

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)

Ⅱ. 総合研究報告

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（政策科学推進研究事業）

総合研究報告書

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

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、インターネット調査の登録者を対象として調査を実施した。平成21年度は、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、諸外国の制度設計から、管理競争の活用原理を検討し、そのメリット、デメリットを整理する。また、日本の制度における管理競争の活用方法と医療費への影響を議論した。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。

第3に、OECD Health Dataを用いて、医療費の国際比較を行う。特に、近年新たに加えられた人的資源(Human Resource)と資金(Financing Source)、LTC(Long Term Care)の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備し、国際比較により適したデータ集計の方法の開発と、その結果を活用して日本の医療費を国際的に比較した場合の分析を行う。平成19年度は現状のOECD Health Dataにおける日本のデータの課題を整理した。平成21年度は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、パイロットスタディを実施し、その実現可能性(feasibility)について検討することを目的とした。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。

また、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。平成19年度は現状のOECD Health Dataにおける日本のデータの課題を整理する。平成21年度は、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。

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、介護保険の利用状況や、さらに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19年度は過去の研究成果に基づき、医療費、介護費の地域差および増加や減少がどのような要因

によってもたらされているかをモデル化し、都道府県単位での集約データを用いてモデルの検証を行なう。

2. 医療費と健康状態の関連の分析

個人の医療費と健康状態や社会経済的特性との関連を分析するために、地域住民を対象として、調査を行う。特に経時的変化を観察できるように、同一の対象者に対して、複数年の調査を実施し、パネルデータを作成する。調査内容としては、医療機関への支出のほか、介護関連の支出、OTC薬への支出も調査し、健康状態としては疾病の有無、受診状況のほか、一般的なQOL調査尺度を用いた調査や生活習慣の調査も実施する。また、社会経済的特性として、職業、年収等を調査する。

平成20年度は本調査のモデルとする米国のMEPS(Medical Expenditure Panel Survey)について、AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)にて担当者へのヒアリングを行い、次年度以降の調査計画を作成する。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。

3. 医療における管理的競争のあり方

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。諸外国の制度設計から、管理競争の活用原理を検討し、そのメリット、デメリットを整理する。また、日本の制度における管理競争の活用方法と医療費への影響を議論する。

4. 医療費の国際比較に基づく検討

OECD Health Data を用いて、医療費の国際比較を

行う。特に、近年新たに加えられた人的資源(Human Resource)と資金(Financing Source)、LTC(Long Term Care)の給付範囲、保健予防活動等についての定義やその負担に関するデータを整備し、国際比較により適したデータ集計の方法の開発と、その結果を活用して日本の医療費を国際的に比較した場合の分析を行う。平成19年度は現状のOECD Health Dataにおける日本のデータの課題を整理する。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。具体的には、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)

本年度は既存の公表された文献等の情報をもとに行っており、倫理面での問題はない。

C. 研究結果

1. 医療費の決定要因分析

本分析では、セカンダリデータを用いて医療費増加の関連要因をモデルとして作成し、既存研究における時系列データを用いた分析による検証、さらに、政策等の及ぼす影響についても検討を行うことで、将来の医療費の推計に資する基礎情報を得ることを目的とし、時系列データを用いた医療費増加に係る関連要因の分析と医療費における構造変化に関する分析を実施した。

時系列データを用いた分析では、水準モデルと階差モデルによる検討を行っており、作成されたモデルからは医療費増加の関連要因として以下のものがあげられる。

- ・国内総生産(実質)
- ・高齢化指標及び高齢化率
- ・病床数総数及び一般診療所病床数
- ・診療所数
- ・常勤医師数

・一般病床平均在院日数

また、医療費における構造変化に関する分析では、チャウテスト及び係数ダミー、カルマン・フィルターの活用による検討を行った。

上記の説明変数はそれぞれのモデルにおいて、構造変化の前後での変化がみられるが、総括すると、構造変化後に影響力が低下する指標（変数）は、国内総生産（実質）及び高齢化関連指標、一般診療所病床数であり、影響力が高まるのは病床数総数や常勤医師数、一般病床平均在院日数であることがわかった。

2.医療費と健康状態の関連の分析

調査対象者は40才以上の男女とし、家族構成員に関する内容を調査する。パイロット調査においては、第一段階として、インターネット調査に対応できる集団を対象とする。調査対象者数は500人（家計単位）を想定している。

調査項目は、対象者の属性、就労状況、健康保険、医療消費、健康状態等を取り上げ、米国MEPS調査を参考にし、日本での調査で利用すべきかどうかを検討した。

調査はインターネットを利用して行い、調査対象者の同意を文書で得た上で、専用のwebページにアクセスできるIDとパスワードを発行する。調査内容を一時点での特性データ（属性や就労状況、健康状態等）とイベント発生に伴い把握する医療消費データに分ける。医療消費データについては、対象者はwebページを医療関連支出の家計簿のように利用できるようにする。属性データの入力および医療消費データ入力の確認として、メールによるデータ入力の依頼を定期的に行う。健康保険組合を対象とした調査（平成21年度）では、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。

3.医療における管理的競争のあり方

本研究では7本の論文について、サーベイを行った。今回のサーベイから、わが国に先んじて導入されている欧州の保健・医療分野への管理的競争が成功するために、共通して示唆される重要な点は、2つ挙げられる。1つは、保険者の被保険者に対して最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させる本来の機能を働かせるためには、被保険者において加入保険選択権を与えること、2つめには、政府は被保険者の健康リスクを反映する部分についてはリスク構造調整を行うことであろう。例えば、ドイツでは被保険者による疾病金庫の選択性が保障されており、オランダについても専門医については選択的な契約を結ぶことが認められている。これによって、保険者には本来の機能を果たす誘因が生じるであろう。また、リスク構造調整については、保険者が認識する被保険者のリスクと、個人の健康リスクの情報が対称的であれば、リスク選択の可能性が生ずる。ただしこの時、個人のHealth State（健康状態）について、適正な指標を用いること、そして、政府はAdverse Selectionの発生に留意することが重要になろう。後者については、保険者による被保険者選択、すなわち、Adverse Selectionを発生させることになれば、国民皆保険制度の成立はない。政府は中央集

権的立場からこの問題を回避するセイフティネットを構築する必要がある。

4.医療費の国際比較に基づく検討

平成19年度に、日本のSHA推計方法と韓国を比較した際、相違の一つに日本のデータソースは各種事業統計（報告）を活用しているが、韓国は業務統計に加え個人医療支出データを利用していることがあげられる。確かに、事業報告の項目は限界があるが、家計調査にもSHA推計に必要な供給主体別などの情報を保持していないという点も指摘できた。平成21年度は、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

医療費への関連要因分析に関しては、セカンダリデータの利用や長期間のデータを揃えるなど各種制約があったため、説明変数として採用した指標は比較的限られていたが、医療費に係る構造変化の検討にあたってはさらに広い範囲のデータの活用が望ましい。また、構造変化の検討においては係数ダミーやカルマン・フィルターの活用を図ったが、現段階ではその概要を整理した状態であることから、手法などを含めさらに検討を要するものと考えられる。

医療費と健康状態の関連に関する分析では、米国MEPS調査を参考に企画を作成した。調査の効率性からインターネットを利用し、対象者が直接入力できる形式を想定している。この方法については米国AHRQの担当者からも関心が示され、調査方法として利用できれば今後のデータ収集が容易になるものと考えられる。一方で、対象者数には制約があるため、本調査で医療費と健康状態との関連を詳細に分析することは難しいかもしれない。平成20年度の調査は、インターネット調査会社のモニター会員を母集団として、1人暮らしの方は除外し、40歳以上で、家族に介護サービスを受けている人がいる世帯を対象とした。結果を既存統計調査との比較したところ、年間の公的な健康保険の保険料の状況は、本調査において平均37.9万円に対して、家計調査では19.5万円となっており、パネル調査との差異が生じていた。年間の公的な介護保険の保険料の状況も、パネル調査において平均4万円、家計調査の参考データは平均およそ1.8万円となっており、差異が生じていた。特に、月間での公費を含む保険合計点数の状況を見ると、突出した点数の回答が存在することによって平均値が中央値を著しく上回るという傾向がみられた。一方で、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似(それぞれ25,366円、25,968円)した結果が得られた。また、年間の健康保持用摂取品の購入費用の状況も、パネル調査が平均

19,085円、国民生活基礎調査が平均13,260円と近似していた。健康保険組合を対象とした調査からも、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。 今後は、継続的なデータ把握に向けた調査対象の脱落防止のための取り組みの措置をとるとともに、回答内容の精度の向上および外れ値等の値への対応が必要であると考えられた。

Enthoven (1988) が掲げた「管理的競争」の概念は、佐藤 (2006) で指摘されるように元来、中央集権的な政府の競争排除的規制を「変更」したものであると捕らえられるべきである。しかし、現実には、複雑に設計された保健・医療分野の制度に対して、中央政府が変更の程度を図ることは、各国の政治情勢等も絡み、極めて難しい。政府は、保険者が保険適用範囲で提供する医療サービスを決定し、被保険者が最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させることが大きな役割であり、わが国で今後、求められる保険者の再編・統合においてもそれは変わらない。保険者もまた、「被保険者に対して最適な保険選択ができるよう情報の非対称性を解消させる」本来的機能は、わが国の非選択的状況にあっては、誘因となり得ないことは問題であろう。

平成21年度の対象としたオランダの保険制度および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。

医療費の国際比較に基づく検討からは、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

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(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 20-21 年度研究報告書(平成 22 年 3 月)

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11 第 11 東洋海事ビル

※無断転載複写を禁じます

