

質問事項	選択式回答	記述式回答
<p style="text-align: center;"><b>経済動向</b></p> <p>1</p> <p>2015年10月下旬から11月上旬にかけての経済状況について、関連する業界、地域等の現状やご自身の知見・経験等を踏まえ、3か月前(2015年7月下旬から8月上旬)と比べて良くなっているか、悪くなっているか選んでいただき、その理由をデータや具体的な事例とともに300字以内でご記入ください。その際、前年との違い等お気づきの点があれば併せてご記入下さい。なお、政府の景気認識については月例経済報告の中でお示しているのをご参照ください。</p>		
<p style="text-align: center;"><b>「経済・財政一体改革」に向けた取組</b></p> <p>2</p> <p>改革工程表・KPIに関する検討状況や上記の議論に関し、特に加速・強化すべき取組について、財政健全化や経済成長への貢献といった観点や、現場・地域の視点などに照らしてお考えがございましたら、500字以内でご記入ください。</p>	-	<p>協会けんぽのレセプトデータを用いて生活習慣病の外来受診を解析した結果(詳細は本年6月刊行「フィナンシャル・レビュー」井伊・関本論文参照)、大きな地域間格差があった。特に一人あたりの外来医療費や受診回数之差が大きかった。</p> <p>例えば、二次医療圏間で、糖尿病の一人あたりの外来医療費(4ヶ月間)の最小値と最大値の差は、診療所で40,200円、病院で72,000円であった。年齢・性別・合併症数で調整しても、診療所で19,000円、病院で34,000円之差があった。つまり外来医療費が一番安い二次医療圏と一番高い二次医療圏とでは、糖尿病の外来医療費だけで、診療所で年間57,000円(=19,000円*3)、病院で年間102,000円之差がある。受診回数は、診療所の方が病院よりも顕著に多く、診療所の医師密度(二次医療圏内の医師の数)が増加すると、受診回数が増加した。</p> <p>こうした地域差の原因は、日本でのプライマリ・ケアの専門教育や診療ガイドラインの整備の遅れである。そのために医師の診療が標準化されていないのだ(新専門医制度は2017年度からようやく導入される)。</p> <p>日本では諸外国で通常行われているリフィル処方認められていないので、患者の主たる受診目的は処方箋をもらうことであるが、受診頻度が医学的な必要性和無関係に決められている現状は医療費を押し上げるだけで、医療の質にも寄与していないと思われる。</p>