

IPSS Discussion Paper Series

(No.2005-02)

国保老人の外来受診者 1 人当たり医療費

国立社会保障・人口問題研究所

社会保障基礎理論研究部長

府川 哲夫

2005 年 8 月



〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-2-3
日比谷国際ビル 6F

本ディスカッション・ペーパー・シリーズ
の各論文の内容は全て執筆者の個人的見解
であり、国立社会保障・人口問題研究所の
見解を示すものではありません。

国保老人の外来受診者1人当たり医療費

府川 哲夫*

1. はじめに

平成 14 年度老人医療事業年報によると、2002 年度における老人医療受給対象者は人口の 12.5%で、その医療費総額は 11.7 兆円（GDP の 2.4%、国民医療費の 37.7%）であった。老人医療費の 82.8%は診療費で、その内訳は入院 52.70%、入院外 42.65%、歯科 4.65%であった。1人当たり老人医療費を都道府県別にみると、最も高い福岡（90.5 万円）が最も低い長野（59.6 万円）の 1.5 倍であった。

1997 年 9 月から患者負担として外来薬剤費の一部負担が導入された。しかし、老人医療に関しては 1999 年 7 月から薬剤費の患者一部負担が国庫によって肩代わりされることになり、2001 年 1 月からこの薬剤一部負担は廃止された（2003 年 4 月からは老人医療以外の薬剤一部負担も廃止された）。このような状況の中で、国保の老人医療受給者を対象に 1997 年 9 月前後及び 1999 年 7 月前後における外来医療費の動向を調べることを目的に外来レセプトのデータセットが収集・分析された（注 1）。

本稿は上記データセットを用いて、1) レセプト 1 件当たり医療費と受診者 1 人当たり 1 か月医療費の対比；2) 6 か月間の受診状況に基づいた受診者分類別外来医療費の地域差；3) 外来受診者の中で死亡した者の割合及びその医療費の生存者との対比、を分析することを目的とした。レセプトはそもそも 1 か月単位のものであるが、近年のレセプトデータを用いた分析では、1 人の患者の治療開始から終了までのエピソード単位で分析する必要性が高まっている。本稿も、観察期間を 1 か月から 6 か月に伸ばしたり、医療費をみる単位をレセプト 1 件当たりから受診者 1 人当たりに変えたりして、不十分とはいえ「エピソード単位の分析」の方向を目指したものである。

2. 使用データ

1999 年 4 月から 9 月までの 12 市町村の国保老人の外来レセプト及び調剤レセプトを使用した。外来レセプトの件数は平均して 1 か月におよそ 37 千件であった。外来レセプトは調剤レセプトのない「院内」と調剤レセプトのある「院外」とに 2 分されるが、院外レセプトの場合でも外来医療費には調剤レセプトの費用が含まれている。受診者ごとに外来レセプト（調剤レセプトも含む）を名寄せすると、受診者 1 人当たり外来医療費が集計される。1 か月医療費の算出の際、受診が無かった月は分母・分子から除いている。

1999 年 4 月から 9 月までの 6 か月間に 1 度でも外来受診した者を、6 か月の受診状況によって次のように区分した。

受診者分類 1：受診者分類 2 以外で各月のレセプトが 1 件又は 0 件の者

受診者分類 2：毎月レセプト 1 件の者

受診者分類 3：受診者分類 1・2・4 以外で各月のレセプトが 2 件又はそれ以下の者

* 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長

受診者分類4：各月のレセプトが2件又は3件の者（毎月2件及び毎月3件も含む）

受診者分類5：受診者分類4以外で各月のレセプトが2件以上の者

受診者分類6：それ以外の者

この分類は、6か月間の各月のレセプト件数の状況に着目して、外来サービスを受ける頻度別に外来受診者を区分しようと試みたものである（ただし、受診者分類6は解釈不能）。

地域差をみる場合には、12市町村を受診者1人当たり1か月医療費の高低によって次の3地域に分けた（図1）。

g1：1， 2， 9， 11

g2：3， 4， 5， 7， 8， 10， 12

g3：6

12市町村の平均はレセプト1件当たり医療費においても、人口1人当たり年間医療費においても概ね全国値に近似していた。12市町村のレセプト1件当たり医療費は3区分によってきれいに分類されているわけではないが、3地域に分類された12市町村の受診者1人当たり1か月外来医療費には明らかな地域差がある。

1か月当たりのレセプト件数はg1：12千件、g2：21千件、g3：4千件であった。1999年4月～9月の6か月間における受診者数は月平均24.7千人（のべ148千人）で、これを地域別にみるとg1：7.7千人、g2：14.5千人、g3：2.5千人であった。この6か月間の受診者数（重複を除く）は29.2千人で、地域別にはg1：8.9千人、g2：17.3千人、g3：3.0千人であった。また、29.2千人のうち毎月受診した者は19.6千人（67%）であった。年齢は1999年4月の年齢を用いた。

図1. 12市町村の1か月外来医療費：1999年

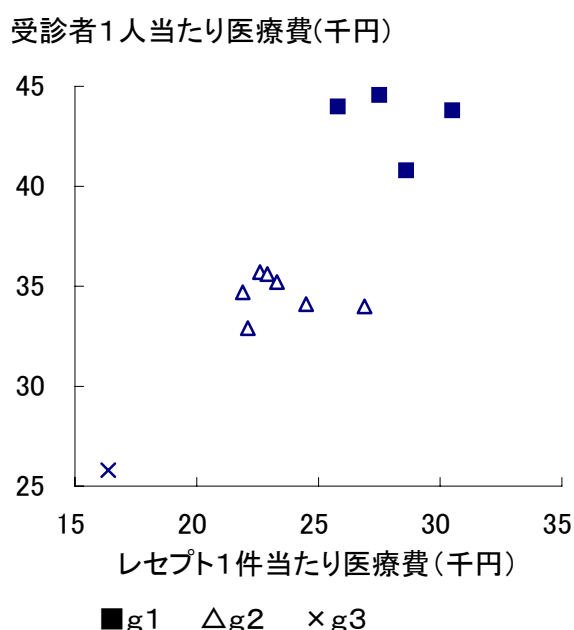


表1は1999年4月～9月の1か月平均(a)及び6か月間(b)における外来受診者のレセプト件

数分布を示したものである。受診者当たり1か月平均レセプト件数は75-79歳で最も多く、地域別にも差があった(表1a)。表1bによると、受診者の50~60%は月平均のレセプト件数が1又はそれ以下で、受診者の30%以上が平均して月に2件までのレセプトを持っていた。それ以上受診している人の割合は85歳以上で8%、75-79歳でも16%であった。このように、6か月間のレセプト件数が6件又はそれ以下の人が51%と半数を占めたが、この割合は75-79歳で最も低く(48%)、85歳以上で最も高かった(61%)。g1とg2を対比すると、13件以上の割合がg1で多く、6件未満がg2が多かった(表1b)。

表1. 外来受診者のレセプト件数分布:1999年, 外来

(a)1か月間(レセプトのない月は対象外)

レセプト件数分布 (件)	年齢階級別					地域グループ別		
	計	70-74	75-79	80-84	85+	g1	g2	g3
1か月平均レセプト件数(件)	1.54	1.56	1.59	1.53	1.39	1.60	1.50	1.58
レセプト件数分布(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1	61.2	60.1	58.4	61.1	70.2	58.4	63.0	59.1
2	27.3	27.5	28.7	28.0	22.6	28.0	26.7	28.2
3	8.7	9.3	9.5	8.5	5.6	9.9	8.0	9.3
4以上	2.9	3.1	3.4	2.4	1.6	3.7	2.3	3.3

(b)6か月間

レセプト件数分布 (件)	年齢階級別					地域グループ別		
	計	70-74	75-79	80-84	85+	g1	g2	g3
6か月間平均レセプト件数(件)	1.30	1.31	1.37	1.31	1.14	1.38	1.26	1.30
レセプト件数分布(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1-5	25.3	26.1	22.8	23.1	30.2	21.7	26.8	27.4
6	25.5	23.6	24.9	26.7	31.2	26.0	26.1	20.7
7-12	35.4	35.7	36.5	37.0	30.8	35.7	35.0	37.2
13以上	13.8	14.6	15.8	13.2	7.9	16.6	12.1	14.8

(注)「6か月間平均レセプト件数」はレセプトのない月も含めた1か月当たりの平均レセプト件数。

3. 結果

(1) 受診者1人当たり1か月外来医療費

年齢階級別に受診者1人当たり1か月医療費とレセプト1件当たり医療費を対比すると図2のとおりである。レセプト1件当たり医療費は年齢階級の上昇とともに単調増加したが、受診者1人当たり医療費は70歳以上計でレセプト1件当たり医療費の1.5倍であり、年齢階級別には80-84歳でピークとなり、それ以降ゆるやかに低下している。受診者の3分の2は1999年4月~9月の間毎月受診しており(以下、「毎月受診者」と呼ぶ)、彼らの1人当たり医療費は受診者全体より7~8%高かったが、年齢パターンは同じであった。薬剤費をみてもレセプト1件当たりと受診者1人当たりには違いがあった。レセプト1件当たり薬剤費は年齢による変化が少なく、受診者1人当たり薬剤費は75-79歳がピークで、それ以降低下した。受診者1人当たり1か月医療費を男女別にみると、90歳以上を除いてほぼ同形で、各年齢階級で男の方が女より10%程度高かった(図3)。受診者1人当たり1か月医療費を地域別にみると、g1では年齢階級の上昇とともに増加し、g2では80-84歳でピークとなり、それ以降低下した(図3)。この図から外来医療費の高い地域は各年齢階級で高く、しかも、年齢階級の上昇とともに増加

し続けている可能性が示唆される。なお、g3 では年齢階級による差が少なかった。

図2. レセプト1件当たり医療費VS受診者1人当たり1か月医療費:1999年, 外来

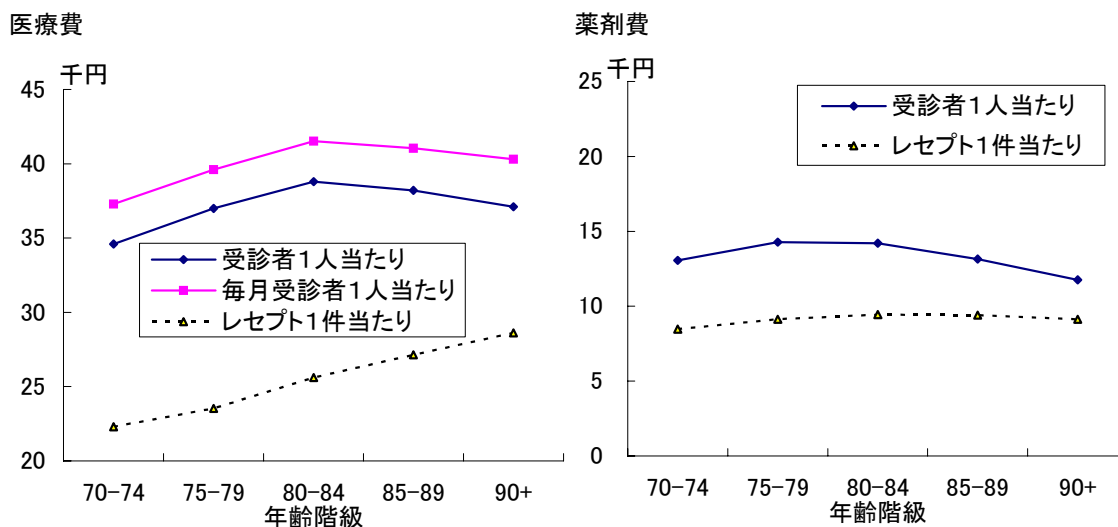
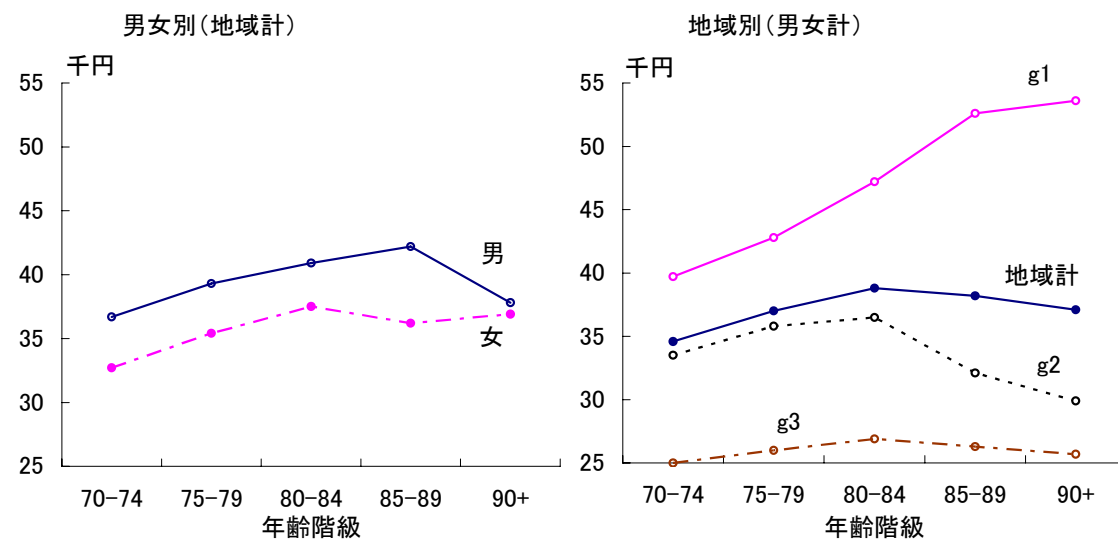


図3. 受診者1人当たり1か月医療費:1999年, 外来



(2) 受診者分類別受診者1人当たり医療費

70歳以上で受診者分類別受診者分布をみると、受診者分類1が20.7%、受診者分類2が22.8%、受診者分類3が29.4%と、これら3つで全体の73%を占めた(表2)。受診者分類1の割合は75-79歳で底となり、それ以降増加した。一方、受診者分類3~5の割合は75-79歳でピークとなり、それ以降減少した。g1とg2を対比すると、受診者分類4~5の割合がg1で多く、受診者分類1の割合がg2で多かった(表2)。受診者分類1から5の順に外来受診の

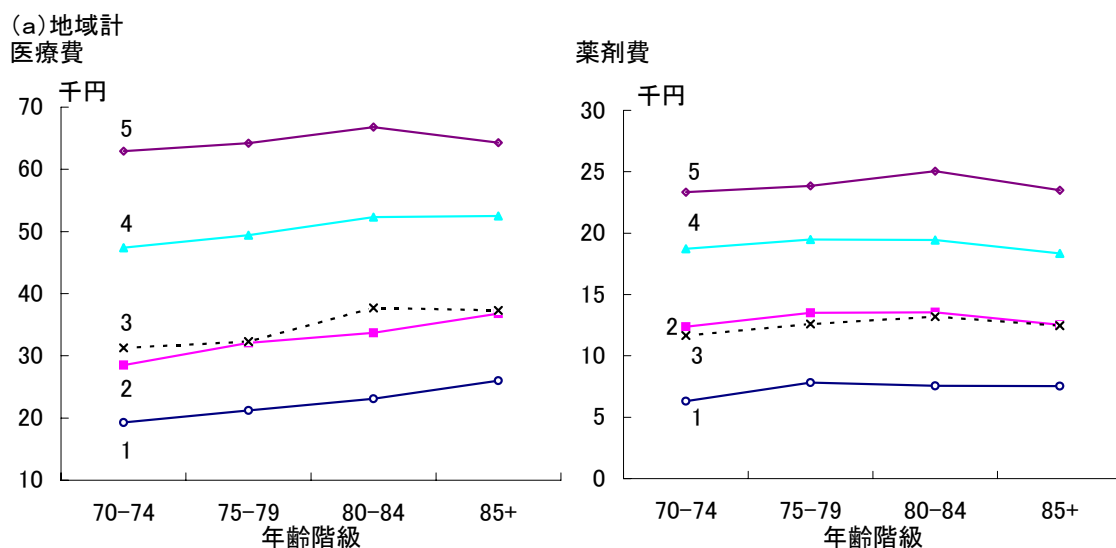
頻度が高まっていると考えられる。

表2. 外来受診者の受診者分類別分布及び平均レセプト件数:1999年, 外来

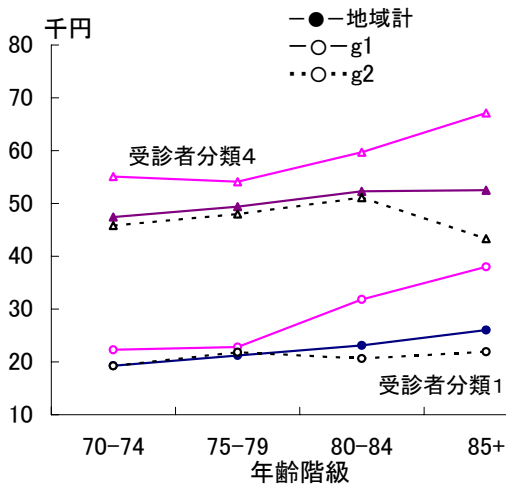
受診者分類	受診者分類別分布								平均レセプト件数			
	年齢階級別					地域グループ別			地域グループ別			
	計	70-74	75-79	80-84	85+	g1	g2	g3	計	g1	g2	g3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1.30	1.38	1.26	1.30
1	20.7	21.1	18.4	19.4	25.5	17.1	22.4	21.7	0.46	0.45	0.47	0.44
2	22.8	20.8	22.1	24.0	28.8	23.6	23.2	17.6	1.00	1.00	1.00	1.00
3	29.4	29.7	29.8	29.4	27.8	29.0	29.4	31.3	1.26	1.26	1.26	1.22
4	10.1	10.0	11.4	11.0	7.0	11.6	9.4	9.3	2.27	2.28	2.27	2.27
5	4.7	5.1	5.6	3.7	2.5	6.2	3.8	5.3	3.32	3.35	3.30	3.31
6	12.3	13.3	12.7	12.4	8.4	12.6	11.8	14.7	1.84	1.85	1.84	1.77

地域計の受診者分類別受診者1人当たり1か月医療費は各年齢階級とも受診者分類1, 2と3, 4, 5の順に高くなり、その間に歴然とした違いがあった。つまり、年齢による変化は少なく、受診者分類間に大きな差があった(図4a)。薬剤費にも同様の点が指摘され、医療費に占める薬剤費の割合は各受診者分類とも年齢による変化は少なく、受診者分類間でも大差はなかった(最小が受診者分類1の33%、最大が受診者分類2の41%)。受診者分類ごとに地域差をみると、どの受診者分類でもg1が最も高く、g2が地域計をやや下回っていた(g3は常に最も低かったが、図4bではg3を省略)。

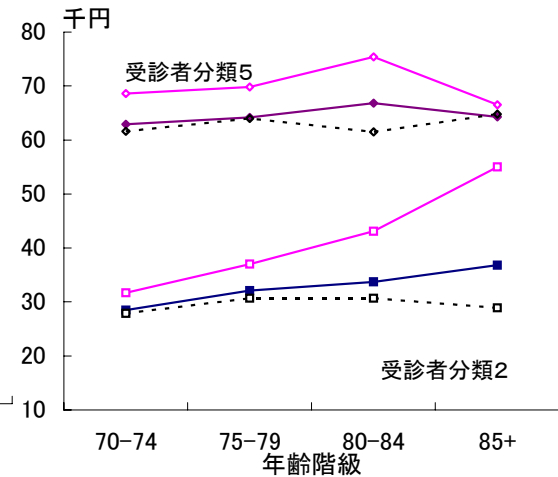
図4. 受診者分類別受診者1人当たり1か月医療費:1999年, 外来



(b)地域別
受診者分類1, 4

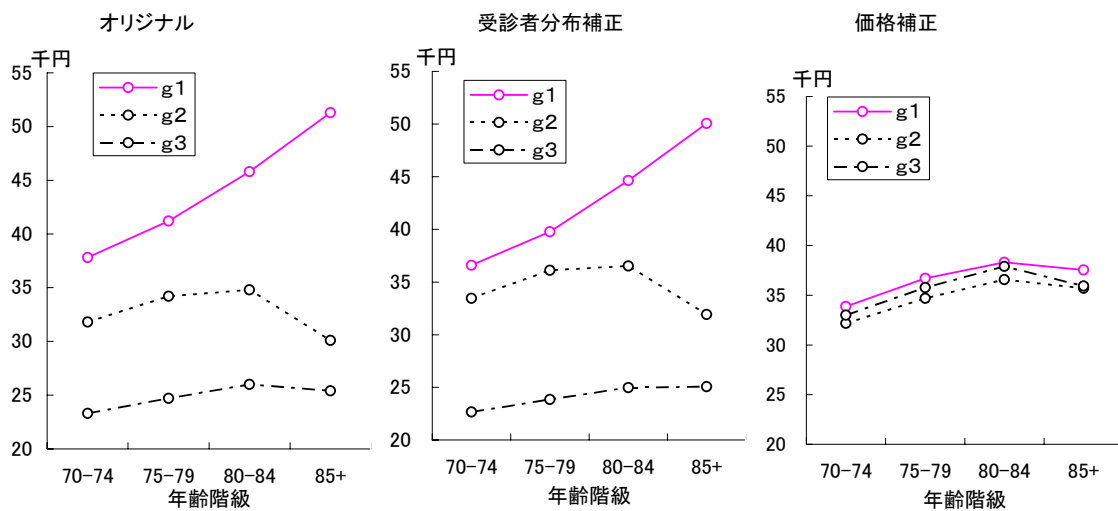


受診者分類2, 5



地域ごとの年齢階級別受診者1人当たり1か月医療費は、年齢階級別の受診者分類別分布と受診者分類別1人当たり1か月医療費の積和で計算される(図5のオリジナル)。これに対して、地域に固有の受診者分類別分布を使わずに地域計の分布を用いる補正(受診者分布補正)及び地域に固有の受診者分類別1人当たり1か月医療費を使わずに地域計の値を用いる補正(価格補正)を行った結果が図5に示されている。この図から受診者分布の補正を行っても地域差はあまり変わらなかった(g1とg2の差は少し縮まった)が、価格補正を行うと地域差はほとんど解消することが示された。

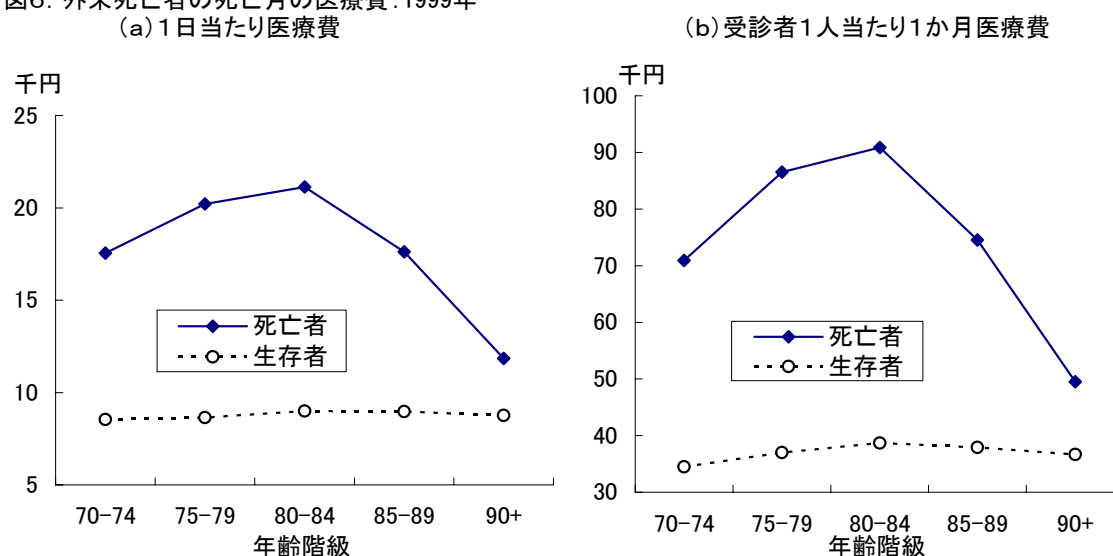
図5. 受診者1人当たり1か月医療費の補正:1999年, 外来



(3) 外来死亡者

外来受診者の中で1999年4月から9月の間に死亡した者は91人で、外来受診者に対する1年間の外来死亡者の割合は0.6% (70-74歳:0.26%、75-79歳:0.38%、80-84歳:0.56%、85-89歳:1.4%、90歳以上:4.3%)であった。外来死亡者の1日当たり医療費は外来受診者全体の約1.9倍であった。外来受診者のうち生存者の1日当たり医療費は80-84歳でピークとなり、それ以降低下した。外来死亡者の45%は死亡月に4枚以上のレセプトを持ち、死亡月の1日当たり医療費は70歳以上計で生存者の1.9倍で、年齢階級別にみると80-84歳でピークとなり、それ以降年齢の上昇とともに急激に低下した(図6a)。

図6. 外来死亡者の死亡月の医療費:1999年



(注1) 生存者は1999年4月から9月の平均、死亡者は死亡月のみ。

(注2) 受診者1人当たり1か月医療費では、死亡者の死亡月の受診日数を年齢階級別に生存者の1か月受診日数と同じと仮定して、死亡者の死亡前1か月医療費を算出した。

外来死亡者の死亡月の受診日数を年齢階級別に生存者の1か月受診日数と同じと仮定して(注2)、外来死亡者の「死亡前1か月医療費」を算出し、これを生存者の受診者1人当たり1か月医療費と対比させると図6(b)のとおりである。

4. 考察

(1) 本稿で用いたデータセットに関して

国保老人の1999年7月前後における外来レセプト1件当たり医療費の状況は次のように要約される(府川, 2000)。

- ・レセプト1件当たり医療費は1999年7月前後で大きな変化はなかった。
- ・院外割合は地域によって大幅に異なっていたが、月別変化はなく安定したものであった。レセプト1件当たり医療費は院外レセプトが院内レセプトの約1.3倍であった。
- ・レセプト1件当たり医療費の年齢差・地域差は受診日数5日未満のレセプトでは小さく、受

診日数5日以上で大きかった。しかし、1日当たり医療費でみると、受診日数5以上のレセプトでも年齢差・地域差は相対的に小さかった。

- ・薬剤比率が80%以上のレセプトは全体で10%程度と多くなく、1件当たり医療費も特に高くはなかった。

このデータセットを用いて、吉田（2000）は次のような結論を導いている。

1) 1997年の外来薬剤費一部負担導入によって個人診療所については院内処方、院外処方とも薬剤比率も請求点数も変化していないので、何の影響もなかった。医療法人診療所については、院内、院外とも薬剤比率が減少したが請求点数は増加しているので、投薬から他の診療行為（指導）へと代替がおこっている。

2) 1999年の国庫負担導入後では、院内処方では薬剤使用比率は高くなったが、その分検査比率や画像診断比率を下げて結果的に請求点数は低くなったか、ほとんど変化していない。したがって、検査から薬剤への診療行為の代替が生じてきている。院外処方については、わずかであるが薬剤の使用比率は上がっている。他の診療行為からの代替は見当たらない。総じて、国庫負担導入は薬剤の使用比率を上げる効果を持った。

また、大日ら（2000）は院内処方では薬剤一部負担の導入によって医師による患者への配慮が伺え（1999年の改正に関しては有意な結果は得られなかった）、院外処方では概ね薬剤自己負担によって高価格薬から低価格薬へのシフトがみられたと分析している。

（2）本稿で得られた知見及び他の研究結果との比較

国保老人の外来受診者は1か月単位でみると月に平均して1.54件のレセプトとなり、その分布は70歳以上で1件61%、2件27%、3件以上12%であった。一方、観察期間を6か月に伸ばすと、平均レセプト件数は7.8で、その分布は70歳以上で6件以下51%、7-12件35%、13件以上14%となり、この分布を1か月単位のレセプト件数分布から類推することはできない。

外来レセプトを受診者ごとに名寄せした結果、次のような点が明らかになった。

- ・受診者1人当たり医療費の年齢階級別パターンは地域によって異なっていた。
- ・受診者分類別受診者1人当たり1か月医療費は年齢による変化は少なく、受診者分類間に大きな差があった。
- ・受診者1人当たり1か月医療費の地域差は受診者分布の補正を行ってもあまり変わらなかったが、価格補正を行うとほとんど解消した。
- ・外来受診者のうち死亡した者の割合は1年で0.6%であり、彼らの1日当たり医療費は受診者全体の1.9倍であった。

レセプト1件当たり医療費は年齢階級の上昇とともに単調増加したが、受診者1人当たり医療費は80-84歳でピークとなり、それ以降ゆるやかに低下した（注3）。これは入院のみならず外来においても、ある年齢を過ぎた高齢患者に対しては医学的介入に制約が伴うことを示唆しており、レセプト1件当たり医療費の年齢パターンとは対照的である。一方で、受診者1人当たり1か月医療費を地域別にみると、外来医療費の高い地域（g1）は各年齢階級で高く、しかも、年齢階級の上昇とともに増加し続けている可能性が示唆された。g1における85-89歳の受

診者数は 870 人、90 歳以上の受診者数は 393 人と相対的に少なくなり、高額の医療費を必要とした受診者が平均医療費に大きな影響を与えている可能性は否定できない。

ここで用いた受診者分類は 6 か月間の各月のレセプト件数だけを基準にしているが、頻繁に外来サービスを受診している者をとらえるには、レセプト件数のみならず受診日数も考慮すべきである。従って、本稿での分類は一次近似的なものであるが、それでも外来医療費は受診者分類間に大きな差があることが確認できた。

図 5 の結果は入院レセプト 1 件当たり医療費について同様の分析を行った府川 (2001) の結果と整合的であり、入院・外来を問わず受診者 1 人当たり医療費における地域差の大部分は価格差で説明できることになる (注 4)。高齢死亡者の 1 人当たり医療費を入院と外来に分けると入院医療費が大部分を占め、死亡者 1 人当たり死亡前 1 年間の医療費は生存者 1 人当たり 1 年間の医療費よりはるかに高く、かつ、死亡者の年齢階級の上昇とともに急激に低下した (府川, 1998)。外来死亡者についての図 6 の結果は 80-84 歳でピークとなりそれ以降低下するというパターンを示し、入院と外来でパターンが異なることを示唆している。本稿での結果はサンプル数が少ないため、今後の検証を必要としている。しかしながら、ある年齢を過ぎた高齢患者に対しては医療行為に制約が伴う (医学的介入が困難になる) ことが死亡者に関して特に顕著であることは、いろいろな国で報告されている。

表 3. 4 か国比較

		フランス	日本	ドイツ	オランダ
65歳の平均余命	2000	18.9	20.2	17.6	21.5
	2025	20.6	23.2	19.8	23.2
	2050	22.0	25.1	21.2	24.5
65歳の非障害平均余命	1990	11.1	16.1	12.4	8.5
公的医療保険の適用率 (%)		99.5	100.0	92.2	74.6
医療費の対GDP比 (%) a)	2002	9.7	7.8 (d)	10.9	9.1
医療費に占める患者負担割合 (%)		9.8	16.5 (d)	10.4	10.1
医療費に占める私的保険割合 (%)		13.2	0.3 (d)	8.6	17.1
1人当たり医療費 65+/(0-64) b)		3.0	4.9	2.7	4.4
修正後 c)		3.5	4.1	2.6	3.1
介護費の対GDP比 (%)	2000	0.7	0.8	1.3	2.5

a) OECD Health Data 2004

b) OECD (1996), OECD (2001)

c) 府川 (2002a)

d) 2001

出典: Scheil-Adlung (2003).

死亡者の死亡前 1 年間の医療費は 65-69 歳の死亡者 1 人当たり死亡前 1 年間の医療費を

100%とすると、85歳以上の死亡者1人当たり死亡前1年間の医療費は日本やオランダで50%（府川, 2002b; Van Vliet and Lamers, 1998）、ドイツ63%（Busse, Krauth and Schwartz, 2002）、アメリカ66%（Lubitz and Riley, 1993）、スイス71%（Felder, 2003）、と国によって低下の割合は異なるが、死亡者1人当たり医療費が年齢の上昇とともに低下することは共通である。表3は社会保険方式を採用している4か国の種々の指標を比較したものである。介護費の対GDP比や医療保険における公私の役割分担において大きな違いがあるが、65歳の平均余命では日本とオランダは類似している。制度の違いによらず先進各国に共通する現象を見いだしていくことも1つの重要なアプローチであると考えられる。

以上のように、外来受診者1人当たり1か月医療費はレセプト1件当たり医療費では得られない情報を提供しており、今後受診者単位の分析が必要であることを示唆している。

謝辞：6月30日のDP発表会において、コメンテータである井伊雅子氏（一橋大学）、佐藤雅代氏（社人研）及び参加者の方々から貴重なご指摘・ご意見を頂いたことに感謝する。また、データ使用に関し、国保中央会及び関係の方々のご協力に感謝する。

（注1）国保中央会は平成11・12年度に老人保健健康増進等事業「高齢者に対する薬剤投与に係る実態調査」を実施し、12市町村から1999年4月から9月までの65歳以上の入院外レセプト及び調剤レセプトを収集した（さらに、1市については1997年6月から11月までのレセプト、1町については1997年1月から1999年12月までのレセプトを収集した）。収集したデータを分析するため研究会（代表：小椋正立法政大学教授）が組織された。筆者も研究会のメンバーに加わり、その枠組の中で個票データを使用した。本稿は同研究会報告書用に提出した原稿を改訂したものである。

（注2）生存者の1か月受診日数は70-74歳4.04日、75-79歳4.28日、80-84歳4.30日、85-89歳4.23日、90歳以上4.18日であった。

（注3）平成14年度国民健康保険医療給付実態調査報告（厚生労働省保険局）によると、受診率（被保険者100人当たりレセプト件数）は75-79歳をピークに、それ以降ゆるやかに低下しているが、被保険者1人当たり入院外診療費は75歳以降も上昇している。しかしながら、この調査では被保険者数から受診者数を算出することができないため、この調査の結果（つまり、被保険者1人当たり入院外診療費）と本稿の受診者1人当たり外来医療費とを直接的に比較することはできない。

（注4）入院の場合、レセプト1件当たり医療費はほぼ受診者1人当たり医療費に近似できる。

文献

井伊雅子、大日康史（2002）. 医療サービス需要の経済分析. 日本経済新聞社.

泉田信行（2000）. 薬剤一部負担制度の導入の外来医療費への効果. 厚生省厚生科学研究費補

- 助金政策科学推進研究事業報告書「縦覧点検データによる医療受給の決定要因の分析」。
- 泉田信行 (2003). 外来診療における医師の診療行為選択、患者受診行動. 厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成 14 年度報告書「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」。
- 大日康史, 望月真弓, 池田俊也, 井伊雅子 (2000). 薬剤費患者一部負担の薬剤供給に関する影響, mimeo.
- 大日康史 (2002). 高齢化の医療費への影響についての分析: 年齢要因と死亡前期間要因. 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成 13 年度報告書「地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証研究」。
- 近藤泰之 (2002). 重複受診の現況と要因. 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成 13 年度報告書「地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証研究」。
- 佐藤雅代 (2002). 高額療養費と一部自己負担について. 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成 13 年度報告書「地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証研究」。
- 鵜田忠彦, 山田武, 山本克也, 泉田信行, 今野広紀 (2000). 縦覧点検データによる医療受給の決定要因の分析—国民健康保険 4 道県について. 経済研究, 第 51 巻第 4 号, 289-300.
- 鵜田忠彦, 増原宏明, 今野広紀, 比佐章一 (2002). 医療保険と患者の受診行動. 厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業平成 13 年度報告書「地域の医療供給体制と患者受診行動に関する実証研究」。
- 府川哲夫 (1998). 高齢化と老人医療費「病院管理」vol.35(2), pp.35-46.
- 府川哲夫 (2000). 高齢者外来のレセプト 1 件当たり医療費及び受診者 1 人当たり医療費, mimeo.
- 府川哲夫 (2001). 傷病と医療費の地域差. in 医療費の地域差, 東洋経済新報社.
- 府川哲夫 (2002a). 年齢階級別医療費の国際比較. 厚生学の指標, 第 49 巻第 1 号, 1-8.
- 府川哲夫 (2002b). 人口高齢化が医療・介護保険に与える影響. IPSS STUDY SERIES 2002.1.
- 山田武 (2000). エピソードデータを用いた医療需要関数の推定. 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書「縦覧点検データによる医療受給の決定要因の分析」。
- 山本克也 (2001). 患者の診療機関選択: 患者の受診行動と地域医療供給. 厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書「地域の医療供給と患者受診行動に関する分析」。
- 吉田あつし (2000). 薬剤費の一部患者負担が医療サービス供給に与える影響, mimeo.
- Busse R., Krauth C. and Schwrtz F.W. (2002). Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: results from a seven year cohort study in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 289-293.
- Felder Stefan (2003). Adapting health and long term care schemes to the challenges of a long life society. ISSA 4th International Research Conference on Social Security, Autwerp, 5-7 May 2003.
- Lubitz S.D. and Riley G.F. (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. *The New England Journal of Medicine* 328, 1092-1096.
- Scheil-Adlung X. (2003). Towards sustainable health and long-term care schemes in ageing societies: The case for a rethink of policy paradigms in France, Germany, Japan and

the Netherlands.

Van Vliet R.G.S.A. and Lamers L.M. (1998). The high cost of death: Should health plans get higher payments when members die?. *Medical Care* 36, 1451-1460.

Zweifel P., Meier M. and Felder S. (1999). Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?. *Health Economics* 8, 485-496.

IPSS Discussion Paper Series 既刊論文 (直近分)

No	著者	タイトル	刊行年月
2005-01	加藤久和	年金財政の持続可能性と経済成長について	2005年6月