

200901012A
200901012B

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

医療費の構造分析と適正化に向けた

政策的課題に関する研究

(H19-政策-一般-025)

平成20年度～21年度

総合研究報告書

総括研究報告書

研究代表者 福田 敬

財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

平成22（2010）年 3月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

医療費の構造分析と適正化に向けた

政策的課題に関する研究

(H19-政策-一般-025)

平成20年度～21年度

総合研究報告書

研究代表者 福田 敬

財) 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

平成22（2010）年 3月

医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究

目 次

I. 研究体制.....	1
II. 総合研究報告.....	2
III. 総括研究報告.....	13
IV. 分担研究報告書.....	21
保健医療消費に関する調査研究---インターネット調査---	23
医療における管理競争のあり方に関する検討.....	159
総保健医療支出の国際比較---ドイツ、韓国および日本---	179
研究成果の刊行に関する一覧表.....	191

I 研究体制

主任研究者

福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部特別主席研究員

分担研究者

鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科

満武 巨裕 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究部副部長

興梠 貴英 東京大学大学院医学系研究科健康医科学創造講座

今野 広紀 国際医療福祉大学

(所属・役職は平成22年3月時点)

医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究

主任研究者 福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 特別主席研究員
分担研究者 鈴木 亘 学習院大学経済学部 教授
分担研究者 満武巨裕 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究副部長
分担研究者 今野広紀 国際医療福祉大学 講師
分担研究者 興梠貴英 東京大学大学院医学系研究科 特任助教

研究要旨

日本の医療費は年々増加を続けており、今後も増加していくことが予想される。本研究では、これまでに、医療費に影響する要因に関する研究論文のレビューならびに都道府県単位で集約されたデータをもとに、時系列を考慮した要因分析を行ってきた。しかし、集約されたデータでの限界があり、特に個人の健康状態と医療消費の関連やその時間的変化、さらに公的医療保険制度ではカバーされない保健医療関連支出などの把握が難しい。

そこで本研究では、これらの課題に対応できるデータの可能性として、平成 20 年度の米国 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)による MEPS(Medical Expenditure Panel Survey)を参考としたインターネット調査を平成 21 年度でも実施し、特に健康保険組合の加入者から調査対象者を募集し、個人の健康状態や医療消費等に関する調査を実施した。これにより、公的保険制度での医療給付のみならず、保健医療関連支出と健康状態の関連を分析するためのデータの収集方法について検討した。次に、医療費適正化のために競争原理の活用方法を検討した。平成 21 年度は、国民皆保険制度のもとで管理競争 (managed competition) のしくみを取り入れ、被保険者による保険者の選択と保険者間のリスク構造調整のしくみを導入しているオランダについて、管理競争のしくみや課題、影響などについて検討し、我が国への応用可能性を検討した。最後に、医療費の国際比較に基づく検討として、OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較を行った。具体的には、日本と同様に社会保険方式を採用しているドイツと韓国を対象に、保健医療支出に含まれる機能分類項目の定義を調査した。次に、SHA の 2 次元テーブルを用いて 3 カ国の比較を試みた。

A. 研究目的

日本の医療費は年々増加を続けており、今後も増加していくことが予想される。本研究では、こ

れまでに、医療費に影響する要因に関する研究論文のレビューならびに都道府県単位で集約されたデータをもとに、時系列を考慮した要因分析を行

ってきた。しかし、集約されたデータでの限界があり、特に個人の健康状態と医療消費の関連やその時間的変化、さらに公的医療保険制度ではカバーされない保健医療関連支出などの把握が難しい。

そこで本研究では、これらの課題に対応できるデータの可能性として、平成 19 年度に米国 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality) による MEPS(Medical Expenditure Panel Survey) を参考とし、日本で同様の調査を企画し、平成 20 年度には、インターネット調査会社の登録モニターを対象に、健康状態や保健医療消費について、年間の状況および、3 カ月にわたり毎月調査する方法で、パイロットスタディを実施した。本調査では、公的保険でカバーされない保健医療関連支出の状況や民間保険の加入および給付状況などが調査できたが、同時に、回答の信頼性をいかに検証するかなどの課題が指摘された。

そこで、平成 21 年度は、A 健康保険組合の協力を得て、被保険者から調査協力対象者を募集し、前年度と同様の方法で、年間の状況および、3 カ月にわたり毎月調査する方法でデータ収集を行い、一部のデータについては、レセプトデータでの記録と突合することにより申告されたデータとの整合性を検討した。このような検討を通じて、健康状態と保健医療消費の状況を経時的に把握するための調査の実施可能性について検討することを目的とした。

次に、医療費適正化のために競争原理の活用方法を検討する。一般の市場ではなく、管理された競争 (managed competition) として、保険者間や医療提供者間の競争を想定する。平成 20 年度は、日本と類似の医療保険制度を有するドイツについて、管理競争の応用とその影響について調査した。平成 21 年度は、管理競争の原理をより忠実に実践しているオランダについて、導入された管理競争のしくみや課題、さらに管理競争による影響について調査し、我が国への応用の可能性について検討することを目的とし

た。

最後に、医療費の国際比較に基づく検討として、OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較を行う。総保健医療支出のために収集するデータおよび推計ロジックは、SHA マニュアルに準拠して各国が個別に定めたものである。したがって、総保健医療支出に含まれる範囲、境界については、OECD 加盟国で見解が一致していない部分が存在する。また、各国の総保健医療支出に含まれる範囲に関しても一致していない項目も存在する。しかし、総保健医療支出は、SHA という共通の枠組みのなかで推計した世界基準の数値であり、各国の定義を把握したうえで比較することには意義があると考えられる。

B. 研究方法

本研究は以下の2つの方法により実施した。

1. 医療費と健康状態等の要因の関連を分析するためのパネルデータ調査

個人ごとの医療費と健康状態等の関連を分析するためにパイロットスタディを実施した。調査内容は、公的保険による保険診療（医科、歯科、薬局）の受診状況および消費金額に加えて、公的保険以外の負担による消費として、市販薬の購入や健康診断・予防接種等の予防活動への支出、さらに眼鏡等の補助器具等への支出も調査した。個人の特性としては、性別、年齢の他、健康状態として、罹患の状況や現在の健康状態、さらにQOLなどのデータを収集した。

平成21年度はA健康保険組合の協力を得て、保険者から調査協力対象者を募集し、年間の状況および、3カ月にわたり毎月調査する方法でデータ収集を行った。一部のデータについては、健康保険組合から得たレセプトデータでの記録と突合することにより申告されたデータとの整合性を検討した。

2. 医療における管理的競争のあり方

オランダの医療保険制度に関する最近の資料およ

び現地でのヒアリング調査から、管理競争の応用とその課題について検討した。

調査内容は、管理競争やリスク構造調整のしくみや導入の歴史、さらに管理競争による影響や課題とした。

3. 医療費の国際比較に基づく検討

日本と同様に社会保険方式を採用しているドイツと韓国を対象に、保健医療支出に含まれる機能分類項目の定義を調査した。次に、SHAの2次元テーブルを用いて3カ国の比較を試みた。

(倫理面への配慮)

健康保険組合の被保険者に対する調査では、事前に健康保険組合から調査の趣旨や方法について説明した上で協力者を募集してもらい、調査対象者とした。また、調査対象者の個人情報健康保険組合内で管理してもらうこととした。

管理競争の影響については、文献および現地でのヒアリングによるものであり、倫理的な問題はないと考えられる。

C. 研究結果

1. 医療費と健康状態等の要因の関連を分析するためのパネルデータ調査

調査の依頼メールは合計で171通の配信が行われ、第1回目の回収率は68.4%（117人）、第3回目の回収率は63.2%（108人）であった。回答者本人の誕生年は、1965～1969年が26.5%と最も多く、次いで1960～1964年が25.6%で続いている。これらを合わせた1960年からの10年間で、およそ半分を占めていた。

年間の保健医療用品・器具の購入費用の状況を見ると、パネル調査と家計調査との間で、平均購入費用は近い額となっていた（それぞれ30,213円、29,916円）。年間の健康保持用摂取品の購入費用

は、パネル調査が平均14,945円、家計調査は平均9,336円である。

月間において外来で医療機関を受診したか否かについて訊ねたところ、パネル調査（平成21年12月）では33.3%が「はい」と回答、国民生活基礎調査（平成19年5月）では59.0%の世帯が「はい」と回答しており、ほぼ近似していた。

2. 医療における管理的競争のあり方

管理競争のしくみにおいては、スポンサーが存在する。スポンサーは加入者に対して保険加入の補助をしたり、逆に一定の保険料を収集し、それを保険者に分配する役割を担っている。オランダのしくみでは、スポンサーとして国に中央基金を設置している。中央基金は加入者（住民）から所得に応じた社会保険料を徴収している。中央基金ではこうして集めた資金を保険者に配分するが、その際には各保険に加入する者の健康上のリスクに応じて配分額を決めるリスク構造調整のしくみをとっている。そして、住民は保険者を選択して加入する。この際に保険者ごとに定額の保険料を支払う必要がある。所得に応じて支払う保険料は医療費全体の50%相当分のみであり残りの50%相当分は加入者が保険者に直接支払う定額保険料によって賄われる。この保険料は保険者によって異なるが、加入者ごとに差をつけてはいけないことになっており、ここで加入者の選別が起きないように配慮されている。また、保険者には保険加入希望者を受け入れる義務（Open Enrollment）がある。

オランダでは2006年の医療保険制度改革によりこのような制度が確立されてきているが、実際の保険加入者の動向をみると、2006年には被保険者の約20%が保険者を変更しているが、2007年には4.4%、2008年には3.5%と異動が少なくなっている。また保険者数は2002年には71あったものが、2006年には33、2009年には21に減少し

ている。特に大手4保険者のシェアが90%となっており、ほぼこの大手保険者によりカバーされていることになる。保険運営の効率化により保険者の統合がすすみ、集約されていると考えられるが、これ以上集約が進むと寡占的な立場を利用した価格設定等が懸念され、そのようなことがないように、各社のマーケットシェアを監視しているとのことであった。定額保険料については、2006年に平均1100ユーロだったものが2008年には平均1040ユーロとむしろ下がっており、保険者間の競争と効率化の努力によるものと考えられる。

中央基金から各保険者へ資金配分を行う際のリスク構造調整は、各保険加入者の健康上のリスクを調整した上で資金の配分を行うために欠かせないしくみである。

オランダでは、1993年からリスク構造調整のしくみを取り入れられており、当初は性別と年齢のみの調整であったが、1995年からは居住地と身体障害の有無、2002年からは薬剤費用グループ(Pharmacy Cost Groups: PCGs)、2004年からは疾病別費用グループ(Diagnostic Cost Groups: DCGs)を加えるという形で、リスク構造調整に用いられる変数が増やされている。

リスク構造調整により配分される金額は医療サービスの提供費用であり、病院施設の設備費等は含まれていない。

前述の通り、保険者は、リスク構造調整で配分される資金以外に、加入者に対して定額の保険料を設定する。これは保険の運営の効率性によって保険料設定が異なる結果となり、競争の要因となっている。近年ではさらにこの要因が強まっている。入院医療に対する支払いはDBC(Diagnose Behandeling Combinatie)という日本のDPC分類のようなしくみに基づく病院予算制となっている。各DBC分類の償還額は一律となっていたが、2005年にDBC分類(1246分類)のうち、白内障や鼠径ヘルニア、大腿骨骨頭置換等の24分類について、各保険者と病院が価格交渉により設定できるよう

になった。これは2006年の医療費ベースで7.3%程度に相当する。この傾向は拡大しており、2007年には約20%、2009年には約37%と増加している。

以上のように、オランダの医療保険制度は、国民皆保険のしくみを維持しながら、加入者による保険者の選択や、保険者間の競争による効率化を目指すユニークなしくみである。ただし課題も指摘されている。まず住民が保険者の選択を行うに際して十分な情報提供のしくみが必要となる。また国民皆保険制度にはなっているものの人口の1.5%の保険非加入者が存在する。日本の制度と異なり、どの保険に加入するかが自動的に決まらないために起こる問題であると考えられる。

3. 医療費の国際比較に基づく検討

SHAの機能別分類HCについて、ドイツ、韓国の含まれる項目に関する情報を収集し比較した。HC.1.1(入院診費)は、3カ国ともに算出していた。HC.1.2(日帰り診療)は、日本と韓国はデータソースの問題から個別に算出できていないがHC.1.1に含まれており、ドイツは公的保険の開業医による診察、透析、日帰り手術の医療費を推計していた。HC.1.3(外来診療)は3カ国ともにほぼ共通して算出していた。HC.1.4(在宅診療サービス)に関しては3ヶ国ともに推計してはいるものの、含まれている内容が異なっていた。HC.2(リハビリテーションサービス)は、日本はHC.2.2(日帰りリハビリテーション)とHC.2.4(在宅でのリハビリテーション)を推計しており、ドイツはHC.2.1(入院リハビリテーション)とHC.2.3(外来リハビリテーション)を推計していた。しかし、韓国はHC.2の全項目をHC.1.1に含めているとして推計していない。

HC.3(長期医療系サービス)は、特にHC.3.1(長期医療系施設サービス)に関してはドイツは全ての介護施設の費用を含むとしているが、日本と韓国は介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の費用を含んでいないという違いがある。

HC.4 (医療の補助的サービス) では、3カ国ともにHC.4.1 (臨床検査) およびHC.4.2 (画像診断) はHC.1 に含まれるとして、推計していない。HC.4.3 (患者搬送および救急) は3カ国共通していた。HC.5 (外来患者への医療材の提供) とHC.6 (予防および公衆衛生サービス) は、3カ国ほぼ共通していた。HC.7 は、3カ国ともに推計しているが、韓国は行政費用 (保健福祉家族部であり、日本の厚生労働省に相当する) を含んでいるという違いがあった。

このように、各国で推計に含めている項目に、特に2デジットレベルでは違いがあることが明らかとなった。

SHA の2次元テーブル (HC×HP、HC×HF、HP×HF の3種類) を用いて、3ヶ国のHC分類ごとに購買力平価 (PPP) でUS\$換算した人口1人当たりの保健医療支出額、及び保健医療支出額の構成比では、HC×HPの2次元テーブルの人口1人当たり金額 (US\$) および構成比において「HC.1 HC.2」×HP.1 (病院) は、3カ国ともに30%程度となっていた。「HC.1 HC.2」×HP.3 (外来) は、日本とドイツは20%程度、韓国は30%程度と高くなっていた。ドイツでは医療と介護が明確に分かれており、病院において長期医療系サービスは提供されていないので、HC.3 (長期医療系サービス) ×HP.1 (病院) に値が計上されていない。その分がHC.3×HP.2 (外来) に計上されていた。一方、日本では介護療養病床 (介護療養型医療施設の病床) 分が計上されており HC.3×HP.1 (病院) が14%程度となっていた。韓国がいずれの供給においても割合は少ないが、これは韓国が介護保険導入前であるからと考えられた。

HC.7×HP.6の行政費用は、ドイツの費用が6.3%と最も高く、韓国が4.2%であり、日本は2.4%と低い。日本が低いのは、厚生労働省分の行政費用が推計できていないことも考えられる。ドイツは比較的事務および管理費用が高いが、近年の医療制度改革により、保険者 (疾病金庫) 数の減少

に伴い、今後減少していくことが予想されており、実際に0.1%ずつ減少している傾向がみられた。

D. 考察

1. 医療費と健康状態等の要因の関連を分析するためのパネルデータ調査

今回の調査から、国民医療費から把握できない、保健医療用品・器具購入費用の把握がインターネットを利用した調査でも可能であることが示された。

ただし、回答者の年齢によるばらつきがあることから、日本全国値の推計を行うには、今後サンプル数を増やす等の課題がある。

2. 医療における管理的競争のあり方

オランダの保険制度および管理競争にはいくつかの特徴がある。管理競争のしくみとしては、中央基金 (スポンサー) を設置し、被保険者による保険者の選択とリスク構造調整による資金配分というEnthoven博士が提唱した管理競争のモデルを忠実に実践しているスタイルである。特徴として、中央基金に集めている保険料は収入に対して定率になっており、加入する保険によらず公平性が保たれていることと、中央基金を通じてリスク構造調整の末に配分される資金は医療費の半分に相当するところに限定されていることが挙げられる。方式としては、ドイツのようにもっと高い割合の資金をリスク構造調整を通じて配分する方法も考えられる。オランダのしくみでは資金の半分のみをリスク構造調整に応じて配分し、残りの半分は各保険者が設定する定額保険料で賄うしくみである。定額保険料は加入者のリスクに応じて変えることはできないものの保険プランによって定額であるため、ここで価格面での競争も起こることになる。また、Open Enrollmentの規定により、保険者によるクリームスキミングを防止している。

オランダのしくみは、皆保険を維持しながら、被保険者による保険者選択による保険者間の競争

を促し、効率的な運営を行う方法として注目される。一方で、制度上は皆保険を維持しているものの、実態として保険非加入者が生じていることは大きな課題である。現行の日本の制度であれば、加入する医療保険は基本的に職業（被扶養者の場合は扶養者の職業）により自動的に決まる。そのため、仮に保険に非加入の者がいたとしても、本来どの保険でカバーされるべき者かは決めることができ、その保険における保険料未払いの問題として扱われる。しかし、オランダのようなしくみでは、被保険者が保険者を選択して加入するため、保険に非加入の者がいたとしても、どの保険でカバーされるべき者かを決めることはできない。その対象者に誰がアプローチするべきかという問題が生じる。これに対して基本的には行政が対応し、住民の保険加入状況を把握し、加入を促すことになる。低所得者には補助金が出されているが、現金での給付のため、必ず保険加入に使われるという保証はない。さらにその者を強制的にどれかの保険でカバーすることはできないため、保険非加入者の問題は大きなものであると考えられる。

3. 医療費の国際比較に基づく検討

SHA 推計に利用するデータおよびロジック（推計方法）は、SHA マニュアルに準拠して各国が個別に定めたものである。その推計内容は OECD に報告されているものの、OECD が各国の細部の違いを調整するということはなされていない。また、対象とした 3 カ国をはじめ、OECD 加盟国の中でも機能分類上の SHA の概念に含まれる全ての項目を推計できているわけではない。しかし、総保健医療支出は、SHA という共通の枠組みのなかで推計した包括的な数値であり、各国の定義を把握したうえで比較することは意味のあると考えられる。

E. 結論

医療費と健康状態等の要因の関連を分析するためのパネルデータ調査から、年間の保健医療用品・器具の購入費用の状況をみると、パネル調査と家計調査との間で、平均購入費用は近い額となっていた年間の健康保持用摂取品の購入費用も同様の傾向であったことから、保健医療用品・器具購入費用の把握がインターネットを利用した調査でも可能であることが示された。ただし、回答者の年齢によるばらつきがあることから、日本全国値の推計を行うには、今後サンプル数を増やす等の課題がある。

医療における管理競争の役割を検討するためにオランダの医療保険制度およびリスク構造調整のしくみを検討した。管理競争のしくみを忠実に実践したオランダでは、保険者間の競争により効率化が図れることが示されているが、国民皆保険制度を実質的に維持するためには保険非加入者への対応が必要とされた。我が国でも医療保険の効率的な運営のために、管理競争の導入とリスク構造調整は参考となるが、実質的に皆保険を維持するしくみを検討することが必須であると考えられた。

医療費の国際比較に基づく検討から、これまで比較には、総保健医療支出の対 GDP 比率が主に活用されてきたが、機能 (HC)、供給 (HP)、財源 (HF) 別の 2 次元テーブルでも、各国の医療制度を反映した情報を提供できることが判明した。今回対象とした 3 カ国以外の OECD 諸国の 2 次元テーブル (HC x HP、HC x HF、HP x HF) は、OECD のホームページ上に公開されており、医療制度や政策を比較する際の精緻な分析に資する情報を提供するものであると考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

IV 分担研究報告

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
医療費の構造分析と適正化に向けた政策的課題に関する研究
分担研究報告書

保健医療消費に関する調査研究---インターネット調査---

福田 敬 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部特別主席研究員
鈴木 亘 学習院大学経済学部経済学科
満武 巨裕 (財)医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究部副部長
興梠 貴英 東京大学大学院医学系研究科健康医科学創造講座

1. 調査目的

本調査は、米国において実施されている MEPS (Medical Expenditure Panel Survey) を参考として、我が国における個々人の健康状態の変化とそれに伴う受療行動、医療支出について、将来的に複数年にわたる調査を通じてパネルデータを作成することを目指した試行的調査であり、パネルデータを基に健康状態と保健医療支出との関連性について分析することの可能性を検証することを目的とする。

2. 調査対象

今年度調査では、ある健康保険組合（以下、A 健保と表記する）の被保険者を調査対象とした。

A 健保の被保険者に対し、「アンケート調査への協力をお願い」に係る文書を送付して調査協力者を募り、第 1 回目調査時には以下の回答者（調査協力者）を得た。

■第 1 回目調査の回答者（年代及び性別の構成）

	全体		男性		女性	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
10代	—	—	—	—	—	—
20代	—	—	—	—	—	—
30代	20	17.1%	13	11.1%	7	6.0%
40代	61	52.1%	49	41.9%	12	10.3%
50代	30	25.6%	28	23.9%	2	1.7%
60歳以上	6	5.1%	5	4.3%	1	0.9%
計	117	100.0%	95	81.2%	22	18.8%

3. 調査方法

インターネット調査は、3回の調査より構成される。第1回調査は平成21年1月～12月の年間調査と平成22年1月分調査、第2回目以降は平成22年2月と同年3月の毎月調査とした。

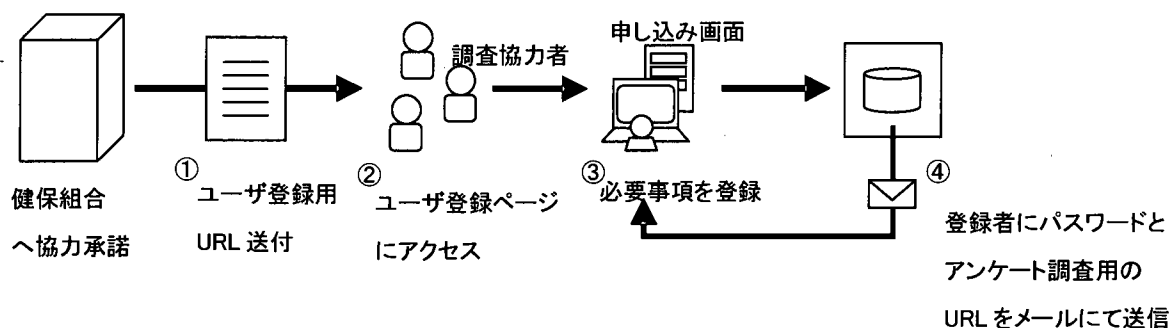
1) インターネット調査の準備工程（ユーザ登録までの流れ）

調査実施の前に、本調査にご協力いただける方の登録を以下の手順にて行う（図表3-1参照）。

- ①健保組合に調査協力を承諾した方宛にユーザ登録ページのURLを送付
- ②ユーザ登録ページへアクセスしていただく
- ③必要事項と連絡先（e-mailアドレス）を記入し、登録を終了
- ④登録終了後、ログイン用のパスワードが発行される（e-mailにて通知）

※調査のIDは登録e-mailアドレスとする。なお、携帯のe-mailアドレスは登録不可

図表3-1 ユーザ登録までの流れ



2) アンケート調査実施のながれ

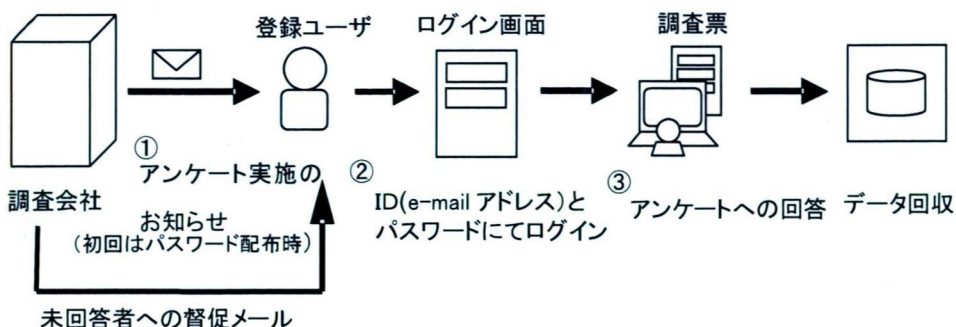
以下のフローを繰り返し、調査を実施する（図表3-2参照）。

- ①ユーザ登録済みの方にパスワード通知メールが配信される。メールには、パスワードの他、アンケート調査用URLが記載されている
- ②アンケート調査用URLのリンクをクリックし、アンケート調査のログイン画面にて登録したe-mailアドレスと配布されたパスワードを入力してログインする
- ③アンケートにご回答する

※2回目以降のアンケートは、実施時期の前に再度お知らせメールが配信される

※お知らせメール配信後、しばらく経っても未回答な場合は、再度依頼メールが配信されることがある

図表 3 - 2 アンケート調査実施のながれ



3) アンケート実施期間

本調査は、実施期間を「平成 22 年 1 月～平成 22 年 3 月」とし、実施時期は月 1 回ずつメールにて通知し、合計 3 回実施する。

調査日程は以下のとおり。

実施調査	実施（開始）年月日
第 1 回目（1 年及び 1 月分）	平成 22 年 1 月 29 日
第 2 回目（2 月分）	平成 22 年 3 月 01 日
第 3 回目（3 月分）	平成 22 年 3 月 19 日

4. 調査項目

本調査では、回答者の基本属性や健康保険、健康状態、医療消費などに関する項目を設問とした。概要は以下のとおりである。

1) 調査項目概要

第 1 回目の調査では、基本属性や健康保険、健康状態に関する設問に含むが、2 回目以降は、医療サービスや医療消費の状況などを調査項目とする。

(1) 第 1 回目のみの調査項目

	調査項目
基本属性	・世帯主との続柄
就労状況	・職種 ・現在の職業に就労している年数
健康保険	・H21 年度の健康保険料月額 ・民間医療保険の加入状況 ・H21 年度の民間医療保険年間保険料、給付額

	<ul style="list-style-type: none"> ・国、地方自治体などからの補助金・助成金
健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・身長、体重 ・喫煙、飲酒の習慣 ・生活上の健康問題 ・既往症
医療消費	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医療機関の施設区分 ・H21年度に購入した医療器具および医療サービスの種別と金額

(2) 全回にわたる調査項目

	調査項目
医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・購入した医療器具および医療サービスの種別と金額(1.視力補助器具、2.整形外科的補装具、3.その他補助器具…等)
医療消費	<ul style="list-style-type: none"> ・受診した医療機関の数 ・医療機関に受診したきっかけ ・受診時に付けられた疾患名(傷病名) ・市販薬(OTC)の購入費
健康保険	<ul style="list-style-type: none"> ・民間医療保険の給付状況
健康状態	<ul style="list-style-type: none"> ・Euro-QoL項目 (「移動の程度」、「身の回りの管理」、「ふだんの活動」、「痛み・不快感」、「不安・ふさぎ込み」)
外来	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診状況(受診の有無、受診回数) ・かかりつけ医療機関への受診状況 ・自己負担額合計 ・公費含む保険合計点数 ・受診に係る交通費 ・調剤費と自己負担額
入院	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の有無 ・入院日数 ・自己負担額合計 ・公費含む保険合計点数 ・受診に係る交通費
歯科	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関への受診状況(受診の有無、受診回数) ・自己負担額合計 ・公費含む保険合計点数 ・受診に係る交通費
その他柔道 整復など	<ul style="list-style-type: none"> ・その他柔道整復などの受診状況(受診の有無、受診回数) ・自己負担額合計 ・公費含む保険合計点数 ・受診に係る交通費

2) 調査票について

(1) 調査の実施について

インターネット調査では、第 1 回目調査の実施にあたり、下記に示す「ユーザ登録依頼メール」と「登録完了通知&1 回目調査依頼」を調査協力対象者宛に送付した。

■ユーザ登録依頼メール(第 1 回目調査開始)

◇保健医療に関するアンケート実施のお知らせ◇

●●健康保険組合 加入者様

この度は、医療経済研究機構が実施する「保健医療に関するアンケート」へのご協力を賜り、誠にありがとうございます。

アンケート調査への回答にあたり、まずは下記のウェブサイトよりユーザ登録の実施をお願いいたします。

【ユーザ登録】 <http://chu.....>

必要事項を入力して登録を済ませますと、パスワードとアンケート調査票へのリンクがメールにて送信されます。

ご登録いただきました e-mail アドレスとご案内するパスワードを入力して、アンケート調査票にログインを行って、回答を開始してください。

なお、本調査は 1 月から 3 月まで合計 3 回実施いたします。

調査内容につきましての詳細は、ユーザ登録画面にある「調査概要」及び「調査協力依頼状」をご覧くださいませよう、お願いいたします。

* 第 1 回目のアンケートの〆切りは、2 月 1 9 日 となっております。
お早めにご回答いただきますようお願いいたします。

本調査に関してご不明点等ございましたら、
「保健医療に関するアンケート」調査事務局までメールにてご連絡
ください。

ご多忙の折恐縮ですが、ご協力のほど宜しくお願いいたします。

医療経済研究機構
「保健医療に関するアンケート」調査事務局

■登録完了通知&1回目調査依頼

本メールは、「保健医療に関するアンケート」にご登録された方へ自動的に配信しています。

保健医療に関するアンケートにご登録ありがとうございます。
登録されたメールアドレスと以下の PASSWORD でログインし、アンケートにお答えください。

PASSWORD は、2回目以降の調査に回答する際にも使用しますので、大切に保管ください。

<ログインされる前にご準備ください>

アンケート項目には、世帯で負担した医療費や保険料等をお伺いする質問がございます。
年間での負担額などがわかるものをお手元にご用意のうえ、ログインフォームにお進みください。

▽ PASSWORD

+-----+
●●●●●
+-----+

第1回目のアンケートの〆切りは、2月19日 となっております。
お早めにご回答いただきますようお願いいたします。

▽ アンケート調査入り口

<https://chu.....>

医療経済研究機構/保健医療に関するアンケート

(2) 調査票

インターネット調査にて実際に使用した調査票については、資料編に掲載した。

5. パネル調査の結果の概況

1) 回収の状況

調査の依頼メールは合計で171通の配信が行われ、第1回目の回収率は68.4%(117人)、第3回目の回収率は63.2%(108人)であった。各回における回収数は以下のとおりである。

図表 5 - 1 - 1 実施調査と回収数

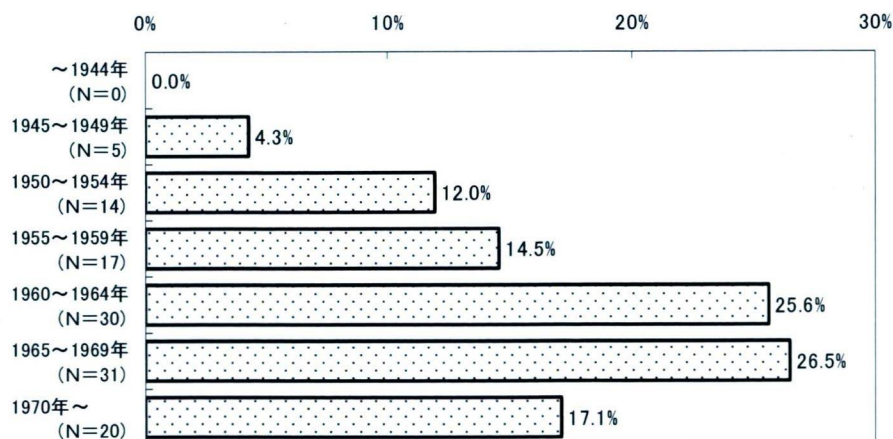
実施調査	回収数
第1回目(1年及び1月分)	117人
第2回目(2月分)	110人
第3回目(3月分)	108人

2) 回答者本人の属性

■誕生年

回答者本人の誕生年は、1965～1969年が26.5%と最も多く、次いで1960～1964年が25.6%で続いている。これらを合わせた1960年からの10年間で、およそ半分を占めることが分かる。

図表 5 - 2 - 2 誕生年



■世帯主との続柄

世帯主との続柄は、「本人（世帯主）」が最も多く 87.2%、「世帯主の配偶者」が 8.5%、「世帯主の子」が 4.3%と続いている。

図表 5 - 2 - 3 世帯主との続柄

