

図 5 単回帰直線の当てはめ(標準設問)

結果の解釈にあたり、有意水準を 0.05 とした(以降の解析でも同様)。すべての部門で傾きは有意であった。循環器と消化器を除くと、切片も有意であった。開業、循環器、消化器では、決定係数が高く単回帰直線の当てはまりがよかった。

7.2. 重回帰分析

標準設問に対して、目的変数を総合負荷、説明変数を直接時間、部門、直接時間×部門(交互作用)とする重回帰分析*を行った(表 12)。部門は名義変数であるため、腎を基準にダミー変数を作成した。このため回帰係数の推定値は、腎を基準に解釈する必要がある。直接時間×部門も同様にとり扱った。説明変数の解釈として、部門は切片の差を、直接時間×部門は傾きの差を表わしている。

表 12 重回帰分析(標準設問)

変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値
切片	2.9870	0.3803	7.86	<0001
直接時間	0.1222	0.0149	8.23	<0001
部 門				
リハ	-0.7995	0.6875	-1.16	0.2455
開業	-1.9686	0.6983	-2.82	0.0050
循環器	-2.9898	0.6440	-4.64	<0001
消化器	-2.7092	0.5574	-4.86	<0001
心リハ	-0.9711	0.6217	-1.56	0.1190
神経	0.7658	0.5063	1.51	0.1311

腎		-	-	-	-
直	直接時間×リハ	0.0149	0.0384	0.39	0.6992
接	直接時間×開業	-0.0435	0.0431	-1.01	0.3134
時	直接時間×循環器	0.2540	0.0200	12.72	<.0001
間	直接時間×消化器	0.1450	0.0281	5.15	<.0001
×	直接時間×心リハ	-0.0215	0.0207	-1.04	0.2978
部	直接時間×神経	0.0204	0.0207	0.98	0.3254
門	直接時間×腎	-	-	-	-

決定係数：0.7851

決定係数が 0.7851 とモデルの当てはまりはよかった。直接時間の回帰係数の推定値は 0.1222 と求められ有意であった。直接時間が長くなると、総合負荷は増えると考えられた。切片では、腎と比べて開業、循環器、消化器では有意な差があった。これら 3 部門は腎と比べてサービス開始時の総合負荷が低いと考えられた。リハ、心リハ、神経では腎と比べて有意な差はなかった。傾きでは、腎と比べて循環器、消化器では有意な差があった。これら 2 部門は時間当たりの総合負荷の変化が大きいと考えられた。腎と比べてではあるが、直接時間の回帰係数が 0.1222 であることを考えると、直接時間×循環器の 0.2540、直接時間×消化器の 0.1450 と得られた回帰係数は大きく、時間当たりの総合負荷の差は大きいと考えられた。リハ、開業、心リハ、神経では腎と比べて有意な差はなかった。

8. 技術分類別解析（全設問対象）

解析対象は、解析用データ 481 設問のうち技術分類が外来診療、入院診療、説明同意、生体検査、処置手術、訪問診療、画像診断である 459 設問とした。

8.1. 技術分類ごとの単回帰分析

技術分類ごとに目的変数を総合負荷、説明変数を必要時間とする単回帰分析を行った(表 13)。また、単回帰直線の当てはめを図示した(図 6)。

入院診療を除く技術分類で傾きは有意であった。処置手術を除く技術分類で切片は有意であった。先に報告した「厚生労働省科学研究内科系技術評価データベースの解析－中央値を用いた回帰分析(技術分類別と行為分類別)－」(H2004-093)の表 2 にある重症分類が標準の設問に限定していた解析と比べて、処置手術の切片が大きく推定された。これは、設問数が増えたこと以外に、必要時間が 180 であった外れ値の存在により、傾きが小さく推定され、その結果切片が大きくなったためと考えられた。外れ値と考えられた設問は、管理番号が 25160 で、部門分類が循環器であった。入院診療を除く技術分類で決定係数は高く、単回帰直線の当てはまりはよいと考えられた。

表 13 単回帰分析(全設問対象の技術分類別)

技術分類	変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値	決定係数
a. 外来診療	切片	0.9347	0.2672	3.50	0.0006	0.4746
	傾き	0.2594	0.0173	14.97	<.0001	
b. 入院診療	切片	4.9513	0.8106	6.11	<.0001	0.0236
	傾き	0.0272	0.0243	1.12	0.2676	
c. 説明同意	切片	1.7953	0.7266	2.47	0.0167	0.4743
	傾き	0.2103	0.0304	6.91	<.0001	
d. 生体検査	切片	3.1883	0.4801	6.64	<.0001	0.4362
	傾き	0.1398	0.0157	8.93	<.0001	
e. 処置手術	切片	3.8268	2.1176	1.81	0.0808	0.5886
	傾き	0.2278	0.0348	6.55	<.0001	
f. 訪問診療	切片	1.1192	0.1282	8.73	<.0001	0.7955
	傾き	0.0717	0.0076	9.46	<.0001	
g. 画像診断	切片	1.3895	0.3229	4.30	0.0002	0.5164
	傾き	0.2273	0.0395	5.75	<.0001	

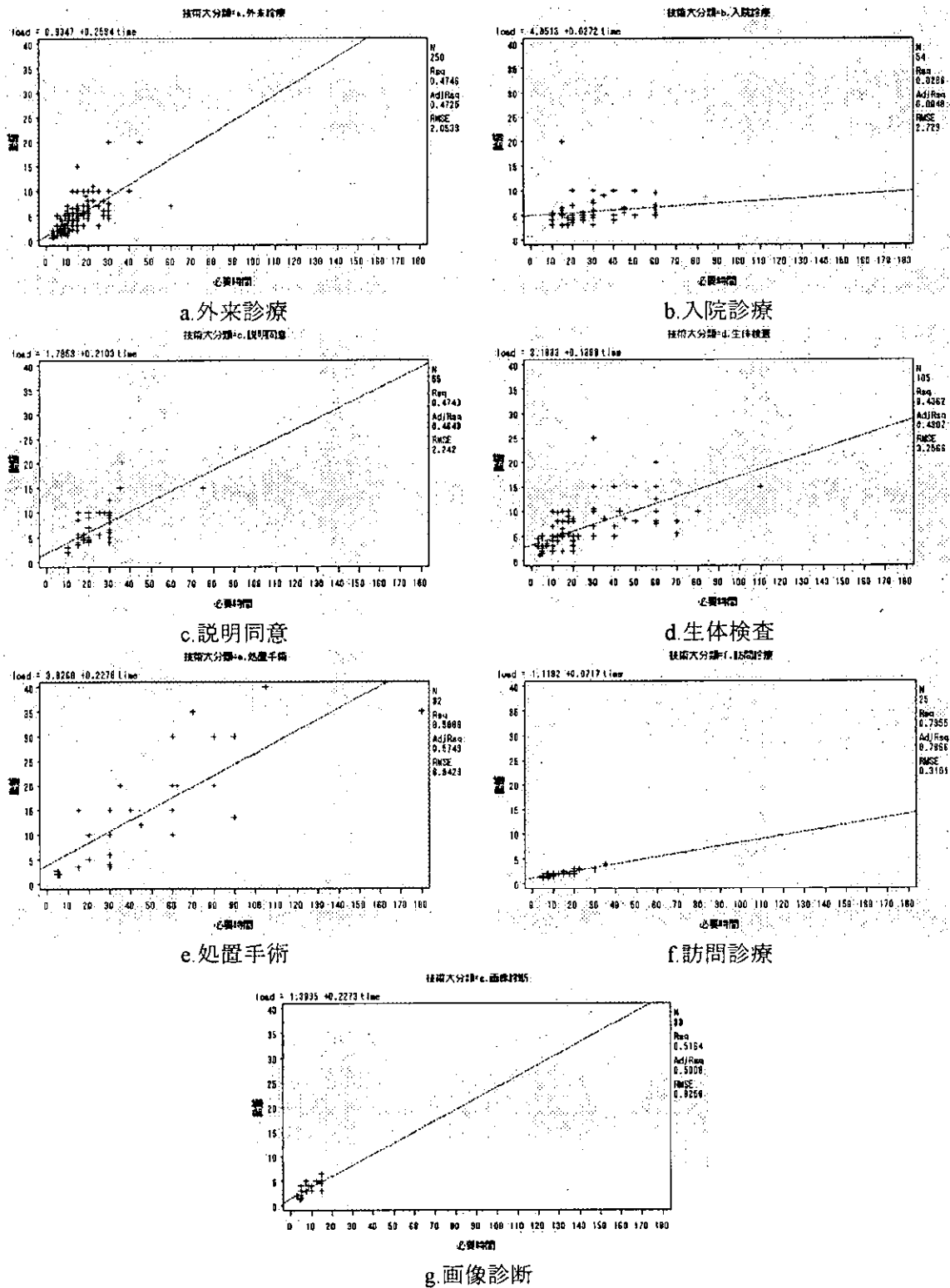


図6 単回帰直線の当てはめ(全設問対象の技術分類別)

8.2. 重回帰分析

目的変数を総合負荷，説明変数を必要時間，技術分類，必要時間×技術分類(交互作用)

とする重回帰分析*を行った(表 14)。技術分類は名義変数であるため、設問数が最も多かった外来診療を基準にダミー変数を作成した。このため回帰係数の推定値は、外来診療を基準に解釈する必要がある。必要時間×技術分類も同様にとり扱った。説明変数の解釈として、技術分類は切片の差を、必要時間×技術分類は傾きの差を表わしている。

決定係数が 0.6524 とモデルの当てはまりはよかった。傾き(必要時間)の推定値は 0.2594 と求められ有意であった。必要時間が長くなると、総合負荷は増えると考えられた。切片では、外来診療と比べて入院診療、生体検査、処置手術で有意な差があった。入院診療、生体検査、処置手術では外来診療と比べてサービス開始時の総合負荷が高いと考えられた。傾きでは、外来診療と比べて入院診療、生体検査、訪問診療で時間当たりの総合負荷が小さいと考えられた。

表 14 重回帰分析(全設問対象の技術分類別)

変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値	
切片	0.9347	0.3654	2.56	0.0108	
傾き(必要時間)	0.2594	0.0237	10.95	<0.001	
切片の差	外来診療	-	-	-	
	入院診療	4.0167	0.9125	4.40	<0.001
	説明同意	0.8606	0.9809	0.88	0.3807
	生体検査	2.2536	0.5523	4.08	<0.001
	処置手術	2.8922	0.9314	3.11	0.0020
	訪問診療	0.1845	1.2170	0.15	0.8796
	画像診断	0.4548	1.1574	0.39	0.6945
傾きの差	必要時間×外来診療	-	-	-	
	必要時間×入院診療	-0.2322	0.0345	-6.73	<0.001
	必要時間×説明同意	-0.0492	0.0449	-1.10	0.2735
	必要時間×生体検査	-0.1196	0.0273	-4.38	<0.001
	必要時間×処置手術	-0.0317	0.0276	-1.15	0.2508
	必要時間×訪問診療	-0.1878	0.0726	-2.59	0.0100
	必要時間×画像診断	-0.0321	0.1364	-0.24	0.8140

決定係数 : 0.6524

9. 技術分類別解析 (標準設問限定)

9.1. 解析用データの概要

アンケートは各部門で複数の医師に対して行われた。ここでの解析用データとして、各設問で部門ごとの中央値を用いた。すなわち、各部門で 1 設問につき複数回答が得られていたデータを、1 部門 1 設問 1 回答(中央値)の形式に要約したデータを解析対象とした。また、各設問で得られている技術大分類を表 1 のように統合して技術分類とした。なお、4 人以上の医師から回答が得られている相異なる標準設問計 365 個のうち、技術分類へ割り当てられた 348 設問をとりあげた(表 15)。

表 15 技術分類の内訳

技術分類	技術大分類	設問数	割合(%)
a.外来診療	外来初診, 外来再診, 外来初診時間外, 処方	159	45.69
b.入院診療	入院初診, 入院再診	29	8.33
c.説明同意	説明と同意	41	11.78
d.生体検査	生体検査, 生体検査実施, 生体検査判定	60	17.24
e.処置手術	処置, 手術	20	5.75
f.訪問診療	訪問診療	25	7.18
g.画像診断	画像診断	14	4.02

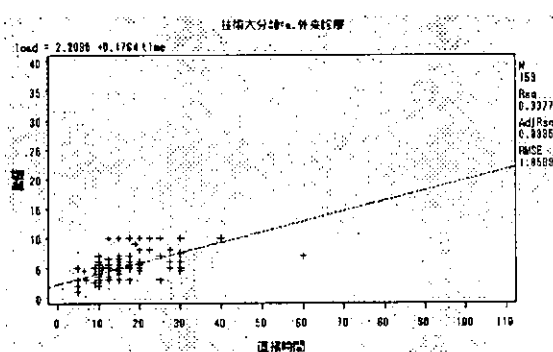
技術大分類がその他, 紹介関連, 不明の場合は, 技術分類へ割り当てられなかった。

9.2. 技術分類ごとの単回帰分析

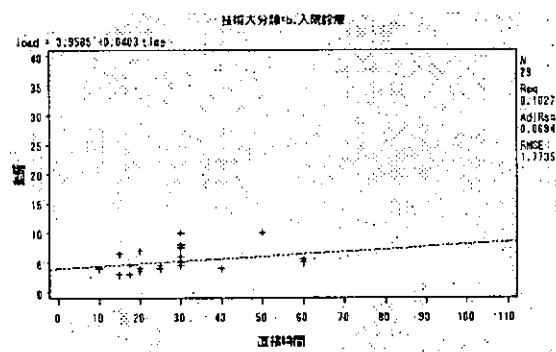
技術分類ごとで目的変数を総合負荷, 説明変数を直接時間とする単回帰分析を行った(表 16)。また, 単回帰直線の当てはめを図示した(図 7)。

表 16 単回帰分析(技術分類)

技術分類	変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値	決定係数
a.外来診療	切片	2.2095	0.3390	6.52	<.0001	0.3377
	直接時間	0.1764	0.0197	8.95	<.0001	
b.入院診療	切片	3.9585	0.7652	5.17	<.0001	0.1027
	直接時間	0.0404	0.0230	1.76	0.0901	
c.説明同意	切片	0.3912	1.0573	0.37	0.7134	0.4899
	直接時間	0.3009	0.0492	6.12	<.0001	
d.生体検査	切片	3.7318	0.4980	7.49	<.0001	0.4586
	直接時間	0.1135	0.0162	7.01	<.0001	
e.処置手術	切片	0.6367	2.7524	0.23	0.8197	0.6859
	直接時間	0.3193	0.0509	6.27	<.0001	
f.訪問診療	切片	1.1192	0.1282	8.73	<.0001	0.7955
	直接時間	0.0717	0.0076	9.46	<.0001	
g.画像診断	切片	1.7962	0.5063	3.55	0.0040	0.5290
	直接時間	0.1987	0.0541	3.67	0.0032	



a.外来診療



b.入院診療

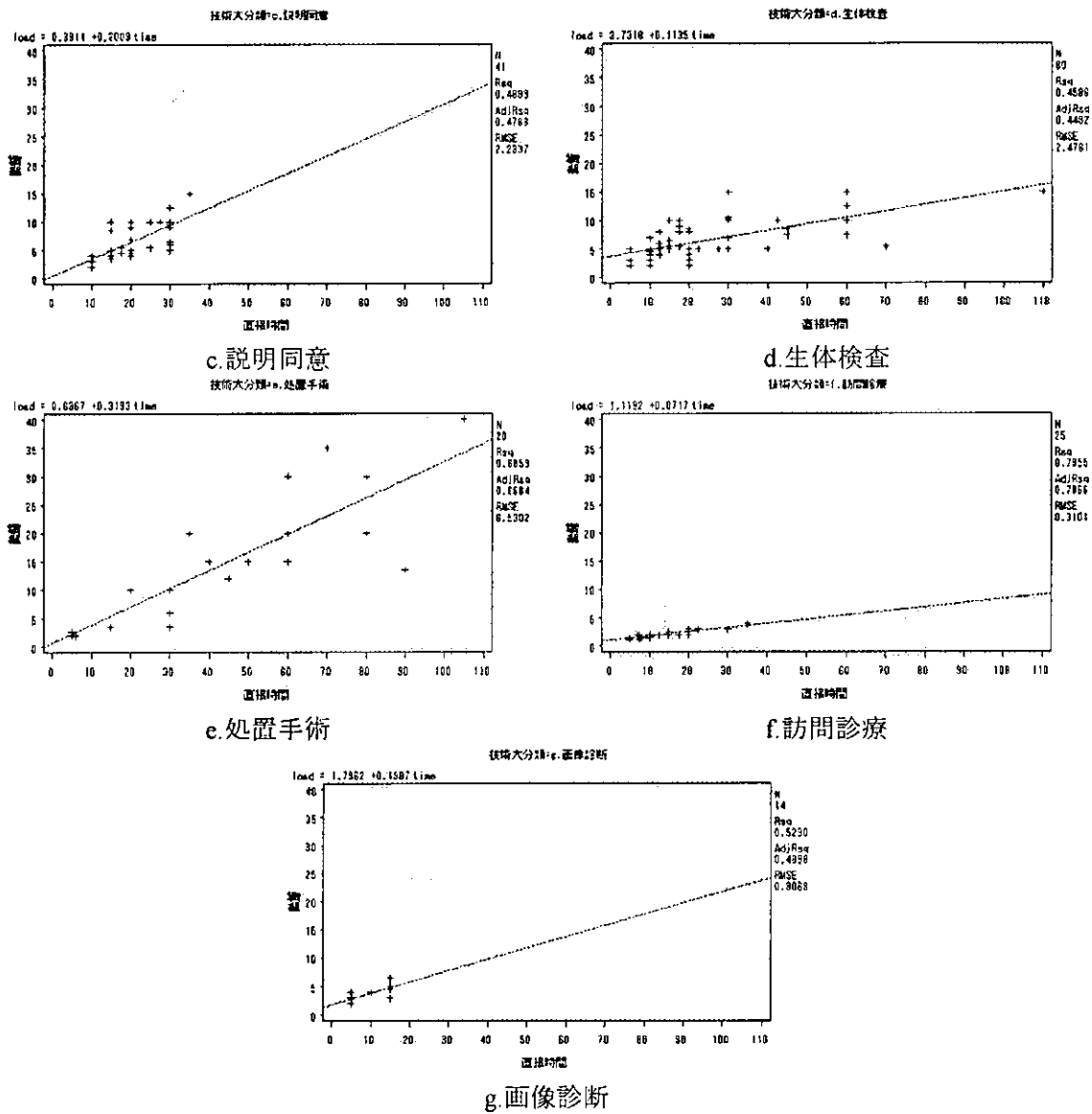


図7 単回帰直線の当てはめ(技術分類)

入院診療以外の技術分類で傾きは有意であった。入院診療の傾きの p 値は 0.0901 と有意でなかったが、それほど大きな値ではなく傾きが 0 であると強くは言えない。説明同意と処置手術を除くと、切片も有意であった。処置手術と訪問診療では、決定係数が高く単回帰直線の当てはまりがよかった。

9.3. 重回帰分析

目的変数を総合負荷，説明変数を直接時間，技術分類，直接時間×技術分類(交互作用)とする重回帰分析^{*}を行った(表 17)。技術分類は名義変数であるため，設問数が最も多かった外来診療を基準にダミー変数を作成した。このため回帰係数の推定値は，外来診療を基準に解釈する必要がある。直接時間×技術分類も同様にとり扱った。説明変数の解釈とし

て、技術分類は切片の差を、直接時間×技術分類は傾きの差を表わしている。

決定係数が 0.7119 とモデルの当てはまりはよかった。直接時間の回帰係数の推定値は 0.1764 と求められ有意であった。直接時間が長くなると、総合負荷は増えると考えられた。切片では、外来診療と比べて生体検査では有意な差があった。生体検査では外来診療と比べてサービス開始時の総合負荷が高いと考えられた。傾きでは、外来診療と比べて入院診療で時間当たりの総合負荷の変化が小さく、説明同意、生体検査、処置手術で大きいと考えられた。外来診療と比べてではあるが、直接時間の回帰係数が 0.1764 であることを考えると、直接時間×入院診療の 0.1360、直接時間×説明同意の 0.1245、直接時間×処置手術の 0.1429 と得られた回帰係数の絶対値は大きく、時間当たりの総合負荷の差は大きいと考えられた。訪問診療と画像診断では外来診療と比べて有意な差はなかった。

表 17 重回帰分析(技術分類)

変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値
切片	2.2095	0.4414	5.01	<.0001
直接時間	0.1764	0.0257	6.87	<.0001
外来診療	-	-	-	-
入院診療	1.7490	1.1339	1.54	0.1239
説明同意	-1.8183	1.2279	-1.48	0.1396
生体検査	1.5223	0.6572	2.32	0.0211
処置手術	-1.5728	1.1117	-1.41	0.1581
訪問診療	-1.0903	1.0935	-1.00	0.3195
画像診断	-0.4133	1.4226	-0.29	0.7716
直接時間×外来診療	-	-	-	-
直接時間×入院診療	-0.1360	0.0405	-3.36	0.0009
直接時間×説明同意	0.1245	0.0591	2.10	0.0361
直接時間×生体検査	0.0629	0.0302	-2.09	0.0378
直接時間×処置手術	0.1429	0.0319	4.49	<.0001
直接時間×訪問診療	-0.1047	0.0645	-1.62	0.1054
直接時間×画像診断	0.0223	0.1468	0.15	0.8792

決定係数：0.7119

10. 外来診療設問限定の部門分類別解析

解析対象は、解析用データ 481 設問のうち技術分類が外来診療である 188 設問とした。

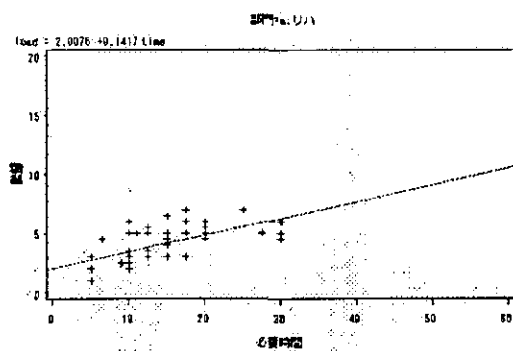
10.1. 部門分類ごとの単回帰分析

部門分類ごとに目的変数を総合負荷、説明変数を必要時間とする単回帰分析を行った(表 18)。また、単回帰直線の当てはめを図示した(図 8)。

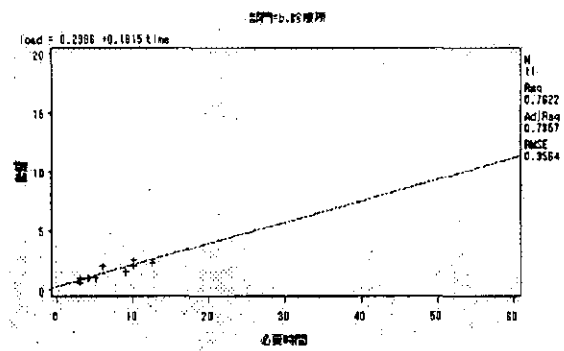
すべての部門で傾きは有意であった。切片はリハ、消化器、腎で有意であった。神経と腎で決定係数は低く、単回帰直線の当てはまりはよくなかったと考えられた。全設問を対象とした表 1 と比べて、リハ以外で推定値が異なっていた。消化器と腎で決定係数が低く、単回帰直線の当てはまりはよくなかったと考えられた。

表 18 単回帰分析(外来診療設問対象の部門分類別)

部門	変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値	決定係数
a.リハ	切片	2.0075	0.3749	5.35	<.0001	0.4125
	傾き	0.1417	0.0226	6.27	<.0001	
b.診療所	切片	0.2986	0.2612	1.14	0.2825	0.7622
	傾き	0.1815	0.0338	5.37	0.0005	
c.循環器	切片	-0.3399	1.0179	-0.33	0.7438	0.8441
	傾き	0.5326	0.0635	8.39	<.0001	
d.消化器	切片	1.4755	0.3739	3.95	0.0003	0.2590
	傾き	0.1318	0.0353	3.74	0.0006	
e.心リハ	切片	-1.2318	1.1776	-1.05	0.3202	0.6554
	傾き	0.4525	0.1037	4.36	0.0014	
f.神経	切片	0.8994	0.4771	1.89	0.0631	0.6264
	傾き	0.3180	0.0278	11.44	<.0001	
g.腎	切片	3.0178	0.5192	5.81	<.0001	0.1700
	傾き	0.0762	0.0308	2.48	0.019	



a.リハ



b.診療所

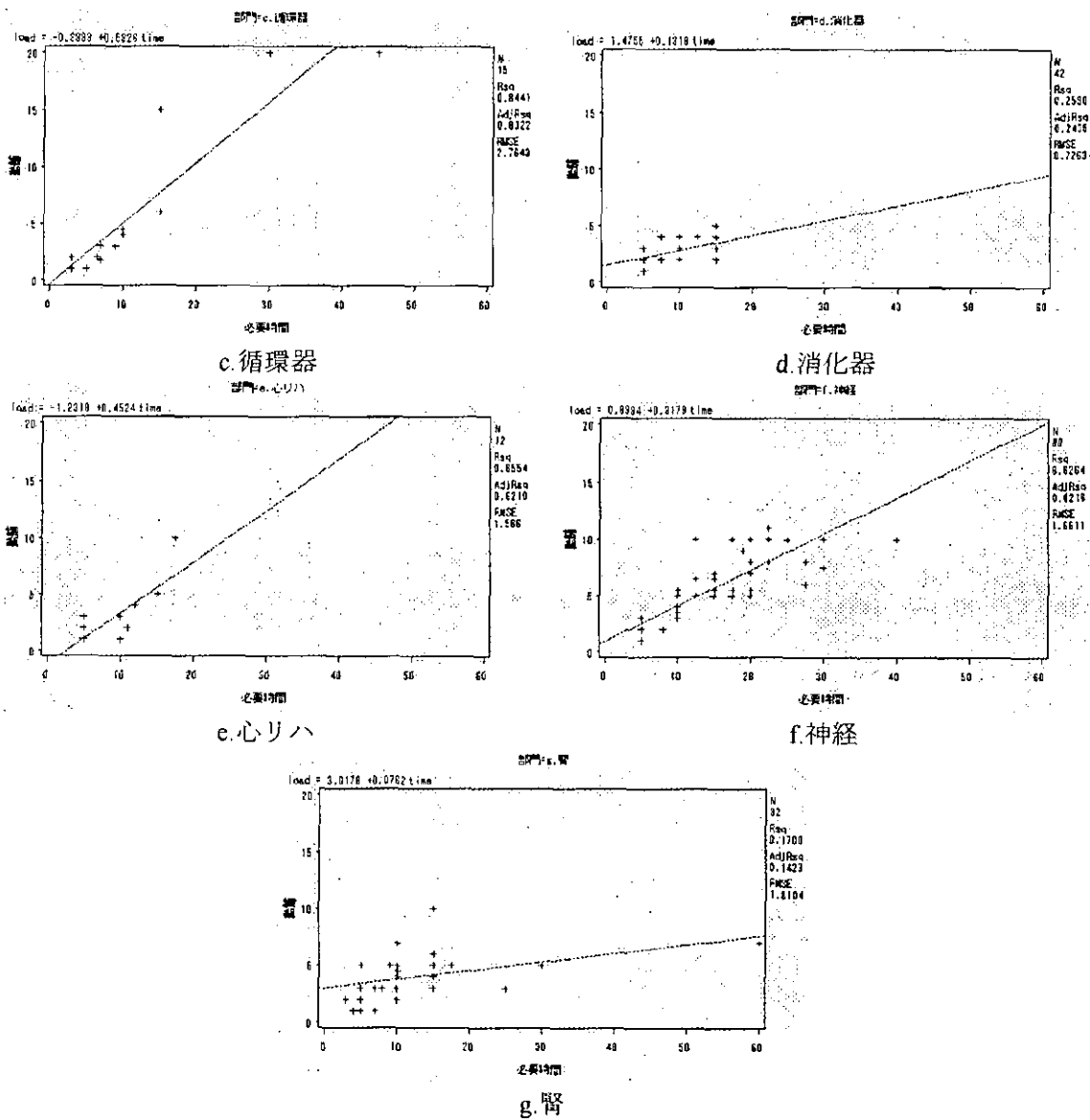


図 8 単回帰直線の当てはめ(外来診療設問対象の部門分類別)

10.2. 重回帰分析

目的変数を総合負荷，説明変数を必要時間，部門分類，必要時間×部門分類(交互作用)とする重回帰分析*を行った(表 19)．部門分類は名義変数であるため，腎を基準にダミー変数を作成した．このため回帰係数の推定値は，腎を基準に解釈する必要がある．必要時間×部門分類も同様にとり扱った．説明変数の解釈として，部門分類は切片の差を，必要時間×部門分類は傾きの差を表わしている．

決定係数が 0.7309 とモデルの当てはまりはよかった．傾き(必要時間)の推定値は 0.0762 と求められ有意であった．必要時間が長くなると，総合負荷は増えると考えられた．切片では，腎と比べて診療所，循環器，心リハ，神経で有意な差があった．診療所，循環器，心リハ，神経では腎と比べてサービス開始時の総合負荷が低いと考えられた．傾きでは，

腎と比べて循環器，心リハ，神経で時間当たりの総合負荷が大きいと考えられた。腎と比べてではあるが，傾き(必要時間)が 0.0762 であることを考えると，必要時間×循環器の 0.4564，必要時間×心リハの 0.3762，必要時間×神経の 0.2417 と得られた回帰係数の差は大きく，時間当たりの総合負荷の差は腎と循環器，腎と心リハ，腎と神経のそれぞれで大きいと考えられた。

表 19 重回帰分析(外来診療設問対象の部門分類別)

変数	推定値	標準誤差	t 値	p 値	
切片	3.0178	0.4322	6.98	<0.001	
傾き(必要時間)	0.0762	0.0256	2.98	0.0032	
切片の差	腎	-	-	-	
	リハ	-1.0103	0.6506	-1.55	0.1218
	診療所	-2.7192	1.1859	-2.29	0.0227
	循環器	-3.3577	0.7033	-4.77	<0.001
	消化器	-1.5423	0.8881	-1.74	0.0837
	心リハ	-4.2496	1.1994	-3.54	0.0005
	神経	-2.1184	0.6116	-3.46	0.0006
傾きの差	必要時間×腎	-	-	-	
	必要時間×リハ	0.0655	0.0389	1.68	0.0937
	必要時間×診療所	0.1053	0.1452	0.73	0.4690
	必要時間×循環器	0.4564	0.0430	10.61	<0.001
	必要時間×消化器	0.0556	0.0775	0.72	0.4736
	必要時間×心リハ	0.3762	0.1018	3.69	0.0003
	必要時間×神経	0.2417	0.0359	6.73	<0.001

決定係数：0.7309

11. まとめ

全設問を対象に部門分類別解析と技術分類別解析を行った。共通設問と外来診療設問それぞれで部門分類別解析を行った。それぞれの解析では，各分類ごとの単回帰分析と分類全体での重回帰分析を用い，時間当たりとサービス開始時の総合負荷量に違いがあるのかを検討した。

全設問対象の部門分類別解析では，標準設問限定解析の結果と似た結果が得られた。循環器の切片の推定値が異なっていたが，これは設問数の違いだけでなく，外れ値の影響が考えられた。全設問対象の部門分類別解析でも処置手術の切片の推定値が標準設問限定解析の結果と異なっていたが，これも同じ外れ値の影響が考えられた。共通設問限定の部門分類別解析では，標準設問限定解析の結果と同様に各部門間で切片と傾きに有意な差はなかった。外来診療設問限定の部門分類別解析では，腎と比べて循環器，心リハ，神経で時間当たりの総合負荷が大きいと考えられた。

上記解析は塩野義製薬(株) 解析センター長谷川 貴大氏による。

脚注* 今回の重回帰分析モデルは、分類ごとの単回帰分析の結果を分類間で比較するためのものである。重回帰分析で得られた分類ごとの回帰直線は、分類ごとに行われた単回帰直線と等しい。例えば、表でリハの切片と傾きはそれぞれ $2.9401 - 0.8413 = 2.0988$, $0.1234 + 0.0183 = 0.1417$ と求められる。これらは、それぞれ表のリハの切片と傾きに一致する。

* 今回の重回帰分析モデルは、部門ごとの単回帰分析を一つの解析へまとめたことを意味した。ここで、重回帰分析を用いて部門間の比較を行った。重回帰分析で得られた部門ごとの回帰直線は、部門ごとに行われた単回帰直線と等しい。

* 今回の重回帰分析モデルは、分類ごとの単回帰分析を一つの解析へまとめたことを意味した。ここで、重回帰分析を用いて分類間の比較を行った。重回帰分析で得られた分類ごとの回帰直線は、分類ごとに行われた単回帰直線と等しい。

第6部

パネル司会者名と設問数・参加人数・管理番号

部門	パネル司会者	設問数	回答者最大数	設問の番号
全科共通				11000
循環器		11	7	21000
	西山(虎の門病院分院 内科総合診療科部長)	10	7	23000
	一色(帝京大学医学部附属病院 循環器科?)	11	7	25000
	伊東(心臓血管研究所附属病院)		6	26000
開業				
	国島(国島医院院長)	15	8	33000
	神津(神津クリニック院長)	19	8	35000
神経内科		85	14	41000
	中瀬(虎の門病院神経内科部長)			43000
	高柳(奈良県立医科大学名誉教授)			45000
消化器				
	消 棟方(弘前大学医学部内科学第一講座教授)・	35	13	51000
	消 岩尾(慶應大学医学部 包括先進医療センター講師)			
	消 棟方・岩尾	8	13	53000
	消 棟方・岩尾	17	13	54000
	消 棟方・岩尾	54	13	55000
リハビリ	石田	9	7	61000
	リハ1 石田(東海大学医学部専門診療学系教授)	18	7	62000
	リハ1 石田	37	7	63000
	リハ2 石田	19	5	64000
	リハ2 石田	19	5	65000
浄化透析				
	高橋(日本大学大学院 グローバルビジネス研究科教授)	8	15	71000
	高橋	34	8	72000
	高橋	16	7	73000
	高橋	22	6	74000

パネルの参加者の平均卒後年数

	パネル名	回答人数	卒年平均値 (年)
診療所	国島	10	36.3
神経内科	高柳	8	32.6
神経内科	中瀬	18	28.7
リハビリ	リハ1	13	26.8
消化器	棟方	14	26.4
循環器	西山	8	23.2
リハ心	伊東	6	20.5
循環器	一色	7	18.2

第7部

論点と今後の問題点

これにより従来全くデータのなかった技術難易度を定量化することができ、例えば新規要望項目の技術難易度を従来の技術から外挿することが可能となる。以下に、遠藤分担研究者が中医協調査組織に提出したメモを改訂し、全体の流れから本研究の位置付けをおこなう。1. 評価対象 (1) 現行の診療報酬体系を基本にすることを考えている。現行の体系を基本にするメリットとしては、①新たな体系を作る手間がいない。②新たに報酬額を決める上で現行額の補正で済む。ただデメリットとして現在の報酬体系の問題点が改善されないに対して、現行体系で問題が大きい分野を改善する；問題とは、評価方法、報酬が低いあるいは高い。具体的には、現在報酬体系の複雑さの単純化、初診・再診の区別が必要か等。調査対象分野の選定としては、外来診察技術から順次拡大している。全面的に新たな体系にすることは、報酬額の決定に新たな方法が必要となる（原価計算等）で当研究班としては無理である。

(2) 看護師・栄養士といった医師以外のサービスを評価対象とするのかは、中間評価でも次年度宿題とされ、腎透析パネルで議論され、その場合の評価方法、支払方法はどうするかも検討が必要。二年度で高橋と石田が独立した分担研究班を作りハイテク在宅をモデルにおこなう。

(3) チーム医療の評価。ここでいうチームとは医師団のチームであり、看護師・栄養士といったチームではない。医師個別の技術評価を加算すればよいのか、全体として把握するのかといった問題があり、手術分野の検討が深まれば、内科系でも表面化してくる。

2. 評価方法

(1) 診療の評価単位は診療にかかる時間を基本にすることは中医協レベルで決定されており、「時間の長さに応じて行うことが必要」は基本的前提であり、本研究でも支持された。メリットとして：①客観性が高い、②報酬＝機会費用という概念に合致③コスト（人件費）との関連が高い、が遠藤により挙げられている。デメリットとしては：①時間のみで評価できずに何らかの補正が必要②測定対象となる時間の範囲を決めなくてはならない（準備や勉強の

時間を含めるのか) ③実測するとコストがかかる、がある。

(2) 時間を補正する要素は 外保連では手術難易度、内保連 総合負荷で、時間を補正する合理的な方法とは、○外保連 時間×(経験年数を考慮した給与/分)×技術難度を考慮した給与の調整、○内保連 総合負荷による時間の補正方法は、歴史的にも難しく、今年度の本研究の回帰分析結果を内保連がどの程度受け入れてくれるかが問題。(3) 異なる評価方法で評価され技術をどのように統一評価するのか。同じ評価方法のグループ(たとえば外保連、内保連、診療所、看護、)内で相対評価ができて、これらを横断的につなぐための合理的な方法が必要。米国のメディケアでは、①すべてのサービスを同じ尺度で評価、②但し評価対象。サービスは専門グループごとに評価、③グループ横断的に共通設問があり、それにより全サービスの相対評価値を作成

3. 調査方法

(1) 時間の測定方法。○実測せずに専門家による評価(パネル評価、専門家に対するアンケート調査)、時間の定義も問題(茅野メモ参照)。○タイムスタディによる実測;この場合はコストパフォーマンスがポイント

(2) 時間を補正する要素の評価。○専門家による評価しか方法はなく、本研究班の優先課題。

(3) 調査のタイミング。改定ごとに行うのか、行わないとした場合は改定額の根拠は何かは、重要なことだが、議論されていない。

4. 支払方式との関係

相対評価から絶対評価へ変換する方法の難しさは分担研究者遠藤の報告でも指摘されている。米国メディケアのドクターズフィーは、サービス毎の相対価格に変換係数を乗じて絶対価格を算出している。変換係数はドクターズフィー総額から算定のいわゆる総額規制方式。わが国でこの方法をとる場合、現行技術報酬の総額またはどの部分(田倉資料)を認めるかの政治的調整となり、本研究の課題ではなく、内保連の仕事となる。

5. 個々の医師の技能格差をどのように報酬に反映させるべきかは検討していない。国民にとって優先課題は提供される医療の質とコ

ストの関係であり、医師間の分配問題は本研究の対象ではない。

20030019

以降 P.55－P.61までは雑誌/図書等に掲載された論文となりますので、
下記の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

「研究成果の刊行に関する一覧表」

診療技術料の医療コスト (特集)循環器診療と医療経済学

茅野眞男

呼吸と循環. 51 巻 4 号 Page335-340(2003.04)

分担研究報告書

分担研究者名=

遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
田倉 智之	株式会社三菱総合研究所主任研究員
一色 高明	帝京大学医学部附属病院循環器科教授
青木 矩彦	近畿大学医学部内分泌・糖尿病内科教授
石田 暉	東海大学医学部専門診療学系教授
棟方 昭博	弘前大学医学部内科学第一講座教授

研究協力員名=

山口 俊晴	癌研究会付属病院消化器外科部長
西山 信一郎	虎の門病院分院内科総合診療科部長
中瀬 浩史	虎の門病院神経内科部長
鈴木 雅裕	国立埼玉病院臨床研究部部長

厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学推進研究事業
「診療報酬における医師技術評価に関する研究」
分担報告書

医療技術の適正評価の意義と課題

分担研究者：遠藤 久夫 学習院大学経済学部経営学科 教授

医療のインプットに対する公定価格体系である診療報酬を合理的に設計することは容易ではない作業である。特に、技術評価には以下で示すような固有の課題が存在する。しかし、医療費の最大の構成要素である人件費を賄う対価に相当する技術料を高い合理性をもって評価することは重要であることはいままでもなく、このような課題を視野に入れつつ適正に医療技術の評価するための方法を構築することは、合理的な診療報酬体系を設計する上で避けて通れない。

薬剤などの「もの」については市場価格（原価）を把握することは比較的容易であるが、「技術」については医療（看護）技術に対する評価をどのように考えるかという点で、以下の三つの課題がある。

第一が技術を評価する指標として何をを用いるかという問題である。医療技術の評価は本来その技術の適用によって患者がどれだけ改善したかという、アウトプットを評価することにより行うのが最も合理的だと考えられる。しかし、このようなことを外部から客観的に評価することは困難であり、次善の策として医療行為にかかった時間を

指標としようという考えがある。これは機会費用を時間が反映しているという考えによるもので、次善の策としてはそれなりに合理性をもっている。アメリカのメディケアのドクターズフィーの作成において RBRVS (Resource-Based Relative Value Scale) の手法が使われたが、医療サービスの所用時間は重要な指標であった。客観性や測定コストの節約というという意味では所要時間を評価尺度とすることは有効な方法ではあるが欠陥もある。長い時間をかけてもそれほどたいへんではない医療行為がある一方で、短い時間でもリスクが高く集中と緊張を強いられる医療行為もあるからである。これを考慮して、時間当たりの大変さ（負荷密度）を把握しようという試みも行われた。Hsiao & Stason が 1979 年に行った RBRVS の調査では、医師に対して診療行為ごとの時間と時間当たりの大変さ（負荷密度）を聞いている。しかし、そこで得られた負荷密度を時間と掛けて全体的作業負荷を計算すると、難しいサービスが高く評価され過ぎる傾向が表れることがわかった。このことから、医師は、負荷密度と所要時間を切り離して評価することが難しく、