

29. 年収に対する満足感（1つ）

- 1) 主たる勤務先からの収入でゆとりある生活が可能
- 2) 主たる勤務先からの収入で何とか生活している
- 3) ゆとりある生活を送るために副収入が必要で、アルバイトをしている
- 4) 主たる勤務先からの収入では生活できず、主としてアルバイト収入に依存している
- 5) その他\_\_\_\_\_

30. 主たる勤務先からの収入に関してどのように感じていますか（1つ）

- 1) ほぼ仕事に見合う収入を得ている
- 2) 不満であるが我慢できる範囲内である
- 3) 我慢できないほど不満である
- 4) どちらとも言えない
- 5) その他\_\_\_\_\_

31. 副収入に関してどのように感じていますか（1つ）

- 1) ほぼ仕事に見合う収入を得ている
- 2) 不満であるが我慢できる範囲内である
- 3) 我慢できないほど不満である
- 4) どちらとも言えない
- 5) その他\_\_\_\_\_

32. 診療業務の上で以下のどのような点に負担を感じていますか（3つ以内）
- 1) 治療、管理の困難な重症例、高度医療を要する症例が多い
  - 2) 安定期、軽症患者が多すぎる
  - 3) インフォームド・コンセントをはじめとする患者・家族対応
  - 4) 検査、治療等のシステムが非能率的で時間がとられる
  - 5) IT化（電子カルテ）に伴う業務量の増加
  - 6) 医療過誤・医療訴訟の増加
  - 7) 患者のわがまま、クレームなど患者の過剰な権利意識
  - 8) 診療上負担を感じていることはない
  - 9) その他\_\_\_\_\_
33. 診療以外のことで以下のどのような点に負担を感じていますか（3つ以内）
- 1) 診断書作成等、臨床に付随する事務処理が多い
  - 2) 病院内の居室、医師勤務室等の居住環境が悪い
  - 3) 院内会議への参加が多い
  - 4) 研究発表、論文発表に負担を感じる
  - 5) 研修医・学生の指導、教育が負担である
  - 6) 勤務先病院の利益追求的運営方針
  - 7) 上司あるいは部下との人間関係に悩みを抱えている
  - 8) 特に負担を感じることはない
  - 9) その他\_\_\_\_\_
34. 長時間（超過）勤務となる要因を選んで下さい（2つ以内）。
- 1) 自己研修、研究、教育に時間が必要なため
  - 2) 診療業務（外来診療、病棟診療、手術・麻酔、検査）が過剰
  - 3) 会議、書類作成等の診療外業務が多い
  - 4) 患者数増加と複雑な診療内容のため
  - 5) 診療録管理が厳しくなってきたため
  - 6) 電子カルテが導入されたため
  - 7) 患者説明に時間がかかるため
  - 8) その他\_\_\_\_\_

35. 長時間勤務によりどのような影響がありますか（2つ以内）
- 1) 健康不安（肉体的、精神的）
  - 2) 医療ミスの誘因
  - 3) 家族関係の崩壊
  - 4) チーム医療の崩壊
  - 5) 医師患者関係の悪化
  - 6) その他 \_\_\_\_\_
36. 外科、麻酔を専門としている方にお聞きします。業務（手術・麻酔）の緊張を連続して維持できる時間： 約 [ ] 時間
37. 手術途中で 15 分程度の休憩は緊張緩和に効果がありますか：
- 1) ある、2) ない、3) わからない
38. あなたは、疲労や睡眠不足が原因と思われる医療上のミスをした経験がありますか：
- 1) ある、2) ない
39. そのうち、ミスが関係して結果的に患者さんが死亡するか、または重篤な状態に陥ったケースはありましたか： 1) ある、2) ない
40. 現在の勤務、仕事に満足していますか：
- 1) 非常に満足、2) 満足、3) 普通、4) 不満足、5) 非常に不満足

#### IV学会・研修についておたずねします

41. 日本医師会に加入していますか： 1) 加入、2) 非加入
42. 加入全国学会研究会数と総年会費： 全国学会・研究会 [ ] 団体
43. 総年会費／自己負担率 [ ] 万円／ [ ] %
44. H18 年学会研究会・研修会（地方会・メーカー主催研修勉強会を含む）参加回数： [ ] 回
45. うち参加費用自己負担回数： [ ] 回
46. 平均自己学習（論文精読、ビデオ学習、院内学習会など）： [ ] 時間/週
47. 取得認定医、指導医、専門医数：
- 認定医 [ ] 種
- 指導医 [ ] 種
- 専門医 [ ] 種

48. 認定医制度に対して
- 1) 今のままでよい
  - 2) 不要である
  - 3) メリットを持たせるべきである（診療報酬・資格広告など）
  - 4) その他
- 
49. 病院認定の研修日がありますか（半日を1単位/週）： [ ] 単位

**V ライフプラン・健康管理についておたずねします。**

50. 現役希望年齢：1)30才台、2)40才台、3)50才台、4)60才台、5)70才台、6)80才台、7)生涯、8)今すぐにやめたい、9)時期は考えていない
51. 将来希望勤務（1つ）：1) 現在と同じ病院の勤務医、2) 別の病院の勤務医、3) 大学の研究職・教育職、4) 開業医、5) 保健所勤務、6) 在宅医療専門医、7) その他：
- 
52. 開業予定（1つ）
- 1) 近い将来（2年以内）に開業する予定
  - 2) 開業を希望しているが具体的な予定は立っていない
  - 3) 将来の情勢によっては開業も考えている
  - 4) わからない
  - 5) 開業する意思はない
53. 将来の不安・問題（1つ）
- 1) 収入の問題
  - 2) 体力（労働能力）の問題
  - 3) 働く場所の有無の問題
  - 4) その他
54. 健康状態：1) 非常に良い、2) 良い、3) 普通、4) 悪い、5) 非常に悪い
55. 疲労状態：1) いつも元気、2) 大体元気、3) 普通、4) ときに疲労がある、5) いつも疲労している
56. 睡眠充足度：1) 睡眠不足はない、2) ほぼ睡眠は足りている、3) 普通、4) ときどき睡眠不足、5) いつも睡眠不足

57. 健康管理（1つ）
- 1) 定期的（毎年）に健康診断を受けている
  - 2) 健康診断は受けているが不定期である
  - 3) 定期的に人間ドックを受けている
  - 4) 健康診断は受けていない
  - 5) その他： \_\_\_\_\_
58. 現在治療中の慢性疾患がありますか（いくつでも）
- 1) 高血圧
  - 2) 糖尿病
  - 3) 高脂血症
  - 4) 心疾患
  - 5) 脳血管疾患
  - 6) 精神疾患（不眠症、鬱病、その他）
  - 7) その他： \_\_\_\_\_

VI女性医師の方に育児についておたずねします（女性のみ）。

59. 仕事と家庭の両立：1) 非常にうまくいっている、2) うまくいっている、3) 普通、4) うまくいっていない、5) 全くだめ
60. 育児経験の有無について：1) 有、2) 無
61. 育児と仕事を両立させられたでしょうか（1つ）
- 1) あまり問題なく両立できた
  - 2) 両立は困難であったが、仕事を続けた
  - 3) 両立できなかつたため、医師の仕事を止めた
  - 4) その他： \_\_\_\_\_
62. 育児と仕事を両立するために何が必要でしたか（2つ以内）
- 1) 伴侶の協力、両親の協力
  - 2) 保育所・託児所の利用（勤務医療施設内、施設外）
  - 3) ベビーシッター等の利用
  - 4) 勤務先の理解
  - 5) その他： \_\_\_\_\_

63. 女性医師が医師としての勤務を継続するためにどのようなことが必要でしょうか（2つ以内）
- 1) 産休、育休制度整備
  - 2) 当直免除、時間外勤務免除
  - 3) フレックスタイムの採用
  - 4) 職場環境（授乳室、女性医師休憩室、保育所・託児所等）の整備
  - 5) その他： \_\_\_\_\_

VII現在の日本の医療制度についておたずねします。

64. 厚労省が定義する病院の当直義務は管理当直であることを知っていますか。：1) 知っている、2) 知らない
65. 2002年の関西医科大学研修医過労死認定判決後、医師は労働者と理解されています。安全な医療業務を遂行するに当たって法律で厳しく規定すべき事項を選択して下さい（3つ以内）
- 1) 年間有給休暇取得の遵守
  - 2) 医師に特化した週、月、年間労働時間の規定
  - 3) 医師に特化した労働時間制（裁量労働制、変形労働時間制、フレックスタイム制など）の規定
  - 4) 休日取得の義務化
  - 5) 連続勤務時間制限
  - 6) 時間外労働の規定
  - 7) 専門学会参加の義務化
  - 8) 医師の業務に法律の規定は不要
  - 9) その他： \_\_\_\_\_
66. 現行医療制度の不满について（1つ）
- 1) 大いに不満
  - 2) かなり不満
  - 3) 不満なし

67. 日本の望ましい医療制度はどれですか（1）～3）のうち1つ）
- 1) 現行の国民皆保険制度で良い（アクセスの自由、診療費一部患者窓口負担）
  - 2) 国民皆保険制度は維持するが変更が必要である（以下から1つ）。
    - a アクセスの自由を制限する。
    - b 一部病院の混合診療を認める。
    - c 全医療施設での混合診療を認める。
    - d 診療費を全額保険負担にする。
    - e その他：\_\_\_\_\_
  - 3) 国民皆保険制度を廃止する（以下から1つ）。
    - a 全面的に民間医療保険制度に移行する。
    - b 基本的な医療費給付（必要最少限の医療費給付の補償）は全額税金で行い、民間医療保険の強化・充実を計る。
    - c その他：\_\_\_\_\_
68. 関心ある医療政策は何ですか（3つ以内）
- 1) 財政主導の医療費抑制
  - 2) 高度先進医療
  - 3) 混合診療と株式会社参入
  - 4) 医療のIT化
  - 5) 専門医制度
  - 6) 包括医療（DPC、DRG）
  - 7) 地域医療と救急（救急医療のセンター化など）
  - 8) 女医の増加と離職・復職
  - 9) その他：\_\_\_\_\_
69. 現在の診療所と病院の保険診療報酬について（2つ以内）
- 1) 現行のままで良い
  - 2) 診療所に比べて病院外来の保険診療報酬の評価が低すぎる
  - 3) 入院の保険診療報酬の評価が低すぎる
  - 4) 大規模病院（400床以上、研修指定病院、大学病院）の診療報酬の評価が低すぎる
  - 5) 診療所の診療報酬の評価が低すぎる
  - 6) その他：\_\_\_\_\_
70. 望ましい給料算定の基準・方法について（2つ以内）
- 1) 実診療業務時間で算定
  - 2) 診療収入（所属する診療科の診療報酬収入に応じて）で算定：診療科によって給料に差をつける
  - 3) 医師の経験年数で算定
  - 4) 病院の役職（管理運営貢献度）で算定
  - 5) 勤務内容の積算（教育指導+診療+研究+役職+経験年数）で算定
  - 6) その他：\_\_\_\_\_
71. 医療政策を実現する手段についてどのようにお考えですか（2つ以内）

- 1) 医系国会議員を増やす
- 2) 日本医師会の組織力を高める
- 3) 日本医師会の勤務医部会の活動を高める
- 4) 医師会とは別に新しい勤務医会を設立し活動する
- 5) 既存の病院団体（日本病院会など）の活動を高める
- 6) その他： \_\_\_\_\_

**VIII医師不足の実態や勤務体制等への要望を自由に記載して下さい**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ご多忙中、ご協力ありがとうございました。



## 医療の質と安全に係るコストと医療費支払いについて

国際医療福祉大学薬学部 池田俊也

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 小林美亜

### はじめに

医療の質・安全に対する国民の期待は高まってきており、医療機関がいかに質・安全に要する費用を確保していくかは重要な課題である。そこで本研究では、厳しい医療環境の中で医療の質と安全に係るコストをどのように確保すべきかを検討するための基礎的資料として、第一に、わが国の国民医療費の現状について概観し、第二に、医療の質と安全性を高めるための医療費支払いのあり方について検討を行ったうえで、第三に、医療の質・安全を確保するための対策の費用対効果の算出例について紹介する。

### 国民医療費の概要

国民医療費とは、当該年度内の医療機関などにおける傷病の治療に要する費用を推計したものである。具体的には、傷病にかかわる診療に対し、患者および保険者などからなされる支払いを中心に推計した統計であり、診療報酬額・調剤報酬額・入院時食事療養費・老人保健施設における施設療養費・老人訪問看護療養費・訪問看護療養費のほかに、健康保険等で支給される看護費・移送費等を含んでいる。医療費の範囲は、傷病の治療費に限っており、正常な妊娠や分娩等に要する費用、健康診断・予防接種等に要する費用、義眼や義肢等の費用、老人保健施設における食費、おむつ代等の利用料は含んでいない。また、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用も計上されない。加えて、患者が負担する入院時室料差額分、歯科差額分等の費用も計上されない。

国民医療費の流れを図1に示した。まず、公務員などの共済組合、大企業の組合管掌健康保険（組合保険）、中小企業の政府管掌健康保険（政管健保）のいずれかの被用者保険に加入している国民は、健康保険料（公務員は共済掛金）を毎月、給料から差し引かれるといった形式で保険料を支払う。共済組合や政管健保では政府、組合保険ではその健康保険組合が保険者となる。事業主はその従業員が負担した保険料と事業主負担分の保険料をあわせて保険者に支払う。自営業や農業者などは市長村が保険者となり、直接市町村に納付する。国は国庫負担金として国民の税金から保険者に支払いを行う。平成17年4月1日からは、国民健康保険制度の医療費の適正化と保険運営の広域化を進め、その安定的運営を図るため、税源移譲による確実な財政措置が図られる三位一体の改革に併せ、都道府県に財政調整権限を移譲するとともに、都道府県負担も導入した。国民が保険指定の医療機関を受診し、医療サービスを受け取った場合には、自己負担分の医療費をその医療機関に支払う。自己負担額の割合については表1参照。医療機関は、当該医療機関を受診した患者の自己負担を除いた医療費をレセプトにより、レセプトを審査する第三者機関に請求する。

この第三者機関は、国民健康保険であれば、国民健康保険団体連合会、被用者保険であれば社会保険診療報酬支払基金となる。第三者機関は、保険医療機関から請求されたレセプトを確認し、間違いがないことを確認した後に、その医療費を保険者に請求する。そして保険者がこの医療費を第三者機関に支払い、それを受け取った第三者機関が当該医療機関に医療費を支払うことになる。

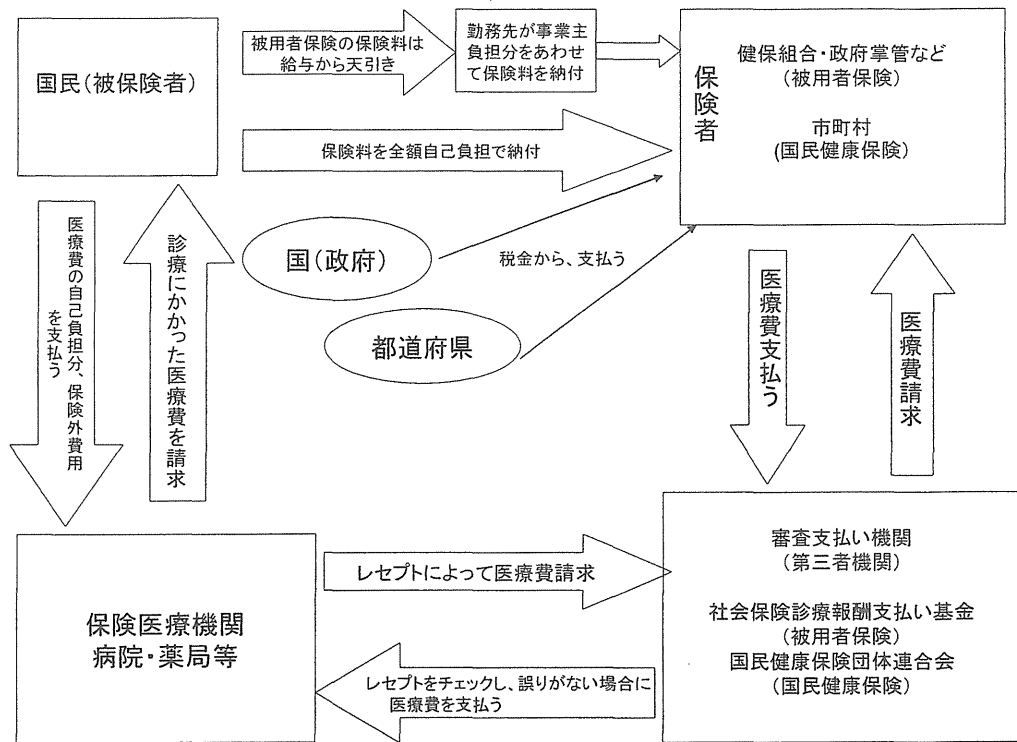


図1 国民医療費の流れ

表1 保険料の自己負担 (平成19年3月現在)

区分	負担割合
3歳未満	医療費の2割
3歳以上69歳以下	医療費の3割
70歳以上75歳未満	医療費の1割 (現役並みの所得者は3割)
75歳以上	老人保健制度の対象

・高齢者は各医療保険制度に加入するが、給付については各保険者の共同事業として、市町村において統一  
 的に行われる。  
 ・高齢者は各医療保険制度の保険料を負担するが、若年者の保険料と一括して保険者の収入とされている。  
 ・給付主体（市町村）と財政主体（保険者）が分離している。

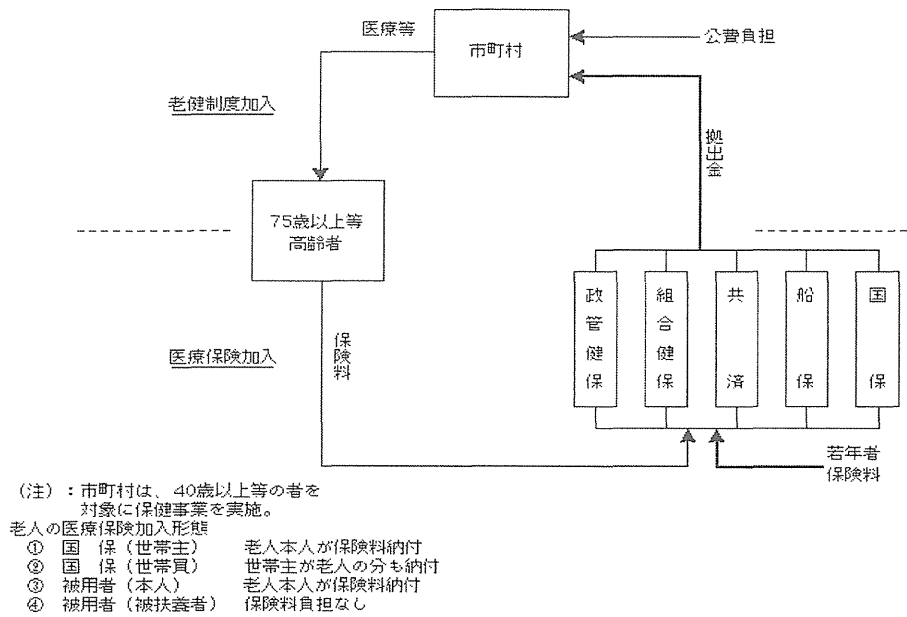


図2 老人保健制度の構造 出典：平成18年版高齢者白書

制度区別にみた国民医療費を表2に示した。国民医療費の財源は、公費、保険料、患者負担から構成される。公費には、公費医療負担制度によって給付される国庫負担金と地方公共団体の負担金、医療保険・労災などの給付に対して支出される国庫負担金と地方公共団体に一般会計からの繰入金・都道府県支出金・地方公共団体単独実施分が含まれる。保険料は、事業主および被保険者が国民健康保険の組合員が、保険料として負担したものである。「その他」は患者の自己負担からなっている。

平成15年度は、国民医療費の総額31兆5375億円のうち、公費が10兆7468億円（総額の34.1%）、保険料が15兆8225億円(50.2%)、その他が4兆9682億円(15.8%)となっている。

表2 制度区分別にみた国民医療費 出典：2006年国民衛生の動向

	部計額(億円)	構成割合(%)
国民医療費	315 375	100.0
公費負担医療給付分	18 206	5.8
生活保護法	12 511	4.0
結核予防法	95	0.0
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	1 134	0.4
その他	4 466	1.4
医療保険等給付分	141 032	44.7
医療保険者保険料	138 171	43.8
被用者保険	71 436	22.7
被用者保険	36 368	11.5
被用者保険	34 131	10.8
高年齢者医療保険	938	0.3
支店等管掌者健康保険	34 766	11.0
組合員健康保険	27 113	8.6
船員健康保険	219	0.1
国土地公務員長官庁職員共済組合	2 190	0.7
国土地公務員長官庁職員共済組合	6 273	2.0
国土地公務員長官庁職員共済組合	876	0.3
国民高年齢者医療保険	66 734	21.2
国民高年齢者医療保険	62 286	19.7
国民高年齢者医療保険(再掲)	4 448	1.4
退職者医療制度(再掲)	17 793	5.6
その他	2 861	0.9
労働者災害補償保険	2 266	0.7
その他	595	0.2
老人保健給付分	106 686	33.8
患者負担分	49 451	15.7
全額負担	4 038	1.3
公費・保険又は老人保健の一部負担	45 413	14.4

資料 厚生労働省「国民医療費」

注 平成14年度の老人保健法改正に伴い、医療保険適用分の高齢者(70歳以上)を別掲とした。

### 医療費の動向

国民医療費の推移(表3、図3)では、国民皆保険制度が達成された昭和36年では、国民医療費は5130億円であり、国民所得に対する比は3.2%であった。昭和40年には1兆円、昭和53年には10兆円を超え、平成16年では32兆1111億円、対国民所得比は8.9%となっている。国民医療費は国民所得を上回る伸びを示しているが、平成14年から開始された医療費削減政策や診療報酬の引き下げにより、国民医療費の伸びを抑制しており、老人医療費も増加していない。

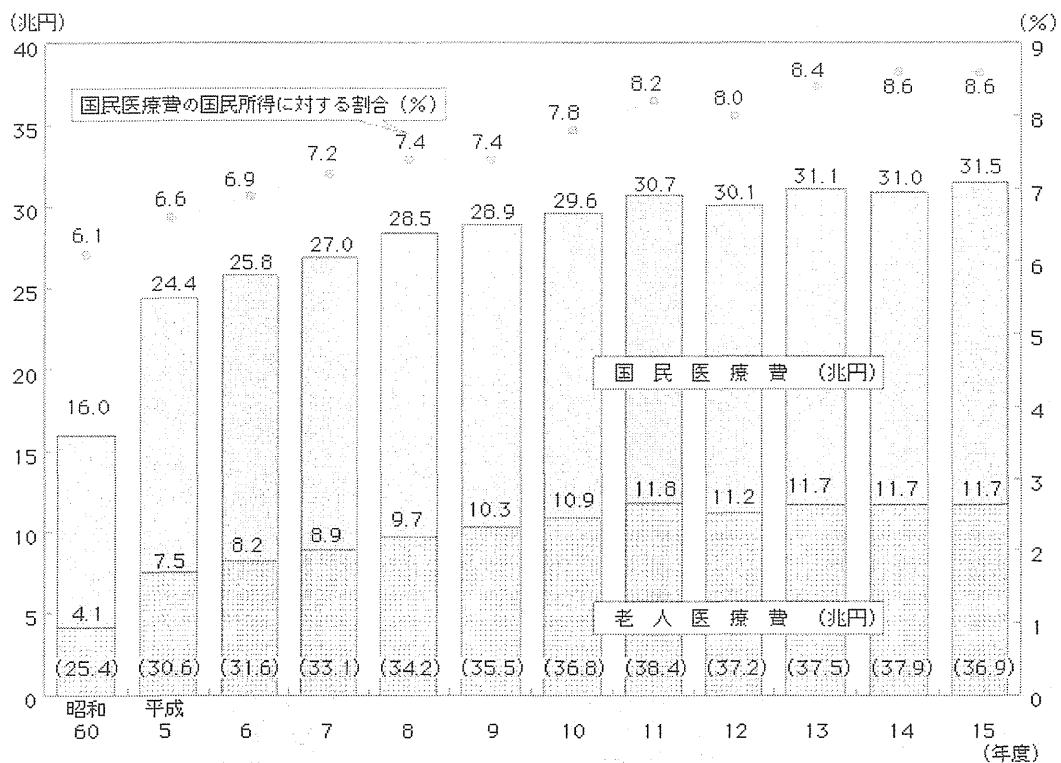
厚生労働省は、我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示しており、制度改正等を行わなければ、医療費は毎年約1兆円(3~4%程度)ずつ伸びる傾向にあり、医療費の伸びを適正化することが重要であるという見解を示している。推計によれば、医療費は経済成長を上回る3~4%程度の伸びであり、このまま推移した場合には、国民医療費の対国民所得比は現在の8.8%(給付費ベース7%)から2025年には13.2%(給付費ベース11%)に上昇するとしている。

表3 国民医療費、国民一人当たり医療費、及び対国民所得割合の年次推移

年次	国民医療費		国民一人 当たり 医療費 (千円)	国民医療 費の 国民所得 に対する割 合 (%)	国民所得		総人口 (千人)
	総額	増減率				増減率	
	(億円)	(%)			(億円)	(%)	
36	5 130	25.3	5.4	3.19	160 819	19.2	94 287
37	6 132	19.5	6.4	3.43	178 933	11.3	95 181
38	7 541	23	7.8	3.57	210 993	17.9	96 156
39	9 389	24.5	9.7	3.9	240 514	14	97 182
40	11 224	19.5	11.4	4.18	268 270	11.5	98 275 *
41	13 002	15.8	13.1	4.11	316 448	18	99 036
42	15 116	16.3	15.1	4.03	375 476	18.7	100 196
43	18 016	19.2	17.8	4.12	437 209	16.4	101 331
44	20 780	15.3	20.3	3.99	521 178	19.2	102 536
45	24 962	20.1	24.1	4.09	610 297	17.1	103 720 *
46	27 250	9.2	25.9	4.13	659 105	8	105 145
47	33 994	24.7	31.6	4.36	779 369	18.2	107 595
48	39 496	16.2	36.2	4.12	958 396	23	109 104
49	53 786	36.2	48.6	4.78	1 124 716	17.4	110 573
50	64 779	20.4	57.9	5.22	1 239 907	10.2	111 940 *
51	76 684	18.4	67.8	5.46	1 403 972	13.2	113 089
52	85 686	11.7	75.1	5.5	1 557 032	10.9	114 154
53	100 042	16.8	86.9	5.82	1 717 785	10.3	115 174
54	109 510	9.5	94.3	6.01	1 822 066	6.1	116 133
55	119 805	9.4	102.3	5.89	2 032 410	11.5	117 060 *
56	128 709	7.4	109.2	6.07	2 118 783	4.2	117 884
57	138 659	7.7	116.8	6.3	2 200 091	3.8	118 693
58	145 438	4.9	121.7	6.29	2 312 854	5.1	119 483
59	150 932	3.8	125.5	6.21	2 431 547	5.5	120 235
60	160 159	6.1	132.3	6.13	2 610 890	7.4	121 049 *
61	170 690	6.6	140.3	6.37	2 680 934	2.7	121 672
62	180 759	5.9	147.8	6.41	2 818 190	5.1	122 264
63	187 554	3.8	152.8	6.17	3 039 679	7.9	122 783
平成元年度	197 290	5.2	160.1	6.12	3 222 073	6	123 255
2	206 074	4.5	166.7	5.92	3 483 454	8.1	123 611 *
3	218 260	5.9	176	5.88	3 710 808	6.5	124 043
4	234 784	7.6	188.7	6.36	3 693 236	△0.5	124 452
5	243 631	3.8	195.3	6.6	3 690 327	△0.1	124 764
6	257 908	5.9	206.3	6.89	3 740 795	1.4	125 034
7	269 577	4.5	214.7	7.2	3 742 775	0.1	125 570 *
8	284 542	5.6	226.1	7.51	3 791 076	1.3	125 864
9	289 149	1.6	229.2	7.55	3 827 635	1	126 166
10	295 823	2.3	233.9	7.94	3 725 035	△2.7	126 486
11	307 019	3.8	242.3	8.37	3 667 396	△1.5	126 686
12	301 418	△1.8	237.5	8.11	3 715 975	1.3	126 926 *
13	310 998	3.2	244.3	8.62	3 609 521	△2.9	127 291
14	309 507	△0.5	242.9	8.7	3 557 846	△1.4	127 435
15	315 375	1.9	247.1	8.8	3 583 968	0.7	127 619
16	321 111	1.8	251.5	8.89	3 610 126	0.7	127 687

注:1) 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(平成18年5月発表)による。2) 総人口は、総務省統計局による推計人口(各年10月1日現在人口)であり、\*印は国勢調査の確定人口である。3) 平成12年4月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち介護保険の費用に移行したものがあるが、これらは平成12年度以降、国民医療費に含まれていない。

出典：厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/04/toukei1.html>



資料：国民医療費については、厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」  
 老人医療費については、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」  
 (注) ( )内の数値は、老人医療費の国民医療費に対する割合 (%)である。  
 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2004年12月発表)による。

図3 医療費の動向 出典:平成18年版高齢者白書

また医療費の伸び(年間3~4%程度)が賃金・所得の伸びを上回っており、各医療保険制度の財政状況は構造的な赤字基調になっている(表4~6)。国民健康保険の財政状況は、単年度収支差引額で赤字が継続した状態が続いている。政管健保や組合管掌健康保険の財政状況は、平成15年度に導入された総報酬制や自己負担額を3割に引き上げたことで改善はしているが依然として厳しい状況にある。

このため、第5次医療法改正では、生活習慣病対策の推進や医療機能の分化・連携の推進、平均在院日数の短縮などが盛り込まれ、構造的な医療費適正化が進められている。また老人医療費を抑制するために、2008年度から75歳以上の「後期高齢者」全員が加入する公的医療保険制度である後期高齢者医療制度が開始となる。この制度では、加入者全員から保険料を市町村が徴収する。厚生労働省の試算では、2008年度の制度発足時には保険料は月額6200円程度(全国平均)になる見通しである。

表4 市町村国保の財政状況

区 分		平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度 (繰上値)
歳入	保険料収入	32,010	33,071	33,898	34,241
	国庫支出金	33,030	36,054	35,488	38,580
	療養給付費交付金	12,989	13,253	12,337	16,091
	その他	13,121	13,991	13,999	15,726
	計	91,130	96,369	95,722	104,638
歳出	保険給付費	56,153	57,724	53,728	63,137
	老人保健拠出金	23,292	26,692	30,483	28,891
	その他	8,845	9,294	9,526	11,158
	計	88,290	93,710	93,737	103,186
収支差		2,839	2,659	1,985	1,451
単年度収支差引額		▲ 1,029	▲ 1,838	▲ 804	▲ 1,074

表5 政府管掌健康保険の財政状況

(単位:億円)

区 分		平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度 補正予算
歳入	保険料収入(医療分)	58,851	58,214	56,636	60,167	60,106
	国庫負担(医療分)	8,878	9,057	9,091	8,321	7,792
	その他	170	173	181	206	204
	計	67,899	67,444	65,909	68,695	68,101
歳出	保険給付費	42,290	42,524	41,008	38,534	39,343
	老人保健拠出金	20,568	21,836	23,288	21,579	18,993
	退職拠出金	5,068	5,816	6,539	6,693	6,896
	その他	1,524	1,499	1,242	1,185	1,147
	予備費	-	-	-	-	400
	計	69,468	71,675	72,077	67,991	66,779
単年度収支差		▲ 1,569	▲ 4,231	▲ 6,169	704	1,322

(注) 端数整理のため、計数が整合しない場合がある。

表6 組管掌健康保険の財政状況

区 分		平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度 決算見込	平成16年度 予 算
歳入	保険料収入(医療分)	56,220	56,346	55,343	58,604	56,782
	事務費国庫負担	51	50	48	49	41
	その他	1,532	1,484	1,422	1,887	1,851
	計	57,803	57,880	56,814	60,040	58,174
歳出	保険給付費	31,702	32,008	31,278	29,958	31,153
	老人保健拠出金	17,059	18,138	18,379	16,846	14,520
	退職拠出金	4,548	5,251	5,887	6,727	7,091
	その他	5,857	5,496	5,269	5,123	5,754
	計	58,967	60,893	60,813	58,654	58,518
収支差		▲ 1,163	▲ 3,013	▲ 3,999	1,386	▲ 344

出典 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0304-6d.html>

国民医療費の使われ方

国民医療費を診療種別に見ると、平成15年度では一般診療医療費が76.4%、入院医療費が37.2%、入院外医療費が39.2%となっている。病院医療費が国民医療費の52.0%を占めている(表7)。

表7 診療種別に見た国民医療費の推移

出典：2006年国民衛生の動向

(単位：億円)

	昭和50年度		60 (85)	平成7 (95)	12 (00)	13 (01)	14 (02)	15 (03)	割合(%)
	(75)	割合(%)							
国民医療費	64 779	(100.0)	160 159	268 577	301 418	310 998	339 507	315 375	(100.0)
一般診療医療費	59 102	(91.2)	140 287	218 683	237 960	242 494	238 160	240 931	(76.4)
病 院	32 936	(50.8)	92 051	148 543	161 670	164 536	162 569	164 077	(52.0)
一般診療所	26 166	(40.3)	48 195	70 140	76 290	77 958	75 591	76 854	(24.4)
入院医療費	25 427	(39.3)	70 833	99 229	113 019	115 219	116 537	117 231	(37.2)
病 院	22 640	(34.9)	65 054	94 545	108 642	110 841	111 180	112 942	(35.8)
一般診療所	2 787	(4.3)	5 778	4 684	4 376	4 378	4 357	4 289	(1.4)
入院外医療費	33 675	(52.0)	69 454	119 454	124 941	127 275	122 623	123 709	(39.2)
病 院	10 356	(16.0)	27 037	53 937	53 028	53 695	51 369	51 135	(16.2)
一般診療所	23 319	(36.0)	42 417	65 456	71 913	73 580	71 234	72 566	(23.0)
歯科診療医療費 <sup>2)</sup>	5 677	(8.8)	16 778	23 837	25 569	26 041	25 875	25 375	(8.0)
薬局調剤医療費 <sup>2)</sup>	-	-	3 094	12 662	27 625	32 140	35 297	38 907	(12.3)
入院時食事医療費	-	-	-	10 801	10 003	9 999	9 835	9 815	(3.1)
老人保健施設医療費	-	-	-	3 385	-	-	-	-	-
訪問看護医療費	-	-	-	-	210	282	324	348	(0.1)

資料 厚生労働省「国民医療費」

注 1) 病院歯科医療費も含まれる。

2) 昭和50年度は入院外医療費に含まれている。

年齢階級別では、一人当たりの医療費は、65歳未満では15万1500円であるのに対し、65歳以上では65万3300円であり、65歳未満の医療費の約4倍となっている。同様に一般診療医療の一人当たりの医療費も、65歳未満が11万1400円であるのに対し、65歳以上は51万7500円であり、4倍となっている。

表8 年齢階級別に見た国民医療費と一人当たり医療費 出典：2006年国民衛生の動向

	平成15年度(03)			14(02)		
	推計額 (億円)	構成割合 (%)	1人当たり 医療費(千円)	推計額 (億円)	構成割合 (%)	1人当たり 医療費(千円)
国民医療費						
総 数	315 375	100.0	247.1	309 507	100.0	242.9
65歳未満	156 551	49.6	151.5	157 190	50.8	151.4
0～14歳	20 315	6.4	113.5	21 223	6.9	117.2
15～44歳	48 602	15.4	97.2	50 323	16.3	100.3
45～64歳	87 633	27.8	247.4	95 644	27.7	241.1
65歳以上	198 823	60.4	653.3	182 317	49.2	644.6
70歳以上(再掲)	124 158	39.4	734.4	118 916	38.4	731.6
75歳以上(再掲)	25 371	7.7	809.4	22 272	6.6	819.1
一般診療医療費(再掲)						
総 数	240 931	100.0	188.8	238 160	100.0	186.9
65歳未満	115 124	47.8	111.4	116 551	48.9	112.3
0～14歳	15 270	6.3	85.3	15 610	6.6	86.2
15～44歳	34 652	14.4	69.3	36 207	15.2	72.1
45～64歳	65 201	27.1	184.1	64 734	27.2	182.3
65歳以上	125 807	52.2	517.5	121 609	51.1	514.7
70歳以上(再掲)	99 396	41.3	587.9	95 778	40.2	589.2
75歳以上(再掲)	69 044	28.7	654.6	66 653	28.0	663.6
歯科診療医療費(再掲)						
総 数	25 375	100.0	19.9	26 875	100.0	20.3
65歳未満	18 526	73.0	17.9	19 886	73.8	18.4
0～14歳	1 912	7.5	10.7	2 043	7.9	11.3
15～44歳	7 623	30.0	15.2	8 124	31.4	16.2
45～64歳	8 991	35.4	25.4	8 918	34.5	25.1
65歳以上	6 849	27.0	28.2	6 790	26.2	28.7
70歳以上(再掲)	4 520	17.8	25.7	4 474	17.3	27.5
75歳以上(再掲)	2 548	10.0	24.2	2 619	10.1	26.1

資料 厚生労働省「国民医療費」



傷病分類別にみると、平成 15 年度では、一般診療医療費のうち、「循環器系疾患」が 5 兆 3039 億円(22.0%)、「新生物」が 2 兆 9724 億円(12.3%)、「呼吸器系の疾患」が 2 兆 766 億円 (8.6%)、「精神及び行動の障害」が 1 兆 8281 億円(7.6%)、「尿路性器系の疾患」が 1 兆 7882 億円(7.4%)となっている。

平成 13 年の国民医療費の構造をみると、約 50%が医療サービス従事者の人件費に支払われ、医薬品が約 20%、医療材料が約 6%、経費・その他が 19.0%である(図 4)。しかし、この中のどの程度が医療の質・安全性の確保に利用されているのかは本統計からは不明である。

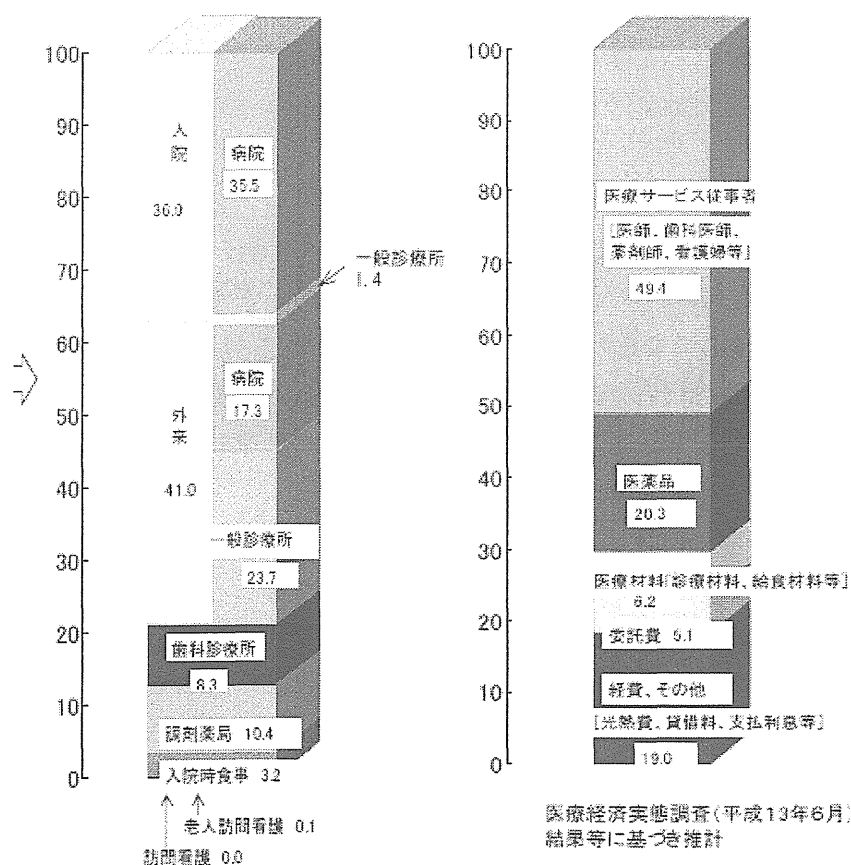


図 4 国民医療費の構造

出典 「中央社会保険医療協議会」について 平成 17 年 2 月 22 日 厚生労働省

### 医療の質・安全と診療報酬

病院における収入は、医業収入と医業外収入に分けられる。医業収入の大部分は保険診療による収入である。保険診療における病院や医師への支払い額は、診療報酬体系によって原則として全国一律の公定価格で定められている。

現在の診療報酬のなかで医療の質・安全の確保に関連した項目はいくつか存在しており、それらは構造・体制（ストラクチャー）に対する評価とプロセスの評価とに大きく分けられる。ストラクチャーに対する評価としては、入院基本料における看護職員配置基準などがある。また、プロセスの評価としては、入院基本料の算定要件としての「入院診療計画の策定、院内感染防止対策の実施、医療安全管理体制の整備・褥瘡対策の実施」、医療安全対策加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算などがある。また、ストラクチャーとプロセスの両方に関わる項目も存在している。例えば、ニコチン依存症管理料については、施設基準（禁煙治療に係る専任の看護職員の配置など）および、算定要件（禁煙治療のための標準手順書に則った治療を行うこと）の両者が必要とされる。しかし、これらの報酬設定が適正な水準であるかについては議論があり、また、これらの実施により本当に医療の質・安全が向上するののかについては検討の余地が残されている。

一方、医業外収入としては補助金・負担金等があり、平成 17 年 6 月実施の中央社会保険医療協議会医療経済実態調査報告によれば、公立病院では医業収入の 13.5%分の補助金が投入されている。

#### 医療の質・安全を確保するためのコストはどのように支払われるべきか？

国民の医療に対する期待水準の高まりや、医療に対する不信から、医療機関はこれまでも増して様々な医療の質・安全に関する対策を講じる必要に迫られている。その一方で、前述のように、医療財政の健全化を図るために様々な医療費適正化策が導入されており、近年の診療報酬改定も厳しい内容となっている。このため、現状の医業収入だけでは質・安全への投資が余裕を持って行える状況ではないとの指摘がある。

医療機関が質・安全に関する対策を講じることにより、結果としてコストが削減できる場合も考えられる。たとえば、有効性の高い対策への投資を行った場合、訴訟・紛争解決の費用削減がそれ以上にもたらされるかもしれない。また、DPC による包括支払いの下では薬剤費や検査費が包括となっているため、医療事故により必要となる追加薬剤・追加検査の支出が投資額以上に削減できるかもしれない。しかし、投資を回収できるだけの費用削減には至らないことが一般的である。従って、病院が医療の質や安全性を高めるためのコストは、診療報酬や補助金として病院に対して支払われ、その支払われた費用は質・安全の確保のために用いられるように保障される必要がある。このためには、以下のような方法が適切と考えられる。

(1) 投資に見合った効果が得られる対策（プロセス・アウトカム）に対して、診療報酬や補助金等により病院に支払いを行う。病院情報システムの導入のように、一定の初期費用が必要なものについては、補助金の形で支払うことが適切であろう。一方、褥瘡ケアのように可変費用が中心となるものは、診療報酬で支払うことが適切と考えられる。ただし、どのような対策が投資効果があるか（費用対効果が優れているか）について、事前に評価を行っておく必要がある。

(2) よいアウトカムが得られた場合に、相応の支払いを行う。諸外国で導入されつつある「質に応じた医療費支払い」がこれにあたる。

### 質に応じた医療費支払い(P4P)

質に応じた医療費支払い(Pay for performance, P4P)とは、米国・英国・豪州などで導入が進んでいる新しい医療費支払いの仕組みである。具体的には、質の高い診療を行った場合には、保険者が医師や病院に対して、高い診療報酬、あるいはボーナスを与え、医療の質を高めようとする経済的動機付けの方法を指す。

米国医学研究所(Institute of Medicine, IOM)は、2006年に「Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare」(医療提供者の質に対する報酬：メディケア保険におけるインセンティブの調整)という報告書をまとめ、米国のメディケア(高齢者保険)に対してこの支払い方式を本格導入することを提言している。なお、IOMでは、P4Pを「エビデンスに基づいた規準や手法を用いた測定に基づき、医療者が質の高いケアを提供するようなインセンティブを与える方策」と定義している。

評価に用いられる質指標は、①診療の質(診療プロセス)、②治療成績(患者アウトカム)、③安全性、④患者満足度、⑤費用・効率性に分類することができる。

2003年に開始した米国の急性期入院における全国的規模でのP4Pの試行的導入プロジェクトは、米国の公的医療保険を運営するCMS(Center for Medicare and Medicaid Services)とPremier社が共同で実施しており、急性心筋梗塞、心臓バイパス手術、心不全、市中肺炎、股関節・膝関節置換術の5領域で、プロセス指標とアウトカム指標から構成される34の指標が設定された。領域ごとに統合スコアが算出される。参加条件は、各疾病について年間30症例以上の症例を有する病院であり、262病院が参加した。

質改善を促すためのインセンティブは次の通りであった。

1. 各指標、および、各領域の統合指標のスコアを定期的に集計し、自院のスコアおよび他院のスコア分布を記した成績表を各病院に配布する。
2. 各領域の統合指標のスコア順位が上位50%の病院名を公表する。
3. 1年目・2年目・3年目の各年度において、各領域の統合指標のスコア順位が上位10%に入る病院には、各年度の当該領域の医療費支払額を2%増額する。また、上位10~20%に入る病院には、支払額を1%増額する。
4. 3年目におけるスコアが1年目の上位90%(下位10%)のスコアを下回る病院には、支払額を2%減額する。また、1年目の上位80%(下位20%)のスコアを下回る病院には、支払額を1%減額する。

本プロジェクトの導入により、経時的にスコアの改善が見られている。導入2年後の集計では、各領域において点数の著明な改善が認められており、全体では11.8%のスコア改善が見られている。また、15万件もの「エビデンスに基づいた臨床質指標」が新たに実施されるようになり、急性心筋梗塞患者については1,284名の救命者の増加をもたらしたもの

と推計されている。

### 医療の質・安全対策の費用対効果

「リープフロッグ・グループ」は、米国の大企業数社により 2000 年に設立された非営利組織であり、患者安全および医療の質向上を図るための活動を全米規模で展開している。

その活動の中心となるのは、病院における質・安全性・経済性の向上に有効とされる 4 つの「リープ」(跳躍)と呼ばれる施設基準の推奨である。施設基準の第一はオーダリングシステム、第二は新生児集中治療ならびに 5 つの術式における最低実施症例数に関する基準、第三は ICU における集中治療学の専門医師の配置、第四は医療ミスを予防するための 27 の活動、である。リープフロッグ・グループでは、全米の病院がこれらの基準を満足しているかどうかについて調査を実施し、ホームページで公開を行っている。

今回は、リープフロッグ・グループが推奨する 4 つの施設基準のうち最初の 3 つを導入することによりどのような経済的効果をもたらすかについて推計した Conrad らの研究結果(文献 1)を紹介する。Conrad らは、社会の立場からのコスト削減効果を推計しており、「直接コスト」として、(1)金銭的投資とそれによるコスト削減、(2)余命延長効果の貨幣価値換算、「間接コスト」として(3)生産性損失の回避の 3 つの項目について推計を行っている。

#### 1. オーダリングシステムの導入

オーダリングシステムの導入が医療の質・安全にどの程度寄与するかについては、様々な報告がなされてきている。Kuperman は文献レビューの結果、様々な状況においてプロセスの改善が示されていることを報告している(文献 2)。また、Metzger らは薬剤処方量や画像検査オーダーの減少といった経済的な効果を報告している(文献 3)。

Conrad らはこれらの先行研究の結果から、オーダリングシステム導入によるコスト削減効果として、(1)エラーによる薬害有害事象の減少、(2)有害事象以外の薬剤エラーの減少、(3)治療効果向上・安価なものへの代替、(4)重複検査の回避、の 4 つを挙げ、入院一患者一日あたり合計で 27.43 ドルのコスト削減効果があると試算している(表 9)。一方、金銭的投資(導入コスト)については、500 床の病院において初期費用は 790 万ドル、維持費用は年間 135 万ドルとの推計結果(文献 4)に基づき、オーダリングシステムの減価償却期間を 5 年間とした場合、病床規模により入院一患者一日あたり 11.42 ドル~19.82 ドルの金銭的投資が発生するものと推計している。以上の削減コストと金銭的投資を差し引きすると、全米で年間 15 億ドルもの直接コストの削減が得られるものと推計している。

一方、「間接コスト」については、オーダリングシステム導入により在院日数が 1~3 日短縮するとの報告(文献 5, 6)に基づき、2900 万人の年間退院数に、入院一日あたり 159 ドルの生産性損失回避額と、1~3 日の在院日数を乗じて、全米で年間 50~140 億ドルの間接コストが削減されるものと推計されている。