

## 【論文】

# 準市場としての医療保険制度(3・完)

児山正史

### 目次

1. はじめに
2. 議論
3. 供給者の動機
4. 利用者の行為主体性 (以上、第13号)
5. 条件の充足 (以上、前号)
6. 良いサービスの提供
7. おわりに

### 6. 良いサービスの提供

ルグランによると、準市場は、供給者に誘因を与え、利用者を行為主体として扱うことにより、他の方式と比較して、質や応答性の点で良いサービスを提供する可能性が高い。日本の医療に関しても、患者の選択によって質の向上や効率化が進むという主張が見られた。本章では、質、応答性、効率性に関する実証的な調査・研究を整理する。ただし、2020年以降は新型コロナウイルスの感染拡大が影響を与えた可能性があるため、それよりも前のデータを使用する。なお、ルグランは「発言」モデルと比較して準市場が公平であると主張したが(児山2011:19-20)、日本の医療に関してはこのような主張は見られなかったため、公平性については省略する。

#### (1) 質

ルグランによると、質は、投入、過程(丁寧さ、敬意、速さ)、産出、成果(健康状態の改善)など多様な意味を持つ。ここでは、投入に関して、病床当たりの医師・看護師数、病室面積、過程に関して、外来患者の診察時間、医師からの説明、主に過程に対する患者の評価として、患者の満足度、成果に関して、診療の結果などについての調査結果を整理する。

第1に、一般病院の病床当たりの医師・看護師等の数は(表1)、1999年以降、増加傾向である。ただし、これは、医師・看護師等の数の増加だけでなく、病床数の減少にもよる。なお、患者当たりの医師数は、先述のように、病院では、在院の患者に対して1990年以降増加が続き、外来の患者

表1 病床当たり従事者数等

	病床当たり従事者数				従事者数		病床数
	医師	看護師	准看護師	(小計)	医師	看護師等	
1996	11	30	15	45	155	632	1,273
1999	12	34	14	48	159	664	1,265
2002	12	36	12	48	166	662	1,269
2005	13	38	11	49	172	670	1,265
2008	13	44	10	54	179	725	1,251
2011	14	49	9	58	191	775	1,231
2014	15	54	8	62	201	821	1,224
2017	16	58	7	65	208	837	1,221
単位	人/100床				千人		千床
注	①				②		③

・出典：厚生省施設概況1996：表33, 34, 統計表1、同1999：表34, 35、厚生労働省施設概況2002：表35, 36、同2005：表27, 28、同2008：28-9、同2011：29-30、同2014：27-8、同2017：27-8, 39。  
 ・注：①②一般病院(精神(科)病院・結核療養所を含まない)、③精神病床・結核病床を除く。②看護師等は看護師・准看護師。①②医師は常勤換算、看護師・准看護師は2002年以降のみ常勤換算。看護師・准看護師の名称は看護婦・看護師等の年もある。

表2 病院の外来患者の診察時間

(単位：%)

	3分未満	3～10分	(小計)	10～20分	20～30分	30分～
1996	22	56	78	13	5	4
1999	21	58	78	13	5	4
2002	20	56	76	14	6	5
2005	18	57	76	16	5	4
2008	15	59	73	18	5	4
2011	16	46	63	27	5	6
2014	18	56	74	15	7	5
	5分未満	5～10分	(小計)	10～20分	20～30分	30分～
2017	31	43	74	14	7	5

・出典：厚生労働省受療概要2014：5、同2017：8。  
 ・注：例えば「3～10分」は3～10分未満。N=73, 370～132, 932。無回答以外の回答に対する割合(無回答の変動が大きいため)。

に対しては1996年まで横ばいで、1999年以降は増加し、診療所では、2002年以降(それ以前は不明)、外来患者に対して増減しながら横ばいだった。

第2に、1病床当たりの病室面積は、1996～2005年の3年毎の調査によると、一般病院では7.4㎡から8.7㎡に、精神病院では6.1㎡から7.4㎡に一貫して増加した(厚生省施設調査1996：上巻第33表、同1999：上巻第24表、厚生労働省施設調査2002：上巻第24表、同2005：上巻第22表)。

第3に、病院の外来患者の診察時間に関する1996～2017年の調査によると(表2)、10分未満、

表3 病院の医師からの説明の有無・理解

(単位：%)

説明対象			1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
			病気			治療方法・期間		病気・診療	診療	
有無	外来	あり	81	85	81	86	85	86	96	95
	入院	あり	85	86	87	92	92	93	94	95
理解	外来	よく	41	35	48	45	48	58	59	60
		+大体	84	79	89	91	91	97	94	94
	入院	よく	36	34	43	41	46	52	67	67
		+大体	85	76	87	89	89	94	94	93
出典等			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧

・出典：①厚生省受療概要1996：図11, 13、②同1999：図13、厚生省受療調査1999：基本集計第23-1, 2表、③厚生労働省受療概要2002：図13, 14、④同2005：表5, 図13、⑤同2008：14-5、⑥同2011：19、⑦同2014：14、⑧同2017：15。

・注：「理解」の数値は説明を受けた人に対する割合。「理解」の設問の概要は、①～③説明の内容はよくわかったか、④⑤説明について、⑥説明はよくわかったか、⑦⑧説明は十分だったか。同じく選択肢の概要は、①～⑥よくわかった・大体わかった、⑦⑧十分・まあまあ十分。N=115,907～214,432。

10～20分未満の割合は増減しながら横ばいであり、20～30分未満、30分以上の割合はほぼ横ばいである。なお、先述のように、待ち時間もおおむね横ばいだった。

第4に、病院の医師からの説明の有無や理解度に関する1996～2017年の調査では（表3）、設問や選択肢の表現が変遷しているため経年比較は難しいが、肯定的な回答の合計は8割以上だった。

第5に、患者の満足度の調査のうち、まず、病院の外来・入院患者に対してその病院への満足度を尋ねた1996～2017年の調査によると（表4）、1996～2002年と2011～17年の平均値を比較すると（右端の「増減」）、外来患者は大部分の項目で肯定的な回答が減少したが、入院患者はほぼ全項目で肯定的な回答が増加した（1996年と2017年を比較しても同様だった）。次に、国民に対して一番最近に受診した診療所・病院への満足度を尋ねた2002～17年の調査によると（表5）、肯定的な回答は、2008年は横ばいまたは減少したが、2012年以降はおおむね増加し、最初の調査の年（2002～08年）と2017年を比較すると、全項目で肯定的な回答が増加した。このように、肯定的な回答は、病院の外来患者への調査では減少したが、他では増加した。

第6に、診療の結果などの成果に関しては（表6）、急性疾患の30日以内致命率は改善した年と悪化した年が同数だったが、がんの5年生存率と慢性疾患の入院率はおおむね改善した。

以上のように、投入の面では、病床当たり医師・看護師数は増加し、患者当たり医師数は増加または横ばいであり、病床当たり病室面積は増加した。過程の面では、診察時間・待ち時間は横ばいで、医師からの説明は肯定的な回答が多く、患者の満足度は病院の外来患者への調査を除くと向上した。成果の面では、急性疾患で悪化した年が半数あったことを除くと、おおむね改善した。

表4 病院の外來・入院患者の満足度

(単位：%)

			1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017	増減
診察・治療内容	外來	非常に	31	31	29	26	30	25	27	28	-3
		+やや	56	54	52	54	60	55	58	59	4
	入院	非常に	37	38	37	39	48	44	46	47	8
		+やや	59	60	59	67	74	72	73	74	14
医師との対話	外來	非常に	41	42	40	34	33	28	30	31	-11
		+やや	63	63	62	65	61	58	60	61	-3
	入院	非常に	43	44	45	41	45	42	44	45	-1
		+やや	63	64	64	65	69	67	69	70	5
看護師など医師以外の対応	外來	非常に	—	—	—	—	31	27	29	29	—
		+やや	—	—	—	—	62	58	62	63	—
	入院	非常に	40	46	48	44	49	43	46	47	1
		+やや	60	68	69	70	75	73	74	75	8
診察時間	外來	非常に	27	27	26	26	27	17	18	19	-8
		+やや	48	47	47	50	52	39	41	43	-6
待ち時間	外來	非常に	16	15	17	12	11	12	12	13	-4
		+やや	31	30	31	27	26	29	29	30	-1
病室・浴室・トイレ	入院	非常に	28	31	31	31	33	31	36	36	4
		+やや	47	48	49	54	57	56	61	61	11
食事の内容	入院	非常に	20	24	24	24	26	24	26	25	2
		+やや	37	42	41	45	47	46	48	46	6
全体	外來	非常に	28	29	29	26	28	24	26	27	-3
		+やや	56	58	56	58	62	59	61	63	5
	入院	非常に	36	36	35	34	39	36	38	39	2
		+やや	61	62	62	66	70	69	71	71	9
出典等			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	

・出典：①厚生省受療概要1996：図14、15、②同1999：図23、26、③厚生労働省受療概要2002：図26、29、④同2005：統計表：第10、11表、⑤同2008：統計表7、8、⑥同2011：31-4、⑦同2014：28-9、⑧同2017：33-4。

・注：非常に・やや満足の不詳・無回答以外の回答に対する割合（不詳・無回答の変動が大きいため）。設問の表現は調査によって異なる。「医師との対話」は、①～③医師への質問・相談しやすさ。「看護師など医師以外の対応」は、①看護師などによる日常生活の手助け、②～④看護師などによる看護・介助、⑤通院：看護師などによる看護・対応、入院：看護師などによる看護、⑥～⑧医師以外の病院スタッフの対応。「病室・浴室・トイレ」は、①～③病室・浴室・トイレの使いやすさ。「増減」は1996～2002年の平均と2011～17年の平均の比較。N=115,907～214,432。

表5 直近に受診した医療機関への満足度

(単位：%)

		2002	2006	2008	2012	2014	2017
医師の知識・技術	満足	—	37	35	45	37	38
	+まあ満足	—	85	84	88	92	91
医師の説明のわかりやすさ	満足	—	41	35	46	38	40
	+まあ満足	—	82	80	86	89	90
医師の態度・言葉使い	満足	—	41	39	51	43	45
	+まあ満足	—	89	86	90	92	94
看護師の態度・言葉使い	満足	—	—	37	51	42	42
	+まあ満足	—	—	87	92	92	92
総合的	満足	13	24	23	35	27	29
	+まあ満足	72	84	80	88	90	92
出典等		①	②	③	④	⑤	⑥

・出典：①日医総研2020：18、②同2006：国民5、③同2008：国民調査1、④同2012：国民向け調査1、⑤同2014：面接調査票1、⑥同2017：90。

・注：「まあ満足」の選択肢の表現は、①不明、②「やや満足」。「医師の態度・言葉使い」は、②「医師や看護師の態度や言葉使い」。増加した数値を太字にした。N = ①2,084（調査全体の有効回収数）、②～⑥1,059～1,279（設問の回答数）。

表6 医療の成果

急性疾患の30日以内致命率(%)	1999	2005	2008	2011	2014	2017	出典等	
							資料	頁
急性心筋梗塞	10.3	10.5	—	—	—	—	①	105
	—	—	12.7	12.0	11.6	9.7	③	
出血性脳卒中	5.3	10.9	—	—	—	—	①	107
	—	—	11.9	12.2	11.4	11.9	③	
虚血性脳卒中	3.2	3.3	—	—	—	—	①	107
	—	—	3.2	3.0	3.2	3.0	③	
<b>がんの5年生存率(%)</b>	<b>1997</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>			
	<b>-2002</b>	<b>-2004</b>	<b>-2009</b>	<b>-2009</b>	<b>-2014</b>			
結腸直腸がん	67.3	—	68.0	—	—		②	123
結腸がん	—	63.4	—	66.8	67.8		③	
直腸がん	—	58.6	—	64.0	64.8			
肺がん	—	29.3	—	29.3	32.9			
乳がん	86.1	—	87.3	—	—		②	121
	—	85.9	—	88.9	89.4		③	
子宮頸がん	70.6	—	70.2	—	—		②	119
	—	67.5	—	69.2	71.4		③	
小児急性リンパ性白血病	—	79.7	—	83.7	87.6			
<b>慢性疾患の入院率(対人口10万)</b>	<b>2002</b>	<b>2005</b>	<b>2008</b>	<b>2011</b>				
喘息	77.4	60.4	41.5	34.7			③	
慢性閉塞性肺疾患	39.6	36.2	25.8	23.5				
うっ血性心不全	140.0	147.0	138.6	136.9				
高血圧	76.4	58.2	32.4	22.5				
糖尿病	259.8	242.2	191.0	162.3				

・出典：① OECD 編著2008、②同2012、③ OECD2023。

・注：同じ出典に複数の年の数値があるものを記載した。年は至近年の場合もある。②③国際比較のための性・年齢調整あり(①は不明)。慢性疾患の入院率は低い方がプライマリーケアの質が高いとされる(OECD 編著2010：116-20)。出典が同じで改善した数値を太字にした。

## (2) 応答性

応答性とは、利用者のニーズや欲求に応答することである。応答性に関しては、各患者の性格・立場や本人の希望などの個別状況に応じた医療が行われているかどうかを尋ねた2002～17年の調査がある(表7)。選択肢が同じ2006年以降の結果を見ると、2006～11年は「そう思う」が1割台、「まあそう思う」との合計は5割台だったが、2014～17年はそれぞれ2割台、7割に増加した。

このように、応答性について肯定的に回答する割合は増加し、7割になった。

表7 個別状況に応じた医療が行われていると思う割合

(単位：%)

	2002	2006	2008	2011	2014	2017
そう思う	8	16	11	16	20	25
まあそう思う	31	39	39	37	47	49
(計)	38	55	50	53	67	74
N	2,084	1,364	1,313	1,246	1,122	1,200
出典等	①	②	③	④	⑤	⑥

・出典：①②日医総研2006：16-7、③同2008：国民6、④同2012：国民調査3、⑤同2014：面接調査票1、⑥同2017：90。

・注：設問は「患者一人ひとりの性格や立場、本人の希望といった個別状況に応じた医療が行われていると思いますか」。選択肢は①「十分に行っている」「少し行っている」。

### (3) 効率性

ルグランによると、効率性の高いサービスとは、与えられた水準の資源から可能な限り高い質・量のサービスを提供するものである(児山2011:28)。本節では、医療の効率性を試算した上で、競争と効率性の関係を分析した研究を取り上げる。

#### ① 効率性の試算

ルグランの定義に従うと、効率性とは、資源に対するサービスの量・質の比率である。ここでは、資源については医師数や病室面積、量については患者数、質については患者の満足度に関する調査結果を用いて、効率性を試算する<sup>(1)</sup>。

表8では、主に「患者数×質に満足している患者の割合÷医師数」の試算結果を示した。これは、質に満足している患者が医師に対してどのくらいいるかを表している。試算結果を見ると、ほぼすべての項目・患者・年において低下した。医師は増加し、患者は減少したが、患者の満足度はそれを補うほどには上昇しなかったためである。また、病室については、「質に満足している患者の割合÷病床当たりの病室面積」を試算したところ、低下していた。なお、外来患者の診察時間・待ち時間については、満足度だけでなく時間を尋ねた調査もあるが、先述のとおり、いずれも横ばいで

表8 病院の効率性の試算

			1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	単位	備考	出典等
資源	医師数		162	167	174	180	188	199	210	千人	A	①
	病室面積	一般	7.4	7.8	8.1	—	—	—	—	m <sup>2</sup> /床	B	②
量	患者数	外来	653	653	634	577	524	512	501	百万人	C	③
		入院	514	509	509	504	482	474	460			
質 (非常に やや 満足)	診察・ 治療内容	外来	56	54	52	54	60	55	58	%	D	④
		入院	59	60	59	67	74	72	73			
	医師との 対話	外来	—	—	—	65	61	58	60			
		入院	—	—	—	65	69	67	69			
	診察時間	外来	48	47	47	50	52	39	41			
	待ち時間	外来	31	30	31	27	26	29	29			
	病室等	入院	47	48	49	—	—	—	—			
効率性 (量×質 ÷資源 など)	診察・ 治療内容	外来	223	212	189	174	167	142	138	—	C*/D/A	—
		入院	186	182	173	188	189	172	159			
	医師との 対話	外来	—	—	—	208	171	148	142			
		入院	—	—	—	182	177	160	151			
	診察時間	外来	194	186	169	160	145	100	99			
	待ち時間	外来	126	117	114	85	73	73	70			
	病室等	入院	6.4	6.2	6.1	—	—	—	—			

・出典：①③前号表1と同じ、②本文と同じ、④表4と同じ。

・注：①2017年以降は調査方法が変わったため省略。②2005年以降は調査なし。④「医師との対話」は1996～2002年は設問が違うため省略。「病室等」(病室・浴室・トイレの使いやすさ)は2005年以降は病室面積の調査がないため省略。

あるため、医師数の増加、患者数の減少と合わせると、効率性は低下した。

このように、効率性はほぼ全面的に低下した。

## ②競争と効率性

競争と効率性の関係については、岐阜県の26病院の2012年度のデータを用いた分析がある。それによると、競争の程度が大きい(同一市町内の病院数が多い)ほど効率性が高い(脳梗塞患者の在院日数が短い)という結果が示された。ただし、この研究では、競争の程度が大きければ、病院は患者を獲得するため紹介者としての診療所との連携を強化し、連携が強ければ、病状の重い患者でも、病院から診療所への患者の逆紹介、早期退院が可能になると仮定されている。しかし、競争と在院日数との間に連携強化がどの程度関与しているかについては明確な分析に至っていないとも述べられている(朝元2018: 43, 47-8, 50)。また、短い日数で病状が改善することではなく、病状が重いまま退院できることは、ルグランのいう効率性とは異なるとも考えられる。

このように、競争と効率性の関係を分析した研究は少なく、競争によってルグランのいう効率性が向上したかどうかは不明確である。

## 7. おわりに

本稿では、日本の医療の準市場に関する議論を整理した上で、日本の医療保険制度が、供給者の動機、利用者の行為主体性、成功の条件の充足、良いサービスの提供という点で、どのような状態にあるかを分析してきた。最後に、これまでの記述を要約した上で、日本の医療の準市場によって質が向上したといえるかどうかを考察する。

### (1) 要約

#### ①議論

医療に関する日本の政府の文書においても、2001～03年を中心に、患者の選択によって質や効率性が向上するという、ルグランのものと同様の主張が見られた。

しかし、2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、「データによる制御」、「専門職集団の自己規律」、患者の選択の制限、医療機関の間の「競争よりも協調」が提言された。これらは、準市場を維持しながら、医療提供体制の転換のため部分的に「信頼」モデルを取り入れるという主張であるといえる。

#### ②供給者の動機

「信頼」モデルは、供給者が利他的な動機によって良いサービスを提供することに依存する。しかし、非営利性が不明確な医療機関が、数ではほぼすべて、医師の従事先では半分程度を占めると推計できた。また、医師の動機に関する調査でも、利己的な関心が重要な役割を果たしていた。

### ③利用者の行為主体性

医師・医療機関を自分で選択することを希望する人(3割)よりも、医師などから紹介してもらうことを希望する人(4～7割)の方が多かった。しかし、自分の判断で医療機関を選択する人が多く(7割)、かかりつけの医師・医療機関から紹介を受ける人は比較的少なかった(3～5割)。他方で、紹介状がなければ大病院を受診できない制度には否定的な人の方が多かった。そして、大病院の受診を制限する制度の対象となる患者は全体の1割未満だった。なお、医師は患者に「信頼」されることを好み、患者の選択に対する評価は「発言」よりも低かった。

### ④条件の充足

#### (a) 競争

一部を除くと、医療の供給量は十分で、近くに複数の医療機関があると考えられた。

まず、供給量については、医師の数や人口・患者数に対する比率、施設の数、全体としては増加または横ばいであり、病床の利用率は8割台前半だった。また、不足・減少が指摘された診療科・地域・施設の医師・施設数も、人口が比較的少ない地域の外科の医師数を除くと、人口に対する比率は必ずしも減少してこなかった。そして、病院の都合で外来受診や入院まで1週間以上待機した割合はおおむね15%以下、待ち時間が2時間以上の外来患者はおおむね1割未満だった。

次に、医療機関までの所要時間は、大病院を除くと多くの人にとって許容範囲内であると考えられ、距離が遠いため受診ができなかった・遅れたという回答はほとんどなかった。また、利用できる複数の医療機関がないという回答はほとんどなく、平均4つ程度の医療機関を利用できるという調査結果もあった。

#### (b) 情報

医療に関する情報提供の制度が導入されてきたが、その利用はおおむね低調であり、利用者が求める質に関する情報はあまり入手・利用できていなかった。

まず、情報提供の制度として、広告規制の緩和、都道府県によるインターネットでの情報公表、日本医療機能評価機構による病院の評価・認定、各学会や日本専門医機構による専門医の認定が導入されてきた。しかし、情報源としての利用割合は、医療機関によるインターネット上の情報は1～3割、その他の広告は1割以下、都道府県によるインターネット上の情報は1割前後、第三者機関による評価の情報を求める人のうち入手したのは1割以下だった。また、各学会による専門医の認定は質の担保に懸念があるとされ、第三者機関によるものは始まったばかりである。

次に、医師・医療機関の技術・専門性・実績は、選択の際に重視する点(2～7割)、求める情報(4～6割)として比較的多く挙げられたが、これらの情報を求める人のうち入手した割合は2割以下であり、選択の理由として挙げた割合も全体の2～3割だった。

(c) いいとこ取り

医師は正当な事由がなければ診療を拒んではならず、身元保証人がいないことだけを理由に入院を拒否してはいけないとされている。しかし、身元保証人のいない患者の入院を拒否する病院が5%～2割あった。

⑤ 良いサービスの提供

第1に、質のうち、投入の面では、患者当たり医師数は増加または横ばいであり、病床当たりの医師・看護師数や病室面積は増加した。過程の面では、診察時間・待ち時間は横ばいで、医師からの説明については肯定的な回答が多く、患者の満足度は病院の外来を除くと向上した。成果の面では、急性疾患で悪化した年が半数あったことを除くと、おおむね改善した。

第2に、応答性については、患者の個別状況に応じた医療が行われているかどうかを尋ねた調査では、肯定的な回答が増加し、7割になった。

第3に、効率性については、質に満足している患者が医師数や病室面積に対してどのくらいいるかを指標にすると、ほぼ全面的に低下した。

(2) 考察

上述のように、日本の医療では、医師・看護師数の増加、病床当たり病室面積の増加、患者の満足度の向上(診察・治療内容、医師の知識・技術、医師の説明、医師・看護師の態度・言葉使いなど)、成果の改善という点で、質の向上が見られた。しかし、これらの質の向上は、準市場によって生じたものであるとはいえない。

まず、情報という条件に関して、医師・看護師などの配置・人数、療養環境(病室の広さ等)、治療方法・治療実績、治療結果についての情報を入手した割合は、全体の1割以下だった(前号表10、11)。また、選択の理由として、名医・専門医や技術の優れた医師がいる、説明が多い・わかりやすい、医師・看護師が親切であることを挙げた割合は2～3割前後だった(前号表12)。なお、この2～3割の患者を獲得するために質を向上したという説明も考えられるが、満足度が向上しなかった病院の外来患者の回答も同様だった。

次に、競争という条件に関して、病院の都合により1週間以上待機した割合は、満足度が向上した病院の入院患者(理由別で3～16%)と向上しなかった外来患者(1～18%)の間で明確な違いはなかった(前号表4、5)。

このように、日本の医療における質の向上は、情報という条件がほとんど充たされない状況で、競争の程度に関わらず生じていた。

なお、上記の質の向上は、「信頼」モデルによって生じたともいえない。例えば、入院患者を診療する医師の方が外来患者を診療する医師よりも利他的な動機が強いことを示す調査・研究などは見られない。

## 注

- (1) 資源については費用の額を用いることも考えられるが、保険者・患者が医療機関に支払った額のうち医療機関の利益などを除いた費用の額は不明である。また、質についての調査結果のうち、以下のものは次の理由により用いない。医師・看護師数(表1)、病床面積、診察時間(表2)は、投入した資源と同じである。医師からの説明(表3)に関するものは、設問や選択肢の表現が変遷している。外来・入院患者の病院への満足度(表4)のうち、看護師など医師以外の対応は設問の表現が変遷しており、食事の内容は医師・看護師の業務に関わらない。直近に受診した医療機関の満足度(表5)、個別状況に応じた医療(表7)に関するものは、病院と診療所、外来と入院が区別されていない。医療の成果(表6)は疾患ごとに示されているが、各疾患の診療に従事した医師数は不明である。

## 参考文献

- 朝元綾子(2018)「選択と競争が脳梗塞在院日数に与える影響：岐阜県 DPC 病院データと医療情報ネットを活用した実証分析」『オイコノミカ』(名古屋市立大学) 55 (1)、39-52。
- OECD 編著(2008) 鐘ヶ江葉子訳『図表でみる世界の保健医療：OECD インディケータ(2007年版)』(明石書店)。
- (2010) 鐘ヶ江葉子訳『図表でみる世界の保健医療：OECD インディケータ(2009年版)』(明石書店)。
- (2012) 鐘ヶ江葉子訳『図表でみる世界の保健医療：OECD インディケータ(2011年版)』(明石書店)。
- 厚生省施設概況(各年版)「医療施設調査・病院報告の概況」。
- 厚生省施設調査(各年版)「医療施設調査」。
- 厚生省受療概要(各年版)「受療行動調査の概要」。
- 厚生省受療調査(各年版)「受療行動調査」。
- 厚生労働省施設概況(各年版)「医療施設調査・病院報告の概況」。
- 厚生労働省施設調査(各年版)「医療施設調査」。
- 厚生労働省受療概要(各年版)「受療行動調査の概要(確定)」 「受療行動調査(確定数)の概況」。
- 兎山正史(2011)「イギリスにおける準市場の優劣論：ルグランの主張と批判・応答」『季刊行政管理研究』133、17-31。
- 日医総研(2006, 2008, 2012, 2014, 2017, 2020)「第2～7回 日本の医療に関する意識調査」(日医総研ワーキングペーパー、No.137, 180, 260, 331, 384, 448)。
- OECD (2023) *Health Care Quality Indicators* ([https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_HCQI](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_HCQI)).