

表3 施設種別と調査年

	特定機能 病院	療養型病 床群を合 心病院	入院医療 管理承認 病院	特例許可 老人病院	特例許可 外老人病 院	一般病院	有床診療 所	合計
1988				16	5	85	135	241
1989				19	4	72	68	163
1990				23	2	73	71	169
1991				29	13	61	53	156
1992		13	2		7	65	44	131
1993		2	5		10	28	49	94
1994	12	6	37	3	16	82	47	203
1995	3	14	26	3	5	54	30	135
1996	2	9	23		3	55	19	111
1997	6	16	26	2		57	22	129
1998	4	8	21	1	1	34	23	92
1999	7	19	26	4		43	28	127
2000	3	46		20		77	16	162
合計	37	133	166	120	66	786	605	1913

表4 点数日額推移

調査年	日数		点数		一日当り点数		度数
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
1988	7.680	3.270	16652.0	6818.3	2641.4	1775.9	241
1989	8.706	4.685	20036.1	10642.6	2654.4	1321.6	163
1990	7.947	3.627	18816.2	9145.1	2800.9	1894.2	169
1991	8.090	3.493	18982.4	10227.2	2743.0	1594.3	156
1992	8.298	3.529	22322.3	7166.2	3156.0	2158.6	131
1993	7.840	2.653	20418.5	7246.2	2991.6	1996.7	94
1994	7.882	3.124	24462.4	8176.4	3640.4	2079.3	203
1995	9.385	4.654	25791.1	9896.4	3424.7	2582.2	135
1996	8.072	4.287	27747.7	12473.6	4006.5	2065.8	111
1997	7.612	4.227	27268.0	11568.1	4621.9	3145.2	129
1998	8.217	4.360	27771.5	10626.8	3872.4	1675.6	92
1999	7.394	3.512	28788.1	10083.8	4776.5	3206.9	127
2000	7.117	3.449	31115.3	11945.7	5441.2	3389.3	162
合計	7.994	3.790	23293.6	10696.5	3529.4	2446.8	1913

図5 診療日数・点数時系列推移

図5 診療日数・点数時系列推移

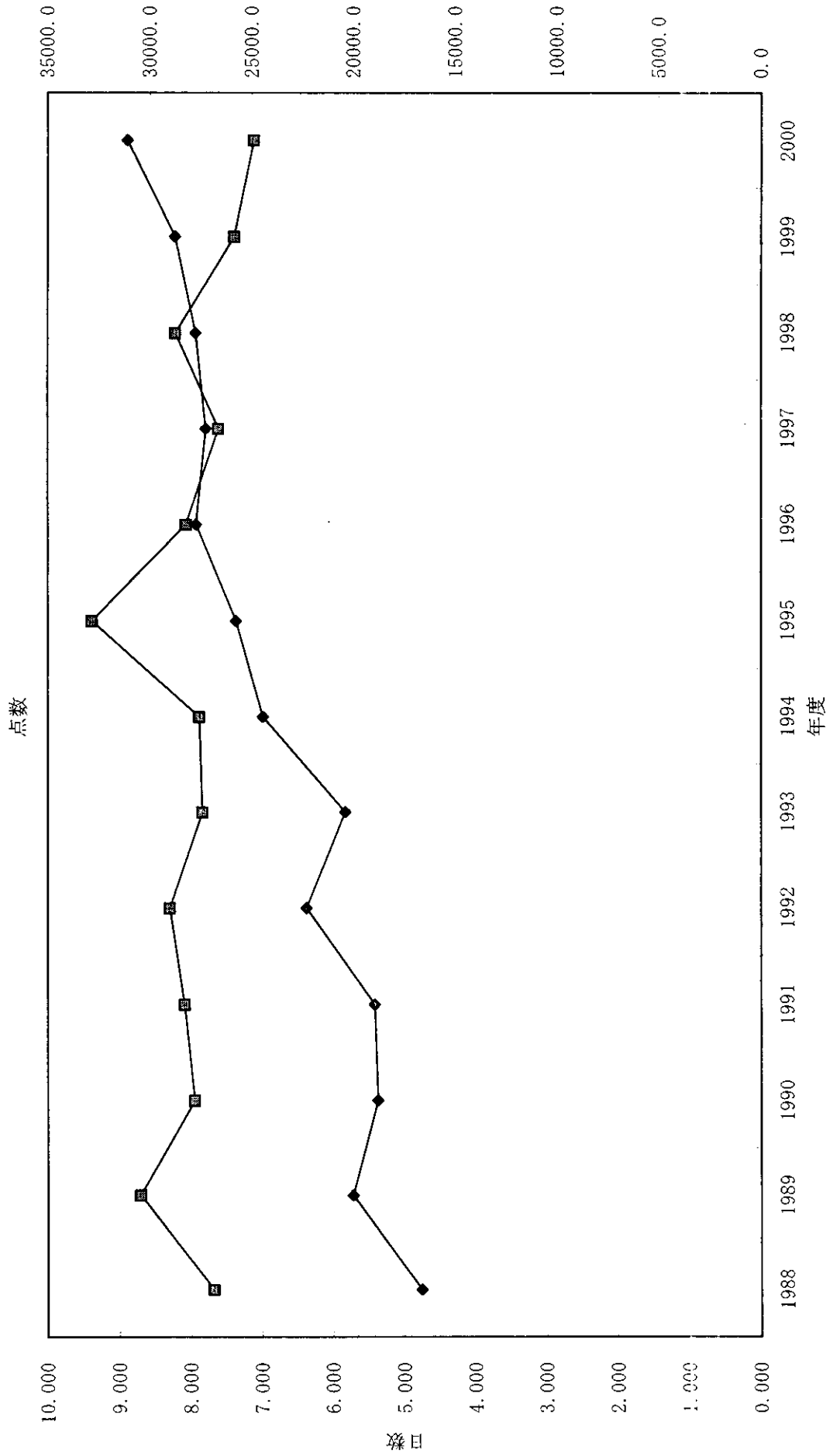


図6 診療日数別診療行為別点数比率推移(1988)

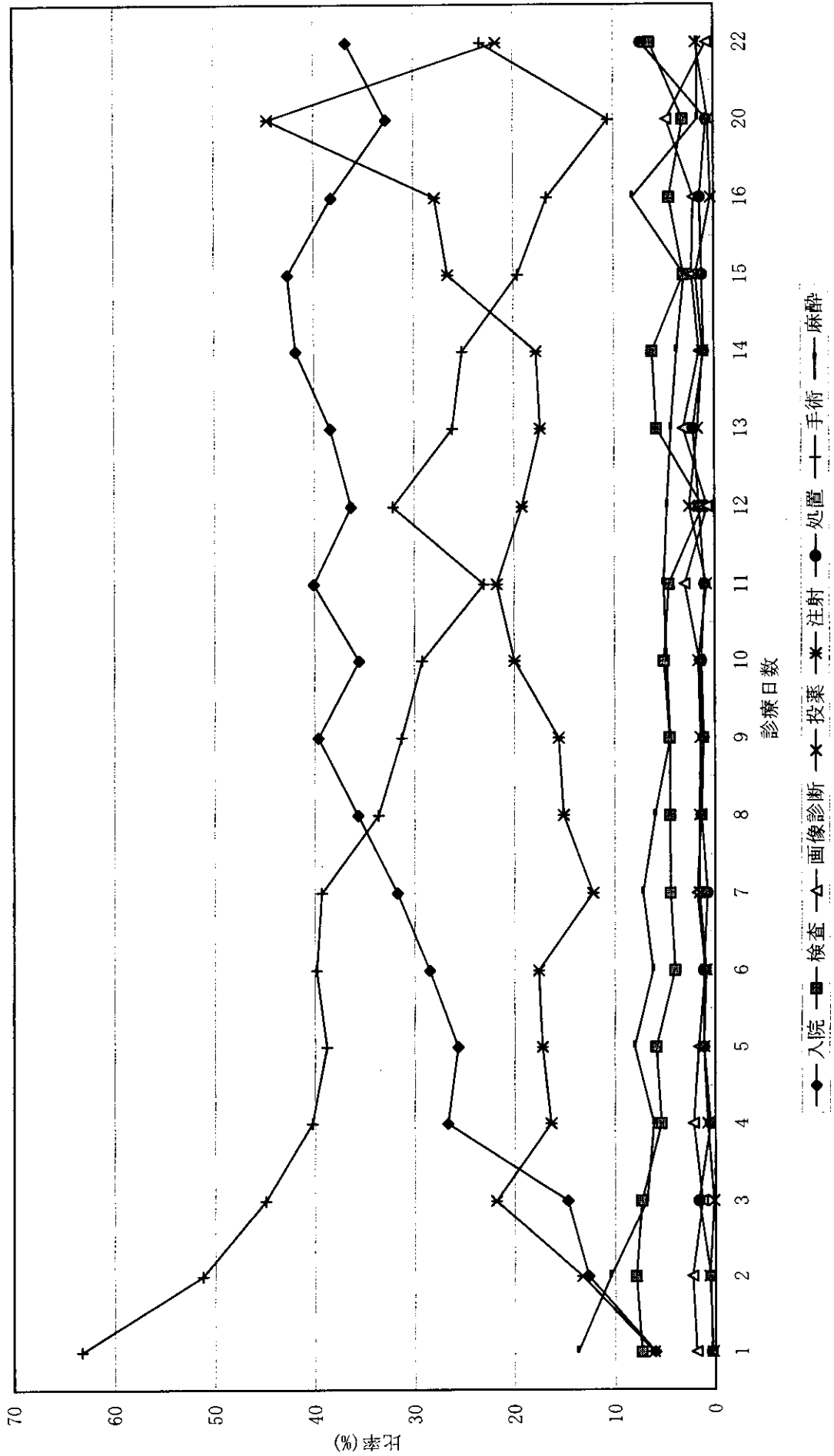


図7 診療日数別診療行為別点数比率推移(1989)

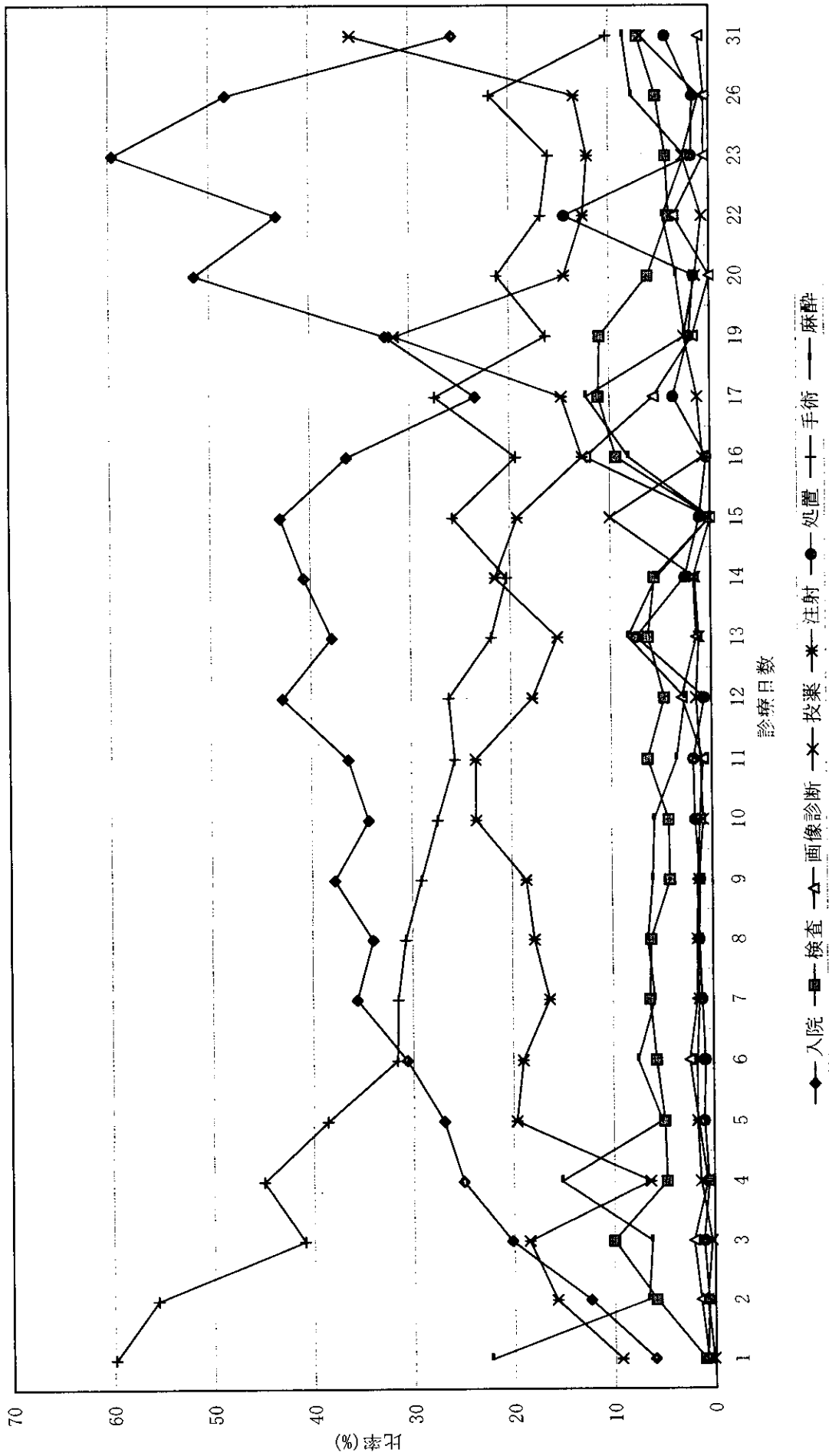


図8 診療日数別診療行為別点数比率推移(2000)

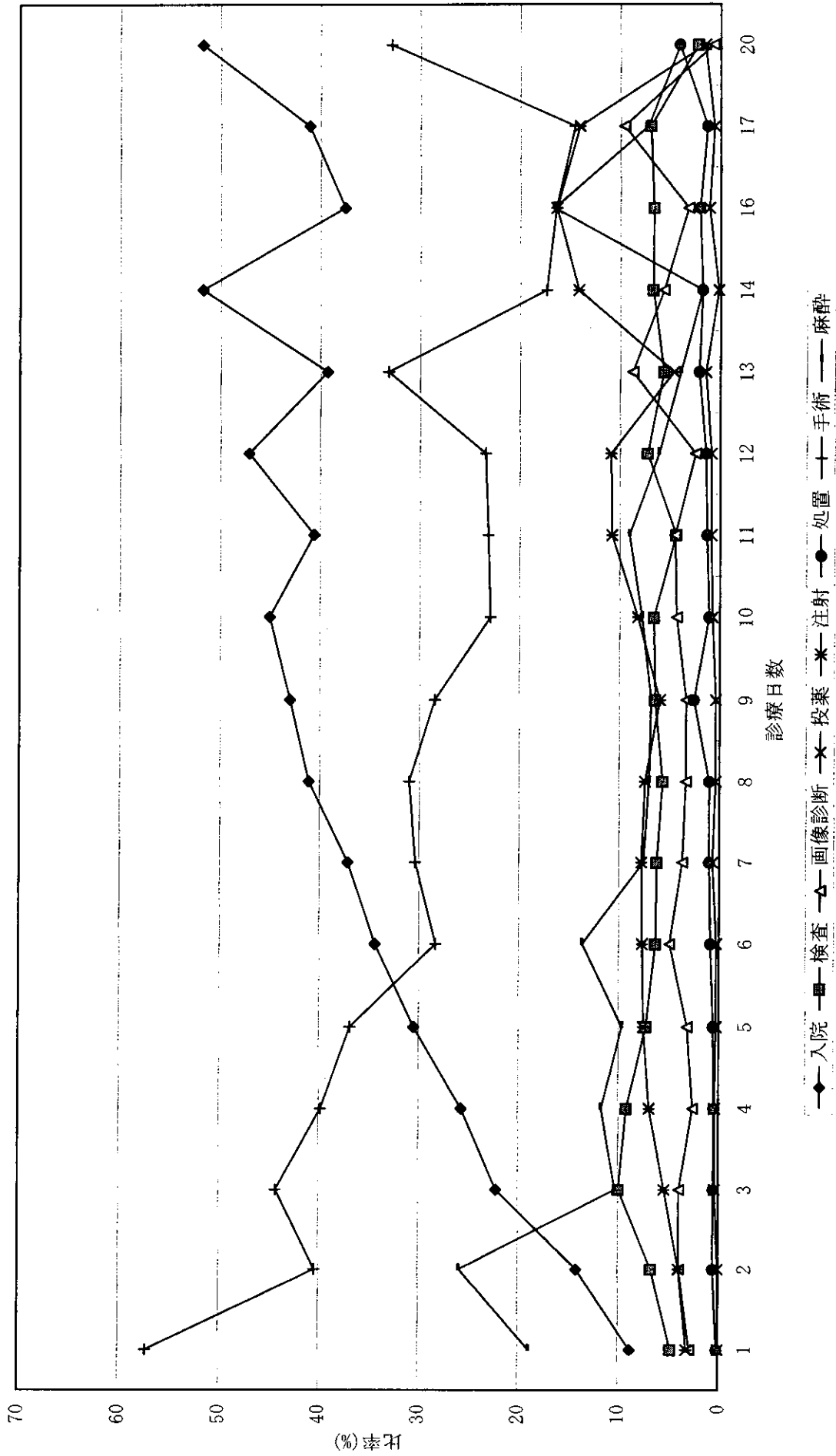


図9 診療日数別診療行為別点数比率推移 (1990)

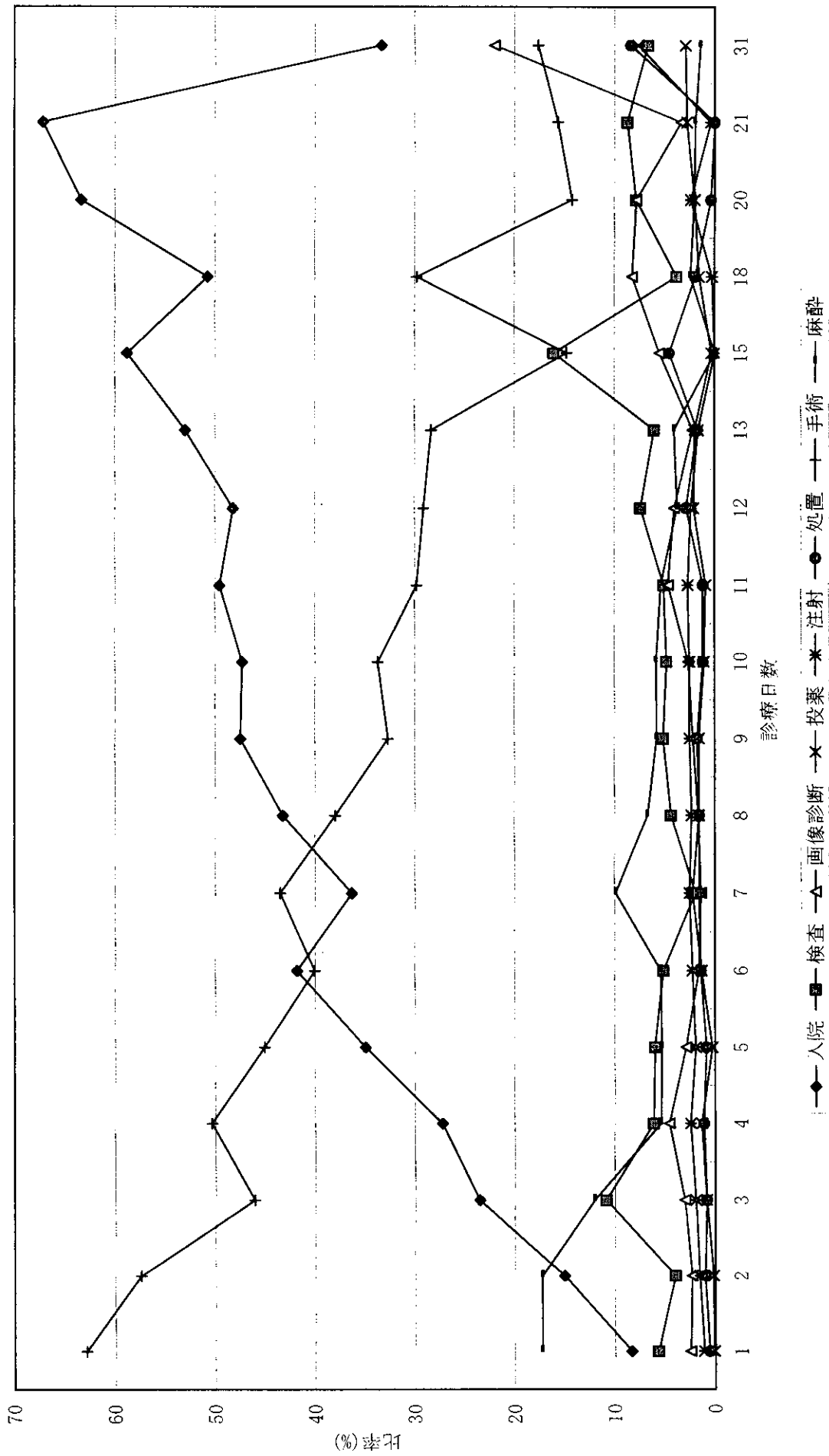


図10 診療日数別診療行為別点数比率推移(1991)

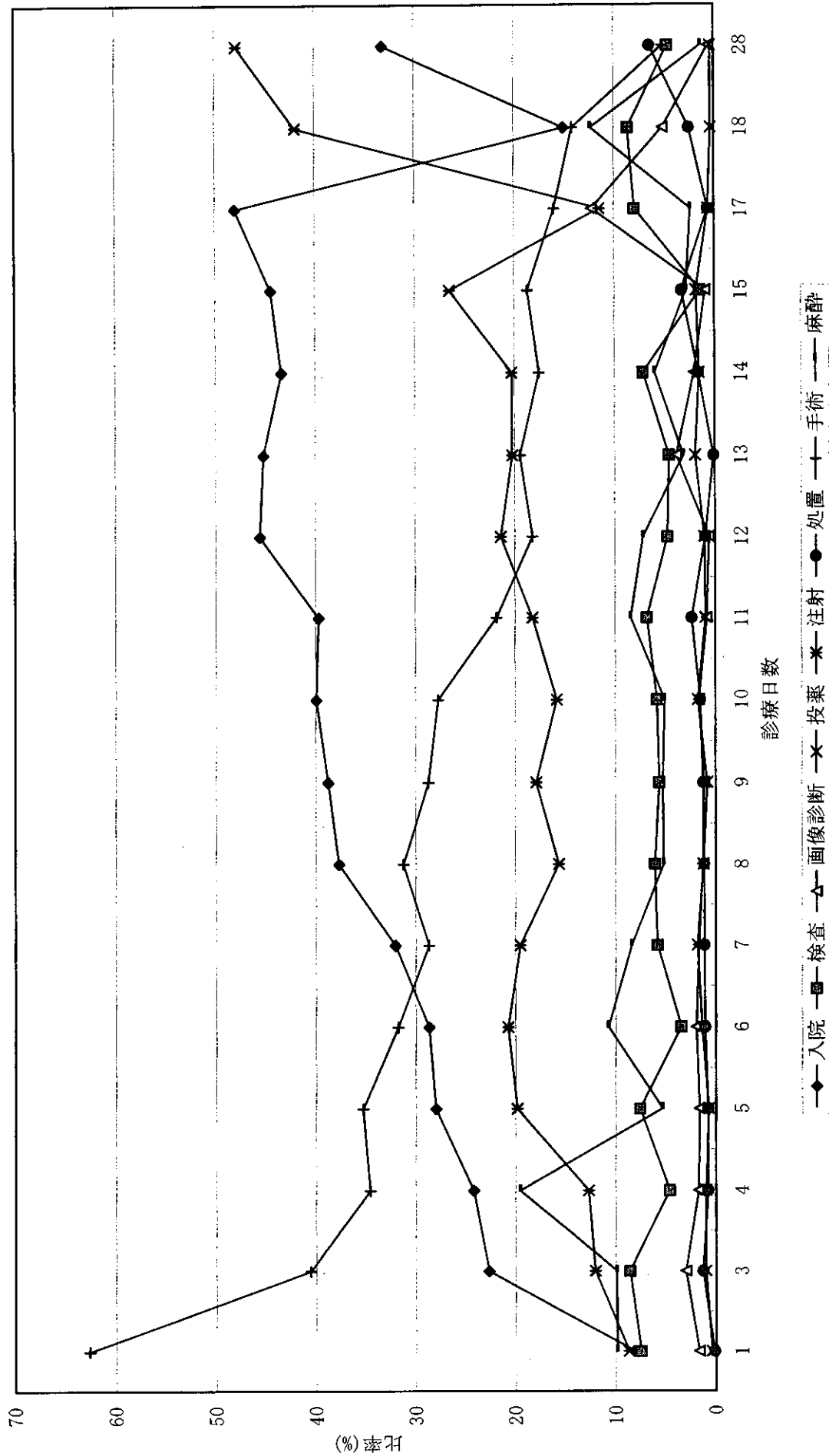


図11 診療日数別診療行為別点数比率推移(1992)

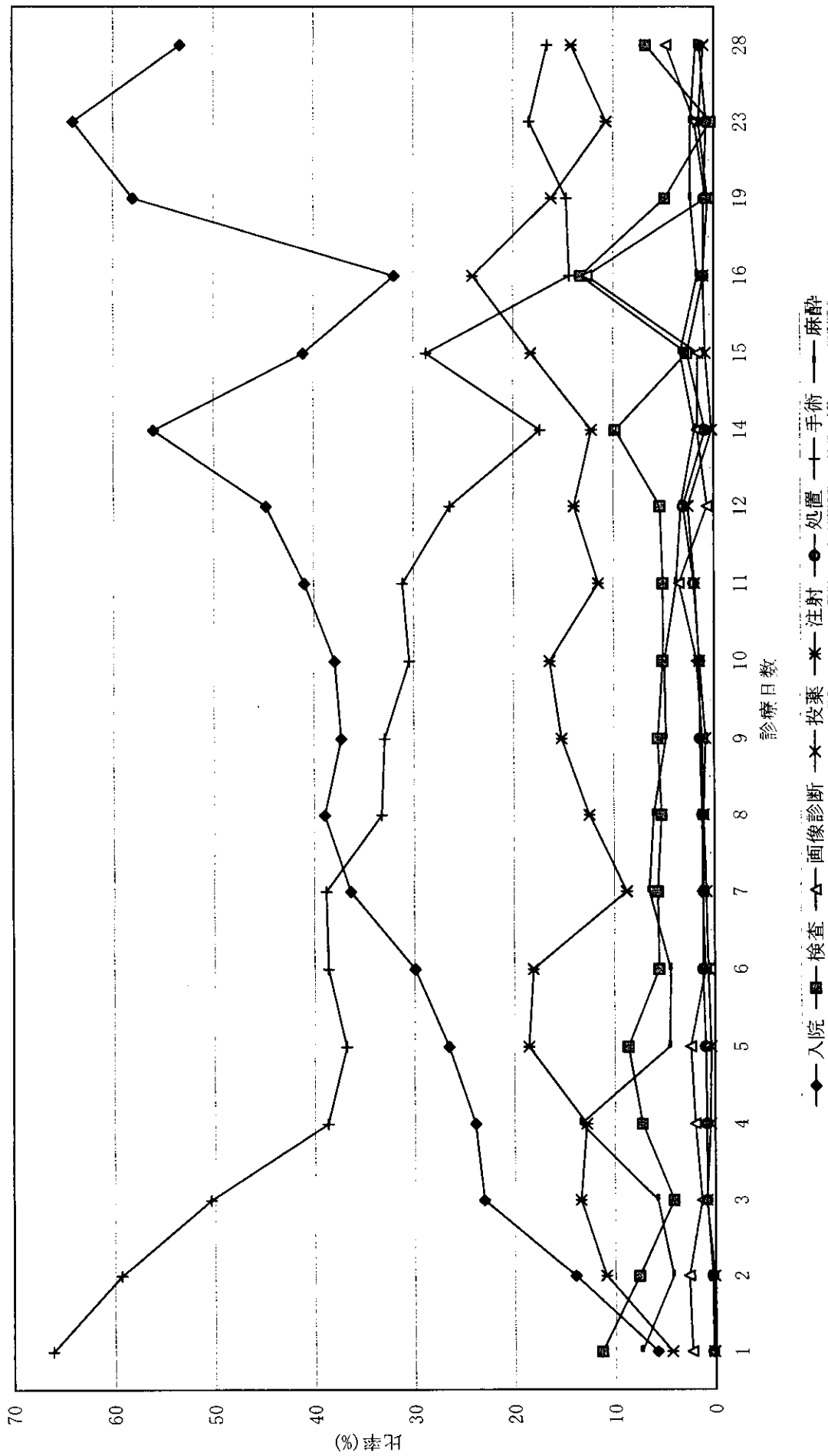


図12 診療日数別診療行為別点数比率推移(1993)

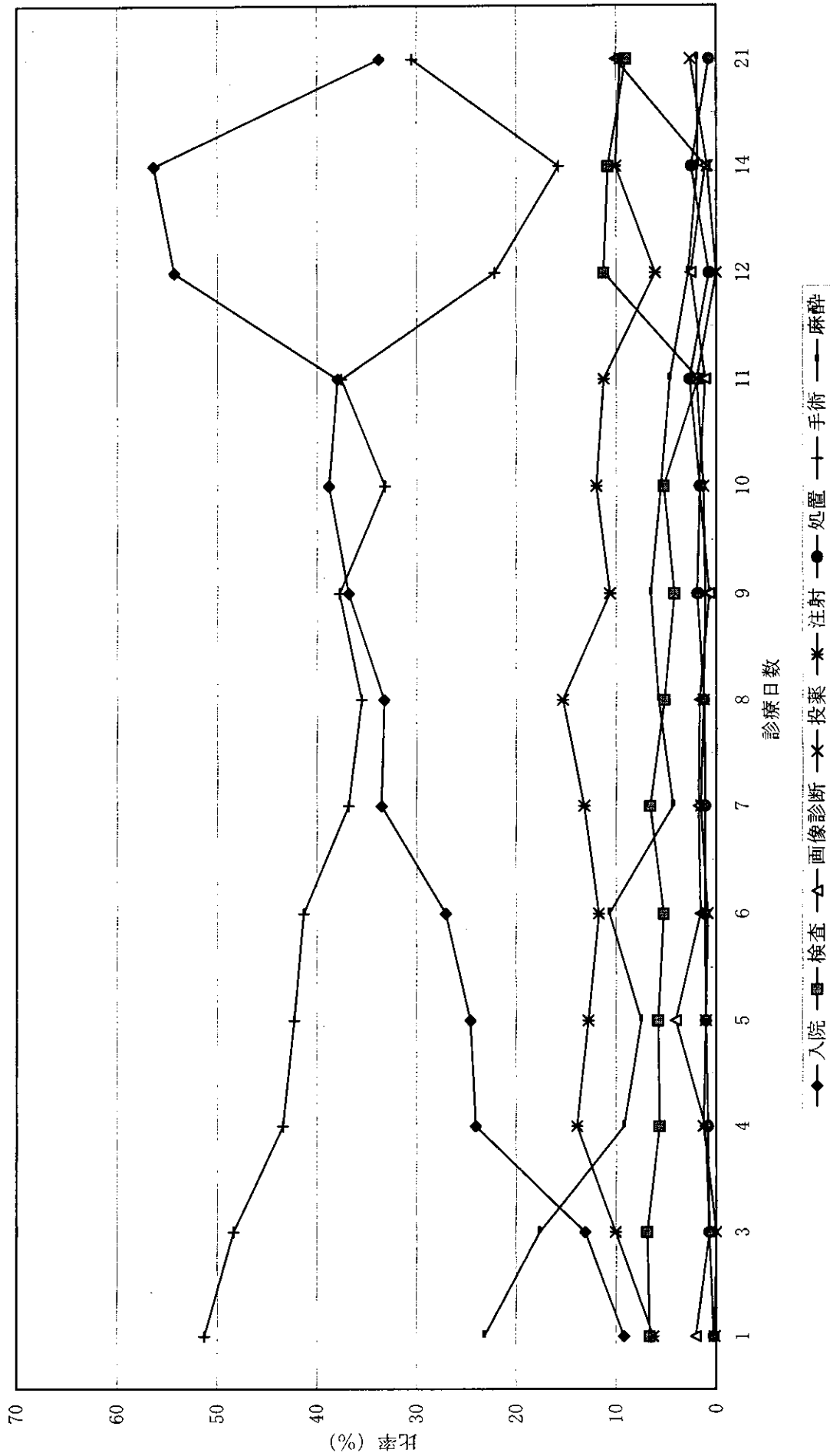


図13 診療日数別診療行為別点数比率推移(1994)

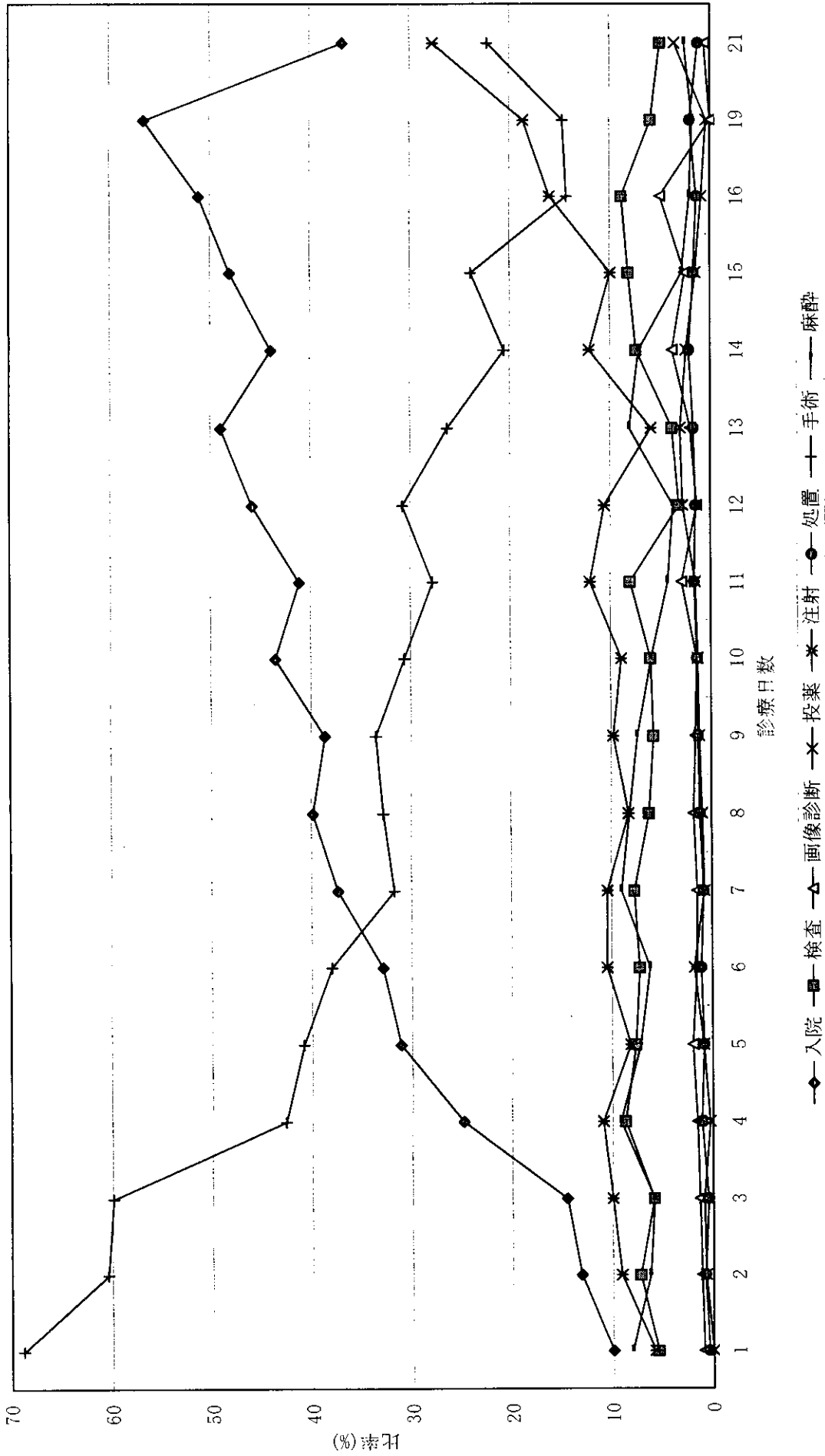


図14 診療日数別診療行為別点数比率推移(1995)

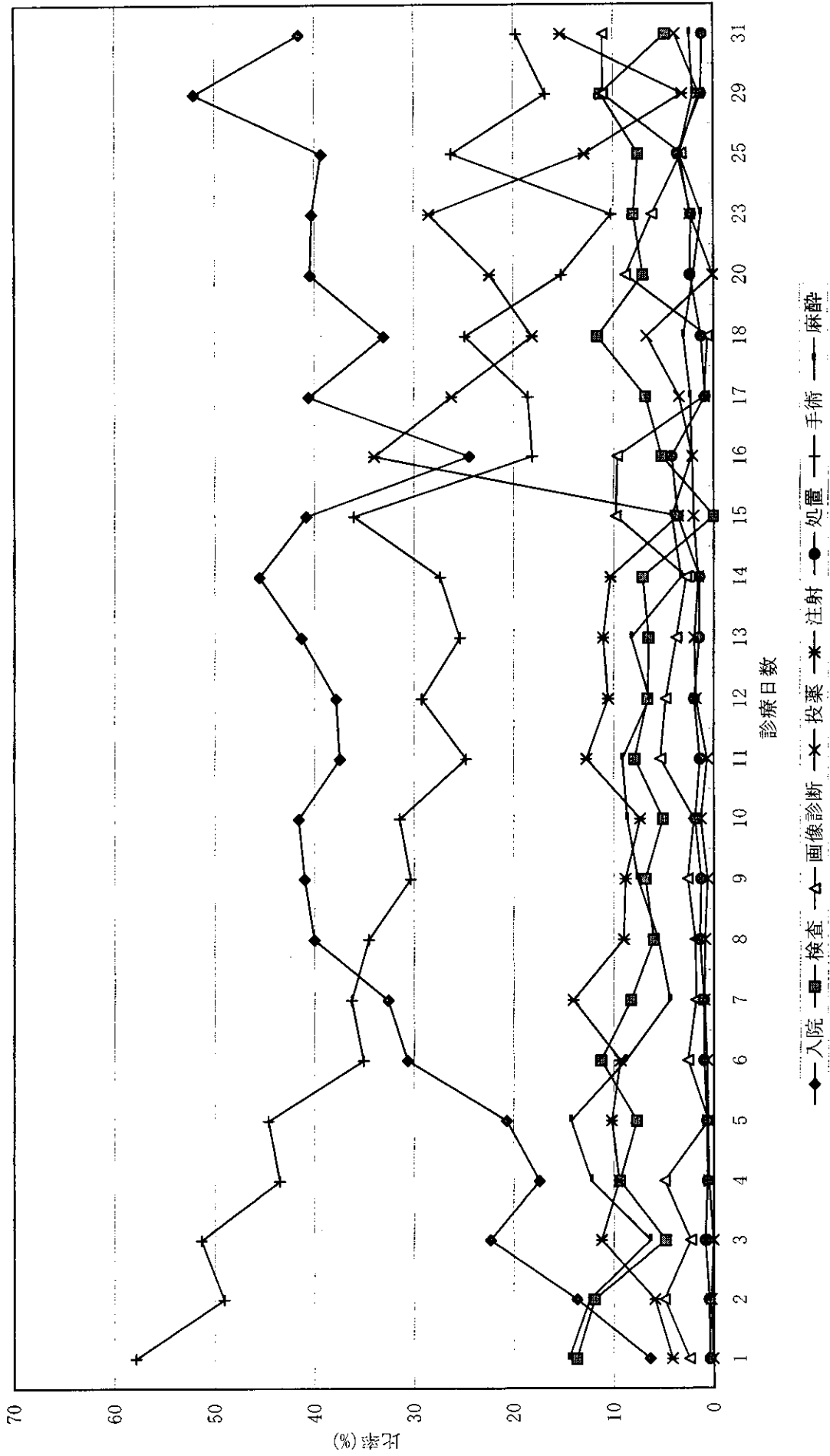


图15 診療日数別診療行為別点数比率推移(1996)

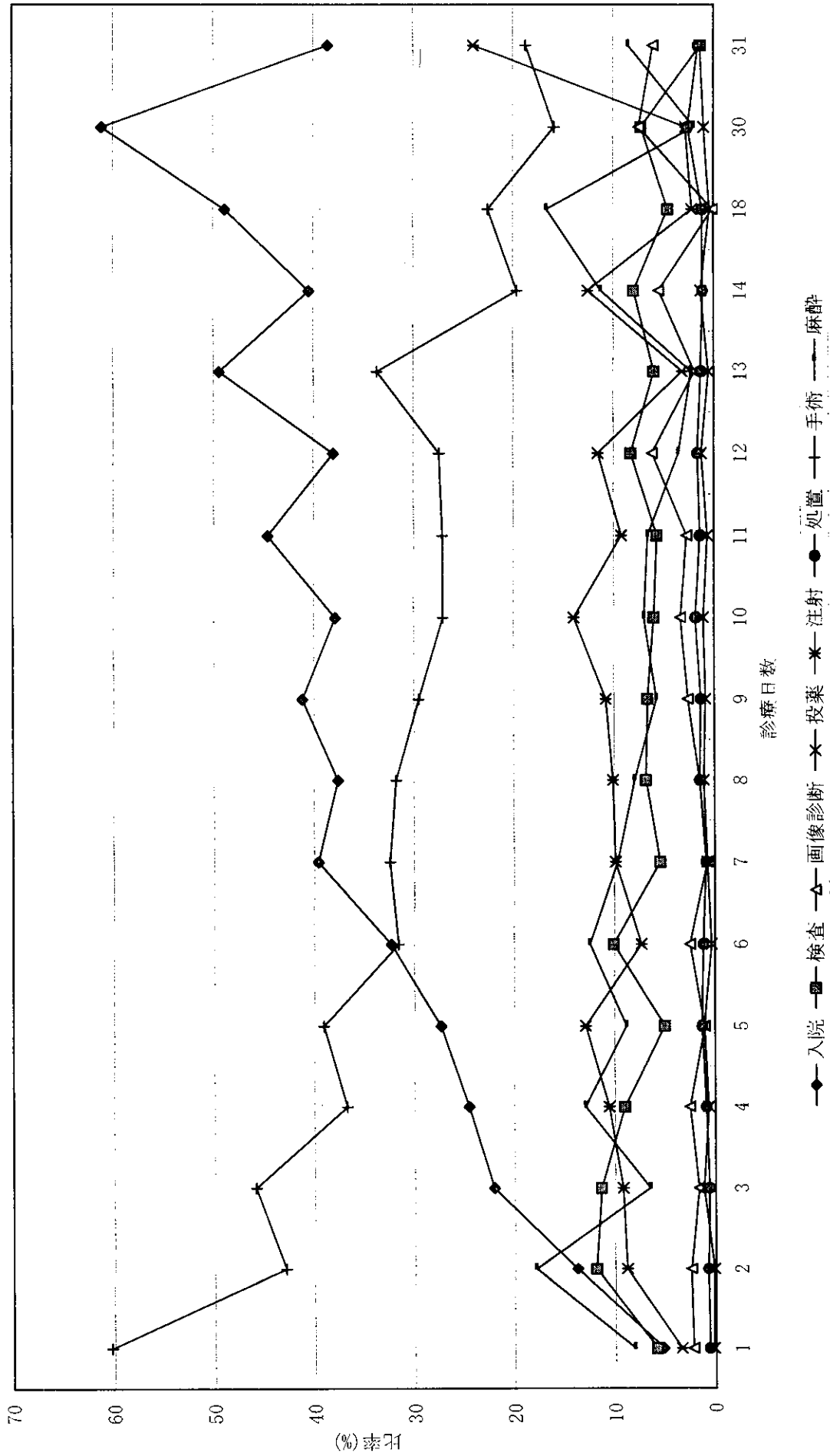


図16 診療日数別診療行為別点数比率推移(1997)

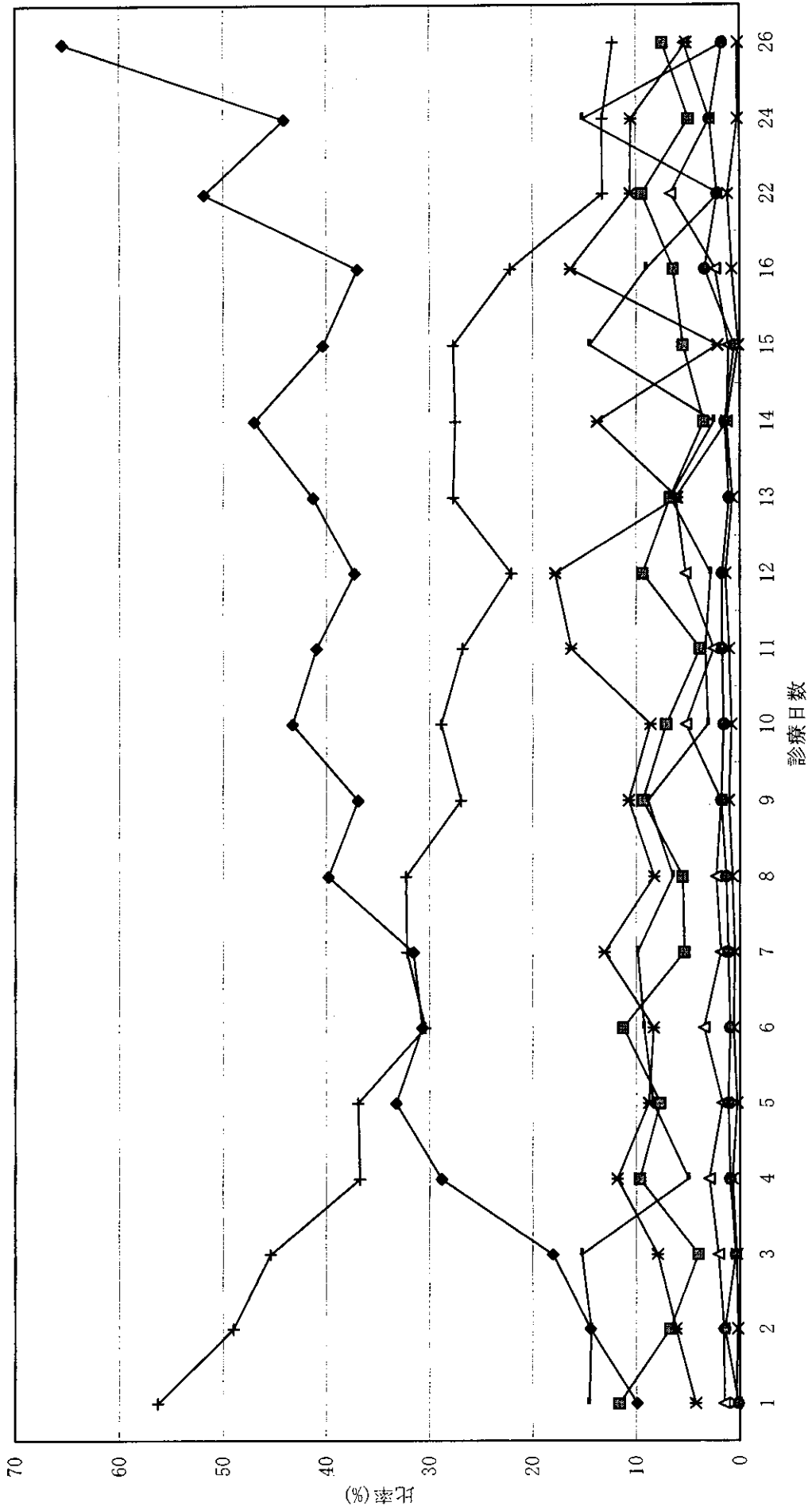


図17 診療日数別診療行為別点数比率推移(1998)

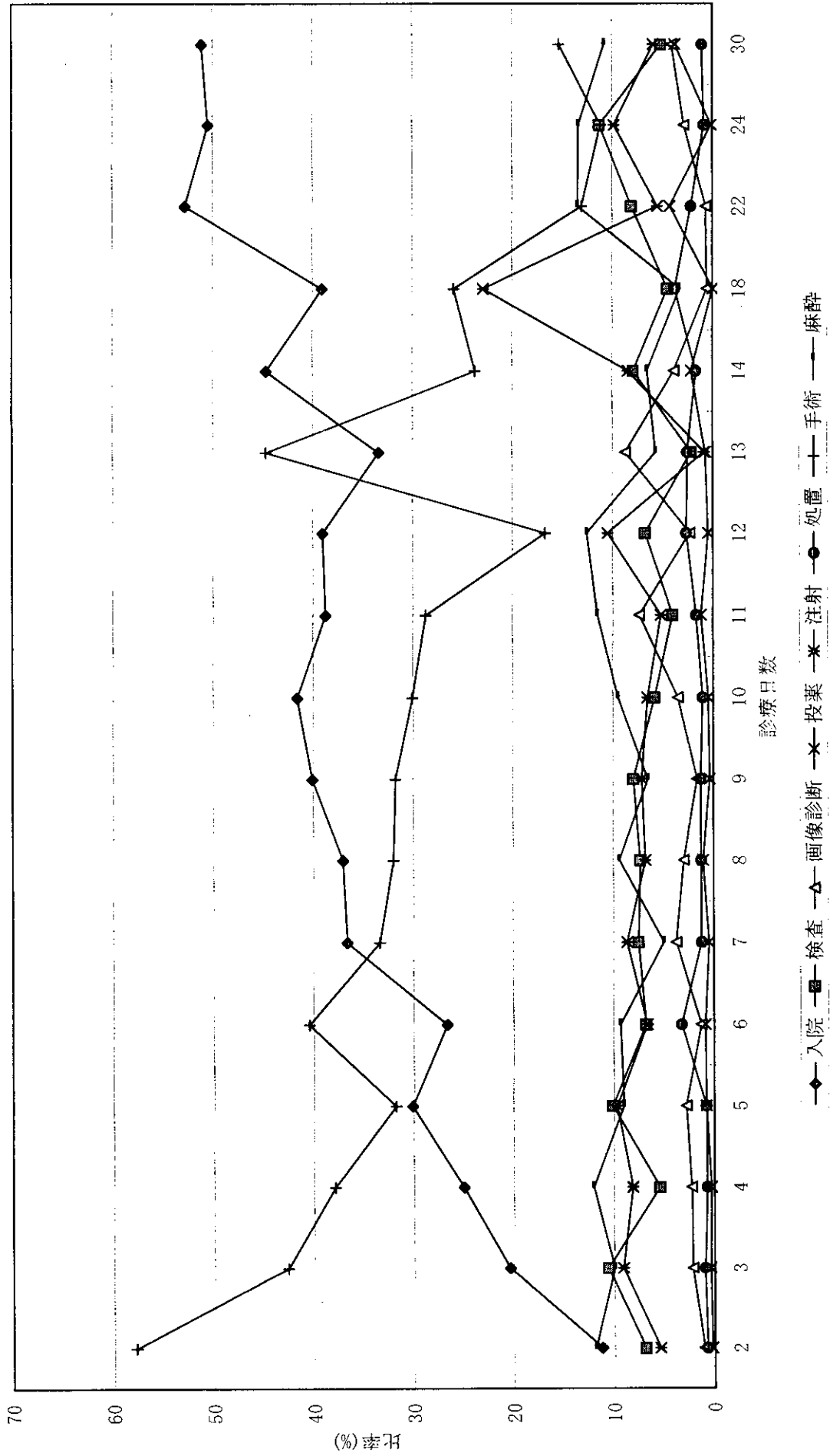


図18 診療日数別診療行為別点数比率推移(1999)

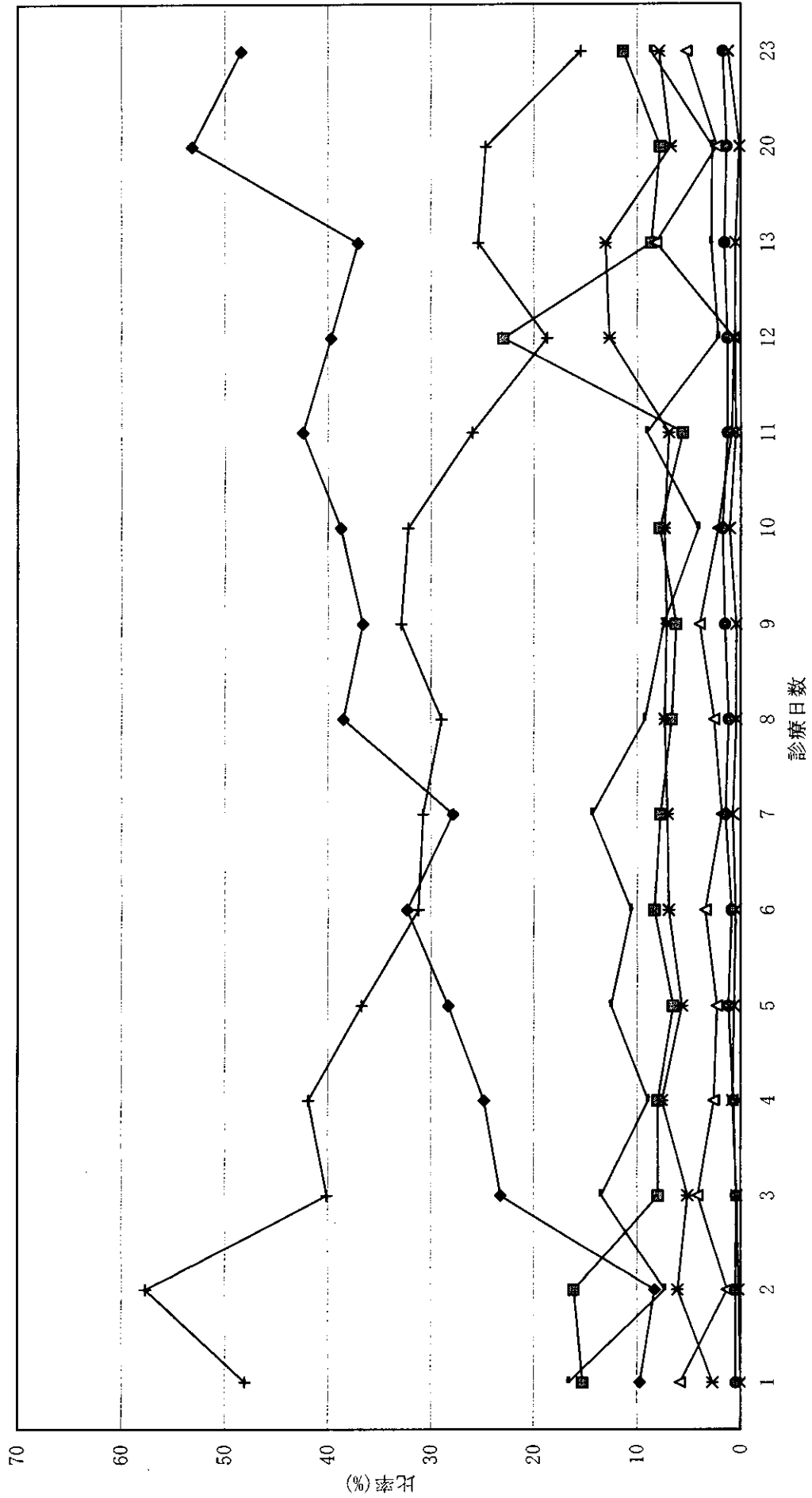


表19 記述統計

変数名	平均値	標準偏差	最小値	最大値	度数
医療費(点数)	23761.229	10769.707	6241	98435	1793
日数	8.007	3.826	1	31	1793
女性ダミー	0.505	0.500	0	1	1793
年齢	25.659	16.470	2	87	1793
被保険者ダミー	0.288	0.453	0	1	1793
被扶養者ダミー	0.372	0.483	0	1	1793
病床数	195.866	240.747	0	1993	1793
医育機関ダミー	0.028	0.165	0	1	1793
検査単価	92.793	64.177	13	680	1793
薬剤単価	114.333	80.267	5.663	865.211	1793
手術単価	1288.266	820.606	38.829	6980.500	1793
入院料単価	196.931	84.206	103.662	863.364	1793
89年ダミー	0.083	0.276	0	1	1793
90年ダミー	0.084	0.278	0	1	1793
91年ダミー	0.084	0.277	0	1	1793
92年ダミー	0.070	0.255	0	1	1793
93年ダミー	0.047	0.213	0	1	1793
94年ダミー	0.105	0.307	0	1	1793
95年ダミー	0.072	0.258	0	1	1793
96年ダミー	0.060	0.237	0	1	1793
97年ダミー	0.066	0.248	0	1	1793
98年ダミー	0.048	0.214	0	1	1793
99年ダミー	0.070	0.255	0	1	1793
2000年ダミー	0.088	0.283	0	1	1793

表20 推定結果

変数	係数	標準誤差	t-値	P-値
定数項	7.64683	0.05171	147.86700	0.000
日数	-0.04735	0.00158	-30.03100	0.000
検査単価	0.00028	0.00010	2.73300	0.006
薬剤単価	0.00074	0.00010	7.65100	0.000
手術単価	0.00010	0.00001	14.05700	0.000
入院料単価	0.00006	0.00009	0.62600	0.531
GENDER	-0.03612	0.01343	-2.68900	0.007
女性ダミー	0.00217	0.00040	5.48100	0.000
年齢	-0.05026	0.01731	-2.90400	0.004
被保険者ダミー	0.04157	0.01662	2.50000	0.012
被扶養者ダミー	0.00023	0.00003	6.87300	0.000
病床数	0.14602	0.03792	3.85100	0.000
医育機関ダミー	0.01532	0.05401	0.28400	0.777
89年ダミー	0.12713	0.05296	2.40100	0.016
90年ダミー	0.05985	0.05811	1.03000	0.303
91年ダミー	0.19400	0.05519	3.51500	0.000
92年ダミー	0.23346	0.05890	3.96400	0.000
93年ダミー	0.26007	0.06122	4.24800	0.000
94年ダミー	0.24039	0.06185	3.88700	0.000
95年ダミー	0.36433	0.04051	8.99400	0.000
96年ダミー	0.44003	0.03979	11.05800	0.000
97年ダミー	0.33302	0.04164	7.99800	0.000
98年ダミー	0.44949	0.04023	11.17200	0.000
99年ダミー	0.47053	0.04578	10.27800	0.000
2000年ダミー	-1.20038	0.89014	-1.34900	0.178
Lambda	3.48858	0.51267	6.80500	0.000
Sigma	0.59765	0.10001	5.97600	0.000
Log likelihood	-247.5926			
Variances: Sigma-squared(v)=	0.02712			
Sigma-squared(u)=	0.33006			
非効率性	0.224067			

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「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」

分担研究報告書

ドイツにおける外来診療の需給に関する分析

分担研究者 松本勝明 国立社会保障・人口問題研究所

本研究では、昨年度に実施した入院療養に関する分析に引き続き、ドイツにおける外来診療の需給に関する分析を行った。

保険医は、自ら医療保険における外来診療を担当するだけでなく、薬剤などの処方や入院の指示などを通じて、他分野の給付の起点にもなっている。このため、保険医は、医療保険による給付の要となる役割を担っている。

ドイツでは、病院・病床数だけでなく、保険医数についても、その過剰を防止するため、地域単位での需要計画が策定され、供給過剰地域での保険医認可の制限が行われている。しかしながら、この仕組みは、ドイツ全体の保険医数の抑制には十分な効果をあげていない。

患者に対して、そのニーズに適合した質の高い医療を提供するためには、前述のような立場にある保険医の役割が大きな意味を持っている。このため、家庭医機能の強化と併せて、疾病金庫と保険医との間の個別的な契約により弾力的な給付供与を可能とするような仕組みが順次導入されてきている。こうした新たな枠組みを活用した疾病金庫と保険医による取組みが今後どのように進展するかが、医療保険制度全体にとっても大きな意味を持っている。

A 研究目的

本研究は、ドイツにおける医療サービスの需給に関する分析を行うため、昨年度に実施した入院療養の分野に関する研究に引き続き、外来診療の分野において、保険医需要計画、外来診療に関する新たな給付形態の導入などが、外来診療の質と経済性に及ぼす効果と問題点について検討すること

を目的とする。

B. 研究方法

文献調査、ドイツ連邦保健省、連邦保険医協会及び地区疾病金庫連邦連合会におけるヒアリング調査、並びにドイツにおける医療経済及び社会保険法制に関する研究者との意見交換を通じて、外来診療の基本構

造及び外来診療の現状とその問題点を把握した上で、保険医需要計画に基づく保険医数のコントロール、新たな給付形態の導入などが外来診療に及ぼす影響などについて検討を行った。

C 研究結果

保険医需要計画に基づく保険医数のコントロールにより、保険医としての新規参入が認められない地域も多くみられる。しかしながら、保険医需要計画は、ドイツ全体の保険医数の抑制には十分な効果を発揮していない。

外来診療の給付形態などの多様化・弾力化のための制度は順次拡大されてきているが、今後、疾病金庫と保険医との間の具体的な取組みがどのように進んでいくかが重要な意味を持つ。

D. 考察

昨年度の入院療養に引き続いて、本年度は、外来診療に関する分析を行った。来年度は、この二分野に薬剤支給に関する分析も含めた総合的な検討を行い、ドイツの医療需給に関する研究のとりまとめを行いたい。

E 結論

外来診療の需給に関しては、他の給付分野と比べ、疾病金庫の連合会と保険医協会と

いう当事者団体間の交渉・合意に基づく決定が大きな比重を占めている。すなわち、診療報酬を含めた外来診療の内容などに関する取決めは、両団体間の契約により定められる仕組みとなっている。

保険医需要計画も両団体が協力して策定することになっている。保険医の過剰を解消するために、この計画を通じた保険医数のコントロールが強化されてきているが、これまでのところ十分な成果は上がっていない。

一方、患者のニーズに合った弾力的な医療サービスの提供が可能となるよう、両団体間での統一的な契約に代わって、個別的な契約が認められるようになってきている。2000年医療保障改革法においても「統合化された医療供給方式」の導入が行われたところであり、今後の具体的な取組みの進展が注目される。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。