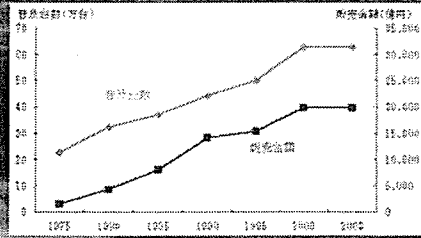


タバコ自動販売機の普及台数の推移

タバコ自動販売機の普及台数と販売金額



普及台数 (万台)	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2003
普及台数 (万台)	1.5	2.5	3.5	5.5	8.5	12.5	21.5
販売金額 (億円)	1,000	1,500	2,500	4,500	7,500	12,500	31,000

日本自動販売機工業会「自動販売機普及率及び販売金額」より

たばこ販売店について

製造たばこの小売販売は「たばこ事業法」により大臣の許可を受けなければならず、2002(平成14)年には307,000店で年々増加しており、新規に許可された小売

販売業者は専業店に比べ規模が小さいです。

	事業開始			平均的な販売額 (億円)			従業員数 (人)				
	11年	14年	17年	11年	14年	17年	11年	14年	17年		
コンビニエンスストア	39,561	100.0	41,769	100.0	5.6	61,270	67,137	8,655	8,895	612,604	11.0
日用品業	25,911	65.5	27,431	77.6	25.2	46,654	57,186	22.6	437,464	529,743	21.1
株式会社等	13,650	34.5	9,338	22.4	31.6	14,618	8,951	31.9	114,431	82,861	27.6

出典：平成14年商家統計調査より

タバコ価格について

14年10月1日現在の各国のたばこ価格(100支装) (円/100支)

国名	米ドル	国名	米ドル
英国	6.88	ペルー	2.63
アイスランド	1.46	中国	2.64
韓国	4.30	オーストラリア	3.87
ロシア	1.02	インドネシア	1.47
シンガポール	0.88	イタリア	1.54
香港	4.07	タイ	1.79
中国	0.84	カナダ	2.66
日本	1.11	インド	1.69
アメリカ	0.77	マレーシア	1.02
オーストラリア	0.81	フィリピン	0.86
フランス	0.83	ドイツ	0.57
ドイツ	2.78	フランス	0.71
フランス	2.70		

国の取り組みについて

- 未成年者喫煙禁止法 (昭和三十三年三月七日法律第三十三号、改正昭和二十二年法律三十三号、改正平成二十二年法律第三十三号、改正平成二十二年法律第三十三号)
- 未成年者の喫煙禁止
 - 第一條 第二十条ニ至ラザル者ハ煙草ヲ喫スルコトヲ禁ス
- (煙草及び器具の没収)
 - 第二條 前條ニ違反シタル者アルトキハ行政ノ処分ヲ以テ喫煙ノ為ニ所持スル煙草及器具ヲ没収ス
 - (罰則を執行する者及び監督者に対する罰則)
- (販売者に対する罰則)
 - 罰則ニ規定スル者ハ第二十条ニ至ラザル者ノ喫煙ノ防止ニ資スル為年齢ノ確認ノ義務ヲ負フコトヲ禁ズ
 - 罰則ニ規定スル者ハ第二十条ニ至ラザル者ノ喫煙ノ防止ニ資スル為年齢ノ確認ノ義務ヲ負フコトヲ禁ズ
 - 罰則ニ規定スル者ハ第二十条ニ至ラザル者ノ喫煙ノ防止ニ資スル為年齢ノ確認ノ義務ヲ負フコトヲ禁ズ

文部科学省のたばこ対策

学校教育における喫煙防止に関する取組

文部科学省はこれまでに喫煙防止に関する指導の資料(1)に健康と生活習慣、(2)に健康と生活習慣(健康と生活習慣)を制作していることである。

なお、学習指導要領における喫煙防止に関する事項

学習指導要領における「喫煙防止」に関する事項

小学校教科「体育」平成元年、月告示

【保健領域】

(3) 病気の予防について理解できるようにする。

生活行動や環境が主な要因となって起る病気の予防には、喫煙の禁煙や口呼吸の防止など、健康的な生活習慣を身に付けること、また、飲酒、薬物乱用などの行為は健康を損なう原因となること。

中学校教科「保健体育」平成元年、月告示

【保健領域】

(2) 健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。

イ 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、自身に健康を害す、健康を損なう原因となること。そのほか、生活習慣病、精神の不安定、人間関係、社会環境に影響すること。また、適切な行動に努める必要があること。

高等学校教科「保健体育」平成元年、月告示

【科目目標】

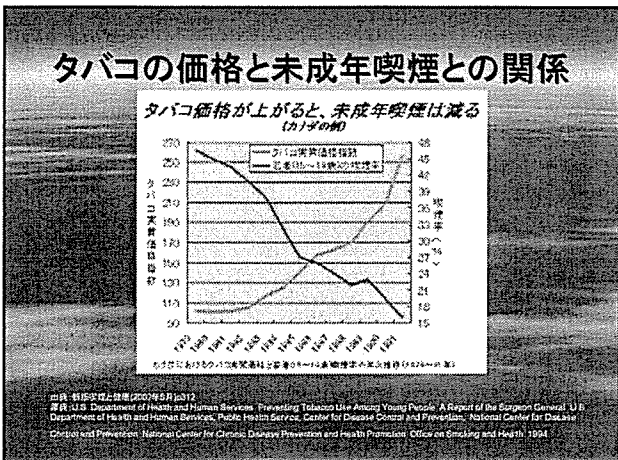
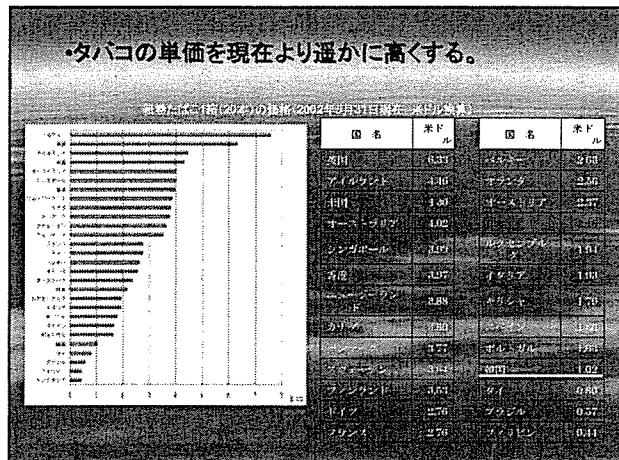
(1) 現代社会と健康

イ 生活行動と健康

健康を維持増進するためには、適切な食事、運動、休養が重要であることを理解させる。また、飲酒、薬物乱用と健康との関係、医薬品の正しい使い方について理解させる。

今後の課題

■ 身近な規則を徹底させることが喫煙防止につながる。



■ タバコの価格を上げることによって未成年者の喫煙行動を抑止することができる。
 → 安易に購入できなくする。

・自動販売機の設置台数、場所、稼働時間の制限(匿名性の高い入手法の制限)について

表 1-3 青少年の喫煙率(1991年) (単位:%)

	中学生		高校生		全体	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
自動販売機	92.1	55.1	55.6	28.1	77.5	69.2
タバコ屋	1.9	9.5	12.5	0.0	24.1	18.6
スーパー、コンビニ	3.5	33.3	11.3	33.1	16.7	32.1
飲食店	17.3	25.7	12.0	11.1	7.9	5.4
家庭内	34.0	29.7	37.5	23.6	11.2	30.6
飲食店で買取	2.9	1.4	5.0	0.0	10.7	1.0
親や兄弟	1.9	1.4	0.0	0.0	0.6	1.9
その他	2.9	1.4	7.1	3.7	2.1	1.6
計	193.8	71.8	56.8	27.8	291.8	258.9

青少年のタバコの入手と喫煙行動に関するタバコ販売法強制の効果

【背景】未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律の強制は、青少年のタバコの入手およびタバコ使用を減少させる方法として広く採用されている。このアプローチが成功するか否かは不明である。

【方法】1991年10月1日、オランダの介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。

【結果】介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。

【結論】タバコ販売法の強制により、販売業者の法遵守が改善し、未成年者に対するタバコ販売が減少した。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。介入地域では、未成年者に対するタバコ販売を禁止する法律が施行された。

出典: THE EFFECT OF ENFORCING TOBACCO SALES LAWS ON ADOLESCENTS' ACCESS TO TOBACCO AND SMOKING BEHAVIOR. Nancy A. Riggs, and others. N Engl J Med 1997; 337: 1044-51

- コンビニ等での購入は増加している。
 - 小売店での購入を防止しても未成年者の喫煙の抑止にはつながらない可能性がある。
- 自動販売機による購入を含めた購入方法全てに対し、未成年者がタバコを手に入れられない環境を作っていく。

結論

- 未成年者の喫煙を低下させるには対象となる大人たちの自覚を促すべく、教育していくこと(特にタバコによる弊害といった現実的な不利益を考えさせる)
- 身近な規則を徹底させることから始め、これを周囲の大人を含めて遵守する。
- その上で安易に購入することがないように社会制度及び環境を整えていくことが重要である。

高齢者の リハビリテーションにおける課題 (ICFの視点から)

岡山大学医学部五年
鈴木浩司

問題点

リハビリテーションにより高齢者の体力を向上させても、それがその後の日常生活の活性化につながらない。

リハビリテーションの概要

単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人への全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

リハビリテーションの歴史

1945年まで、ポリオ(急性灰白髄炎)の後遺症などの肢体不自由児や、第二次世界大戦等で負傷した傷痍軍人を主たる対象

1963年:日本リハビリテーション医学会

1980年:国際障害分類(ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)

2001年:国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)

ICF

国際生活機能分類(ICF)

国際障害分類の改訂版で、2002年、WHOで採択された。ICFでは、人間の生活機能を次の3レベルでとらえた。

「心身機能・構造」=体の働きや精神の働き

「活動」=ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般

「参加」=家庭や社会生活で役割を果たすこと

ICF

国際生活機能分類(ICF)

さらに

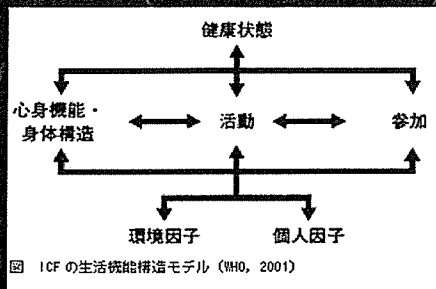
「健康状態」(病気・加齢・ストレス・妊娠など)

「環境因子」(物理的環境・社会環境など)

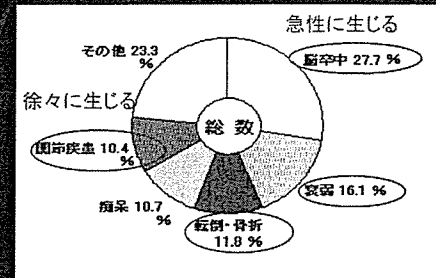
「個人因子」(性別・年齢・習慣など)

これらの相互関係により全人間的に把握できるようにした。

ICFの生活機能構造モデル



介護・リハビリの原因疾患



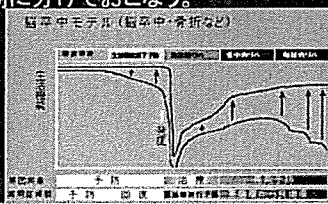
資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

リハビリテーションの流れ

例1 脳卒中

<特徴>生活機能の低下が急性に生じる

脳卒中の発症予防、「急性期」、「回復期」、「維持期」の3つの時期に分けておこなう。



リハビリテーションの流れ

例2 関節症など

<特徴>生活機能が徐々に低下してくる

早期から予防とリハビリテーションを行うことが効果的



問題点

リハビリテーションにより高齢者の体力を向上させても、それがその後の日常生活の活性化につながらない。

例) 病院内でいろいろな機能訓練を行ったが、いざ自宅に戻るとひとりでトイレにも行けなかった。結局介護の必要があり、やがて日常活動自体が減ってきた。

ICFの観点から考察

例) 病院内でいろいろな機能訓練を行ったが、いざ自宅に戻るとひとりでトイレにも行けなかった。結局介護の必要があり、やがて日常活動自体が減ってきた。

>なぜトイレに行けなかった? → 活動制限

>日常生活不活化の原因は? → 廃用症候群

>解決方法は?

>なぜトイレに行けなかつた？

リハビリテーションとしての機能訓練(歩行訓練や関節可動域の訓練)がおこなわれるが、実践訓練を想定したものではなかった。

ICFでいうと

ICFでいう「心身機能」レベルの訓練しか行われず、「活動」レベルまで考慮されなかったために、『トイレへ行く』という一連の流れを具体的に行動に移すことが出来なかった。

>日常生活不活化の原因は？

『トイレへ行く』などの日常生活を十分に行えなくなり、「活動」に制限が出てくる。それにより、使わなくなった身体能力は低下していき、「参加」も制約されることになる。生活が不活化する。⇒**廃用症候群**

悪循環の歯車がまわりだし最悪の場合、寝たきり状態となってしまう。



>解決方法は？

リハビリテーションの段階で

「心身機能」の回復訓練が中心になるのではなく、施設の訓練室、病棟・居室や通所サービスの訓練室などの設備をできるだけ実生活に近い環境にし「活動」レベルでのリハビリテーションをおこなうべきである。

例えば、台所に立って家事をしたり、衣服を脱いで入浴したり、買い物や散歩を想定して屋外で歩行を行うなどの日常生活のさまざまな活動をどのように高めるのか、という観点で考えてみる。

>解決方法は？

在宅での訓練・指導について

患者・利用者が外泊したり、看護師、理学療法士、作業療法士などが患者の自宅を訪問したりして、在宅生活の場での活動向上訓練を行うことも考えてみる。また、退院後も在宅での日常生活の注意点など、各々の日常活動の指導しておく。

また、家具の配置を変えてみたり、必要に応じて福祉用具や住宅改修を導入する。

>解決方法は？

生活不活化(廃用症候群)予防

在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる治療や療養において、本来必要である以上の安静(過度の安静)の指導がなされた結果生じる。早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組をおこなうようにする。

医療現場に限らず、介護の現場においても、「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」、あるいは「安全第一」という考えから、さらなる心身機能の低下を生じる可能性があることを知っておく必要がある。

高齢者リハビリテーションの充実のために

✓「心身機能」のみではなく、「活動」や「参加」を重視したリハビリテーションを行う必要がある。

✓画一的なプログラムではなく、個々に合った実生活にそくしたリハビリテーションを提供し、効率よく日常生活に戻れるようにする。

✓「安静第一」的な考えから生じる廃用症候群による悪循環を起こさないようにする。

参考文献

- ① 上田敏: 国際生活機能分類(ICF)とリハビリテーション医学の課題. リハビリテーション医学. 40: 737-743, 2003
- ② 大川弥生: 高齢者の「生活機能」を高める. コミュニティア. 71: 12-35, 2005.5
- ③ 厚生労働省老健局 高齢者リハビリテーション研究会. 2004. 1

New Public Managementにおける 公衆衛生行政の展望

久留米大学 4年
東元 あゆか



New Public Managementとは

- 行政に経営の視点を入れる考え方。
- 民間企業の理念、手法を取り入れ、行政の効率化、活性化を図るための方法。



行政を取り巻く環境の変化

- 少子高齢化の進展
- 住民ニーズの多様化
- 財政危機
- 住民からの不信感



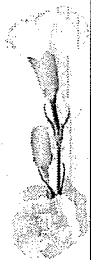
NPMの必要性

- 公共サービスの需要は今後質、量ともに増加
- こうしたニーズには限られた経営資源をうまく使う必要がある。
- 行政は公共サービスが適切に供給されている状態をマネジメントする役割



NPMの基本理念

- 顧客志向
- 成果主義
- 競争原理
- 現場への権限委譲
- 行政評価



NPMに基づいた行政の流れ

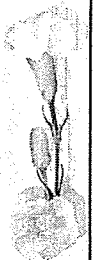
気づいたことをどんどん改善(現場)



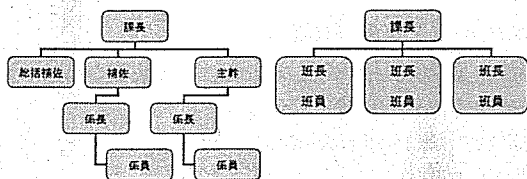
資源配分の見直し



経営判断(事業の継続)



組織のフラット化



組織のフラット化のメリット

- 迅速な事務処理と意思決定が可能
- 機動的、弾力的な業務運営
- 権限と責任の明確化

公衆衛生行政における課題

- 最終的な評価の指標は健康の確保
- 科学的な検証を行わなければならない
- 健康度の指標は長期的な観察が必要
- 評価の指標に住民本位の観点(満足度や主観的指標)を取り入れること

公衆衛生行政の今後の役割とは・・・

- 住民との接点から得られた住民の声を、専門性の高い公衆衛生の評価に結び付けていく努力
- 住民との話し合いによって満足度や主観的指標を導き出すこと

↓
医療と社会を結ぶ

医療費の支払い方式



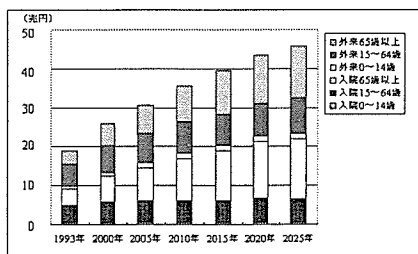
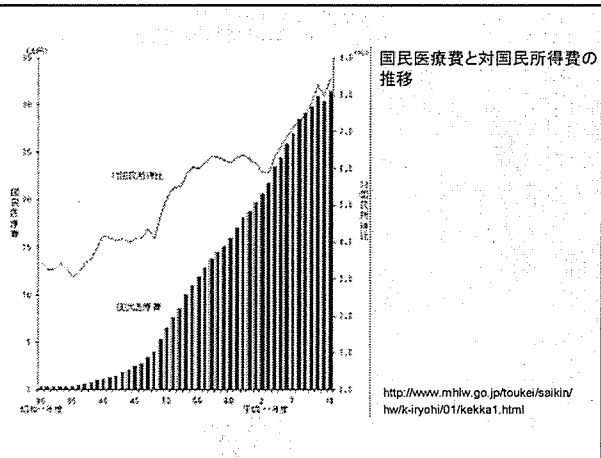
産業医科大学 3年
田中 雅子

Masako TANAKA UOEH, Med-3rd
The-supremeworld-machako@jcom.home.ne.jp

Contents

- ① はじめに - 医療費の高騰 -
- ② 医療費の決定因子としての医療費支払い方式
- ③ 出来高払い (fee for service)
- ④ 定額払い (fixed payment)
- ⑤ 今後の展望

はじめに - 医療費の高騰 -



医療費の支払い方式

* 医療サービスに対する、値段の付け方のこと。



医療費支払い方式が 医療システムに与える影響

- * 医療費抑制政策
- * 医療機関の経営方針や医療サービスの提供
動態を決定

医療費の3要素



1人当たりの診療費 = $F_1 \times F_2 \times F_3$

F_1 : 受診率(1人当たりの件数)
 F_2 : 1件当たりの日数
 F_3 : 1日当たりの診療費

医療費の決定因子



受療率
受療1回当たりの医療サービス量
医療サービス単価
管理費用

* 医療費の抑制は、4つの変数のうち、
1つ以上に介入することで可能!!






Contents

- ① はじめに - 医療費の高騰 -
- ② 医療費の決定因子としての医療費支払い方式
- ③ 出来高払い (fee for service)
- ④ 定額払い (fixed payment)
- ⑤ 今後の展望

医療費の決定因子としての 医療費支払い方式

- ① 受療率
- ② 受療1回当たりの医療サービス量
↑ 定額払い
- ③ 医療サービス単価
↑ 総額予算制度
- ④ 管理費用

医療費支払い方式を 検討するときの基準

-  医療サービスの質の向上に寄与すること。
-  患者の診療への協力/予防活動を促進すること。
-  医療の過剰/過小サービスを排除し、効率的な医療サービス提供に寄与すること。
-  事務処理が容易であること。
-  行政/医療機関等にとって予算を立てやすいこと。

各種の医療費支払い方式



出来高払い (fee for service)



定額払い (fixed payment)

Contents

- ① はじめに - 医療費の高騰 -
- ② 医療費の決定因子としての医療費支払い方式
- ③ 出来高払い (fee for service)
- ④ 定額払い (fixed payment)
- ⑤ 今後の展望



出来高払い (fee for service)

出来高払い

* 実際に提供された個々の医療サービス(画像診断・内服薬・注射...etc)に単価を設定して、その合計金額が保険者・患者より医療機関に対して支払われるもの。

* 日本の診療報酬制度はこの方法を採用している。

● の場合

* 点数制

* 1点=10円

例: 心電図検査→150点

盲腸の手術→6420点

出来高払いの利点

- * 医師は積極的に新しい治療法を行う傾向にあり、新技術の導入・波及が円滑に行われる。
- * 治療内容が明確である。

出来高払いの欠点

- * 出来高払いでは、医師が診療行為を提供しただけ医師の報酬が増えることになる。
∴コスト意識が低く、過剰診療に陥りやすい。
- * 医療サービスの質については、医師の裁量権が大きいため逆に意識されにくい。

Contents

- ① はじめに - 医療費の高騰 -
- ② 医療費の決定因子としての医療費支払い方式
- ③ 出来高払い (fee for service)
- ④ 定額払い (fixed payment)
- ⑤ 今後の展望



定額払い (fixed payment)



定額払い

- * 実施された個々の医療行為に関係なく、あらかじめ決まった定額を支払うもの。
- * 定額払いは、1日当たり・1件当たり・登録者数当たりなどの定額化の単位によって、さらに細分化できる。

定額払い





人頭払い方式 (capitation)

- * NHS (National Health Service) 
- * HMO (Health Maintenance Organization) 




疾病分類別定額払い方式


- * DRG/PPS 
(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)

①人頭払い方式
定額化の単位→/ 

- * 登録者数を単位とした定額払い。
- * 利用者はあらかじめ自分の利用する医師や病院に登録し、医師や病院は、その登録患者数によって定まった額の診療報酬を、実際の医療サービスの提供とは関係なく事前に受け取る。

 NHS (National Health Service)


- * 医療機関を受診するか否かに関わらず、1年間1人当たりの健康管理費用を医療機関、プライマリ・ケア医師に支払う。

 HMO
(Health Maintenance Organization)

- * 地域・会社・団体などを対象とした、健康保険。健康保険グループの1つ。
- * 日本の保険グループと異なり、この組織の中に医師や病院などの医療機関が介入している。

- * 受益者にサービスを保障するために、HMOは医者および病院をその中に抱え込んで安定した患者の供給を約束する。
- * その代償として、HMO患者に限っては入院料・手数料・材料費などを定額に、在院日数は短く抑えるという契約を結んでいる。

∴ほとんどゼロに近い自己負担、短い在院日数が実現!!

②疾病分類別定額払い方式
定額化の単位→/ 

- * 支払いの対象は、一定の診断名や状態に対して行われたひとまとまりの医療行為すべて。

 DRG/PPS

- * Diagnosis Related Group: 疾患別関連群
- * Prospective Payment System:
包括支払い方式
- * 疾病や手術など診断群(DRG)別に1件当たりであらかじめ定められた料金を支払う方式(PPS)を、DRG/PPSと呼ぶ。

- * 病院医療費抑制策として、メディケアの入院医療費で1983年に初めて導入された方式。
- * 現在では多少の修正が加えられて、民間保険のプランでも利用されるようになっている。

③日本における定額払い方式の導入 定額化の単位→/◎


- * 平成15年4月1日から、全国の大学病院で、入院費用の計算方法が従来の出来高払い方式から包括払い方式に移行した。
- * 今回の改革では、1日あたりの定額払いになる。

定額払いの利点

- * 入院日数・薬剤・検査の内容とは関係なく支払い額が決定するため、過剰サービスへのインセンティブが抑制される。
- * 出来高払い・定額払いでは期待できなかった予防医療についてのインセンティブをもたらす。
例：治療以外の予防・健康相談・健康診断など

定額払いの欠点

- * コストを下げるほど医師の所得が増えるため、必要な処置や検査をしない、必要な薬剤を投与しないなど、医療の質を下げってしまう懸念がある。
- * PPSは医療の内容を分かりにくくしてしまう。

- * 利用可能な医療機関や医師が一定の供給ネットワーク内に制限される。 

- * 登録制の場合、診療内容の適切性を主治医以外の第三者が判断する利用度管理プロセスや、患者の受診行動管理を行うゲートキーパー制の導入によって受診制限が加えられることがある。

総額予算制度 (global budgeting)

- * 独立した診療報酬支払方式ではなく、通常出来高払い・定額払い・人頭払いに併用される。
- * 医療サービスの質についてのインディケーター導入、医療情報開示が十分に行われていない状況での総額予算制度の導入は、医療サービスの質低下をもたらすおそれがある。

表2 出来高払いと定額払いの比較

支払単位	出来高払い	定額払い(DRG/PPS)
	医療サービス行為	診療名・病名
医療費超過(費用が予想を超えた場合の費用負担者)	患者・保険者	医療機関
診療のインセンティブ	過剰診療(overuse)	過小診療(underuse)
診療のコスト意識	小	大
診療サービスの質についての意識	小	大
病院経営上のインセンティブ	売上増加	コスト削減
予防医療	インセンティブなし	インセンティブなし

注)定額払いとしては、急性期医療ではほぼ用いられるDRG/PPS (Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)を指し、上記に取ります。

http://www.5b.biglobe.ne.jp/~shina_y/sy/sy-t-015.htm

Contents

- ①はじめに - 医療費の高騰 -
- ②医療費の決定因子としての医療費支払い方式
- ③出来高払い(fee for service)
- ④定額払い(fixed payment)
- ⑤今後の展望

今後の展望

今後の展望

- * 世界的には、
出来高払い → 定額払い → 人頭払い
...の方向にある。
- * 一部では総額予算制度が併用されている。

定額払いのデメリット対策

- * 医療サービスの質についてインディケータを定め、質が低下していないか否かの検証を積極的に行う。
- * Evidence Based Medicineやクリニカルパスなどの医療の標準化を促進する。

人頭払いのデメリット対策

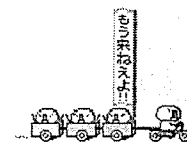
- * 受診機会が少ないほど医療機関の収益が増加するため、医療サービスの質について地域集団ベース(population base)で慎重に検討する。

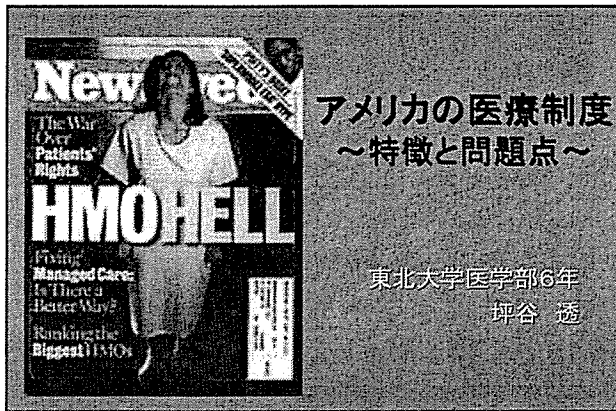
● の今後の展望

* 医療サービスの質についてのインディケーター設定、情報公開が未だ十分に進んでいない状況にある。

∴ 人头払いにいきなり移行するよりも、むしろ出来高払いと定額払いの組み合わせを考えることが实际的。

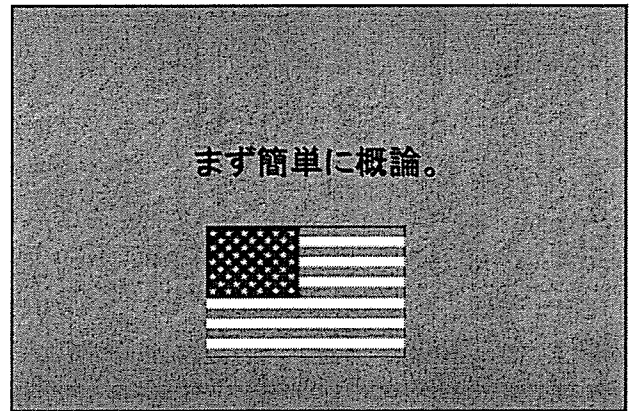
ご静聴ありがとうございました






アメリカの医療制度 ～特徴と問題点～

東北大学医学部6年
坪谷 透



米国医療の特徴


- 先進国の中で唯一国民皆保険制度がない
(自主自立の文化?)
- 世界最高水準の無保険者群
- 世界最高水準の医学
- 世界最高水準の医療費
→ 1兆2995億ドル(約144兆円)
- 対GDP比13.2%、2000年
- 絶対値で日本の約5倍弱、対GDP比で約2倍。



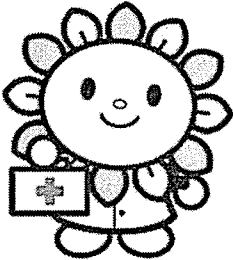
米国医療保険制度

- 民間医療保険(市場原理で運営) 1億7950万人
- 公的医療保険
(市場原理で落ちこぼれる人々への救済制度)
- メディケア(高齢者・障害者) 3700万人
- メディケイド(低所得者) 2860万人
- 無保険者 3870万人

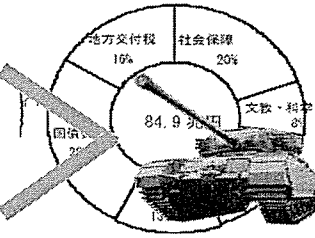
(2000年)



日米国家予算支出比較



日本の支出





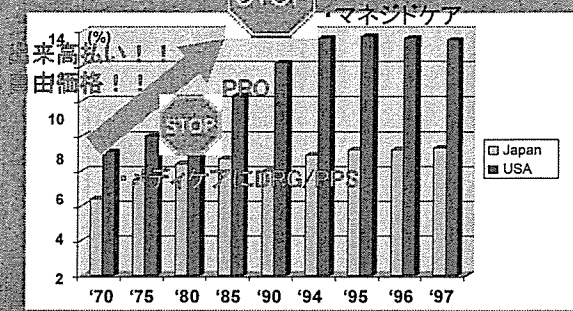
メディケア設立の背景



- アメリカ老人の半分が無保険者
- 税金で高齢者の医療制度を
- 1964年の選挙での民主党の大勝
- アメリカ医師会の猛反対
 - 「政府による医療介入を招く」
 - 「医療の社会主義化」

Lyndon Baines Johnson 第36代大統領

医療費支出比較(対GDP)

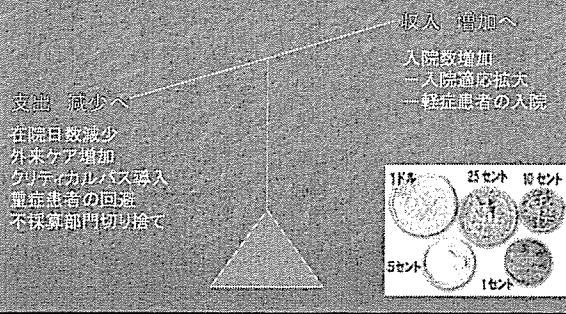


DRG-PPS

Diagnosis Related Group/Prospective Payment System

- DRG・・・医師以外(看護師など)の人的資源、医薬品や病院施設などの物的資源、これらを含めた医療資源消費量を基準として分類される。医学的な見地は関係しない。
- PPS・・・個々の患者に実際にかかったコストではなく、診断病名により定額制で支払われるというシステム。

DRG/PPSのもとで生じるインセンティブ



医療警察「PRO」

Peer Review Organization
(医療者による査察機構)

- 1) 入院の事前審査
 - DRG/PPSにより入院数増加
 - 入院数の抑制・外来手術の奨励
- 2) 退院患者のカルテ抜き取り検査
 - 「不必要・不適切な入院」に支払いを拒否
- 3) 悪質な医師・病院をメディケアから排除



DRG/PPS導入後の米国医療

