

Table 2 かかりつけ医への支払い 2003年実績 医師年間一人あたり平均

	DKK	円	構成比
人頭払い部分	403,300	8,066,000	27%
出来高払い部分			
基本診察料	656,604	13,132,071	44%
加算料	94,667	1,893,347	6%
検査料	81,742	1,634,848	6%
社会医学	6,910	138,201	0%
妊産婦健診	13,538	270,752	1%
乳幼児健診	21,420	428,410	1%
子供のワクチン	6,924	138,488	0%
高齢者のワクチン	12,524	250,475	1%
保健指導	5,329	106,586	0%
当直診察料	149,147	2,982,942	10%
当直検査、加算料	7,177	143,549	0%
カウンセリング	17,169	343,377	1%
出来高計	1,073,151	21,463,020	73%
計	1,476,452	29,529,045	100%

2-2 25/75 比について

2-1 でみたようにかかりつけ医への支払は人頭払いと出来高払いの混合であり、その割合はおよそ 25/75 となっている。デンマークでは、この比を保つことは開業医に対して質の高いサービスを効率的に提供するインセンティブを与えるうえで非常に大きな意味があるとされている。開業医団体が発行する *Almen Lægepraksis I Danmark* (2005) には以下のような記述がある。

「100%人頭払いはかかりつけ医の活動量を下げることとなり、二次医療への紹介率を高め、住民に対しては放置を促す結果となる。一方すべてが出来高払いであると、かかりつけ医

の活動量が高まり、二次医療への紹介率を下げ、さらにどんな症状も「医療化」することによって患者のセルフケア能力を阻害する。」

25/75になる以前は、より人頭払いの割合が大きかった(40/60)。このことについて開業医団体は「基本的に医師は活動量をあげるインセンティブがあり、患者も同じ要望をもっている。こうした状況における40/60の副作用は、かかりつけ医の活動量が、医学的に厳密な必要性に基づかないまま増加し、住民に対してセルフケアを促進する助言をするインセンティブも、2次医療への紹介インセンティブもトーンダウンしていたことである。さらに、医師が不足する時間に医師を雇用することに対して比較的高い報酬をつける必要があった」と述懐し、人頭払いの割合が高い状態での弊害をあげている。

これに対し、県(DRs Danske Regioner- sygesikringen)は、予算の安定化のために人頭払いの割合をあげる立場をとっており、出来高払いには25%にと留めるべきとしている。多くの政治家も同様の意見である。なお、どの圧力団体もかかりつけ医の活動量の低下を恐れ、100%の人頭払い(1989年以前のコペンハーゲン市、2-8参照)を支持していない。

2009年秋現在の情報では、開業医と県との全国協定(LOK Landsoverenskomsten mellem praktiserende læger og regionerne)において、人頭払い部分に加算をつけたり、なんらかの質の基準を設け支払額に差をつける方法を提唱している。

2-3 サービス消費量

住民とかかりつけ医の年間コンタクト回数は1999年から2008年にかけて毎年2.5%の割合で増加し、2008年は住民一人あたり平均年間7回であった。コンタクトの内容を、診察、電話対応、訪問診療、EMAIL対応(2003年導入)別にみると、診察は年平均2.7%の伸びを示したのに対し、訪問診療は、もともと数が少ない上に、年3.1%減少した。

Tabel 5.6 Antal kontakter til alment praktiserende læger (ekskl. vagtlæger) fordelt på kontaktttype, 1999-2008, 1.000

Antal, 1.000	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Gsnstl. årlig vækst, 1999-2008, pct.
Besøg	611	624	615	583	566	549	532	511	476	459	-3,1
EMAIL Konsultationer	0	0	0	0	11	62	195	471	803	1.284	-
診察 Konsultationer	15.947	16.295	16.708	16.908	17.393	17.962	18.424	19.070	19.406	20.193	2,7
電話相談 Tlf.konsultationer	12.567	12.866	13.155	13.475	14.003	14.367	14.727	15.066	14.779	14.840	1,9
電話相談 I alt	29.125	29.785	30.478	30.966	31.973	32.941	33.877	35.117	35.463	36.776	2,6

Kilde: Sygeskrivningsregisteret.

Figure 8 かかりつけ医への年間コンタクト回数計（当直を除く）1999-2008 単位 1000

当直医へのコンタクトを、同様に診察、電話相談、訪問診療に分類すると、診察、電話相談は増加傾向にあるが（診察は年 0.8%、電話相談は年 2.3%の増加）、やはり訪問診療は1999年の41万回から2008年の32万回に年2.2%減少している。

Figur 5.16 Antal kontakter til vagtlæge fordelt på kontaktttype, 1999-2008, 1.000

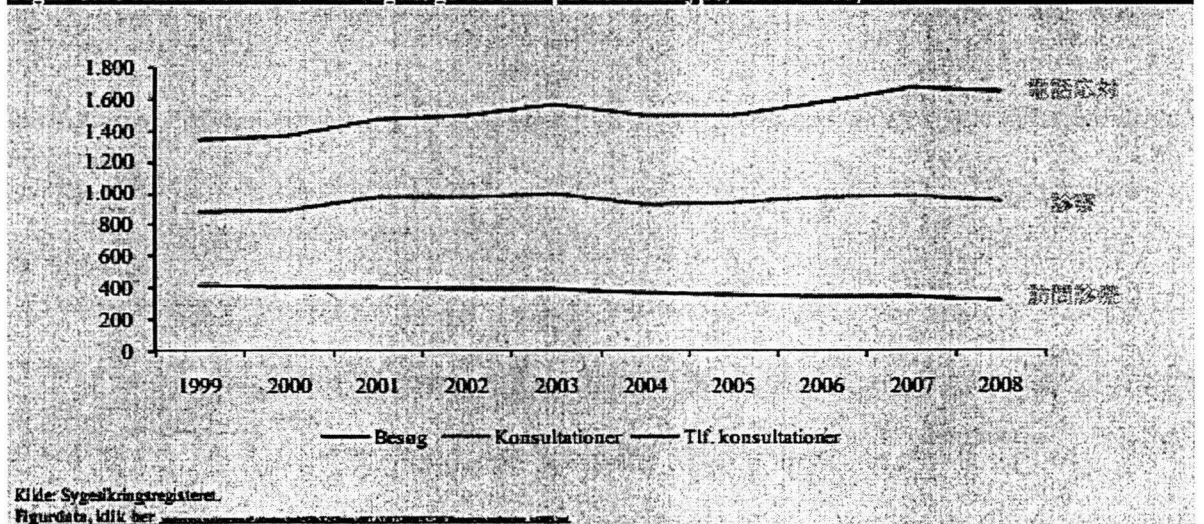


Figure 9 当直医への年間コンタクト回数 1999-2008 単位 1000

2-4 病院等への紹介率

デンマーク第二の都市 Århus で 1997 年に行われた調査によると、かかりつけ医のすべてのコンタクト件数 2,347 件のうち 10% に二次医療への紹介がなされている。

Table 3 Århus における調査 (全 2,347 コンタクト中の割合)

紹介先	全電話相談、診察、訪問診療件数に占める割合
専門開業医	3%
病院の外来	2%
検査	2.5%
レントゲン	2%
入院	1%

2-5 かかりつけ医の収入

患者の負担はないため、かかりつけ医の収入の 98% は公的医療制度からであり、残りの 2% が診断書の発行や外国旅行の際のワクチン接種などに対する患者からの直接支払いである。2003 年の実績ではかかりつけ医の年収は平均 843,633kr (1,700 万円) であった。なお、医師はこの中から年金、休暇給付、クリニックの購入でできた借金を返さなければならない。年収は医師によるばらつきはあるが 90% 以上の医師は 558,000kr 以上 (1,200 万) の収入がある。969,000kr 以上 (約 2,000 万) の医師は 25% である。グループプラクティスでは、相対的に費用が低く抑えられ、生産性が高いので、ソロプラクティスよりも年間約 81,000kr (約 160 万円) 程度収入が高い。

2-6 診療報酬点数表の例

かかりつけ医がどのような範囲でどの程度の医療サービスを提供するのかを示すため、出来高払い部分の 2003 年の支払実績から、各医療サービスの診療報酬額及び 1 医師あたりの年間件数を割り出した。なお Email 対応は 2003 年導入のため基本診察料の表には含まれていない。

Tabel 4 基本診察料 2003年実績

	件数	総額(DKK)	1件あたり (DKK)	1件あたり (円)	1医師あたり 年間件数
診察	17,150,715	1,799,254,899	105	2,098	5,009
電話応対	13,846,538	343,949,208	25	497	4,044
訪問診療	553,709	105,006,380	190	3,793	162

Tabel 5 加算料 2003年実績

	件数	総額(DKK)	1件あたり (DKK)	1件あたり (円)	1医師あたり 年間件数
血液検査	2,113,777	135,895,633	64	1,286	617
子宮頸がん検査	249,180	7,737,039	31	621	73
	317,058	13,782,500	43	869	93
膀胱カテーテル	17,745	2,314,125	130	2,608	5
異物・耳垢の除去	266,344	15,092,004	57	1,133	78
鼻腔処置	1,241	107,893	87	1,739	0
副木固定	98,099	8,530,531	87	1,739	29
大腸内視鏡	29,099	3,812,406	131	2,620	8
軽度の骨折および靭帯 損傷の治療	56,315	9,792,361	174	3,478	16
広範囲創傷の初回治療	120,013	20,870,557	174	3,478	35
病理医に送る生検	17,366	3,019,600	174	3,478	5
爪の除去	7,630	1,990,057	261	5,216	2
鼓膜切開	127	33,124	261	5,216	0
腫瘍/深部炎症の除去	129,487	33,772,761	261	5,216	38
関節腔穿刺	12,875	3,358,056	261	5,216	4
静脈切開	1,819	474,432	261	5,216	1
その他の処置	16,378	5,695,613	348	6,955	5
骨折・靭帯損傷の治療	1,250	436,178	349	6,979	0
広範囲の火傷/創傷	2,136	746,728	350	6,992	1
蘇生・酸素療法	1,130	419,746	371	7,429	0

鎮静手術へのアシスト	54	18,779	348	6,955	0
解剖	11,783	1,536,621	130	2,608	3
スワブ検査	550,457	17,091,690	31	621	161
水分管理	11,155	969,816	87	1,739	3
妊婦健診	362,177	23,659,934	65	1,307	106
インプラント除去	770	200,831	261	5,216	0
血糖値測定	53,861	7,024,013	130	2,608	16
うつの診断/フォロー	33,115	5,758,037	174	3,478	10

Table 6 検査料

	件数	総額(DKK)	1件あたり (DKK)	1件あたり (円)	1医師あたり 年間件数
血液検査など					
試験紙による尿検査	1,055,763	12,521,344	12	237	308
妊娠検査	143,699	6,817,077	47	949	42
CPR	477,176	28,301,298	59	1,186	139
クレアチニン	32,507	1,927,990	59	1,186	9
沈査	387,896	9,200,886	24	474	113
白血球数	9,481	337,335	36	712	3
分画	62,497	6,671,555	107	2,135	18
凝固	165,238	17,639,159	107	2,135	48
咽頭溶血性連鎖球菌	529,692	12,128,579	23	458	155
便潜血	10,997	652,232	59	1,186	3
ヘモグロビン	690,854	32,774,089	47	949	202
血糖	882,518	41,866,693	47	949	258
生物検体の顕微鏡検査 (光学顕微鏡)					
I. 尿	93,818	3,338,044	36	712	27
II. 細菌	14,350	510,574	36	712	4
III. その他	1,751	32,601	19	372	1
処理後の精子検査	1,751	102,666	59	1,173	1
生物検体の顕微鏡検査 (位相差顕微鏡)					

I. 尿	221,188	10,493,135	47	949	65
II. 細菌	51,761	2,455,542	47	949	15
III. その他	9,763	463,157	47	949	3
自分の検査室での生物検体の培養					
I. 細菌	364,430	12,966,412	36	712	106
II. 真菌	7,150	254,403	36	712	2
III. その他	1,472	52,375	36	712	0
尿中抗原検査	301,340	21,446,365	71	1,423	88
その他の検査					
心電図胸部誘導なし	3,678	261,763	71	1,423	1
心電図胸部誘導あり	191,240	20,414,875	107	2,135	56
肺機能測定 (PF)	136,623	4,861,204	36	712	40
拡大肺機能測定	117,679	12,562,233	107	2,135	34
喘息二重肺機能測定	14,821	3,164,284	214	4,270	4
音響検査	22,244	2,638,361	119	2,372	6

当直に対しては完全な出来高払いである。つまり、患者に対応して初めて報酬が出る。当直報酬の特別な点は、患者との対応を電話のみで済ませる（その後の診察や訪問をしない）ことにインセンティブがついていることである。電話対応の後に診察や訪問診療をするよりも、電話だけで済む電話対応は131%高い。表の診察、訪問診療には事前の電話対応に対する報酬も含まれている。

Tabel 7 当直診察料 2003年実績

	件数	総額(DKK)	1件あたり (DKK)	1件あたり (円)	1医師あたり 年間件数
診察	987,951	234,826,079	238	4,754	289
電話対応	1,552,581	151,641,807	98	1,953	453
訪問診療	388,689	124,211,736	320	6,391	114
加算料	116,313	16,441,545	141	2,827	34
検査料	205,229	8,234,113	40	802	60

2-7 かかりつけ医の一日

2-7-1 電話応対

かかりつけ医は、1日に最低1時間の電話応対の時間を持たなければならないことになっている。通常朝8時から9時がその時間にあてられており、この時間に患者は自分の症状について医師の判断を仰いだり、前回行った検査の結果を聞いたり、あるいは緊急での診察や病院受診の要請をする。医者が処方箋の更新にあたって患者の様子を聞きたい場合は、処方箋の更新はこの電話応対時間に行われるが、そうでなければ秘書の電話時間に任される。電話応対時間は平均15-20件の電話があり、時間が許せば、この時間にかかりつけ医は当直医からの連絡、検査結果や病院からの報告、患者のカルテに目を通す。

Table 8 典型的な電話応対の例

患者	問題	対応
66歳男性	糖尿病、高血圧。2日前に行った血液検査の結果をききたい	結果と前回診察時の約束事について短い会話。3ヶ月以内の診察を予約
82歳女性	気分が悪く、吐き気がする。尿が変なおいをするが、どういうことか聞きたい	当日の診察を予約。尿のサンプルを持ってくるように言う。
28歳女性	3週間前に行った細胞診の結果を知りたい	結果はまだきていない。1週間後の電話応対を約束。秘書が結果を確認する
3歳子供	発熱。母親は、子供に変わったところはなく、軽い風邪をひいているようだ、理にかなった説明。	母親に対応。どのようなときに再度電話すべきか説明
76歳女性	心筋梗塞で入院し、3週間集中治療していた。病院で何が起きたかよくわからず、今後どうなるかわからない	2日後の診察を予約。退院サマリーを病院から取り寄せ。
63歳男性	数日間不特定の関節痛があり、落ち込んでいる（医者は妻が翌日乳がんの手術を受けることを知っている）	2日後の診察を予約。

55 歳女性	愛煙家。気管支炎のために撮影した胸部レントゲンの結果を聞きたい。	異常は発見されず。前回診察時に話した内容を織り交ぜながら、喫煙について短い会話。
42 歳男性	出張でタイにいかなければならない	ワクチン接種について助言
17 歳女性	膣から浸出液。性病でないか不安	当日の緊急診察
81 歳女性	娘が母親の介護のことで相談	先に訪問看護とそのことを相談し、その結果を知らせるように言う。
67 歳女性	睡眠薬の希望 (7 ヶ月ごとに 20 錠飲んでいる)	再処方。使用方法と使用に関するトラブルについて短い会話。
45 歳女性	長期間の病欠中。ソーシャルワーカーからの期間の再評価をどうするかについて電話	ソーシャルワーカーが、医療ソーシャルワーカーに対してリハビリテーションのスクリーニングのための一般健康診断書を送ることにした。

2-7-2 午前の診療

9時から12時が通常の午前の診察時間である。予約患者一人あたり15分から20分をわりあて、子供や妊婦健診には20分から30分をあてるのが普通である。多くの医師は予約以外の患者を受け容れるために30分から60分は空き時間にしていることが多い。

Table 9 典型的な診察の例

患者	問題
25 歳男性	右耳下の腫脹。咽頭炎後の通常のリンパ節腫脹であり、腋下やそ頸部にはない。良性であることを説明。
50 歳女性	愛煙家。肺炎の治療中。タバコについて話し合い、喫煙への動機づけを探る。肺がんの可能性を除外するためのレントゲン撮影への紹介。
58 歳男性	軽度高血圧のコントロールと糖尿病の疑い。軽度の肥満、運動不足。運動と栄養、タバコとライフスタイルの指導。フォローアップの予約をし、次回は運動療法を進めることについてカルテに記載。
72 歳女性	大腿骨骨折の手術のための入院し、退院してきた患者。退院で中断しているリハビリテーションを開始する連絡。介護用品について訪問看護とコンタクトを

	とる。骨粗しょう症の治療の可能性について患者と話し合う。
4歳男児	1週間風邪。最近2,3日は夜寝られず、夜泣きしている。母親が洋服を脱がして診察したところ、唯一見つかったのは右耳の中耳炎であった。Panodil 処方し、悪化したときに診察する約束をする。
79歳女性	心筋梗塞で3週間の入院治療から退院したばかり。8年間未亡人（夫も心筋梗塞で死亡）。心配し、何が起きているのかわかっていない。ステントとは何か、薬がきいてくる兆候について説明する。さらに病気の経過と期待できる予後と身体的活動範囲について焦点をあてた会話をする。現在は利用していないが訪問看護の必要性について話し合う。
3歳女児	3歳児健診で母親を来院。ワクチン接種をすませており、以前の健診もきちんと受けている。母親は女の子の耳がよく聞こえていないのではないかと心配しているが、検査ではそのような結果はない。女の子は非常に恥ずかしがりやで医者と話したがらない。母親に幼稚園に行き始めたので、最初は疲れが出るのは普通であることを話す。言語、栄養、運動、刺激、夜のおしゃぶりの使用について会話。女の子の服を脱がせ、体重を量り、その他検査を実施。女児の体重は十分増えており、異常はみられず。女児の反応をみるために、グミをあげたところ、耳は良く聞こえていた。
30歳女性	関節や筋肉や胃腸のささいな症状でよく受診する女性。どのようなときに症状があり、どのように対処しているのか患者の離しに耳を澄ませ、自分で対応していることをほめ、どのようなときに医師の判断を仰ぐべきか話す。
28歳女性	生理不順。検査し、心配ないことを話す。彼女は最近の生活のストレスが原因ではないかと話す。
31歳女性	2回目の妊婦健診。第二子の妊娠。第一子の妊娠分娩経過は正常であった。助産婦のところにおいており、経過は順調である。栄養とアルコール、タバコについて会話。血圧と尿検査は異常なし。カルテの記入。
44歳男性	技師。手の湿疹の新たな出現。以前皮膚科で検査されている。見たところ仕事上のアレルギーであり、職場を変える必要があるが、彼はそれはしたくない。湿疹の治療。その後患者が自分の関心の方向での新しい仕事をみつけることができるかについて話しあう。1週間後に湿疹の治療経過をみるためと社会的な状況をきくための診察予約。病欠の診断書を書く。
35歳女性	アルコール依存症。離婚。めまいとふるえと一般的な不安のため、頻繁に医師にコンタクトをとっている。彼女自身がどうアルコール問題に対応しようと思っているかに焦点をあてた会話。うつと不安症の可能性があったが、否定された。治療への動機づけと社会医学的な援助提供の可能性を探るための次回診察の予約。
25歳男性	分裂症。服薬は良好で、症状がコントロールされている。定期的な会話のため

	の受診。服薬、日常生活、社会状況について会話。医師は、男性が両親に近い住居を得る可能性についてソーシャルワーカーと話し合いたいと思っている。
88歳男性	重度の難聴。転倒の危険性のアセスメントにて、異常はみつかっていない。娘は認知症ではないか心配し、そのため診察を予約してきた。標準的な認知症のアセスメントを実施し、正常範囲。エレベーターのない3階に一人暮らしのため、娘はナーシングホームの入所を望んでいる。住居について焦点をあてて話し合うと、男性は高齢者住宅への転居は拒否しなかった。娘は住居について訪問看護と連絡をとることにし、医師が訪問看護と連絡をとることを約束した。

2-7-3 昼休み

予約外の診察への対応や、救急患者の診療で午前の診療が遅れることが多いため、昼食は診療所内で秘書ととることが多い。この時間に前日に秘書が作成した紹介状や処方箋の更新へのサインをすることが普通である。また医学生の研修中のミーティングも昼食中に行われる。

2-7-4 午後の診療

典型的に13時から15時または17時まで行う。診察が終わるとその日のうちに、秘書に書き取らせるか自らの筆記により証明書やカルテ書きが行われるが、これらの仕事は時間外や週末にずれ込むことも多い。診察の例は午前と同様。

2-7-5 訪問診療

訪問診療は、患者その他の状況に応じて、通常13時から13時半までの間に予約に基づいて行われる。1医師あたり平均週3回実施している。グループプラクティスの場合は、訪問診療担当者を交代で決め、前任者が午後の診察時間中訪問をすることが多い。

Table 10 二つの訪問診療例

患者	問題
----	----

89歳女性	軽い認知症。アパートに一人暮らし。日に何回か訪問看護を受けており、普段より状態が悪いと報告を受けている。訪問すると湿性の咳をしていることに気づく。診察したところペニシリンで治療すべき肺炎の可能性がある。利尿剤の量を調整。再訪問の予約をする。
68歳男性	肺がん、呼吸困難。妻は状態が悪化していると心配している。診察では肺について悪化の兆候はなかった。鎮痛剤を微量調整。患者と妻と、病状の経過について話し合う。話し合いの終わりに患者自身がこれ以上良くならないことを受容していると話す。医者はプライベートの電話番号を渡し、今後どのようなことが起こるかについて話した。1週間後に再び訪問すること、訪問看護と話しあっておくことを約束した。

2-7-6 時間外診療

かかりつけ医は週に1回以上、通常労働時間外（午後4時以降）の診察をしなければならないことになっている。患者の希望によって時間外診療をする医師もいるが、多くの医師は曜日を固定したうえで1,2時間の時間外診療をしている。時間外診療は、通常簡単な診察に限っている。

2-7-7 管理業務

診療所は、独立した事業所として様々な管理業務が発生する。日々の、物品の発注、請求書の支払い、給与会計、診療報酬の請求業務などは秘書が行っているが、四半期ごとと年度の管理業務は、週末や時間外の業務として行われる。

2-7-8 当直

かかりつけ医は県との協力のもと、当直医として勤務する義務がある。すべての初期照会は電話で行われ、緊急の治療が必要か、翌日の日中まで待てるか、を当直医が判断し、緊急の治療が必要な場合、電話で助言を与えたり、受診や訪問診療の手続きをする。

Table 11 電話による当直医への連絡の例

発熱している子供の急性炎症の症状および観察期間に関する相談。いつ受診をしたらよいか、中耳炎と下痢や嘔吐という症状として現れる消化管の炎症について説明。
症状を軽減する薬について相談
受診相談。朝まで待ってもいいか、すぐに行動したほうがいいのか。
子供が生まれたばかりの人々への一般的な健康相談。
心配から生じる心身症的症状の相談。自分の医師と相談すべき症状。
日中の診察で忘れてしまった処方箋の更新の依頼。

Table 12 当直医の診察の例

感染（呼吸器、消化器、尿路）の症状。対応の難しい患者で電話による助言では十分でなかったため診察。
一つ一つの症状は小さいが、様々な器官、筋肉、関節からの複合症状がある。
婦人科の症状の訴え。
翌朝幼稚園に行ってもいいかについて評価してもらいたい。
外国人。なぜ患者は健康診断のために診療所に行かなければならないのかについて説明。

Table 13 当直医の訪問の例

急性の医学的な状態の疑いのあり、受診ができないすべての患者
慢性疾患の急性増悪
肺疾患、特に喫煙者の急性悪化
終末期、死亡の宣告も含む
慢性の痛みのある患者で、自分の医者鎮痛がこれ以上効かず、急性の合併症の疑いを排除できない場合
精神病を含め情報を十分に伝えられず、訪問する以外に情報を得られない場合
社会的な理由。症状は軽いが支えてくれる人がいない患者。

2-8 プライマリケアに関する研究

2-8-1 かかりつけ医支払い方式に出来高を導入した影響[4]

1987年から1988年にかけてコペンハーゲンで行われた研究で、かかりつけ医の支払い方式に出来高払いを導入した時期に行われた、かかりつけ医の医療サービス内容を追ったものである。

当時コペンハーゲン市以外のコペンハーゲン県では、出来高と人頭の混合支払いが行われていたが、コペンハーゲン市のかかりつけ医に限っては100%人頭払いが行われていた。

1987年にコペンハーゲン市も、他の市と同様の支払い方式を採用することになり、その時期に起こったかかりつけ医の活動の変化を追ったところ、出来高払いの導入によりかかりつけ医の診断・検査や治療のサービスの実施が増え、専門医や病院への紹介件数が減ったことが示された。

TABLE 111—Estimated changes in number of contacts per 1000 enlisted patients in March and November 1988 compared with that in March 1987 in Copenhagen city (95% confidence interval) and change in Copenhagen county, by type of contact

Type of contact	March 1987	Copenhagen city		Copenhagen county	
		March 1988	November 1988	March 1988	November 1988
Face to face consultations	100	112.7 (106.8 to 118.8)	104.4 (98.9 to 110.2)	105.5	104.9
Consultations by telephone	100	118.6 (108.5 to 129.7)	115.4 (105.5 to 126.3)	108.4	104.0
Renewal of prescriptions	100	82.5 (68.4 to 99.7)	65.2 (53.2 to 79.9)	91.5	92.6
Total	100	111.7 (106.4 to 117.4)	104.2 (99.1 to 109.6)	106.0	104.0

TABLE 1111—Estimated changes in number of activities per 1000 enlisted patients in March and November 1988 compared with that in March 1987 in Copenhagen city (95% confidence interval) and change in Copenhagen county, by type of activity

Type of activity	March 1987	Copenhagen city		Copenhagen county	
		March 1988	November 1988	March 1988	November 1988
Diagnostic services	100	138.1 (118.7 to 160.5)	159.5 (137.8 to 184.7)	105.3	107.6
Curative services	100	194.6 (152.2 to 248.9)	194.8 (152.3 to 249.2)	106.0	115.0
Referrals to specialist	100	90.1 (80.7 to 100.6)	77.0 (68.6 to 86.4)	99.4	98.1
Referrals to hospital	100	87.4 (71.1 to 107.5)	68.4 (54.7 to 85.4)	97.1	102.1

2-8-2 かかりつけ医の職務満足度[5]

2005年 Århus に登録されている 458 名のかかりつけ医を対象。質問紙の回答率は 83.5%、対象者の平均年齢は 52 歳、平均労働時間は 44 時間であった。1 から 7 のリッカートスケールで 10 の分野についての満足度を尋ねたところ、満足度が高いのは同僚、責任、仕事の裁量であり、報酬と労働時間に対する満足度が相対的に低かった。10 の設問を合計して平均値を出したところ、長時間労働と満足度の低さが関連し、満足度の低いかかりつけ医には早期退職を希望している割合が高かった。国際比較では、ノルウェーとデンマークは英国と比べて一様に高い満足度であり、ノルウェーと比べると、報酬に対する満足度以外デンマークの方が高く、デンマークでは責任に対する満足度の高さが特徴といえる。

Tabel 4. Sammenligning af danske alment praktiserende lægers jobtilfredshed med alment praktiserende lægers jobtilfredshed i Norge og Storbritannien. De udenlandske tal er hentet fra artikler eller venligst stillet til rådighed af forfatterne. For hvert af de ti spørgsmål og samlet for alle spørgsmål er middelværdien for tilfredsheden angivet (med 95% sikkerhedsinterval).

	DK2005	NOR2005	UK2003	UK2000	UK1996	UK1994	UK1989	UK1988
	Danmark 2005 (n = 379) (dette arbejde)	Norge 2005 [12] (n = 295) [12]	Storbritannien 2003 [7] (n = 1.157) [7]	Storbritannien 2000 [17] (n = 925) [17]	Storbritannien* 1996 [18] (n = 118) [18]	Storbritannien 1994 [19] (n = 380) [19]	Storbritannien 1989 [11] (n = 1.817) [11]	Storbritannien 1988 [20] (n = 101) [20]
物理的労働条件 Fysiske arbejdsforhold?	5,6 (5,4-5,7)	5,2 (5,0-5,4)	4,9 (4,8-5,0)	5,0 (4,9-5,1)	4,9 (4,7-5,2)	4,7 (4,6-4,9)	5,1 (5,1-5,2)	5,2 (5,0-5,5)
仕事の裁量 Tilfredshed til at vælge din egen arbejdsmåde?	5,8 (5,7-5,9)	5,6 (5,4-5,7)	4,4 (4,3-4,4)	4,9 (4,8-4,9)	4,4 (4,1-4,6)	4,7 (4,5-4,8)	5,4 (5,3-5,5)	5,4 (5,1-5,6)
同僚 Dine kolleger og medarbejdere?	5,9 (5,8-6,0)	5,6 (5,4-5,7)	5,4 (5,3-5,5)	5,3 (5,2-5,4)	4,9 (4,7-5,2)	5,1 (5,0-5,3)	5,2 (5,2-5,3)	5,2 (5,0-5,4)
仕事に対する ansvar Din arbejdelse du får for et veludført arbejde?	5,4 (5,3-5,5)	5,0 (4,9-5,2)	3,6 (3,5-3,6)	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (3,9-4,3)	4,5 (4,3-4,6)	4,8 (4,7-4,8)	4,7 (4,5-4,9)
責任 Det ansvar du får?	5,9 (5,8-6,0)	4,9 (4,8-5,1)	4,6 (4,6-4,7)	5,0 (4,9-5,1)	4,8 (4,6-5,1)	4,0 (3,9-4,1)	5,7 (5,6-5,7)	5,4 (5,1-5,6)
報酬 Din løn?	5,0 (4,9-5,2)	5,3 (5,1-5,4)	3,5 (3,4-3,6)	3,5 (3,4-3,6)	3,3 (3,0-3,5)	3,8 (3,6-4,0)	4,8 (4,7-4,8)	4,7 (4,4-5,0)
能力を活用 Muligheden for at udnytte dine evner?	5,8 (5,7-5,9)	5,6 (5,5-5,7)	4,3 (4,2-4,4)	4,6 (4,6-4,7)	4,4 (4,2-4,7)	4,6 (4,4-4,7)	5,0 (5,0-5,1)	4,9 (4,6-5,1)
労働時間 Antal arbejdstimer?	4,7 (4,5-4,8)	4,2 (4,0-4,4)	3,3 (3,2-3,4)	3,7 (3,6-3,8)	4,1 (3,8-4,3)	3,6 (3,5-3,8)	4,3 (4,2-4,3)	4,6 (4,4-4,9)
仕事の多量性 Mængden i dit arbejde?	5,7 (5,6-5,8)	5,6 (5,4-5,7)	4,7 (4,7-4,8)	4,9 (4,9-5,0)	4,6 (4,4-4,9)	5,0 (4,8-5,1)	5,4 (5,3-5,4)	5,3 (5,1-5,5)
全体として Alt taget i betragtning, med hensyn til dit arbejde?	5,8 (5,7-5,9)	5,6 (5,5-5,7)	4,0 (3,9-4,0)	4,7 (4,6-4,7)	4,8 (4,6-5,1)	4,5 (4,4-4,6)	5,2 (5,2-5,3)	5,1 (4,9-5,3)
平均点 Samlet ^{b)}	5,7 (5,6-5,7)	5,3 (5,2-5,4)	4,3 (4,2-4,4)	4,6 (4,5-4,7)	4,6 (4,3-4,8)	4,6 (4,4-4,7)	5,1 (5,0-5,2)	5,0 (4,8-5,3)
女性%	Kvinder, %	n/a	n/a	33	58	31	19	19
平均年齢 Gennemsnitsalder, år	51,8	n/a	n/a	43,9	30	41,4	42,2	41,9

a) Blandt uddannelseslæger i almen praksis
b) Middelværdien for alle ti spørgsmål,
n/a = oplysninger ikke tilgængelige

3章 デンマーク医療システムの光と影

3-1 国際比較による評価

1998年 Rockwool 財団の助成を受けて、アメリカ、イギリス、オーストラリアの医療経済の研究者がデンマークの医療システムを SWOT (strengths, weakness, opportunities, threats) 分析し、それぞれが Health Policy に論文を出している。それによると、デンマークの医療システムの中でもっとも評価されているのは出来高払いと人頭払いの混合というかかりつけ医への支払い制度である。イギリスの医療経済学者は、医療サービス件数の90%を占めるかかりつけ医受診が全医療費の17%しか消費していないことに対して、費用対効果の良さを指摘し、この混合支払い制度によって合理的な経済的インセンティブが与えられ「remarkably economical」なかかりつけ医サービスを達成できていると評価している[1]。また、かかりつけ医制度と当直医制度との併用によってプライマリケアへのアクセスの良さが保障され[6]、シンプルな行政による税金に基づいた医療サービスは、医療計画および医療費のコントロールがしやすいこと、自己負担が少ないことと民間に任している部分が少ないことがデンマークの連帯感を生み、公平性に貢献している[7]、とされている。

また、ヨーロッパ諸国を対象に行われた過去の研究において、デンマークは一人あたり医療費は英国と同様の水準であるにも関わらず、住民の医療サービスへの満足度が非常に高いこと(図8)[8]、医療サービスへの費用負担の公平性が高い仕組みであること[9]、平均寿命の短さに関わらず健康寿命が長いこと、臥床期間が短いこと(図9)[10]など、小さい国ながらいくつか秀でた特長が示されている。

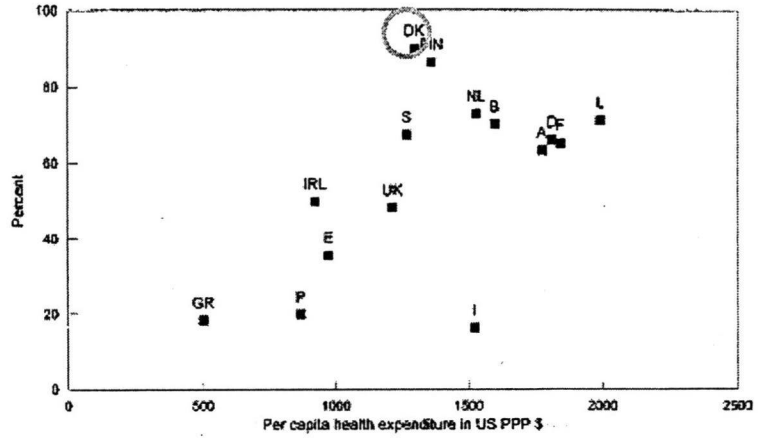


Figure 1. Per capita expenditure on health in US purchasing power parities \$ in 1993 and satisfaction from health system.

Figure 10 一人あたり医療費と医療に対する満足度 [8]

Country key: B: Belgium A: Austria F: France
 D: Germany FIN: Finland I: Italy
 E: Spain UK: United Kingdom NL: The Netherlands
 IRL: Ireland DK: Denmark P: Portugal
 L: Luxembourg GR: Greece S: Sweden

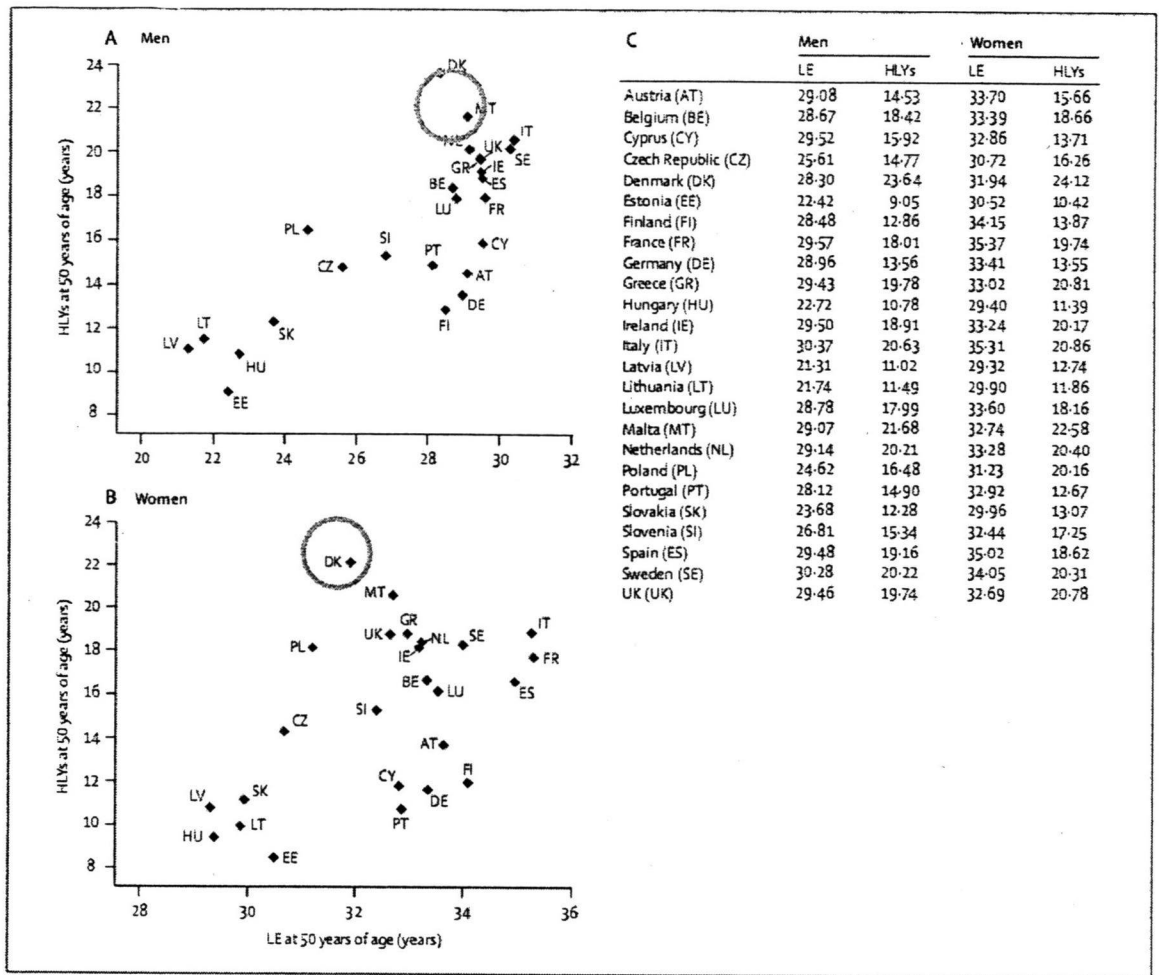


Figure 1: Life expectancy (LE) and healthy life years (HLJs) at 50 years of age for all EU countries
 HLJs=healthy life years. LE=life expectancy. (A) and (B) show scatter graphs for men and women, respectively. (C) Data for scatter graphs.

Figure 11 50歳平均余命と50歳健康余命 [10]

3-2 病院待機期間

病院の待機期間は、保健予防省において、2種類の方法で算出されている。ひとつは患者報告 (Erfaret Ventetid) として患者が実際に経験した検査、あるいは、治療までの待機期間である。患者報告には、診断までにかかった期間や患者自身の都合による待機期間も含まれている。

もうひとつは、予測待機期間 (Fremadrettede Ventetider) であり、18 の治療について各病院の裁量で問題のない患者に対して最大の待機期間と予想した期間である。18 の治療は、一般的であり、かつ待機期間が長いものが選択されている。

患者報告の待機期間は、2001 年から 2005 年の間に 90 日から 57 日と短縮した。この間の大きな短縮のあとは 60 日前後で推移し、2008 年の労働闘争によって少々長くなった。

Figur 8.1 Erfaret ventetid til operation, 2001-2008, dage

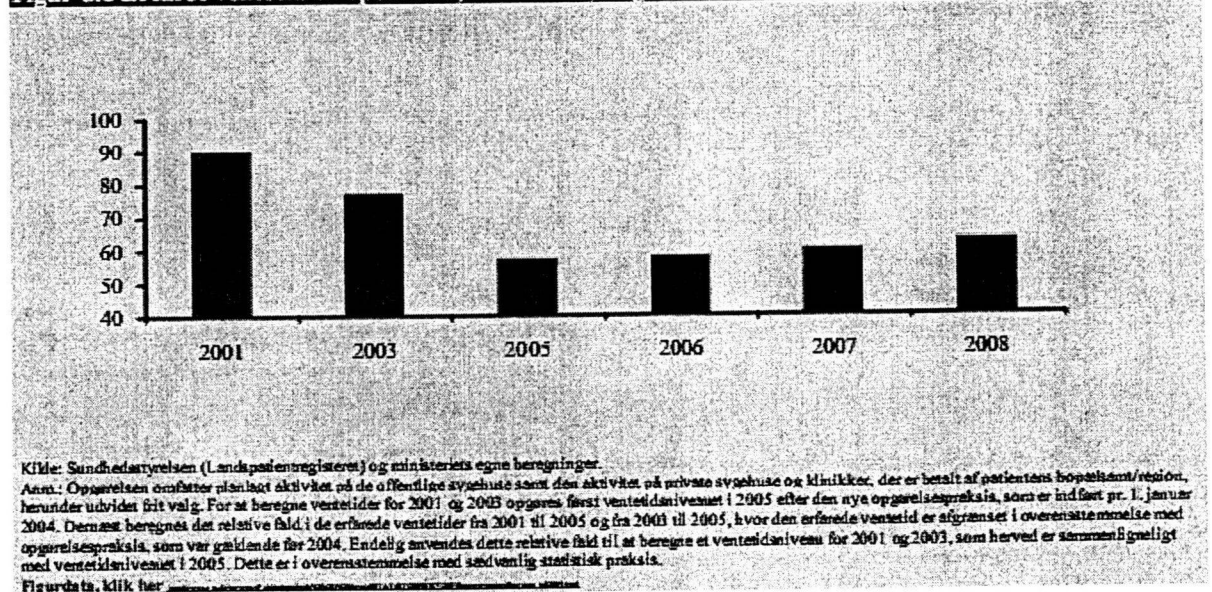


Figure 12 患者報告の待機期間 (2001-2008、日)

予測最大待機期間(週)の単純平均についても 2002 年から 2007 年の推移をみると、26.5 週

から 21.8 週に 18% 短縮した。

Figur 8.2 Fremadrettet ventetid til 18 udvalgte behandlinger på offentlige sygehuse, 2002-2008, uger

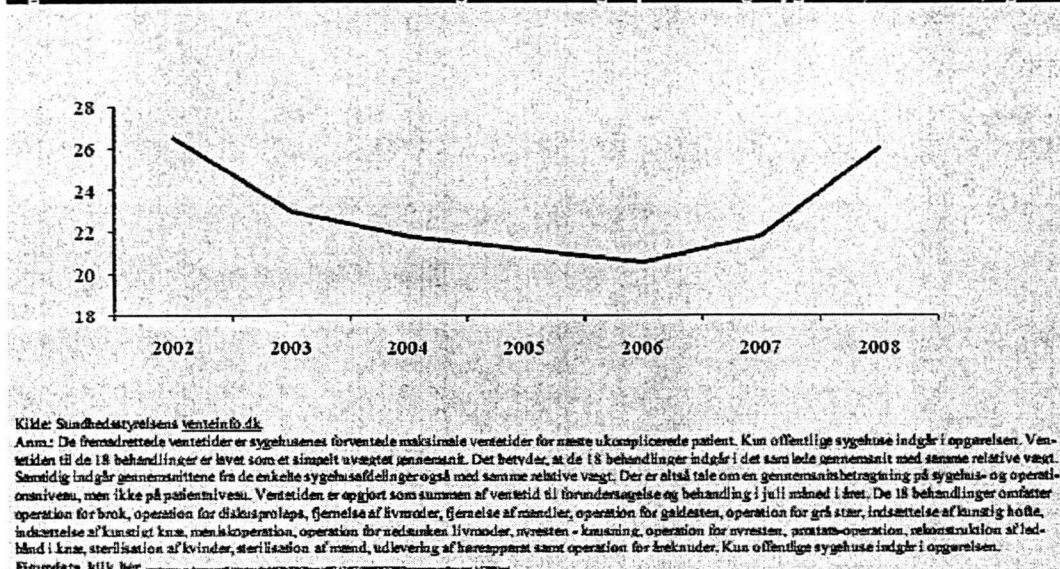


Figure 13 公的病院における 18 の治療の予測待機期間 (2002-2008、週)

18 の治療のうち、もっとも件数の多い 5 つについて、予想最大待機期間 (週) をみると、2002 年から 2007 年にかけて、ヘルニア手術、人工股関節、人工膝関節は約半分に短縮しており、白内障も 37% 短縮した。しかし、2008 年は労働闘争ですべての待機期間が延長した。

Table 8.1 Fremadrettet ventetid til fem udvalgte behandlinger, 2002-2008, uger

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2002-2007 pct.	2007-2008 pct.
Operation for brok	26,5	22,0	17,6	17,4	14,3	15,2	17,0	-43	12
Operation for diskusprolaps	15,6	15,0	14,5	12,5	14,7	16,6	24,6	6	48
Operation for grå stær	32,6	18,8	14,9	13,4	16,9	20,5	39,5	-37	93
Indsættelse af kunstig hofte	30,1	21,0	19,8	17,2	14,9	16,9	18,7	-44	11
Indsættelse af kunstigt knæ	32,9	25,6	21,2	16,5	17,3	18,4	23,3	-44	27

Kilde: Sundhedsstyrelsens ventefinfo.dk
 Anm.: Se bemærkning til figur 8.2.