)	国保は世帯主がまとめて保険料負担。被用者保険に移る被扶養者は負担なし。
保険者 機能	保険料の賦課主体(社保等)と医療給付の主体(市町村)が異なる。 →運営責任が不明確	広域連合が保険料の賦課及び医療給付を行う。 →運営責任が明確化	都道府県は都道府県単位の標準保険料率の算出・会計の処理と運営
医療費 の給付	市町村	広域連合	都道府県
保険料 の徴収	なし	市町村	市町村

²³複数の都道府県、市町村、特別区が共同して構成する特別地方自治体。後期高齢者医療制度は都道府県単位の広域連合が保険者となって運営される。

第2項 問題点のまとめ

高齢者自身も保険料を明確に負担することは私たちが考える世代間の負担の公正さと言う観点からは望ましいと考える。また、今まで被保険者に扶養されていた被扶養者までも、個人単位の加入という仕組みになったことで負担が増えたという家庭も多く、国民の反発があるが、より多くの保険料を徴収することができるという点では同様に望ましいと考える。しかし、老人保健制度から後期高齢者医療制度に移行するにあたって保険料負担については議論されているが、自己負担割合に関してはあまり変化していない。とくに前期高齢者の自己負担割合である。本来は2割負担になるはずであったが、国民の反発を恐れてこの点は凍結されてしまった。結果、現在に至るまで前期高齢者の医療費自己負担割合は1割だけである。

第3項 望ましい姿と現状の比較

今まで行われてきた高齢者医療制度では私たちが考える望ましい姿かどうか考察する。

現状の医療制度では、患者が必要としていれば自由に医療を受けることができる仕組みになっているので、国民全員が医療にアクセスできる望ましい姿は達成されている。しかし、「高齢者と現役世代の負担割合が適正である」について述べると、老人保健制度は現役世代と高齢者の費用負担割合が不明確であったため、望ましくない。後期高齢者医療制度は費用負担割合が明確となったものの、医療費が増加し続ける日本において、医療にかかる本人の負担、患者の自己負担割合が変化していない。つまり、増加する医療費は現役世代が負担していることを意味している。そのため、望ましい姿ではない。新制度に至っては、負担面は後期高齢者医療制度と変わっていない。後期高齢者医療制度では、被扶養者も支払っていたが、新制度では払わなくなったため、現役世代の負担が重くなる制度である。つまり、私たちの定義する望ましい姿ではない。

考察の結果、国民全員が医療にアクセスできているが、高齢者と現役世代の負担割合が適正な姿を求めることはできない。医療費は年々増加しているにもかかわらず、高齢者自身の負担は変化しておらず、現役世代の負担だけが年々増加している。私たちは少子高齢化の下で医療費は増加し、世代間格差が開いていくことを問題とした。このままでは医療制度崩壊につながる可能性があるため、私たちは望ましい医療制度にするため、第3章で政策提言を行う。

第3章 望ましい姿と政策提言

第1章で現在の日本の少子高齢化問題を挙げ、第2章で日本の高齢者医療制度を考察した。その上で日本の少子高齢化における医療問題、現在の医療制度による問題を見直し、高齢者と現役世代の負担割合が適正であるのか検討し、政策提言を行う。

第1節 『望ましい姿』に変えるには

私たちが考える「望ましい姿」とは国民全員が医療にアクセスできて、現役世代と高齢者の負担割合が適正である姿のことである。現在日本の医療制度は国民皆保険制度を導入しており、国民全員が平等に医療にアクセスすることができる。しかし、今後も国民医療費が増加していくとされる中で、70歳以上の高齢者の自己負担割合が1割負担のままだと、現役世代の負担が重くなりすぎる。

そこで、望ましい姿を実現するにあたって現役世代の負担を軽減し、負担のバランスを適正化するため、70歳以上の高齢者の自己負担割合を1割から2割に引き上げる政策提言を行う。自己負担割合を2割負担にする理由は、厚生労働省が70～74歳の負担を見直し、現行の1割負担から法定の2割負担に引き上げる案を示したからである。しかし、私たちが対象とした政策は70歳以上で、厚生労働省とは対象年齢は異なる。また、2割負担にすることにより1,700億円公費が削減できるという試算も出している。このことから私たちは政府と同じ2割の自己負担設定にすれば現実性のある金額が算出できると考えた。

今後増加する医療費は世代間格差を生む要因の一つであると考えれば、医療費の削減も必要となる。2つの政策を用いて医療費を削減することができ、現役世代と高齢者の負担バランスを適正化することができるのか検証し、政策効果とする。また、バランスの適正化とは、現行制度に比べて高齢者の負担が少しでも増え、現役世代の負担が少しでも軽減することができれば、適正化とする。

第1項 医療経済学の考え方

政策提言を行う上で医療経済学の考え方をもとにした。
医療費が求められる過程は、

$$D(\text{需要}=\text{医療機関へのアクセス}) \times P(\text{供給}=\text{医療の単価}) = I(\text{医療費})$$

と求めることができる。

1つ目にI(医療費)を操作する。Iについて説明すると、医療費は高齢者と現役世代の負担によって構成されている。Iが高くなるということは、少子高齢化の下で現役世代の負担が重くなっていくことである。私たちは、現役世代の負担を変えずに、高齢者自己負担

割合を変えようとしている。そこで、高齢者に医療費を今よりも負担してもらうことで、I の高齢者と現役世代のバランスを適正化することができる。

2 つ目に P(供給)の操作を行う。医療費を削減することは、D(需要)か P(供給)を減らせば I(医療費)が削減できる。しかし、私たちが考える政策において、D(需要)を変えずに P(供給)を変えて、I(医療費)を削減することができるのは薬剤費だけであると考えた。薬剤費を削減することによって、I(医療費)の全体の医療費を下げることにした。

第 2 項 政策提言 自己負担割合の引き上げ

高齢者の医療費の中でも自己負担割合に注目した理由は、現状の保険料・公費の割合を引き上げることは、医療にかからない人に対しても負担が増加するからである。実際に医療を必要としている患者に対し自己負担割合を引き上げるといことは、医療の価格が増加することである。これは、医療の価格が増加することによる受診回数の減少が懸念される。価格が変化すれば受診回数・患者の行動心理に変化が生じ、医療に受診しにくくなると、国民全員が医療にアクセスできる「望ましい姿」に反してしまう。そこで分析にあたり、湯田(2007)の自己負担率における価格弾力性の分析を利用した。価格弾力性とは価格の変動によって、ある製品の需要や供給が変化する度合いを示す数値である。需要の価格弾力性は、需要の変化率/価格の変化率の絶対値で表される。私たちの関心においてこの需要の価格弾力性の分析を当てはめると、医療費の変化率/自己負担の変化率と表せる。湯田は高齢化社会においても持続可能な医療保険制度を構築するためには、高齢者の医療需要行動を分析する必要があると述べている。

図表 3-1 日本における高齢者医療需要の価格弾力性の計測結果の概要

論文名	データ	分析対象	価格弾力性
井伊・大日(2002)	旧厚生省「社会診療行為別調査」(1979-1997年)	医療費	0.016
鈴木(2005)	富山県国民健康保険レセプトデータ(1998-2002年度)	一人当たり医療費	0.067

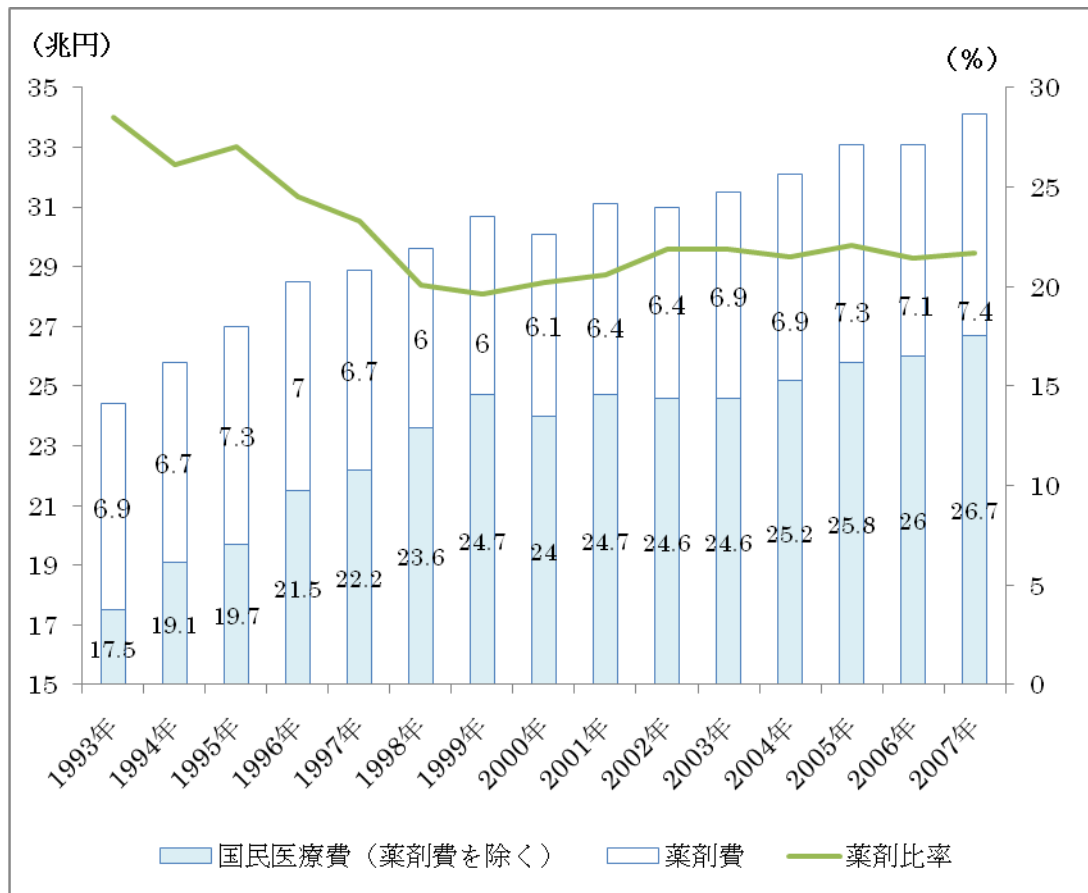
出典:湯田(2007) p.25 より作成

図表 3-1 は日本における高齢者医療需要の価格弾力性の計測結果の概要である。湯田(2007)によると自己負担割合引き上げ政策は、必ず受診抑制を発生させるが規模は小さい。考えられる理由として、自己負担割合が引き上げになったとしても、以前と変わらずアクセスし続けると述べている。

第2節 政策提言 後発医薬品推進による医療費削減

第1項 国民医療費と薬剤費

図表 3-2 国民医療費と薬剤費



出典：日本後発製薬協会「後発医薬品について」
厚生労働省「国民医療費の状況」より作成

薬剤費の削減を考える上で、国民医療費と薬剤費を検証した。図表 3-2 は国民医療費と薬剤費、薬剤比率である。国民医療費は 2007 年には 30 兆円を超え、年々増加傾向にある。国民医療費のうち 2007 年には薬剤費が占める割合が約 20% である。薬剤比率を見ると、医療費が増加していても薬剤比率はほとんど変わっていない。つまり、今後も国民医療費が増加すれば薬剤費も増加すると予想できる。

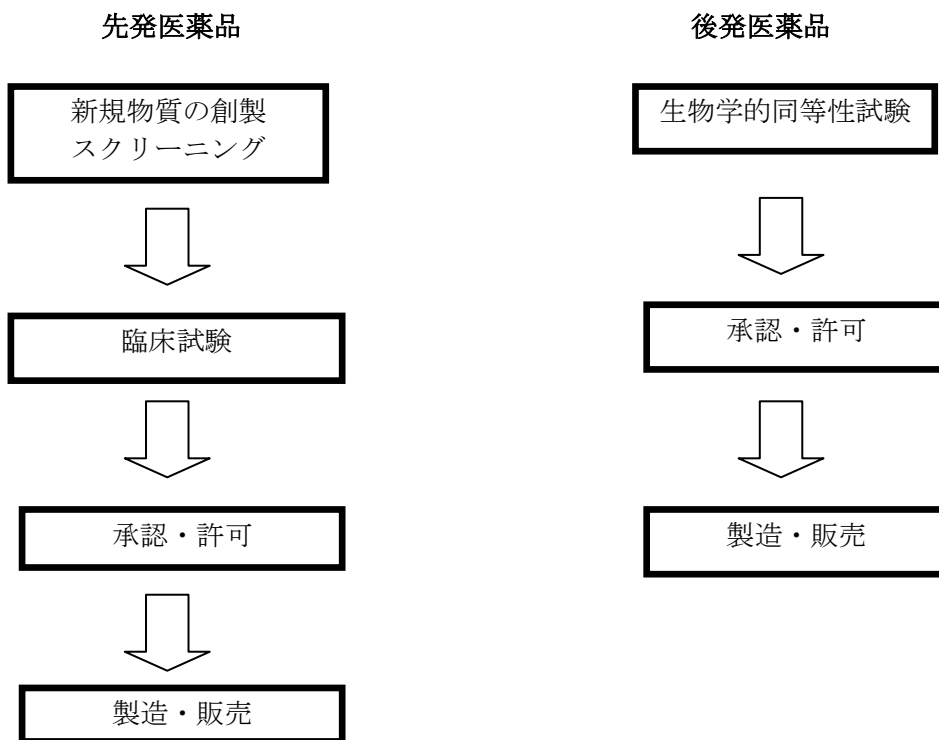
増加する薬剤費を抑制する上で、厚生労働省は後発医薬品の推進を掲げている。

第 2 項 後発医薬品

後発医薬品とは、製薬会社が開発した医薬品の特許が切れた後に、別のメーカーが同じ有効成分で作る薬である。最初に開発された薬は新薬や先発医薬品と呼ばれる。後発医薬品は、先発医薬品の特許満了後に有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同じ医薬品として新たに申請され、製造・販売されるので、品質的な違いはないと言える。また、後発医薬品は、新薬と比べて開発時の試験項目が少なく、研究開発にかかる時間・費用ともに少なくすむため低価格での販売が実現する。価格は新薬の 2~7 割と定められている。低価格の理由として、先発医薬品開発に 9~17 年の歳月と約 500 億円もの投資が必要と言われるのに対して、後発医薬品の開発期間は 3~5 年ほどで、費用は数千万円の違いがある。開発費用がかからない分、価格も抑えることが可能になる。

国内大手の沢井製薬による後発医薬品のラインナップは約 550 品目ある。その種類として、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病を始め、抗アレルギー剤や抗生物質、抗ガン剤、更には外用薬(塗り薬や貼り薬、目薬)などがあり、多種多様である。

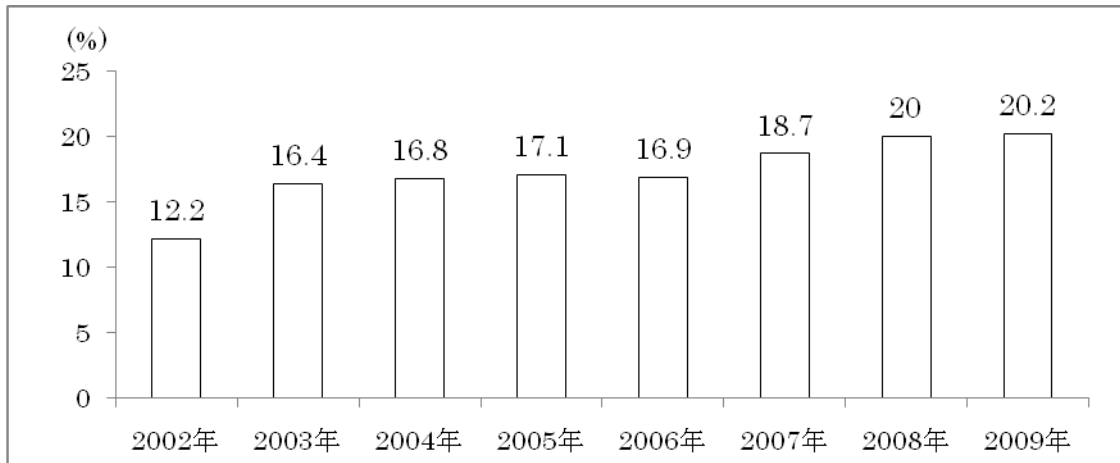
図表 3-3 先発医薬品・後発医薬品、製造・販売までの流れ



第3項 後発医薬品普及の現状と課題

厚生労働省では「平成24年度までに、後発医薬品の数量普及率を30%(現状より倍増)以上にする」という目標を掲げている。このような目標が登場した背景には、安価な後発医薬品を普及させることで、医療費の増加を抑えたいという政府の考えがある。

図表 3-4 後発医薬品普及率 (国内)

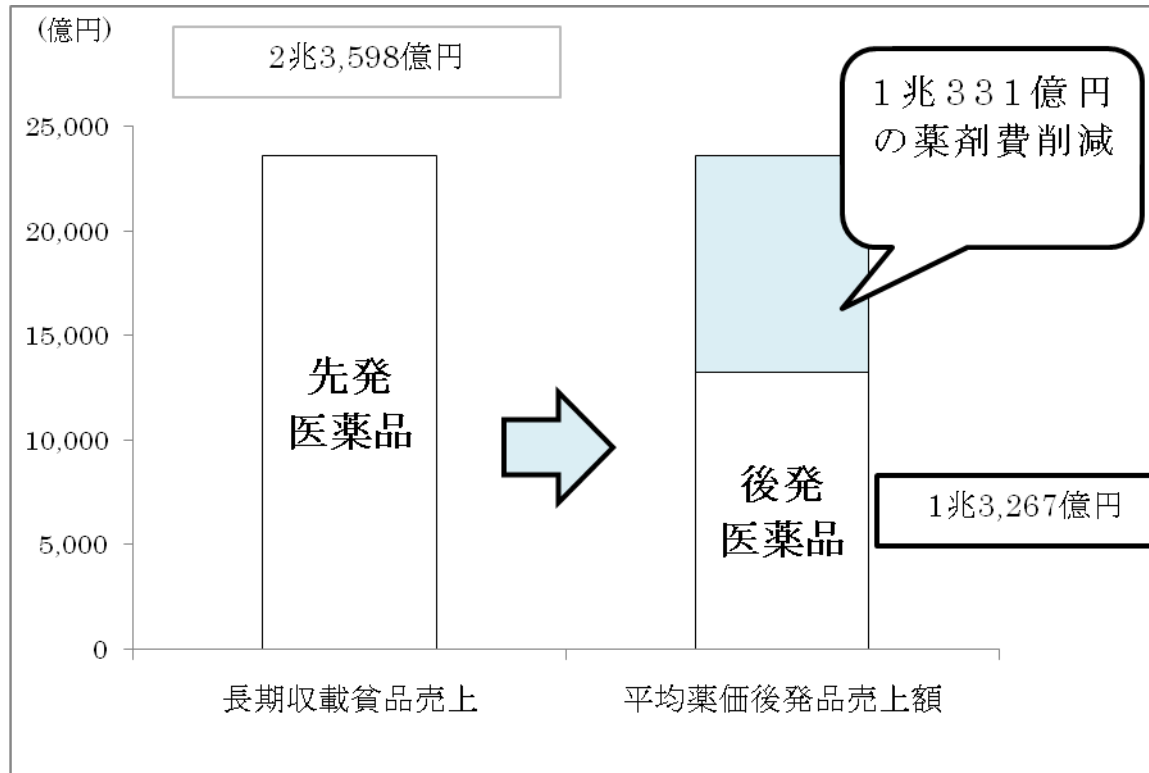


出典: 日本後発制約協会、厚生労働省より作成

図表 3-4 は後発医薬品普及率である。後発医薬品は年々普及率が増加していることがわかる。しかし、欧米諸国の後発医薬品平均普及率は 40%~50%であるのに対し、日本の後発医薬品普及率は低いことが言える。後発医薬品の普及が進まないその理由に、医療関係者の間で、後発医薬品の品質や情報提供、安定供給に対する不安が払拭されていないことが挙げられる。具体的には、副作用などの安全情報が患者側に提供されていないことや、後発医薬品普及に向けての情報発信が少なく認知度が低い。また、後発医薬品を提供する企業の供給が追いついていないことが挙げられる。

2011年5月に行われた、社会保障改革に関する集中検討会議に厚生労働省社会保障改革案を提示し、「後発医薬品の更なる促進」を掲げた。後発医薬品促進策として、厚生労働省は2002年、後発医薬品の積極的利用を促進する政策を打ち出した。内容は、医師や薬局で後発医薬品を処方・調剤した場合、点数が2点加算される制度である。また、2008年には後発医薬品を標準とする方向で処方箋様式を変更し、処方箋に「後発医薬品への変更不可」という欄が設けられた。医師のサインがなければ、患者は薬剤師と相談して後発医薬品に変更することが可能になった。更に2010年4月に調剤報酬改定が行われた。その内容は、1つ目が薬局の調剤基本料における「後発医薬品調剤体制加算」の見直しである。具体的には、20%以上6点、25%以上13点、30%以上17点加算となっている。2つ目が薬局における含量違いまたは剤形違いの後発医薬品への変更調剤の容認である。3つ目が医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価である。4つ目が保険医療機関および保健医療養担当規制(療養担当規制)等の改正である。また、2012年4月診療報酬改定の検討が始まっている。

図表 3-5 後発医薬品使用による薬剤費削減効果①²⁴



出典: 日本後発製薬協会「知的財産研究委員会 2007年2月9日」より作成

図表 3-5 は後発医薬品使用による薬剤費削減効果である。先発医薬品から後発医薬品にすることで、医療費の中の薬剤費が約 1 兆 331 億円削減できる。現在の先発医薬品の半分以上が減るので、医療費の削減にもつながる。図表 3-5 の計算方法は、図表 3-6 である。

²⁴特許が切れた先発医薬品で後発医薬品がある医薬品のこと。

図表 3-6 後発医薬品使用による薬剤費削減効果②

<u>後発医薬品にかかる粗い機械的試算</u>	
1、後発医薬品のある先発医薬品にかかる国民の負担額	
○薬剤費：約 7 兆円×後発医薬品のある先発医薬品の金額シェア：36%＝約 2.5 兆円…①	
2、後発医薬品のある先発医薬品を単純に全て後発医薬品に振り替えた場合の国民の負担額	
○約 2.5 兆円×1/2(後発医薬品の価格を先発医薬品の 1/2 と仮定)＝約 1.3 兆円…②	
3、負担額の差	
○約 2.5 兆円(①)－約 1.3 兆円(②)＝約 1.2 兆円…③	
○負担額の差(約 1.2 兆円(③))の内訳(平成 16 年度国民医療費の財源内訳に基づき機械的に試算)	
・患者負担：約 0.2 兆円	
・保険料負担：約 0.6 兆円	
・公費負担：約 0.4 兆円(国庫負担：約 3 兆円、地方負担：約 0.1 兆円)	

出典：日本後発製薬協会「知的財産研究委員会平成 2007 年 2 月 9 日」より作成

図表 3-6 は後発医薬品使用による薬剤費削減効果(機械的試算)である。日本後発製薬協会の試算によると、約 1.2 兆円薬剤費を削減できる。

薬剤費は医療費の中に含まれており、薬剤費を削減できれば医療費も削減できる。よって、日本の薬剤費は後発医薬品を推進することで薬剤費を削減できることが推測できる。後発医薬品を使用して医療費を削減することはだれかの負担が増えるというデメリットがない。後発医薬品を使用することは個人にとっても、国にとっても費用負担が軽減できる。

このモデルデータを使用し、私たちは自己負担割合を引き上げた時、高齢者と現役世代の負担関係に影響があるのか検証する。

第4章 政策効果のシミュレーション

第1節 シミュレーションによる世代間格差縮小

第1項 シミュレーション方法

第3章第1節の政策提言で述べたとおり、私たちは望ましい姿と考える高齢者と現役世代の負担バランスを適正化する上で政策提言を行った。高齢者の自己負担割合を引き上げることと、後発医薬品推進により医療費全体を下げ、国民の負担を軽減することである。

シミュレーションを行うにあたり、私たちは高齢者医療費とその他医療費に分けて推測を行った。高齢者医療費の定義として、私たちは現在自己負担割合が1割である70歳以上という年齢で区分を行った。現行制度で70～74歳は前期高齢者医療制度に加入している。しかし、私たちが行うシミュレーションでは70歳以上という年齢で区分をし、「新高齢者医療制度」とした。現行制度で何も政策を行わない場合と比較するため、医療制度の仕組みは後期高齢者医療制度と同じにした。

始めに今後の検証でもととなる将来の高齢者医療費を算出する。ここでは2つの伸び率を使用した。「総額A」と表わしたものは、最後に医療制度改革が行われた次の年である2007年～2010年の平均医療費伸び率(1.55%)をもとに独自で算出した。「総額B」では、厚生労働省が試算している今後の医療費伸び率(2.2%)をもとに算出した。この伸び率に将来予測高齢者人口をかけることによって、医療費を求めることができる(図表4-1)。ここで総額1と総額2で差があるのには2つの要因が考えられる。1つ目は、年齢区分が異なる点である。私たちは70歳という年齢で区分したが政府では65歳で区切っている。2つ目は、伸び率の設定が異なっているからである。私たちは、高齢者とその他世代の医療費で分けて求めたが、政府の試算に関係なく一律の伸び率を使用しているため差が生まれたと考えられる。

図表 4-1 2025 年高齢者医療費試算

高齢者人口	総額 A(独自基準)	総額 B(厚生労働省基準)
	係数: 1.55	係数: 2.2
2,931 万人	29.3 兆円	32.2 兆円

厚生労働省『「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」のポイント』
総務省統計局『国民医療費 平成22年12月確定値』より筆者独自試算

次に医療費全体を削減するために、後発医薬品を推進した場合の将来薬剤費を試算する。まず、現行制度のままの将来薬剤費を計算する。ここでも、2つの伸び率を用いる。「総額 A」では 2007 年～2009 年の高齢者薬剤費の平均薬剤費伸び率(4.27%)をもとに独自で試算した。「総額 B」では厚生労働省で薬剤費の伸び率を試算していなかったため、医療費と同じ伸び率(2.2%)を使用して試算した。後発医薬品を使用した場合の計算をするにあたり、第 3 章第 2 節第 3 項の計算式²⁵を利用した。このまま同じ割合で後発医薬品が普及したと仮定した場合の割合(81%)を使用して、薬剤費総額にかける。色の付いている部分は、ここで生まれた差額が、現行の薬剤費すべて後発医薬品を使用した場合に削減できる金額を示している(図表 4-2)。

図表 4-2 2025 年高齢者薬剤費試算

高齢者人口	総額 A(独自基準)	総額 B(厚生労働省基準)
	係数：4.27	係数：2.2
2,931 万人	69,270 億円	51,243 億円
	後発医薬品推進による薬剤費	
	総額 A×81%	総額 B×81%
	56,109 億円	41,507 億円
	後発医薬品推進によって削減できる金額	
	総額 A－(総額 A×81%)	総額 B－(総額 B×81%)
	13,161 億円	9,736 億円

図表 4-1 で示した医療費総額から、図表 4-2 で示した後発医薬品を使用したときの差額を引く。これにより、後発医薬品を使用した場合の医療費が求められる。薬剤費によって医療費が削減できた金額をもとにして、高齢者の自己負担割合を 1 割から 2 割に引き上げた場合を算出する(図表 4-3)。高齢者医療制度では現役並みの所得の場合自己負担は 3 割だが、2010 年では後期高齢者の 7.58%しか現役並み所得者がいなかったため、試算上全員 1 割負担であると仮定しても問題ないと考えた。

図表 4-3 2025 年高齢者医療費から後発医薬品使用による薬剤費削減をした金額

総額 A(独自基準)	総額 B(厚生労働省基準)
27.9 兆円	31.2 兆円

高齢者の自己負担割合を 2 割に引き上げると、需要(医療へのアクセス)が変動する事も考えられる。そこで第 3 章第 1 節第 2 項で述べた価格弾力性を使用する。価格弾力性 0.016 を使用したものを政策 0.016、価格弾力性 0.067 を使用したものを政策 0.067 と表した。弾力性を使用した場合の金額は、需要が減って医療費が削減される金額を示している(図表 4-4、図表 4-5)。価格弾力性による需要の変化額を医療費から除いた金額が、自己負担割合を引き上げた場合でも推測できる医療費総額である。総額 A'、総額 B' で示した医療費総額は私たちが最終的に求めたかった「望ましい姿」にあたる。

²⁵7 兆円－1.3 兆円＝「後発医薬品のある先発薬」をすべて後発医薬品に振り替えた場合の薬剤費(5.7 兆円)

5.7 兆円÷約 7 兆円＝薬剤費をすべて後発医薬品に振り替えた場合の薬剤費割合(81%)

図表 4-4 2025 年政策 0.016(価格弾力性 0.016 を使用した場合)

自己負担割合を上げることによる需要の影響額	
総額 A(独自基準)	総額 B(厚生労働省基準)
4,476 億円	5,002 億円
政策施行による高齢者医療費総額(総額－価格弾力性)	
総額 A [〓]	総額 B [〓]
27.5 兆円	28.8 兆円

図表 4-5 2025 年政策 0.067(価格弾力性 0.067 を使用した場合)

自己負担割合を上げることによる需要の影響額	
総額 A(独自基準)	総額 B(厚生労働省基準)
18,737 億円	20,945 億円
政策施行による高齢者医療費総額(総額－価格弾力性)	
総額 A [〓]	総額 B [〓]
26.1 兆円	29.2 兆円

総額から弾力性を除いた金額(総額 A[〓]、総額 B[〓])をもとに、費用負担の関係性を見ていく。負担の割合は現行制度と同じく、自己負担以外は公費が 5 割、高齢者本人の保険料 1 割、現役世代からの支援金が 4 割とする。ただし、弾力性を入れた部分は自己負担を 2 割として求める。また、この金額は医療費の総額であるので、具体的に 1 人当たりどれくらい削減できるのかも検証していく。本来であれば高齢者自身の保険料負担率が増加するが、大まかなシミュレーションのため、今回は同じ保険料率であると仮定した。

第 2 項 政策導入による現役世代と高齢者の負担の変化

第 1 項のシミュレーション方法をもとに試算した、現役世代と高齢者の負担の変化を一覧で表した。2010 年に比べて 2025 年には 2 倍近く医療費は増加する。しかし、私たちの政策によって医療費全体が削減され、負担の関係も変化したので、現役世代が主に負担している公費、支援金の負担が減少し、高齢者の自己負担割合が増加した(図表 4-6)。

政策で自己負担割合を引き上げたため政策前と比べて金額が高くなっている。しかし後発医薬品を使用しなかった場合、差額金額は 2 倍になるが、後発医薬品を使用することにより 2 倍まで上がらなかった。また、本人保険料の金額が下がっているため、高齢者の負担は減少することが予想される。

図表 4-6 高齢者医療費

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A ¹ (独自基準) <単位: 兆円>					
2010 年	16.7	1.7	7.6	1.5	6.1
2025 年政策前	29.3	3.0	13.2	2.6	10.5
政策 0.016 ²⁶	27.5	5.5	11.0	2.2	8.8
政策 0.067 ²⁷	26.1	5.2	10.4	2.1	8.3
1 人当たり <単位: 万円>					
2010 年	79.3	7.9	35.7	7.1	28.6
2025 年政策前	99.9	10.0	44.9	9.0	36.0
政策 0.016	93.9	18.8	37.5	7.5	30.0
政策 0.067	89.0	17.8	35.6	7.1	28.5

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B ¹ (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
2010 年	17.0	1.7	7.6	1.5	6.1
2025 年政策前	32.2	3.2	14.5	2.9	11.6
政策 0.016	28.8	5.8	11.5	2.3	9.2
政策 0.067	29.2	5.8	11.7	2.3	9.3
1 人当たり <単位: 万円>					
2010 年	79.3	7.9	35.7	7.1	28.6
2025 年政策前	101.0	10.1	49.5	9.9	39.6
政策 0.016	98.2	19.6	39.3	7.9	31.4
政策 0.067	99.4	19.9	39.8	80.0	31.8

次に、2010 年と比べてどれくらい医療費が変化するか検証した (図表 4-7)。総額 1 の 1 人当たり医療費では、2010 年よりも金額が少ない部分がある。これは弾力性による需要の変化が特に大きい結果だと推測される。

²⁶2025 年高齢者医療費シミュレーションによる金額。弾力性 0.016 を使用したもの。

²⁷2025 年高齢者医療費シミュレーションによる金額。弾力性 0.067 を使用したもの。

図表 4-7 2010 年と比較した差額

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A [〃] (独自基準) <単位: 兆円>					
2025 年政策前	12.3	1.2	5.58	1.1	4.4
政策 0.016	10.5	3.8	3.4	0.7	2.7
政策 0.067	9.1	3.5	2.8	0.6	2.2
1 人当たり <単位: 万円>					
2025 年政策前	20.6	2.1	9.2	1.8	7.4
政策 0.016	14.5	10.8	1.8	0.4	1.5
政策 0.067	9.7	9.9	-1.0	-0.2	-0.8

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B [〃] (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
2025 年政策前	15.2	1.5	6.9	1.4	5.5
政策 0.016	11.8	4.1	3.9	0.8	3.1
政策 0.067	12.2	4.1	4.0	0.8	3.2
1 人当たり <単位: 万円>					
2025 年政策前	30.6	3.0	13.8	2.8	11.0
政策 0.016	18.8	11.7	3.6	0.7	2.9
政策 0.067	20.1	12.0	4.0	0.8	3.3

次に、時間軸の同じ 2025 年時点での、政策を行わない場合と行った場合の差額を比較した(図表 4-8)。総額 A[〃]、総額 B[〃] の保険料部分に当たる公費、本人保険料、支援金は政策によって政策 0.016、政策 0.067 とともに約 20%削減することができた。自己負担割合を除いてどの項目においても金額を下げるすることができた。自己負担割合が上がり、他の部分が下がったということは、私たちが考えていた「望ましい姿」になったことが言える。

図表 4-8 2025 年政策前と比較した差額

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A [〃] (独自基準) <単位: 兆円>					
政策 0.016	-1.8	2.6	-2.2	-0.4	-1.7
政策 0.067	-3.2	2.3	-2.7	-0.5	-2.2
1 人当たり <単位: 万円>					
政策 0.016	-6.0	8.8	-7.4	-1.5	-5.9
政策 0.067	-10.9	7.8	-9.3	-1.9	-7.5

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B [〃] (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
政策 0.016	-3.5	2.5	-3.0	-0.6	-2.4
政策 0.067	-3.1	2.6	-2.8	-0.6	-2.3
1 人当たり <単位: 万円>					
政策 0.016	-11.8	8.6	-10.2	-2.0	-8.2
政策 0.067	-10.5	8.9	-9.7	-1.9	-7.7

2012 年からこの政策を実行した場合、2025 年までにどのくらいの医療費が削減できるのか。ここでは、高齢者医療費だけでなく、国民医療費についても考えた(図表 4-9)。何も政策をしなかった場合、削減できる金額は 0 円である。政策による効果が大きいことが言えるだろう。国民医療費では 0 から 69 歳までの薬剤費も後発医薬品に変えたとして試算しているため、大きな削減効果が出ている。医療費が削減できると、その分現役世代の医療費負担は大きく削減することができる。

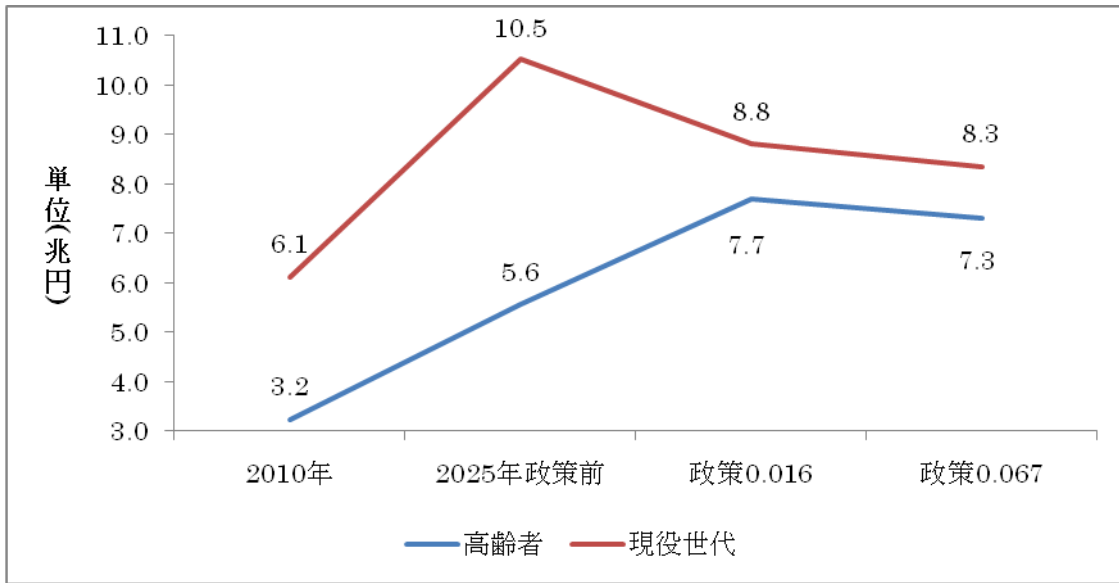
図表 4-9 政策実施による 2012 年～2025 年の医療費削減累計額 (兆円)

	政策 0.016		政策 0.067	
	総額 A [〃]	総額 B [〃]	総額 A [〃]	総額 B [〃]
高齢者医療費	18.2	25.8	34.6	13.6
国民医療費	42.1	43.6	58.5	51.7

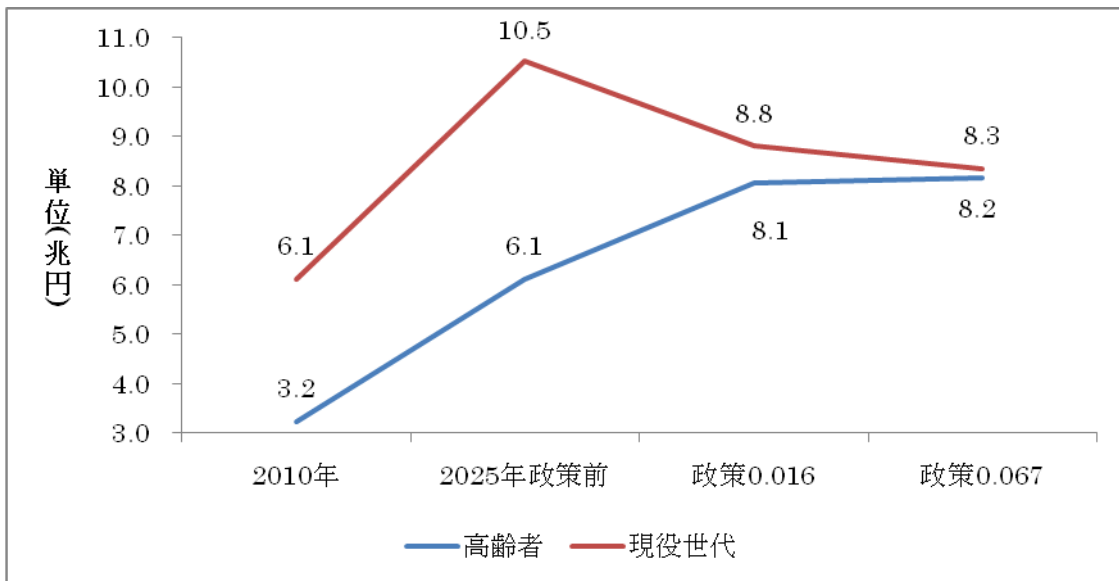
最後に負担バランスがどのように変わったのかグラフを用いて考察する(図表 4-10、図表 4-11)。高齢者の負担は自己負担割合と本人保険料を、現役世代の負担は支援金とした。公費は高齢者と現役世代の負担関係が不明なためこのグラフでは除いた。現役世代が多く負担している公費を入れた場合、現役世代の医療費負担が増えるが、それでも政策前と比べるとバランス改善されると考える。

2025 年政策前と比較して政策後では医療費負担のバランスが改善されたことが分かる。つまり「望ましい姿」となったことが分かる。

図表 4-10 総額 A[〓] (独自基準)による医療費負担のバランスの変化



図表 4-11 総額 B[〓] (厚生労働省基準)による医療費負担のバランスの変化



第 3 項 自己負担割合を 3 割に引き上げた場合

私たちは 2 割負担だけでなく、3 割に引き上げる場合も考えた。シミュレーション方法は自己負担割合を 2 割に引き上げた場合と同じである。価格における弾力性は、自己負担が 1 割から 3 割に変わるので弾力性 0.016 は弾力性 0.032 に、弾力性 0.067 は弾力性 0.134 に変更する。ここでは結果だけ述べる(図表 4-10)。弾力性を使用したことによる需要の変化額、2010 年、2025 年政策前と比較した差額については付録に載せてあるので、ここでは省略する。

図表 4-12 高齢者医療費

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A [^] (独自基準) <単位: 兆円>					
2010 年	16.7	1.7	7.6	1.5	6.1
2025 年政策前	29.3	3.0	13.2	2.6	10.5
政策 0.032 ²⁸	28.4	8.5	9.9	2.0	7.9
政策 0.134 ²⁹	25.5	7.7	8.9	1.8	7.1
1 人当たり <単位: 万円>					
1 人当たり (万円)	老人医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
2010 年	79.3	7.9	35.7	7.1	28.6
2025 年政策前	99.9	10.0	44.9	9.0	36.0
政策 0.032	96.8	29.0	33.9	6.8	27.1
政策 0.134	87.1	26.1	30.5	6.1	24.4

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B [^] (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
2010 年	16.7	1.7	7.6	1.5	6.1
2025 年政策前	32.2	3.2	14.5	2.9	11.6
政策 0.032	31.2	9.4	10.9	2.2	8.7
政策 0.134	28.0	8.4	9.8	2.0	7.9
1 人当たり <単位: 万円>					
2010 年	79.3	7.9	35.7	7.1	28.6
2025 年政策前	101.0	10.1	49.5	9.9	39.6
政策 0.032	106.5	32.0	37.3	7.5	29.8
政策 0.134	95.7	28.7	33.5	6.7	26.8

高齢者の自己負担割合を現役世代と同じ 3 割にすると弾力性の効果が大きいので、医療費はより大きく削減することができる。また、高齢者の自己負担割合が増加したため、その他の部分が大きく削減される。総額 A[^] を 1 人当たりで見ると、自己負担以外の部分が 2010 年よりも低い。しかし、自己負担は 2025 年政策前と比べると 3 倍近くになっている。総額 B[^] の政策 0.032 を見ると、1 人当たりの自己負担額が年間 32 万円である。月に直すと 3 万円近くに上る。これは所得が少ない高齢者の立場から考えると多くの人は支払うことが難しい。自己負担 3 割は実現性に欠けていることがこのシミュレーションで分かった。

私たちは今回自己負担割合の設定を 2 割とした。これはあくまでベンチマークでしかない。細かく言えば 1.5 割でも良いわけである。政府は 2013 年新制度施行に向けて、現在 1 割の負担である 70~74 歳の自己負担割合を本来の 2 割負担にすると述べている。2 割負担にすることにより 1,700 億円公費が削減できるという試算も出している。このことから私たちは政府と同じ 2 割の自己負担設定にすれば現実性のある金額が算出できると考えた。また同じ 2 割負担でどれほど削減できるのかシミュレーションをした。政府の試算よ

²⁸ 2025 年高齢者医療費シミュレーションによる金額。弾力性 0.032 を使用したもの。

²⁹ 2025 年高齢者医療費シミュレーションによる金額。弾力性 0.134 を使用したもの。

り年齢の幅を広げ、後発医薬品を使用したことにより総額 A' の政策 0.016 では約 1 兆 8 千億円削減することができることが分かった。また、私たちのシミュレーションでは削減額を公費だけでなく、本人保険料、支援金にも分配したため、全体的に削減されたと言える。

第2節 政策変更による弊害と対応策

70 歳以上の高齢者に対し、自己負担割合を 1 割から 2 割に引き上げる政策と、後発医薬品推進による医療費削減によって高齢者と現役世代の負担バランスは改善できた。

しかし、自己負担割合が増加したことによる問題もある。通院を余儀なくされている高齢者や、低所得者層の高齢者等の自己負担割合増加により、これまで以上の負担を強いられる可能性がある。

しかし、価格弾力性の分析結果にも、医療費が増加しても患者にとって大きな負担にならない分析結果もあり、これまで以上の負担の可能性は少ないと言える。

上記の対応策として、「高額療養費制度」という制度がある。この制度は重い病気などで病院等に長期入院することや、治療が長引く場合に伴う高額な医療費を支払う際、自己負担額の一定限度額を超えた部分が払い戻され、公費で賄う制度である(図表 4-10)。高額療養費医療制度によって、通院回数が多くて高額な医療費を支払う高齢者や、低所得者層の高齢者等、これまでと同様に医療にアクセスすることが可能である。

図表 4-10 70 歳以上の高額療養費制度の概要

区分	対象	上限額 (外来)
一般	70~74 歳	24,600 円
	75 歳以上	1,200 円
現役並み所得者	1 人暮らし年収 383 万円以上、 2 人世帯 520 万円以上	44,400 円
低所得者 I	住民税非課税者	8,000 円
低所得者 II	低所得者 I に属し、1 人暮らし年金 80 万円 以下、2 人世帯年金 160 万以下	8,000 円

出典：HOKEN-ERABI.NET 引用

私たちが行った政策提言においてもこの制度を行う。高齢者の自己負担割合を引き上げたことにより、高額療養費制度の対象となる人数は増加すると予測される。しかし、2025 年高齢者自己負担額 (総額 1 弾力性 0.016) を月平均に直すと、4,587 円である。高額療養費制度の上限額は月単位なので、一般に当てはまる人の多くは適用外である。以上のことから上限額を超えた以降の必要以上の医療へのアクセスへの懸念はされにくい。低所得者は月々の上限額は低く設定されているため、世代内の格差が広がることの対策にもなっている。低所得者も医療費を気にすることなく今まで通り医療にアクセスすることができる。高額療養費制度は、公費負担が増えてしまうことも考えられるが、私たちの政策では後発医薬品の推進により医療費は大幅に削減されている。つまり何も政策を行わないのに比べて、公費負担も大幅に削減されている。政策によって削減された医療費を高額療養費制度に回すことによって、現在よりも公費負担が増加することはないと考える。

政策効果のまとめ

この論文の目的は、高齢者と現役世代の負担バランスをいかに適正なものとするかを検討することである。現在日本が抱える少子高齢化問題は、高齢者数の増加と国民医療費の増加という問題と、子どもの数が減少することによる高齢者医療を支える現役世代の減少である。これらの問題に対して現行の医療制度は、負担の側面からみると高齢者・現役世代間の負担バランスが適正なものではない。そこで本稿では、70歳以上の高齢者の自己負担割合を1割から2割に引き上げる政策と、後発医薬品推進による医療費削減により、高齢者と現役世代の負担バランスの適正化を図った。シミュレーションの結果、私たちの政策提言による効果は現行制度に比べ医療費が削減され、高齢者と現役世代の負担バランスを改善するものとなった。それを踏まえ、論題に対する結論を述べる。私たちが定義する望ましい姿とは、国民全員が医療にアクセスできて、高齢者と現役世代の負担割合が適正である姿のことである。政策前は国民全員が医療にアクセスできるが、高齢者と現役世代の負担割合が不適正であったため、望ましい姿ではなかった。しかし、政策を行うことで、国民全員が医療にアクセスできることを維持したまま、高齢者と現役世代の負担割合が適正化され、望ましい姿を求めることができた。

終章

私たちは今後さらに深刻となる少子高齢化による問題の一つ、「医療費の増加」に着目した。病気にかかるリスクの高い高齢者が今後も増加すると予想される。高齢者の医療費を支える現役世代の数が減少していくことは、現役世代一人当たりが負担する医療費負担がさらに重くなることを意味している。

医療に多くかかる高齢者の医療費を国民全員で負担しようと、政府はこれまで老人保健制度や後期高齢者医療制度といった、高齢者医療制度を施行してきた。しかし、これらの制度は高齢者の顔色を窺うように、保険料が上がっても高齢者の負担を少しでも軽くしようと、自己負担割合は一切変わっていない。医療費は年々増加しているにもかかわらず、高齢者の医療へのアクセスは保障されたまま負担が一定であるということは、現役世代の負担がさらに重くなってしまいう制度を政府は施行してきたと言える。私たちは自己負担割合が変化していないことを問題とし、高齢者の自己負担割合を引き上げる政策を考えた。また、後発医薬品を推進して医療費全体を削減することにより、国民医療費も削減しようと考えた。さまざまな論文や資料を参考に検証を行ってきた結果、私たちが考えた政策は効果があると判断した。その根拠として、自己負担割合を 2 割にすることで高齢者自身の負担を増やしたが、後発医薬品の推進により負担する金額も、ただ自己負担割合を引き上げることに比べ軽くなっている。また、高齢者自身の保険料負担も軽減されたため、高齢者の医療費負担は軽くなったと言える。現役世代にとっては、高齢者自身の負担が増えたことにより支援金が減少し、さらに後発医薬品によって医療費全体が削減されたので、ただ自己負担割合を 2 割負担にするだけよりもさらなる効果が生まれた。

私たちが提言する望ましい姿は、国民全員が医療にアクセスできて、高齢者と現役世代の負担割合が適正である姿である。検証の結果、私たちが提言した後発医薬品普及と高齢者の自己負担金額を 2 割に引き上げる政策を行ったことで、高齢者医療費が 1 兆 8 千億円削減できることができた。つまり、国民全員が医療にアクセスできて、高齢者と現役世代の負担割合が適正である姿にすることができた。

しかしながら、高齢者の自己負担割合を引き上げるのは国民の反発が発生する可能性があるため、実現可能な政策提言とはいえないかもしれない。民主主義社会の下で、この政策が実現されるにはどうすればよいのか、というところまで考えることができなかった。これは今後の研究課題とする。

付録

第4章第1節第3項の高齢者自己負担を3割にした場合のシミュレーションである。政策 0.032 は 2025 年高齢者医療費シミュレーションによる弾力性 0.032 を使用した金額、政策 0.134 は 2025 年高齢者医療費シミュレーションによる弾力性 0.134 を使用した金額である。

2010 年と比較した差額

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A [〓] (独自基準) <単位: 兆円>					
2025 年政策前	13.3	1.2	5.5	1.1	4.4
政策 0.032	11.4	6.9	2.3	0.5	1.8
政策 0.134	8.5	6.0	1.3	0.3	1.0
1 人当たり <単位: 万円>					
2025 年政策前	20.6	2.1	9.2	1.8	7.3
政策 0.032	17.5	21.1	-1.8	-0.4	-1.4
政策 0.134	7.8	18.2	-5.2	-1.0	-4.2

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B [〓] (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
2025 年政策前	15.2	1.5	6.9	1.4	5.5
政策 0.032	14.2	7.7	3.3	0.7	2.7
政策 0.134	11.0	6.7	2.2	0.4	1.7
1 人当たり <単位: 万円>					
2025 年政策前	30.6	3.1	13.8	2.8	11.0
政策 0.032	27.2	24.0	1.65	0.3	1.3
政策 0.134	16.3	20.8	-2.2	-0.4	-1.8

2025 年政策前と比較した差額

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 A [^] (独自基準) <単位: 兆円>					
政策 0.032	-0.9	5.6	-3.2	-0.76	-2.6
政策 0.134	-3.7	4.7	-4.2	-0.8	-3.4
1 人当たり <単位: 万円>					
政策 0.032	-3.1	19.1	-11.0	-2.2	-8.9
政策 0.134	-12.8	16.1	-14.5	-2.98	-11.6

	高齢者医療費	自己負担	公費	本人保険料	支援金
総額 B [^] (厚生労働省基準) <単位: 兆円>					
政策 0.032	-1.0	6.1	-3.6	-0.7	-2.9
政策 0.134	-4.2	5.2	-4.7	-1.0	-3.8
1 人当たり <単位: 万円>					
政策 0.032	-3.4	21.0	-12.2	-2.4	-9.8
政策 0.134	-14.3	17.7	-16.0	-3.1	-12.8

先行論文・参考文献・データ出典

《先行論文》

- 井伊雅子・大日康史(2002) 『高齢者医療における需要の価格弾力性の推定』
井伊雅子・大日康史(2002) 『医療サービス需要の経済分析』
鈴木亘(2005) 『老人医療の価格弾力性の計測と最適自己負担率：国保レセプトデータを用いた検証』
湯田道生(2007) 『高齢者の外来医療需要における総価格弾力性の計測』
ISFJ 京都産業大学田中寧研究会(2006) 『新しい医療費抑制政策～高齢者医療需要の分析を通じて～』

《参考文献》

- 伊藤周平(2008) 『後期高齢者医療制度-高齢者からはじまる社会保障の崩壊』 平凡社新書
岩瀬俊郎(2004) 『国民皆保険制度を考える』 本の泉社
印南一路(2009) 『社会的入院の研究』 東洋経済
遠藤久夫・池上直己(2005) 『医療保険・診療報酬制度』 勁草書房
川瀬晃弘(2010) 『日本の医療保険制度と財政問題』 三菱経済研究所
喜多村悦史(2004) 『国民保険を創設せよ-日本を救う社会保障制度とは』 時評社
坂田周一(2007) 『社会福祉政策』 有斐閣アルマ
竹内和久・竹之下泰志(2009) 『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』 集英社
寺尾正之(2008) 『後期高齢者医療がよくわかる』 リヨン社
東京大学医療政策人材養成講座(2009) 『「医療政策」入門 医療を動かすための13講』 医学書院
中村健二(2006) 『医療費はどう変わるか-DPC時代の到来-』 医文研
真野俊樹(2006) 『入門 医療経済学』 中公新書
椋野美智子・田中耕太郎(2010) 『はじめての社会保障』 有斐閣アルマ
兪炳匡(2006) 『「改革」のための医療経済学』 メディカ出版
結城康博(2008) 『入門長寿[後期高齢者]医療制度』 ぎょうせい
吉岡充・村上正泰(2008) 『高齢者医療難民』 PHP 新書
吉田あつし(2009) 『日本の医療のなにかが問題か』 NTT 出版
吉原健二・和田勝(2008) 『日本医療保険制度史』 東洋経済新報社
米山公啓(2008) 『医療格差の時代』 ちくま新書

《データ出典》

- 厚生労働省「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」のポイント
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uhlp-att/2r9852000000uhpp.pdf> (最終アクセス 2011年10月17日)
関東 IT ソフトウェア健康組合保険
http://www.its-kenpo.or.jp/html_main/j_00.html (最終アクセス 2011年10月3日)
厚生労働省 「平成20年度国民医療費の概況」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-20.html> (最終アクセス 2011年10月17日)
厚生労働省 「平成21年度国民医療費の概況」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/> (最終アクセス 2011年10月17日)

- 厚生労働省 「国民医療費の状況 平成 22 年」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/09/kekka1.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)
- 厚生労働省 「国民医療費と薬剤費」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/dl/s0623-2b.pdf#search='国民医療費薬剤費'> (最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)
- 厚生労働省 「後期高齢者医療制度等の仕組み」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-26.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「第 14 回高齢者医療制度改革会議」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yzfx.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「新たな制度に関する基本資料」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info02d_l.pdf (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「高齢者医療制度 最終とりまとめ」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/dl/info02d_k.pdf (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「年齢階級別一人当たり医療費(平成 20 年度)」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/zenpan/dl/nenrei20.pdf> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「我が国の皆保険制度」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-23.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「高齢者医療制度の歩み」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-24.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「老人保健制度からの変更点」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d-24.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 3 日)
- 厚生労働省 「後期高齢者医療制度」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/info02d.html> (最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)
- 厚生労働省 「国民医療費データベース」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken14/> (最終アクセス 2011 年 11 月 16 日)
- 国立社会保障・人口問題研究所 「全国将来推計人口」
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/index.asp> (最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)
- 財務省 「日本の財政関係資料-平成 23 年度予算補足資料」
http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/sy014_22_3.pdf (最終アクセス 2011 年 7 月 11 日)
- 財務省 「平成 22 年度日本の財政関係資料」
http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/sy014_22.pdf (最終アクセス 2011 年 7 月 11 日)
- 総務省統計局家計調査 「貯蓄及び負債の 1 世帯当たり現在高」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001076477> (最終アクセス 2011 年 10 月 11 日)

総務省統計局家計調査「高齢者の高額療養費制度」

<http://hoken-erabi.net/seihoshohin/goods/9711.htm>(最終アクセス 2011 年 10 月 11 日)

政府統計の窓口「平成 20 年度社会保障給付費」[http://www.e-](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001068189)

[stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001068189](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001068189) (最終アクセス 2011 年 7 月 11 日)

総務省「高齢者人口の現状と将来」

<http://www.stat.go.jp/data/topics/info1751.htm>(最終アクセス 2011 年 10 月 11 日)

総務省「平成 17 年度基準 消費者物価指数」

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000000730001>(最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

HOKEN-ERABI.NET「高齢者の高額療養費制度」

<http://hoken-erabi.net/seihoshohin/goods/9711.htm>(最終アクセス 2011 年 10 月 2 日)

総務省統計局「年齢各歳別人口」<http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.htm> (最終アクセス 2011 年 10 月 17 日)

総務省統計局「平成 22 年 12 月確定値、平成 23 年 5 月概算値」[http://www.e-](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001074114)

[stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001074114](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001074114) (最終アクセス 2011 年 10 月 17 日)

手続き・届け出 110 「健康保険の自己負担割合」[http://tt110.net/11kenkouhoken/H-k-](http://tt110.net/11kenkouhoken/H-k-futan.htm)

[futan.htm](http://tt110.net/11kenkouhoken/H-k-futan.htm)(最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

日本後発製薬協会 「知的財産研究委員会 平成 21 年 2 月 9 日」

[http://www.jpo.go.jp/shiryu/toushin/shingikai/pdf/entyou-wg03_shiryu/entyou-](http://www.jpo.go.jp/shiryu/toushin/shingikai/pdf/entyou-wg03_shiryu/entyou-wg_shiryu04.pdf#search='国民医療費と薬剤費')

[wg_shiryu04.pdf#search='国民医療費と薬剤費'](http://www.jpo.go.jp/shiryu/toushin/shingikai/pdf/entyou-wg03_shiryu/entyou-wg_shiryu04.pdf#search='国民医療費と薬剤費') (最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

日本後発製薬協会

<http://www.jga.gr.jp/medical/generic06.html>(最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

兵庫保険医協会 「兵庫保険医新聞(2011 年 2 月 5 日 1645 号)」

<http://www.hhk.jp/hyogo-hokeni-shinbun/backnumber/2011/0205/070100.php>(最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

ブラザ-健康保険組合「前期高齢者医療制度」

<http://www.brother-kenpo.jp/sikumi/zenki-k/zenkikourei.htm>(最終アクセス 2011 年 10 月 4 日)

平均寿命ランキング 2011

http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_2011_life_expectancy.php(最終アクセス 2011 年 10 月 12 日)

47NEWS

<http://www.47news.jp/CN/201010/CN2010100201000650.html> (最終アクセス 2011 年 11 月 16 日)

読売新聞 20

11 年 8 月 2 日夕刊 P. 5