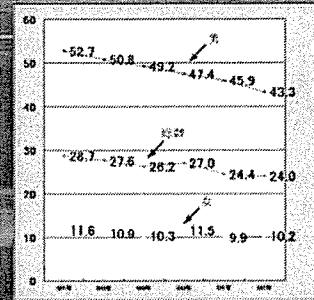


我が国の未成年者における喫煙状況について

久留米大学三年 坂元 暁

日本における喫煙状況

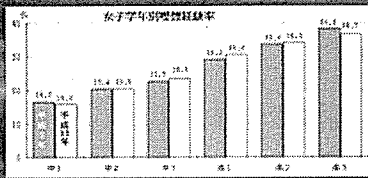
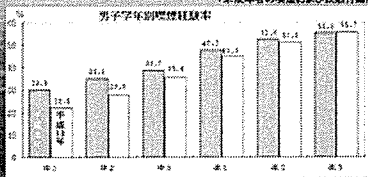
喫煙習慣者の割合(%)



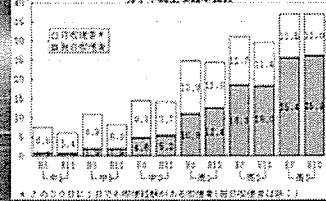
出典：国民の喫煙の現状(平成14年国民調査結果)

未成年の喫煙

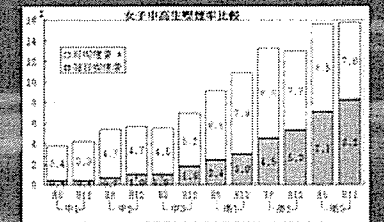
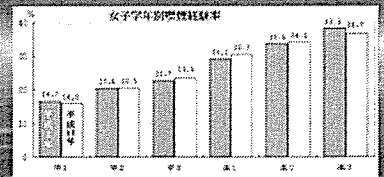
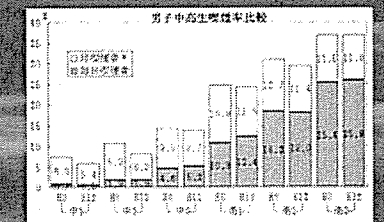
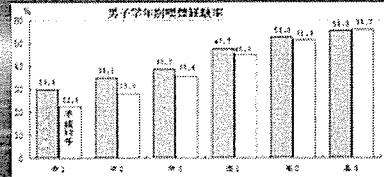
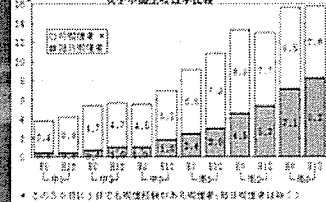
出典：「未成年者の喫煙行動に関する全国調査報告」1995
「未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査」2000



男子中高生喫煙率比較



女子中高生喫煙率比較



中学・高校生に対するアンケート

平成13年11月「青少年とタバコ」に関する調査研究報告書より(総務庁青少年対策本部)

表1 喫煙者の喫煙状況

	中学生		高校生	
	男	女	男	女
毎日喫煙している	28.8	29.2	60.7	47.1
毎日喫煙していないが、時々喫煙している	17.2	14.3	29.8	25.6
喫煙したことがない	1.4	7.2	15.1	13.1
喫煙者	47.4	50.7	105.6	85.8
計	100%	100%	100%	100%

表2 喫煙場所に関する調査結果

	中学生		高校生	
	男	女	男	女
自販機・コンビニ・コンビニ	16.8	10.2	22.1	22.1
タバコ屋・商店・コンビニ・コンビニ	15.2	14.5	10.5	11.0
友人の家にいる時に喫煙している	1.8	1.0	2.5	1.8
友人の家にいることがない	73.1	74.3	64.1	65.1
その他	0.2	0.1	0.2	0.2
計	100%	100%	100%	100%

喫煙場所について

表3 喫煙場所に関する調査結果

	中学生		高校生	
	男	女	男	女
自販機	24.9	19.1	24.0	19.1
コンビニ	11.7	51.1	28.9	39.1
タバコ屋	22.3	17.8	11.6	29.6
友人の家にいる時に喫煙している	1.8	1.0	2.5	1.8
友人の家にいることがない	73.1	74.3	64.1	65.1
その他	0.2	0.1	0.2	0.2
計	100%	100%	100%	100%

購入場所について

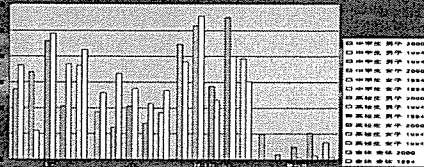
表1-3 タバコ購入場所(喫煙者のみ)

	中学生		高校生		全体	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子
自販機	28.0	19.1	20.0	19.1	24.0	19.1
コンビニ	12.1	15.1	15.1	15.1	15.1	15.1
タバコ屋	4.9	9.5	12.5	0.0	21.1	18.6
友人の家にいる時に喫煙している	3.7	3.7	11.3	11.1	11.1	11.1
友人の家にいることがない	17.5	23.7	17.9	11.1	7.9	5.1
その他	31.0	29.7	37.5	29.6	11.2	30.6
計	100%	100%	100%	100%	100%	100%

親との関わりについて

表1-4 親との関わりに関する調査結果

	中学生		高校生	
	男	女	男	女
よく話している	27.2	26.3	11.9	11.1
話さない	18.1	25.7	12.5	13.1
話しているが、話さない	41.7	37.8	51.8	55.6
話さない	12.7	10.0	1.8	1.0
計	100%	100%	100%	100%



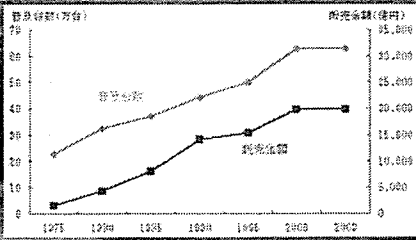
中高生の意識調査より

- タバコの害についての認識は概ね高い。
- 法律による規範を守ろうとする意識は年齢が上がるにつれて低くなる。
- 人前で悪びれずにタバコを吸う傾向が近年強くなっている。
- 購入する場合、自動販売機やコンビニ等、手軽に購入できる手段がとられる傾向にある。
- 親に気づかれないように喫煙している学生が増えている。

タバコに関する青少年を取り巻く環境について

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	2002	2003
普及台数 (万台)	1.5	2.0	2.5	3.5	4.5	10.0	16.0	20.0
販売金額 (億円)	10,000	15,000	20,000	30,000	40,000	100,000	107,000	107,410

日本自動販売機工業会「自動販売機普及台数及び年間販売額調査」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りません。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

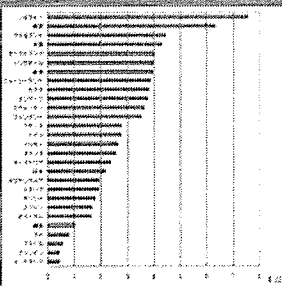
販売業者は事業がまだ拡大し、販売額も伸びています。

	事業方針			年間販売総額 (億円)			従業員数 (人)				
	11年	前年比 (%)	14年	前年比 (%)	11年	14年	前年比 (%)	11年	14年	前年比 (%)	
コンビニエンスストア	38,581	100.0	41,769	100.0	5.6	61,270	67,137	9.6	551,895	612,604	11.0
- 日本郵政	25,911	65.5	22,421	77.6	25.2	46,654	57,186	22.6	432,464	529,743	21.1
- 株式会社日本郵政	13,650	34.5	9,338	22.4	31.6	14,616	9,951	31.9	114,431	82,861	27.6

出典：平成14年商売統計調査より

タバコ価格について

紙巻たばこ(10本入)の価格(1992年6月31日現在、米ドル換算)



国名	米ドル	国名	米ドル
西国	0.40	イギリス	0.50
タイランド	1.10	オランダ	2.00
中国	1.30	オーストリア	2.47
オーストラリア	1.02	ドイツ	2.50
シンガポール	0.80	フランス	1.04
香港	1.07	イタリア	1.10
ニュージーランド	0.84	スウェーデン	1.70
韓国	1.14	スペイン	1.50
日本	1.77	ポルトガル	1.53
マレーシア	1.04	韓国	1.92
フィンランド	1.50	タイ	1.80
ドイツ	2.70	インド	0.37
フランス	2.60	マレーシア	0.74

国の取り組みについて

未成年喫煙禁止法

明治三十三年三月七日法律第三十二号、改正昭和二十二年二月二十三日法律第二一〇号、改正平成二年三月三十一日法律第三二号(法一五二)

未成年者の喫煙禁止

第一条 満二十歳未満の者がたばこを喫煙し、たばこを喫煙する器具を所持し、又は喫煙する行為を営むことを禁ず。

罰則

第二十条 違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。

罰則

第二十一条 前条に違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。

罰則

第二十二条 前条に違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。違反した者(未成年者)は、罰金(五十万円)に処せられる。

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

本取組では、これまで喫煙防止の取組(喫煙、たばこ利用防止に関する指導の年別)について、中学校教科「保健体育」に教科書に掲載するとともに、平成10年度においては、国語科に「たばこ」に関する読書(小学校教科「保健体育」)を作成しているところである。

なお、学習指導要領における喫煙防止に関する事項は次のとおりである。

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11年2月告示

【保健領域】

(8) 病気の予防について理解できるようにする。

イ 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、学校での適切な食生活や口腔衛生など、正しい生活習慣を身に付けること、また、たばこ、酒、薬物利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11年2月告示

【保健領域】

(8) 病気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、たばこ利用などの行為は、特に未成年者の身体や発達を害し、健康を損なう原因となること、また、その行為を営む者が健康から受ける影響や周囲環境、社会環境が影響することから、その行為を営むべきでないことであること。

高等学校教科「保健体育」平成11年2月告示

【科目保健】

(1) 現代社会と健康

イ 生活行動と健康

健康を保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、たばこ、酒、薬物利用と健康との関係、受動喫煙の正しい喫い方について理解させる。

今後の課題

・タバコに関わる害への啓蒙活動を推進する。

■ 未成年者への規則の強化

■ タバコの単価を現在より遥かに高くする。

■ 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)

・タバコに関わる害への啓蒙活動について

	1997	1998	1999	2000
啓蒙活動に関する啓蒙活動	79.6	79.2	80.3	47.2
啓蒙活動に関する啓蒙活動	17.2	18.3	18.9	23.8
啓蒙活動に関する啓蒙活動	3.3	2.2	2.5	1.5
啓蒙活動	8.4	9.1	8.6	6.5
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

	1997	1998	1999	2000
啓蒙活動に関する啓蒙活動	43.1	43.7	43.8	38.1
啓蒙活動に関する啓蒙活動	50.8	55.4	58.1	66.9
啓蒙活動に関する啓蒙活動	12.2	12.0	29.0	21.1
啓蒙活動	2.7	3.7	2.8	2.1
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

	1997	1998	1999	2000
啓蒙活動に関する啓蒙活動	79.6	79.2	80.3	47.2
啓蒙活動に関する啓蒙活動	17.2	18.3	18.9	23.8
啓蒙活動に関する啓蒙活動	3.3	2.2	2.5	1.5
啓蒙活動	8.4	9.1	8.6	6.5
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

	1997	1998	1999	2000
啓蒙活動に関する啓蒙活動	43.1	43.7	43.8	38.1
啓蒙活動に関する啓蒙活動	50.8	55.4	58.1	66.9
啓蒙活動に関する啓蒙活動	12.2	12.0	29.0	21.1
啓蒙活動	2.7	3.7	2.8	2.1
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

	1997	1998	1999	2000
喫煙経験がある	10.7	6.1	24.4	12.2
喫煙経験がない	89.3	93.9	75.6	87.8
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

	1997	1998	1999	2000
喫煙経験がある	12.7	12.5	23.3	67.2
喫煙経験がない	87.3	87.5	76.7	32.8
計	100%	100%	100%	100%
	862人	875人	1,192人	876人

■ 法律は抑止力として十分な役割を果たしていない。

■ 健康への影響が大きいと考えられているものは控える。

→ タバコによって引き起こされる疾患等を周知徹底させ、喫煙の怖さを教えていく。

・未成年者への規則の強化について

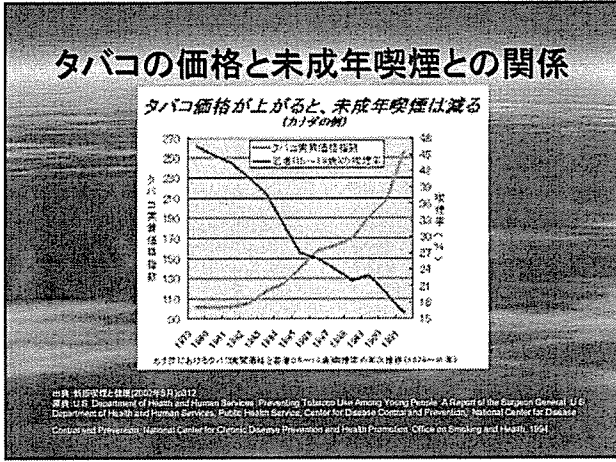
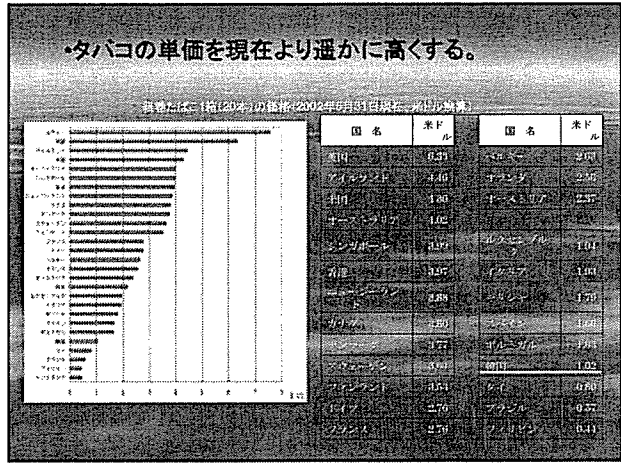
この研究は、未成年者への喫煙の規制に関する政策の効果を評価することを目的として実施された。研究は、2000年と2001年の調査結果を比較し、未成年者への喫煙の規制の強化が、未成年者の喫煙率にどのような影響を与えているかを明らかにした。

研究の結果、未成年者への喫煙の規制の強化は、未成年者の喫煙率を低下させる効果があることが示された。また、未成年者への喫煙の規制の強化は、未成年者の喫煙のリスクを低下させる効果があることが示された。

この結果は、未成年者への喫煙の規制の強化は、未成年者の喫煙率を低下させる効果があることを示している。これは、未成年者への喫煙の規制の強化が、未成年者の喫煙のリスクを低下させる効果があることを示している。

出典: School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multi-level analysis of cross-sectional data from Wales. Laurence Moore, Chris Roberts, Chris Tudor-Smith's Cardiff School of Social Sciences, Cardiff University, Cardiff, UK; B Health Promotion Division, National Assembly for Wales, Cardiff, UK.

■ 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 タバコの購入台数(単位:台)

	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	2000	1994	2000	1994	2000	1994
タバコ屋	62.1	55.4	55.4	55.6	78.4	77.5
コンビニエンスストア	4.9	9.5	12.5	9.9	24.1	18.6
家にある	15.7	12.5	11.9	11.1	31.6	32.4
駅にある	17.5	25.7	17.9	11.1	7.9	5.4
飲食店で買う	34.0	29.7	37.5	29.6	41.2	39.6
駅の売店	2.9	1.4	3.6	9.0	19.7	1.9
その他	1.9	1.4	0.9	0.6	0.8	0.9
その他	2.0	1.4	2.1	3.7	2.4	1.6
計	193.8	71.8	56.8	27.8	291.8	258.8

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喫煙行動を減少させる方法として広く議論されている。このアプローチが有効であるか否かは不明である。

【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、未成年者に対する違法販売が減少した。タバコの使用量は減少した。タバコの法的購入は、青少年の自己申告のタバコ入手量に反映して減少した。新しい規制法の目的である、違法販売を20%未満へ減少させて、青少年のタバコ入手量に使用を減少させない可能性がある。

出典: THE EFFECT OF ENFORCED TOBACCO SALES LAWS ON ACCESS TO TOBACCO AND SMOKING BEHAVIOR
 Nancy A. Rigotti, and others. J Am Coll Health 1997; 33: 1014-21

- 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)

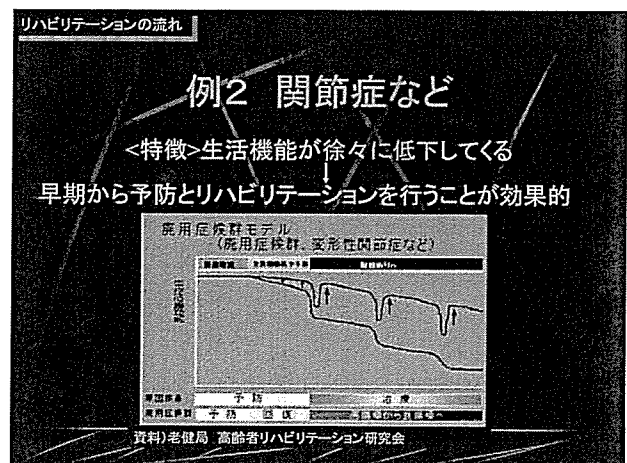
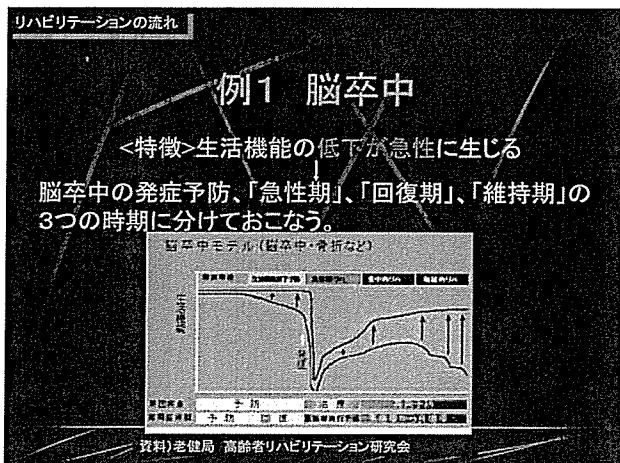
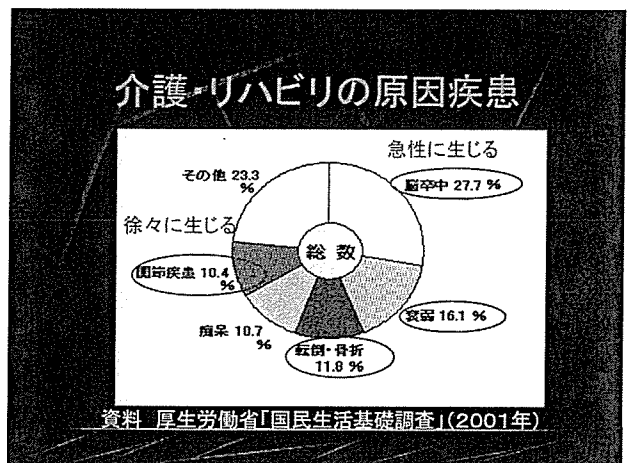
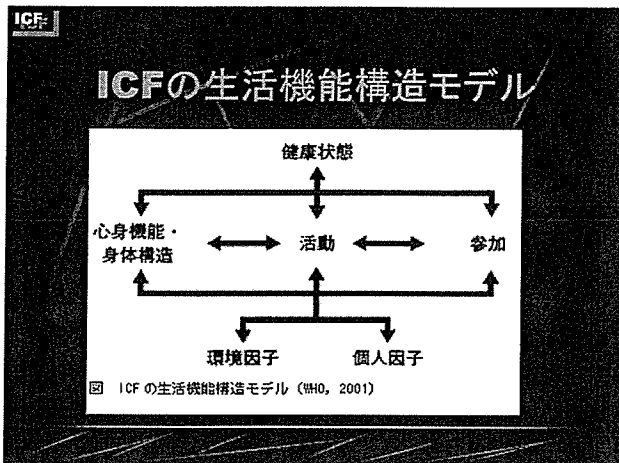
さらに

「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的に把握できるようにした。



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ったか？

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、寝たきり状態になってしまう。



悪循環

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させないようにする。

参考文献

- 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
- 大川弥生: 高齢者の「生活機能」を高める. コミュニティケア. 71: 12-35, 2005.5
- 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)



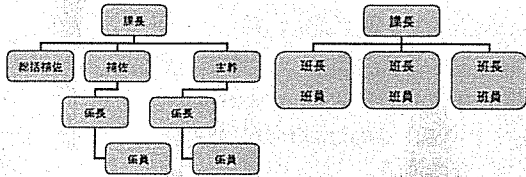
資源配分の見直し



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



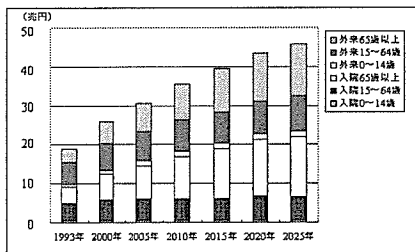
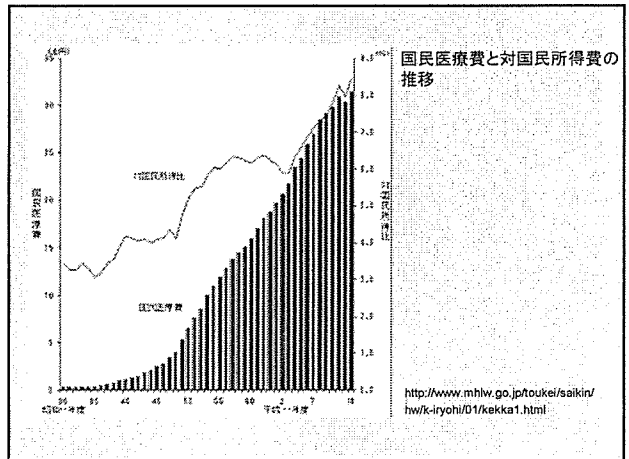
産業医科大学 3年
田中 雅子

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

- ① 医療サービスの質の向上に寄与すること。
- ② 患者の診療への協力/予防活動を促進すること。
- ③ 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。
- ④ 事務処理が容易であること。
- ⑤ 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

	出来高払い ¹⁾	定額払い(DRG/FPS)
支払単位	医療サービス行為	診断名・処置名
危険負担(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)
医療のコスト意識	小	大
医療サービスの質についての懸念	小	大
病院収益上のインセンティブ	売上増進	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、急性期療養でしばしば用いられる DRG/FPS (Disease Related Group/Prospective Payment System) を例に取り上げた。

http://www.5b.biglobe.ne.jp/~shiina_yf/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

