

【論文】

準市場としての医療保険制度(1)

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、本号)
5. 条件の充足
6. 良いサービスの提供
7. おわりに

1. はじめに

本稿は、日本の医療保険制度が準市場 (quasi-market) としてどのような状態にあるかを分析する。

準市場とは、サービスの費用を利用者ではなく政府が負担する(「準」)一方で、当事者(政府、供給者、利用者など)の間に交換関係がある(「市場」)方式である。準市場にはいくつかのタイプがあるが、日本では、利用者が供給者を選択する型(利用者選択型)を指すことが多い(児山2004)。準市場の代表的な研究者であるルグラン (Julian Le Grand) によると、準市場(利用者選択型、以下同じ)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などにより、競争・情報・いいとこ取りなどに関する条件が満たされるならば、質・応答性・効率性・公平性などの点で良い公共サービスを提供する可能性が他の方式よりも高い(児山2011: 20)。

日本の医療保険制度は、サービスの費用の大部分を利用者ではなく公的医療保険の保険者が負担し、利用者が医療機関を選択し、保険者・医療機関・利用者間に交換関係があるという点で、準市場の一例である。第1に、費用負担については、1958年の国民健康保険法の全部改正により、1961年度に「国民皆保険」が成立し、日本国内に住所を有する者は、国民健康保険、健康保険、共済組合など、いずれかの公的医療保険の被保険者とされた(国民健康保険法5、6条、附則2項、厚生労働省2011: 45)。健康保険・共済組合などの被用者保険の本人の給付率は、1961年度の時点で7割以上のもものが67%を占めており、国民健康保険の世帯主、同じく世帯員、健康保険の家族の給付率も、

それぞれ1963、68、73年に5割から7割に引き上げられた(同上: 46, 53)。保険診療の対象となる医療費のうち患者負担の割合は、1961年度は27%、2019年度は12%だった(厚生労働省2019b: 第6表)。第2に、利用者の選択については、被保険者は、自己の選定する医療機関で療養の給付を受けることが定められてきた(国民健康保険法36条、健康保険法63条)。第3に、交換関係については、保険者は療養の給付に関する費用を医療機関に支払うものとされ(国民健康保険法45条、健康保険法76条)、その額は診療報酬点数表に基づき診療内容や入院日数などに応じて算定されてきた(厚生労働省診療報酬2022など)。ここには、医療機関が利用者にサービスを提供し、その対価を保険者から受け取るという関係が成り立っている。

このように、日本の医療には準市場が長らく存在してきたため、その導入前後の比較を通じて、準市場が他の方式よりも優れているというルグランの主張を検証することは困難である。そこで、本稿は、日本の医療保険制度が準市場としてどのような状態にあるかを分析する。日本の医療保険制度を準市場として扱った研究には、制度の導入・定着の過程を概観したもの(後2017: 348-53)があるが、準市場の成功の条件や評価の基準に照らしてこれを分析したものは見られない。以下、第2章で、日本の医療の準市場に関する議論を整理した上で、第3～6章で、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する。

2. 議論

本章では、準市場の優位というルグランの主張と、日本の医療に関する同様の主張を概観した上で、他の方式(「信頼」モデル)を取り入れるという主張を見ていく。

(1) 準市場

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(利用者のニーズ・欲求への応答)の点で良いサービスを提供する可能性が高い。準市場では、供給者は、利用者を選択されないことによって資金を失うなどの不都合な結果に直面するので、サービスの質を改善し、より応答的になろうとする。他方、準市場以外の方式のうち、「信頼」モデル(専門職が良いサービスを提供すると信頼するもの)は、供給者に誘因を与えず、すべての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が、利他的な動機は供給システム全体に十分には広がっていない。また、「発言」モデル(利用者が不満や満足を供給者に直接伝達するもの)も、サービスの改善の誘因がなく、供給者が利用者の苦情を無視できるという問題点がある。最後に、「命令と統制」モデル(上位者が下位者に指図したり、目標を設定して達成・未達成に報酬・罰を与えるもの)は、供給者に誘因を与えるが、その誘因は粗雑で懲罰的であり、受ける側の意欲や士気を低下させる。ただし、ルグランは、準市場以外の3つのモデルを完全に排除すべきではないとも述べる。多くの公共サービスは質と費用の適切な監視

が困難なので供給者への「信頼」が不可欠であり、「命令と統制」は変化への制度的抵抗を打破することができ、「発言」はサービスの質に関する重要な情報を供給者に与えるからである(児山2011: 19, 26, 28)。

利用者の選択によって質が向上するという主張は、医療に関する日本の政府の文書でも2001～03年を中心に見られた。厚生労働省が2001年にまとめた「医療制度改革試案」の別添「21世紀の医療提供の姿」では、患者が医療に関する客観的な情報を活用して医療機関を選択することにより、医療機関側は医療の質や患者サービスの向上に競うこととなり、この結果、医療の重点化・効率化と質の向上が進むとされた(厚生労働省2001: 前文、別添: II: 1)。社会保障審議会医療部会の2002年の「医療提供体制に関する意見」でも、上記の文書が言及され、患者の視点を尊重した質の高い効率的な医療提供体制を構築するため、患者に対する幅広い情報提供が推進され、患者の選択を尊重した医療提供を通じて、医療機関相互の競争が促進されることにより、医療の質の向上と効率化が図られることが重要であるとされた(社会保障審議会2002: I)。厚生労働省内に設置された「医療提供体制の改革に関する検討チーム」が2003年にまとめた「医療提供体制の改革のビジョン」でも、将来像のイメージとして、医療機関は、患者の選択に対応し、医療サービス等の向上を競い、この結果、医療の質の向上と効率化が進むとされた(厚生労働省2003a: 前文、III)。また、医療計画に関する2005年の文書でも、患者の選択を通じて医療の質の向上と効率化を図ることが求められていると述べられた(医療計画の見直し等に関する検討会2005)。ただし、社会保障審議会医療部会の2005年以降の意見書には、患者の選択によって質や効率性が向上するという主旨の記述は見られない(社会保障審議会2005、同2011)。

なお、2001～03年を中心、患者の選択によって質や効率性が向上するという主張が見られた原因は不明であるが、1998年に中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会が公表した「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」において、利用者の選択制によって質や効率性が向上すると主張されたことや(児山2016: 28)、その前後に、保育所の選択を保障する児童福祉法改正(1997年成立、1998年施行)(児山2020: 76, 78-9)、介護の選択制を導入する介護保険法の制定(1997年成立、2000年施行)(児山2017: 144-5)、障害者福祉の選択制を導入する法改正(2000年成立、2003年施行)(児山2019: 252-3)が相次いだことと関連している可能性もある。

(2) 「信頼」モデル

2013年の社会保障制度改革国民会議(以下、国民会議)の報告書では、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換のために、市場や政府ではなく「データによる制御」、その下での「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。これらはルグランのいう「信頼」モデルの主張であるといえる。以下、提言の内容を整理した上で、準市場との関係を検討する。

①データによる制御・専門職集団の自己規律

まず、「データによる制御」「専門職集団の自己規律」に関する国民会議の報告書の記述を概観した上で、別の文書も用いてそれぞれの意味を補足する。

(a) 国民会議の報告書

国民会議の報告書では、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が掲げられた。「病院完結型」の医療とは、主に青壮年期の患者を対象とした、救命・延命・治癒・社会復帰を前提とした医療であり、「地域完結型」の医療とは、慢性疾患が多い高齢期の患者を中心とした、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療である。また、あるべき医療提供体制については、急性期・回復期・慢性期などの医療の機能分化を進めるとともに、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、回復期等の医療・介護サービスの充実により、入院期間を短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に、在宅医療・介護を充実させ、医療から介護までの提供体制のネットワークを構築するとも述べられた。

その上で、「地域完結型」の医療ニーズと「病院完結型」の医療提供体制のミスマッチを解消すれば、同じ負担の水準でも、質の高いサービスを効率的に提供できるとされた。そして、医療消費の格差を招来する市場の力でもなく、提供体制側の創意工夫を阻害する政府の力でもなく、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図るシステムが要請されており、そのシステムの下では医療専門職集団の自己規律も求められると述べられた(国民会議報告2013:21-3)。

(b) データによる制御

「データによる制御」の意味は、国民会議の報告書では「データの可視化を通じた客観的データに基づく政策」(国民会議報告2013:23)としか述べられなかったが、別の会議の文書に、より具体的な記述が見られる。

2014年に設けられた「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」(以下、専門調査会)は、国民会議で「データによる制御」を提言した委員(国民会議議事録2013.6.10:30)が会長を務め、同会議の報告書の起草者(権丈2015:370)も委員を務めた。専門調査会の初回の会合で、会長は、国民会議の報告書にあるように、データに基づく制御が必要であり、それを受けて専門調査会が立ち上がったと思っていると述べた(専門調査会議事録2014.8.11:4)。また、専門調査会の第1次報告では、今回の検討成果がデータに基づく制御を目指す画期的な取組につながることを期待すると述べられた(専門調査会報告2015:2)。

専門調査会の文書では、「データによる制御」の意味は明示されていないが、関連する記述として次のようなものが見られる。第2次報告では、1人当たり医療費の地域差に関するデータが示された上で、医療費適正化に向けた取組として、個々の医療機関の医師等が自分たちの診療中でのパフォーマンスを考えることができる仕組みも重要であり、医療費の地域差等に関するデータを医療

機関にも提供し、診療の質の向上に向けた自主的な取組を促すことも検討する必要があると述べられた（専門調査会報告2017：4, 17）。この記述に関して、国民会議の報告書を起草した委員からは、医療法に基づく協議の場に集まった関係者に地域の医療の特性が分かるデータを配付し、自分の病院の特徴に気づいてもらえれば、医療提供者側の行動変容が見込めるのではないかという発言もあった（専門調査会議事録2016.10.21：9）。なお、医療法に基づく協議の場とは、都道府県が地域医療構想（将来の医療提供体制に関する構想）の達成に必要な事項について医療関係者・医療保険者などの関係者と協議を行う場のことである（医療法30条の4、30条の14）。

このように、「データによる制御」は、都道府県と医療関係者の協議の場などにおいて、データを示すことによって、医療機関や医師の自主的な行動を促す方式であるといえる。医療機関や医師が、誘因や患者の発言なしに、質の向上などの行動をとるという点は、ルグランのいう「信頼」モデルに近い。

（c）専門職集団の自己規律

「専門職集団の自己規律」は、国民会議の報告書の起草者によると、アメリカの医療経済学者フックス（Victor R. Fuchs）のいう「専門職の規範」と同様のものである（権丈2015：388-9, 393）。フックスは、医療技術が複雑で動的な性質を持ち、医療における出会いの多くが非常に個人的で感情に満ちたものであることから、競争と規制は、単独でも組み合わせでも、医療の社会的制御のための適切な基礎を提供することはできず、専門職の規範が決定的に重要な第3の要素であると主張した（Fuchs 2000：147, 94-5）。競争や規制とは異なる専門職の規範による制御は、ルグランの「信頼」モデルに近い。

なお、国民会議の報告書では、急性期・回復期等に機能分化した病床や地域の診療所など、適切な場で適切な医療を提供できる人材が確保できるよう、職能団体が中心となって計画的に養成・研修する責務があると述べられた（国民会議報告2013：25）。この記述は、どの分野でどのような医療を行うかは個人の自由・権利であるため、医師個人を対象に行動変容を依頼してもほとんど不可能であり、職能集団が責任を発揮しなければいけない、という発言を反映したものである（国民会議議事録2013.8.2：24、権丈2015：404-5）。ここから、専門職「集団」の自己規律は、医師個人の利他的な動機に依存するというよりも、責務を自覚した医師の団体による規律を想定していると理解できる。

以上のように、「データによる制御」「専門職集団の自己規律」は、いずれもルグランのいう「信頼」モデルに近いが、前者は個々の医療機関や医師、後者は医師の団体の利他的な動機に依存するものであるといえる。

②患者の選択の制限

国民会議の報告書では、新しい医療提供体制は、患者が大病院・重装備病院への選好を続けたままでは機能せず、フリーアクセスの解釈を「いつでも、好きなところで」から「必要な時に必要な

医療にアクセスできる」という意味に変更する必要があると述べられた。そして、この意味のフリーアクセスを守るため、緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が必須であるとされた。具体的には、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診はかかりつけ医に相談することを基本とするシステムである。そのため、紹介状のない患者による大病院の外来受診に定額自己負担を求める仕組みを検討すべきであるとされた(国民会議報告2013: 24, 35)。

フリーアクセスに関しては、報告書の起草者の提出資料で、過剰な患者獲得競争や高額機器の導入合戦を助長するなどの非効率や質の低下をもたらしているという意見が紹介された(国民会議資料2013a: 37)。その原因は同委員の著書で次のように説明された。医療には需給者間の情報の非対称性があり、患者は事後的にもサービスの結果に関する情報を持たないことに加えて、医療サービスには不確実性があると考えて患者が危険回避的な行動をとることや、「やることは一応全部やってもらった」という過程から効用を得ることからも、患者は医療機関の大きさ・知名度や先端医療機器の整備度などをもとに医療機関を選択する。その結果、医療機関は、患者を獲得するために、大規模化・重装備化という威信獲得競争を行う(権丈2015: 383-5)。

その一方で、同じ提出資料において、患者は多くの場合、疾患の程度に応じて総合・専門病院と中小病院・診療所を区別して受診していることや、いつでもどの医療機関も利用できるフリーアクセスは患者にとって利便性が高いことも述べられた(国民会議資料2013a: 37)。また、病院の団体の代表からも、今までフリーアクセスしか経験していないのですぐにはやめられないという発言があった(国民会議議事録2013.3.27: 31)。そして、上記の提出資料では、フリーアクセスを捨て去るデメリットは大きく、上述の非効率や質の低下には、それぞれに対応する手段(紹介のない外来受診の定額自己負担など)があるので、それに取り組むことにより、フリーアクセスを維持するとされた(国民会議資料2013a: 37, 39)。なお、フリーアクセスを制限している極端な例は、紹介状を持たない患者の全額自己負担というイギリスの方式であり、フリーアクセスの制限とは自己負担の問題であって、フリーアクセスとそうでないものが不連続に存在するわけではないという指摘もあった(国民会議議事録2013.3.27: 34)。

以上のように、フリーアクセスの意味を「いつでもどこでも」から「必要な時に必要な所で」に変更し、紹介状のない大病院受診に自己負担を求めるという点で、患者の選択の制限が提言された。他方で、フリーアクセスは守るとされ、イギリスのような全額自己負担ではないという点で、一部を制限するという提言にとどまった。ただし、フリーアクセスを守る理由は、患者の利便性やこれまでの経緯であり、フリーアクセスによって質や効率性はむしろ低下することが前提とされた。

③競争よりも協調

国民会議の報告書では、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度を見直すことが重要であるとされた(国民会議報告2013: 28)。報告書を起草した委員の提出資料でも、個々の経

営体が競争する状況下では、機能分化や連携は困難であると述べられた(国民会議資料2013a：63)。

なお、同じ資料では、量的拡張を目指す時代には、競争は有効だったとも述べられた(同上：63)。また、同委員の著書では、大病院が患者に診療所の選択の基準(夜間対応の有無など)を伝え、その基準で診療所を選択するよう勧めた結果、診療所間の競争が促され、かかりつけ医機能の整備が進んだという事例が紹介された。ただし、これは大病院から診療所への働きかけによるという面が強調された(権丈2015：410)。

このように、医療機関の間の競争は、協調の妨げになると認識され、医療法人の再編・統合という形で競争を制限することが提言された。競争の肯定的な機能が言及されることもあったが、強調はされなかった。

④準市場との関係

ここまで見てきたように、国民会議の報告書では、市場や政府ではなく「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。他方で、患者の選択は一部を制限するという提言にとどまり、それ以外は維持するとされた。そこで、上記の提言と準市場との関係をより明確にするため、「データによる制御」と対比される「市場」の意味、「データによる制御」「専門職集団の自己規律」の目的、「データによる制御」と誘因の関係について検討する。

(a)「市場」の意味

国民会議で「データによる制御」を提言した委員は、市場原理で制御している国としてアメリカを挙げ、ヨーロッパは社会主義的な体制であるとした上で、日本はその中間にあると述べていた(国民会議議事録2013.6.10：30)。従って、「データによる制御」と対比される「市場」が日本の準市場を指すかどうかは不明である(準市場を指すとすれば、それが「医療消費の格差を招来する」理由は不明である)。

なお、同会議の報告書では、日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はないとも述べられたが、これは、国公立の医療施設の割合が小さいという意味であり(国民会議報告2013：22)、準市場という方式を指しているわけではない。

このように、「データによる制御」が準市場に代わるものとして提言されたかどうかは不明である。

(b)目的

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」は、「地域完結型」の医療ニーズと「病院完結型」の医療提供体制のミスマッチの解消という目的のために提言されていた。また、患者の選択の制限も、新しい医療提供体制を機能させるためであり、「競争よりも協調」も、

医療・介護サービスのネットワーク化のためだった。このように、同報告書の提言は、「システムの変革」「構造的な改革」を目的としており、個々のサービス提供者の努力を促すための「ミクロの議論」ではなかった（国民会議報告2013：22）。この点で、準市場の誘因により供給者が質や応答性の向上に努めるというルグランの主張とは、議論の次元が違ってもいえる。

ただし、先述のように、専門調査会の第2次報告では、「データによる制御」は、個々の医療機関や医師に質の向上などの自主的な行動を促す仕組みとして提言されており、医療提供体制の転換を目的とはしているが、「ミクロの議論」でもあった。また、国民会議の報告書の起草者の著書では、「専門職の規範」が決定的に重要であるとするフックスの主張は、医療では需給者間の情報の非対称性や診療効果の不確実性が高く、需要を定義することが難しいため、医師などの専門家集団の役割に期待せざるを得ないという、より一般的な観点から紹介された（権丈2015：382, 388）。

このように、国民会議の提言は、医療提供体制の転換を目的としていた。ただし、「データによる制御」は、個々の医療機関や医師の行動変容を促す仕組みとしても提言され、「専門職集団の自己規律」は、医療の性質に基づき一般的に重視されることもあった。

（c）誘因との関係

医療提供体制の転換の手段としては、「データによる制御」の場である協議を優先的に用いるが、補助金（基金）や診療報酬などの誘因も用いるとされた。

まず、専門調査会では、厚生労働省の局長や会長から、協議を優先するという考えが示された。高度急性期・急性期などの病床の計画的な配分をどうやって実現するのかという委員の質問に対して、厚生労働省の局長は、まず協議をして医療機関と調整し、設備面で後押しするために基金を用いるが、経営的な問題もあるので診療報酬の議論にもなると回答した（専門調査会議事録2014.12.24：4）。なお、基金とは、都道府県が、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備などに要する経費を支弁するために設けるものである（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律4、6条）。同様のやりとりとして、都道府県は病床の機能分化をどのように進めていくのかという質問に対して、局長は、まずは協議をし、基金を使って転換を促すことなどを順番にしていくと回答した（専門調査会議事録2016.3.23：6, 13）。会長も、日本の医療提供体制を持続可能なものにするには、データを基にして関係者が協議することが第一歩となると述べた（専門調査会議事録2015.6.15：8）。

他方で、上記の局長の発言にも見られるように、基金や診療報酬などの誘因を用いることは否定されなかった。専門調査会の委員からは、基金や診療報酬などの経済的なインセンティブに加えて、全体として回復期の部分をいかに拡大するかが課題であるという意見が出され（同上：5）、厚生労働副大臣も、地域医療構想の調整会議に触れた上で、基金の有効活用と診療報酬により、回復期の充実を図ると述べた（同上：8）。また、第1次報告では、都道府県において、基金の活用や協議を通じて、医療機能別病床数の適正化の実現方法を検討すべきであるとされ、病床の機能分化に当たっては、適切な診療報酬体系の構築も課題になると述べられた（専門調査会報告2015：4, 15）。第2次

報告でも、都道府県別1人当たり医療費の地域差の半減を目指すため、地域医療構想における医療法上の仕組み、基金の活用、診療報酬などの政策手段を駆使すべきであるとされた（専門調査会報告2017：15）。なお、専門調査会の会長も、国民会議では、医療機関の機能分担を制御するシステムについて、患者が急性期・亜急性期・慢性期というステージに従って病院や病棟を移動するためには、患者と医療機関の双方に何らかのインセンティブが必要であると述べており（国民会議資料2013b）、この意見は報告書にも反映された（国民会議報告2013：25）。また、同報告書では、「地域完結型」の医療に資するよう、診療報酬の体系的見直しを進める必要があるとされ、また、各地域の実情に応じた提供体制の再構築のためには、全国一律の診療報酬とは別の財政支援の手法（基金など）も不可欠であると述べられた（同上：30）。

本節では、2013年の国民会議の報告書における、「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」という提言を整理、検討してきた。

「データによる制御」「専門職集団の自己規律」は、ルグランのいう「信頼」モデルに近かった。また、患者の選択は質や効率性を低下させ、医療機関の間の競争は協調を妨げると認識され、これらの制限が提言された。

他方で、患者の選択は、患者の利便性やこれまでの経緯から、一部を制限するという提言にとどまり、それ以外は維持するとされた。また、「データによる制御」が準市場に代わるものとして提言されたかどうかは不明であり、報告書の提言は医療提供体制の転換を目的としており、その手段としては、「データによる制御」の場である協議を優先的に用いるが、基金や診療報酬などの誘因も用いるとされた。

以上から、国民会議の報告書の提言は、準市場を維持しながら、特定の目的のため部分的に「信頼」モデルを取り入れるという主張であるといえる。なお、ルグランも、準市場の優位を主張しながら、「信頼」モデルなどの他の方式も完全に排除すべきではないと述べていた。しかし、報告書の主張は、患者の選択によって質や効率性はむしろ低下すると認識し、競争の肯定的な機能を強調せず、医療の性質に基づいて一般的に「信頼」モデルが決定的に重要であるとする余地がある点で、ルグランの主張とは異なっている。

3. 供給者の動機

供給者に誘因を与えるというルグランの主張に対して、イギリスでは、供給者は利他的な動機を持つので誘因を与える必要はないという批判があった（児山2011：21）。日本の医療に関しても、前章で見たように「信頼」モデルを取り入れることが主張されたが、このモデルは供給者の利他的な動機に依存する。本章では、医療機関（病院・診療所、医療法人）の非営利性に関する制度・実態と、医師の動機に関する調査結果を見ていく。

(1) 医療機関の非営利性

①病院・診療所

病院とは、医師・歯科医師が医業・歯科医業を行う場所のうち、20人以上の患者の入院施設を有するもの、診療所はそれを有しないものである（医療法1条の5）。病院を開設しようとするときや、医師・歯科医師でない者が診療所を開設しようとするときは、都道府県知事の許可を受けなければならない（7条1項）。営利を目的として病院・診療所を開設しようとする者に対しては、この許可を与えないことができる（同条6項）。つまり、病院を営利目的で開設することなどには許可が与えられない可能性があるが、医師・歯科医師が診療所を開設することには、営利目的であっても、許可は不要である。

2020年には、医療機関（178,724）のうち、病院は5%であり、一般診療所（歯科医業のみを行う診療所を除いたもの）が57%、歯科診療所が38%だった（厚生労働省施設概況2020：3, 6）。他方、医師（339,623）のうち、病院の従事者が64%、診療所の従事者が32%などだった（厚生労働省医師概況2020：4）。なお、医師でない者が開設した診療所やそこで従事する医師の数は不明である。

また、2020年には、病院（8,238）の開設者のうち、会社は0.4%（30）だった（厚生労働省施設調査2020：全国編第3表）。これらは、医療法の施行（1948年）以前に開設されたものがほとんどであり、大企業や旧電電公社・国鉄などが従業員の福利厚生のために開設したものであるとされる（吉田2009：137）。

以上のように、診療所は、医師・歯科医師が開設する場合、営利目的でも許可は不要であり、医療機関の95%を占め、医師の3割が従事している。他方、病院は、ほぼすべてが非営利目的であり、医師の6割が従事している。

②医療法人

次に、医療機関の開設者に占める医療法人の割合を概観した上で、医療法人の非営利性に関する制度や実態を見ていく。

医療法人は、2020年には、病院数の69%、病院病床数の56%、病院の医師・歯科医師数（常勤換算）の31%を占め、いずれも最多だった。なお、第2位は、いずれも公的医療機関（地方自治体・日赤など、国は除く）であり、それぞれ、15%、21%、29%だった。また、医療法人は、一般診療所数の43%（他に、個人が39%など）を占めていた（厚生労働省施設概況2020：3, 8, 16、厚生労働省施設調査2020：全国編第132表）。

医療法人の制度は、1950年成立・施行の医療法改正により導入され、病院または医師・歯科医師が常時3人以上勤務する診療所を開設しようとする社団・財団は、医療法人とすることができることが定められた（39条）（1985年の改正により、3人以上という規定は削除された）。また、医療法人は、剰余金の配当をしてはならないこと（54条）、解散した医療法人の残余財産は、定款などの定め

るところにより、帰属すべき者に帰属することが定められた(56条)。

社団である医療法人(社団医療法人)は、持分のある(「出資持分のある」「持分の定めのある」とも呼ばれる)(厚生労働省2016:3)ものとないものに区別される。持分とは、定款の定めるところにより、出資額に応じて払戻しまたは残余財産の分配を受ける権利である(医療法附則10条の3)。厚生労働省の定款例では、持分のある社団医療法人は、社員資格を喪失した者は出資額に応じて払戻しを請求することができること、社団が解散した場合の残余財産は払込済出資額に応じて分配することなどを定めるとされた(厚生労働省2003b:2, 5-6)。「出資額に応じて」の意味については、2010年の最高裁判所の判決で、社員が退社した時点における医療法人の財産の評価額とその社員の出資割合を基準に額を算定するという判断が示された(最高裁判所2010)。

出資額に応じた払戻しや残余財産の分配は、事実上の配当に当たり、非営利性の観点から問題であるとも指摘された。また、払戻請求権が社員の相続人により行使され、医療法人の存続が脅かされる事態も生じたとされた(医業経営検討会2003:Ⅲ:1:(2), (3))。そこで、2004年の厚生労働省の通知により、持分のある社団医療法人の中に出資額限度法人という類型が設けられた。これは、出資額を限度として、払戻しや残余財産の分配を行うものである(厚生労働省2004:2)。

これに先立ち、1998年の医療法施行規則改正により、持分のある社団医療法人は持分のないものに移行することができるが、その逆はできないことが規定された(30条の36)。また、2006年の医療法改正(2007年施行)により、医療法人を設立しようとする者が定款に残余財産の帰属すべき者に関する規定を設ける場合は、その者は公的医療機関の開設者や持分のない医療法人のうちから選定されるようにしなければならないこと(定款の変更の場合も同様)が定められた(44, 50条、医療法施行規則31条の2)。このように、持分のある社団医療法人への移行やその新設が認められなくなった。

さらに、2014年の医療法改正(同年10月施行)により、持分のない社団医療法人への移行を政府が促進することが定められた。定款に残余財産の帰属すべき者として公的医療機関の開設者や持分のない医療法人を規定する社団医療法人(新医療法人)への移行が促進されるよう、政府が必要な施策の推進に努めるものとされた。また、新医療法人への移行計画の認定を受けた医療法人に対し、政府が助言・指導・資金の融通のあっせんなどの援助を行うよう努めるものとされた(附則10条の2, 10条の3, 10条の7)。移行計画の認定は、当初は3年間に限られていたが、2017年と2021年の法改正により延長された(附則10条の3)。認定を受けた医療法人への支援としては、持分のある医療法人の持分を相続人が取得した場合、相続税の申告期限までにその法人が移行計画の認定を受け、移行期間満了までに相続人が持分を放棄すれば、相続税が免除されるという税制措置や、認定を受けた医療法人が移行期間中に払戻請求を受けた場合、独立行政法人による貸付けを受けることができる融資制度が設けられた(厚生労働省2014:3, 38)。

医療法人のうち持分のある社団医療法人の割合は、1995～2007年には98%だったが、その新設を認めない法改正の施行(2007年)の翌年から減少し、2021年には68%になった。なお、持分のある社団医療法人の減少幅は、2014年の法改正による移行の促進の前後を通じて、年間2～3%ポイン

ト（2008年のみ1%ポイント）だった（厚生労働省2021a）。また、持分のある社団医療法人のうち出資額限度法人の割合は、2021年に0.8%だった（厚生労働省2021b）。

以上のように、医療法人は、2020年には、病院数の7割、病院病床数の6割、病院の医師・歯科医師数の3割、一般診療所数の4割を占めていた。医療法人は、剰余金の配当を禁止されているが、出資額に応じた払戻しや残余財産の分配の形で事実上の配当が可能なもの（持分のある社団医療法人）が2007年までほぼすべてを占め、現在も7割を占めている。

本節では、医療機関の非営利性に関する制度や実態を見てきた。診療所は、医師・歯科医師が開設する場合、営利目的であっても許可は不要であり、医療機関の95%、医師の従事先の32%を占める（診療所の開設者は不明）。病院は、営利目的で開設されたものはほとんどなく、医師の従事先の64%を占めるが、病院の医師・歯科医師の31%は医療法人が開設した病院で勤務し（医師・歯科医師別の内訳は不明）、医療法人の68%は事実上の配当が可能である（病院・診療所別の内訳は不明）。このように、非営利性が不明確な医療機関が、数ではほぼすべて（診療所が95%など）、医師の従事先では半分程度（医師のうち診療所での勤務32%、同じく病院での勤務64%×医療法人での勤務31%程度×持分のある社団医療法人68%程度=13%程度、合計45%程度）を占めると推計できる。

（2）医師の動機

医師の動機についての調査結果として、仕事と家庭の両立などに関する考え方と、勤務先の選択に関するものを見ていく。

第1に、全国の研修医の多い病院の勤務医・研修医への2007年の調査（回収740）では、「医師という職業を選んだ以上、プライベートよりも仕事優先になることは仕方がない」（仕事優先）と「仕事と家庭が両立できてこそ、医師としてもよい仕事ができると思う」（両立）のどちらの考え方に近いかを尋ねたところ、非常に仕事優先に近いという回答は5%、やや仕事優先に近いは28%、やや両立に近いは34%、非常に両立に近いは34%だった（この設問への回答者に対する割合、次の設問も同じ）。また、勤務先の経営状況について、「経営的に不採算な医療も積極的に行っているところがよい」（採算軽視）と「おもに採算のとれる医療を行い、経営が安定しているところがよい」（採算重視）のどちらに近いかを尋ねたところ、非常に採算軽視に近いは1%、やや採算軽視に近いは37%、やや採算重視に近いは49%、非常に採算重視に近いは13%だった（新野他2009：6）。このように、仕事優先よりも仕事と家庭の両立、採算軽視よりも採算重視の考え方に近い医師の方が多かった。

第2に、医師の勤務先の選択に関する調査・分析によると（表1）、医師が好む勤務先の性質は、へき地ではない、収入が多い、勤務時間が短い、当直が少ない、休みを取りやすい、家庭と両立しやすい、学会等に出席しやすい、専門性向上・研究がしやすい、診療所ではなく病院である、救急病院ではない、他の医師（同僚、相談相手、指導者）がいる、施設・設備や雰囲気・人間関係が良

表1 医師の勤務先の選択

設問	主な結果	出典等
多様な勤務条件の病院が勤務先の候補になるか	限界効果（選択確率増減、%）：大都市よりへき地▲15、救急病院以外より三次救急病院▲6、年収百万円増3、当直月1回増▲3、同一診療科の常勤医師1人増2	①
勤務条件の異なる医療機関のどちらを選ぶか	金銭的評価（年間給与額、万円）：へき地から大都市へ583、へき地から中小都市へ524、診療について相談できる医師がいる473、勤務時間が週20時間減少327、学会・研究会への出席が欠勤扱いから休暇扱いに321	②
勤務条件の異なる医療機関のどちらを選ぶか	金銭的評価（年間給与額、万円）：診療について指導してくれる医師がいる2,410、へき地から大都市へ1,647、へき地から中小都市へ1,258、診療所から病院へ496、勤務時間が週20時間減少451	③
臨床研修終了後の研修・勤務先の決定理由	回答割合（%）：専門医取得につながる39、現在研修している33、優れた指導者32、出身大学30、施設・設備が充実21	④
将来の診療科を考える際に興味・関心以外で重視したこと（研修時点）	回答割合（%）：診療科・医局の雰囲気・人間関係63、休日・余暇など自分の時間が取りやすい38、結婚・子育てとの両立33、収入が多い27、研究環境が整う19	⑤
勤務条件の異なるへき地医療機関（のどちら）を選ぶか	金銭的評価（年間給与額、万円）：どちらも選ばない637、勤務期間が3年短い297、休日に呼び出しありからなしへ205、病院で当直月5回から2回へ177、当直月2回の病院から当直なしの診療所へ164	⑥
都市部以外で勤務する意思がない（48%）理由	回答割合（1～3位計、%）：希望する内容の仕事ができない43、労働環境に不安38、子供の教育環境が未整備33、家族の理解なし33、医局の人事等のため選択の余地なし25	⑦
医師がへき地での勤務を敬遠する理由	回答割合（%）：生活が不便49、家族が嫌がる31、学会参加・専門性向上が困難29、診断・治療への助言等を受けるのが困難27、当直が多い・休日が少ない24	⑧

- ・出典：①坂口・森2015：23、②佐野・石橋2009：176、③佐野2011：169、④厚生労働省2006：19、⑤坂口・森2016：24、⑥佐野他2017：95、⑦井元2017：集計結果：医師票：問14、⑧新野他2009：5。
- ・調査年・対象・N：①2015年・若手医師・1,302、②2007年・病院勤務医・731、③2007年・研修医・357、④2006年・研修医・3,809、⑤2015年・研修医・936、⑥2014年・大都市内科系病院勤務医・714、⑦2016年・常勤勤務医・5,213、⑧2007年・病院勤務医と研修医・740。
- ・注：設問・結果の表現は変更したものもある。「回答割合」はすべて複数（⑦は3位まで）回答。

い、希望する内容の仕事ができる、などだった。

以上のように、ルグランがイギリスの医師について指摘したのと同様に（児山2011：21）、日本の医師の動機においても、利己的な関心（家庭との両立、採算性、勤務地、収入、勤務時間・休日など）が重要な役割を果たしていた。

4. 利用者の行為主体性

利用者を行為主体として扱うというルグランの主張に対して、イギリスでは、利用者がそれを望んでいないなどの批判があった（児山2011：22）。日本でも、国民会議の報告書で、「緩やかなゲートキーパー機能」を備えたかかりつけ医の普及という形で、患者の選択の制限が提言された。ただし、かかりつけ医は、選択を制限するだけでなく、支援するものとして位置づけることもできる。本章

では、患者による選択の希望・行使、選択の支援、選択の制限、選択に対する医師の評価に関する調査結果を見ていく。

(1) 選択の希望・行使

① 選択の希望

選択の希望については、3つの設問による調査がある。

第1に、全国の20歳以上の人への2014、17、20年の調査（有効回収1,122～1,212）では、病気の程度にかかわらず自分の判断で選んだ医療機関を受診すること（選択）と、最初にかかりつけ医など決まった医師や医療機関を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診すること（紹介）のどちらに賛成するかを尋ねたところ、選択に賛成が19～20%、どちらかといえば選択に賛成が8～11%（選択の合計は27～30%）、どちらかといえば紹介に賛成が28～32%、紹介に賛成が35～39%（紹介の合計は66～70%）だった（日医総研2014：13、同2017：41、同2020：34）。

第2に、全国の20歳以上の人への2017年の調査（有効回収1,200）では、医師や医療機関を選ぶ際、どのようにして見つけるのがよいかを尋ねたところ、自分で調べて選ぶのがよいという回答が32%、医師などからの紹介で選ぶのがよいが39%、どちらでもよいが22%、どちらともいえないが7%だった（日医総研2017：74）。

第3に、全国の高齢者への1996年の調査（回収2,447）では、医師の紹介状がないと大きな病院に行くことができないという制度になると困るかどうかを尋ねたところ、大いに困るという回答が28%、少し困るが23%（困るの合計は51%）、あまり困らないが26%、まったく困らないが14%（困らないの合計は40%）だった（杉澤他2000：919）。

このように、医師・医療機関を自分の判断で選ぶよりも医師の判断で紹介してもらうことや、自分で調べて選ぶよりも医師の紹介で選ぶことに賛成する回答の方が多かった。ただし、1つめの設問は、「病気の程度にかかわらず」自分の判断で選ぶという選択肢を提示しており、病気の程度によっては自分の判断で選ぶという選択肢であれば、その回答が増える可能性もある。また、2つめの設問は「選ぶ」ことを前提としており、患者の選択に賛成するかどうかを尋ねたものではない。そして、3つめの設問では、紹介状がなければ大病院を受診できない制度になると困るという回答の方が多かった。以上から、医師・医療機関を常に自分の判断で選択することや、自分で調べて選択することを希望する人は比較的少ないが、選択できない制度を希望する人も比較的少ないといえる。

② 選択の行使

患者による選択の行使については、医療機関を自分の判断で選択、変更した患者がどのくらいいるかに関する調査結果を整理する。

表2 医療機関の変更の有無・理由

〈変更の有無〉

設問	回答 (%)	調査年 N	出典等
現在の通院先はその傷病で初めてみてもらった病院・診療所等か	いいえ 自分でかえた方が良かった14	1986 22,958	①
(この1年間に診察を受けた人に)治療期間中に別の医院・病院にかわったことがあるか	かわったことがある 自分の判断11	1973 2,466	②
この1年間に同じ病気で医院・病院をかえたか	自分の判断でかえた16	1984 23,889	③
(現在通院中か過去5年以内に通院・入院した医療機関について)通院・入院先を変えた理由	医療機関への不満が原因で通院・入院先を変えたことはない62	2006 1,000	④
受診した後で、不満があって医療機関を変更した経験があるか	ある58	2003 742	⑤
通院先を変更したことがあるか	ある68(理由は、転居、知人の助言、退院先からの紹介を含む(下記参照))	1999 1,536	⑥

〈変更の理由〉

主な回答(複数回答) (%)	調査年 N	出典等
かかった医者では治らないと思った53、診断があいまいだった32、不親切だった12、治療代が高い4	1973 605	②
治療結果に不満(医療レベルが低いと感じた)48、待ち時間が長かった31、医療スタッフの説明がわかりにくく不十分28、医療スタッフの言動が横柄で思いやりに欠けた25、通院に不便18、不要だと思われる検査・投薬が多かった16	2006 376	④
医療の技術レベルが低いと感じる43、医師の説明が不十分でわかりにくい36、医師の態度・言葉遣いが高圧的・横柄35、医師とコミュニケーションが取れない31、待ち時間が長い26、治療上で患者の意思を尊重しない20	2003 430	⑤
治療の効果に不満54、医師の言動に不満41、待ち時間が長い30、医師の説明に不満29、不要な検査・投薬が多い18、通院に不便16 参考：転居11、知人の助言10、退院先からの紹介7	1999 1,038	⑥

- 出典：①厚生省1988：212、②総理府1973：Q9, SQ1, 2、③厚生省1985b：31、④米田2006：26、⑤友吉2003：34、⑥米田・佐藤2000：13。
- 注：設問・回答の表現は変更したものもある。「変更の有無」の分母は、①通院有病者数、②この1年間に診察を受けた人、③「医者にかかったことがない」を除く回答、④現在通院中か過去5年以内に通院・入院した人、⑤回答者(かかりつけの医療機関に通っていない2.3%、入院などで利用する医療機関に通っていない8.5%(別々に回答)を含む)、⑥回答者(医療機関の利用の有無は不明)。「変更の理由」の分母は、②自分の判断または家族・知人のすすめで「かわったことがある」、「かわりたいと思ったことがある」と回答した人、④「変えたことはない」を除く回答。

第1に、全国の20歳以上の人への1973年の調査(有効回収2,466)では、この1年間に診療所・病院へ診察を受けに行ったことがある人(1,433)に対して、医者や知人の紹介で行ったか、自身の判断で選んだかを尋ねたところ、自分の判断という回答が74%、知人・家族が17%、医者が5%だった(総理府1973：Q3, SQ)。

第2に、医療機関の変更に関する調査結果によると(表2)、自分の判断で医療機関を変更した割合は、現在の通院先への変更や過去1年間の変更が1～2割、過去5年間の変更が4割、過去の変

更が6割程度だった。変更の理由としては、治療結果に不満、医療技術が低い、医師等の説明が不十分、医師等の言動・態度が悪い、患者の意思を尊重しない、不要な検査・投薬が多い、待ち時間が長い、通院に不便、などが挙げられた。

このように、患者の7割は自分の判断で医療機関を選択し、6割程度は過去に変更したことがあった。

表3 かかりつけの医師・医療機関がある割合

(単位：%)

年	設問	選択肢	割合	N	出典
1960	かかりつけの医師をきめているか	医師をきめている	54	2,607	①
		病院・診療所をきめている	16		
		(計)	70		
1967	かかりつけの医師をきめているか	医師をきめている	48	2,521	②
		病院・診療所をきめている	17		
		(計)	66		
1968	かかりつけの医師・病院があるか	ある	67	21,736	③
1973	かかりつけの医師や病院をきめているか	医師をきめている	51	2,466	④
		病院をきめている	13		
		(計)	64		
	かかりつけの病院・診療所をだいたい決めているか	決めている	73	13,312	⑤
1983	かかりつけの医師がいるか	いる	65	15,862	⑥
1984	かかりつけの診療所・病院を決めているか	決めている	58	35,969	⑦
1995	かかりつけの医療機関を決めているか	決めている	58	40,770	⑧
1999	かかりつけの医師がいるか	いる	64	191,987	⑨
2006	かかりつけ医がいるか	いる	55	1,364	⑩
2007	日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関があるか	医師がいる	48	1,263	⑪
		医療機関がある	25		
		(計)	73		
2008	かかりつけ医がいるか	いる	48	1,313	⑫
2011	日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関があるか	医師がいる	43	2,000	⑪
		医療機関がある	26		
		(計)	69		
	かかりつけ医がいるか	いる	54	1,246	⑫
2014	かかりつけ医がいるか	いる	54	1,122	⑫
2017	日頃から決まって診察を受ける医師・医療機関があるか	医師がいる	45	2,000	⑪
		医療機関がある	22		
		(計)	67		
	かかりつけ医がいるか	いる	56	1,200	⑫
2019	かかりつけ医はいるか	いる	53	2,803	⑬
2020	かかりつけ医がいるか	いる	55	1,212	⑫

・出典：①総理府1960：Q12、②同1967：Q17、③厚生省1971：34、④総理府1973：Q6、⑤厚生省1975：21、⑥同1985a：9、⑦同1985b：16、⑧同1995：14、⑨厚生省受療概要1999：図3、⑩日医総研2006：21、⑪健保連2017：17、⑫日医総研2020：25、⑬内閣府2019：1。

(2) 選択の支援

先述のように、医師・医療機関を選ぶ際に医師などから紹介してもらうことを望む人が多かった。医療以外のサービスでは、介護保険制度におけるケアマネジメント、障害者福祉における相談支援、保育における利用者支援事業など、利用者の選択を支援する仕組みがある（児山2017：71-9、同2019：180-7、同2021：178-9）。ここでは、医療における同様の仕組みとして、かかりつけの医師・医療機関を位置づけて、その有無や医療機関の紹介に関する調査結果を整理する。

第1に、かかりつけの医師・医療機関の有無に関する調査によると（表3）、かかりつけの医師がいるという回答はおおむね5～6割、同じ設問でかかりつけの医療機関があるという回答を加えると6～7割であり、かかりつけの医師と医療機関をまとめて有無を尋ねると7割があると回答し、かかりつけの医療機関だけの有無を尋ねると6～7割があると回答した（なお、増加または減少する傾向は見られなかった）。また、かかりつけの医師・医療機関がないと回答した人に理由を尋ねた調査によると（表4上段）、情報不足や適当な医師がないなど、見つからないという回答はおおむね1割以下で、あまり病気をしない、その都度適当な医療機関を選ぶなど、いなくてもよいという回答がおおむね1～3割だった（かかりつけの医師・医療機関がある人も含めた回答者全体に対する割合、次も同じ）。他方、かかりつけの医師・医療機関がない人に欲しい・いるとよいと思うかを尋ねた調査（同中段）や、「いる」「いないがいるとよい」「いない（いなくてもよい）」の三択で尋ねた調査（同下段）の結果は、いるとよいという回答が1～4割、いない（いなくてもよい）という回答が1～3割であり、前者が多いものと後者が多いものに分かれた。このように、かかりつけの医師・医療機関がある人は5～7割程度であり、かかりつけの医師・医療機関がない人の中には、いるとよいと思う人とそうでない人が同程度いると考えられる。

第2に、かかりつけ医がいる人に医師・医療機関への紹介について尋ねた調査によると（表5）、時期を限定しなければ、かかりつけ医がいる人の6～9割が紹介を受けており、常に紹介を受ける人も4～6割いた（かかりつけ医がいない人も含めた回答者全体に対する割合はそれぞれ3～5割、2～3割）。

以上のように、かかりつけの医師・医療機関がある人は5～7割程度で、残りの半分程度はあるとよいと思い、半分程度はなくてもよいと思っていると考えられる。また、かかりつけの医師・医療機関がある人のうち、医師・医療機関の紹介を受ける人は6～9割（全体の3～5割）いた。

(3) 選択の制限

2013年の国民会議の報告書以前から、紹介状のない大病院の外来受診に自己負担を求めることができる制度が導入されていた。本節では、大病院の受診を制限する制度やその実施状況、効果を見ていく⁽¹⁾。

表4 かかりつけの医師・医療機関

(単位：%)

〈ない理由〉	〈ない理由(見つかからない)〉	(B)	(A*B)	〈ない理由(なくてもよい)〉	(B)	(A*B)	調査年	N	出典
30	—	—	—	必要がない、病気をしない* その時々都合のいい医者にかかる* 専門的な医者にみてもらう* 病気をしない	20	6	1960	2,607	①
27	どの病院・医師がよいかわからない	9	2	病気がよいかわからない 病気がよいかわからない	35	10	1973	13,312	②
35	どの病院・医師がよいかわからない	8	3	あまり病気をしない 病気がよいかわからない	37	10	1983	15,862	③
27	どう探してもよいかわからない*	20	4	あまり病気をしない* その都度適当な医療機関を選ぶ*	72	20	2007	1,263	④
31	選ぶための情報が不足している*	17	4	あまり病気をしない* その都度適当な医療機関を選ぶ*	86	30	2011	2,000	
27	どう探してもよいかわからない*	14	4	あまり病気をしない* その都度適当な医療機関を選ぶ*	48	13	2017	2,000	⑤
41	選ぶための情報が不足している*	8	2	その都度適当な医療機関を選ぶ* 必要性について考えたことがない 大きな医療機関に行けばよい 市販の医薬品で自己管理すればよい 医療費が安くなると思わない	15	4	2019	2,803	
44	選ぶ際の必要な情報が不足している	16	7	あまり病気にからならないので必要ない* その都度医療機関を選んでいる*	28	11	2020	1,212	⑥

〈ない人の意向〉

〈ない(A)〉	〈欲しい・いるとよい〉	(B)	(A*B)	〈欲しくない・いなくてもよい〉	(B)	(A*B)	調査年	N	出典
45	すぐにも欲しいと思う	8	4	欲しいとは思わない(必要ない)	62	28	2006	1,364	⑦
51	欲しいと思うがみつからない	25	11	いなくてもよいと思う	25	13	2008	1,313	⑧

〈いる・いるとよい・いないの三択〉

〈いないがいるとよいと思う〉	〈いないがいないとよい〉	調査年	N	出典
いないがいるとよいと思う	いない(いなくてもよい)	2011	1,246	⑨
いないがいないとよいと思う	いない	2014	1,122	⑩
いないがいないとよいと思う	いない	2017	1,200	⑪
いないがいないとよいと思う	いない	2020	1,212	⑫

・出典：①総理府1960：Q12, 17, ②厚生省1975：22, 28, ③同1985a：9, 11, ④健保連2017：102, ⑤内閣府2019：1-2, ⑥日医総研2020：24, 32, ⑦同2006：国民1, 3, ⑧同2008：21-2, ⑨同2012：28, ⑩同2014：24, ⑪同2017：20。

・注：選択肢の表現は変更したたものもある。理由の*印は複数回答、他は単一回答。

表5 かかりつけ医による医療機関の紹介

(単位：%)

いる (A)	設問	選択肢	(B)	(A*B)	調査年 N	出典等
55	この1年間にかかりつけ医からどのような医療サービスを受けたか	他の医療機関への紹介	5	3	2006 754	①
56	あなたのかかりつけ医は対応していると思うか／必要時に専門医に紹介	思う	55	31	2017 671	②
		まあ思う	33	18		
		(計)	89	49		
65	他の診療所・病院へ行く時に必ずかかりつけ医の指示・紹介で行くか	はい	36	24	1983 10,279	③
55	専門医にかかりたいときに、まずかかりつけ医に相談するか	いつも相談する	58	32	2020 669	④
		相談することもある	24	15		
		(計)	82	48		

・出典：①日医総研2006：国民1-2、②同2017：20, 94、③厚生省1985a：9-10、④日医総研2020：24, 31。

・注：①複数回答、他は単一回答。

①制度

大病院の受診を制限する制度としては、紹介状なしに大病院を受診する患者などから特別料金を徴収するものと、紹介状のある患者の比率によって病院への診療報酬を増減するものがある。

まず、2012年の時点で、200床以上の病院は、他の医療機関からの紹介を受けない初診の患者や、200床未満の医療機関への紹介を病院が申し出た再診の患者から、選定療養として、特別料金の支払いを受けることができる旨が定められていた（厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養2条、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下、療担規則）5条、健康保険法86条）。そして、2016年からは、一部の大病院が特別の料金を徴収するものとされた。まず、2016年には、地域医療支援病院（地域における医療の確保のために必要な支援に関する要件に該当する病院）のうち500床以上のものと特定機能病院（高度の医療を提供する能力を有するなどの要件に該当する病院）は、選定療養に関し、厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求める措置を講ずるものとされた。さらに、2018、20年には、対象となる地域医療支援病院の病床数が400以上、200以上に引き下げられた（療担規則5条、医療法4条、4条の2）。厚生労働大臣の定める金額は、医師による初診が5,000円、再診が2,500円である（療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第1の3）。

次に、紹介患者の比率によって診療報酬を増減する制度として、2000～06年に、厚生（労働）大臣が定める紹介患者比率に適合している医療機関に対して、入院基本料を加算する制度（紹介外来加算など）が設けられるなどしていた（橋本2000：33、厚生労働省2005：1、厚生省診療報酬2000：2章1部2節など）。また、2013年からは、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院のうち、初診の患者に占める紹介患者の割合が低いものに対して、初診料・外来診療料を減額する制度が設けられた（その後、対象となる地域医療支援病院の病床数が200以上にまで引き下げられ、また、外来医療を提供する基幹的な病院のうち200床以上のものや、これら以外の400床以上の病院も対象とされた）（厚生労働省診療報酬2012, 2022：1章1部1-2節）。

表6 特別料金の徴収

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
200床以上の病院数		2,752	2,752	2,746	2,709	2,692	2,680	2,654	2,657
〈初診〉									
導入病院数		1,134	1,135	1,162	1,180	1,176	1,202	1,174	1,204
導入割合(%)		41	41	42	44	44	45	44	45
平均額(円)		—	—	—	—	1,898	1,966	1,998	2,085
分布(%)	～1,000円	42	37	36	34	31	30	29	26
	～2,000円	42	43	42	42	42	41	41	40
	～3,000円	14	17	18	21	22	23	24	27
	～4,000円	1	2	2	2	2	3	3	3
	～5,000円	1	1	2	2	3	3	4	4
	5,000円超	0	0	0	0	0	0	0	0
〈再診〉									
導入病院数		—	—	—	—	—	109	109	111
導入割合(%)		—	—	—	—	—	4	4	4
平均額(円)		—	—	—	—	—	—	—	—

		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
200床以上の病院数		2,656	2,644	2,644	2,649	2,614	2,582	2,531	2,476
〈初診〉									
導入病院数		1,191	1,201	1,246	1,305	1,224	1,165	1,162	1,165
導入割合(%)		45	45	47	49	47	45	46	47
平均額(円)		2,130	2,365	2,474	2,890	2,960	3,251	3,496	3,987
分布(%)	～1,000円	25	21	19	17	16	14	12	11
	～2,000円	39	37	35	31	31	27	24	18
	～3,000円	29	31	32	28	25	20	20	11
	～4,000円	3	4	4	2	3	2	2	1
	～5,000円	4	6	8	21	24	36	40	57
	5,000円超	0	1	1	1	1	2	2	3
〈再診〉									
導入病院数		110	101	103	344	308	421	477	668
導入割合(%)		4	4	4	13	12	16	19	27
平均額(円)		1,006	962	984	962	2,244	2,340	2,371	2,481

・出典：200床以上の病院数は厚生労働省施設調査2007、2010、2013、2016：上巻第6表、同2019、2020：全国編第6表、他は厚生労働省選定療養2009-2021。

・注：「分布」の金額は税抜き。厚生労働省選定療養2021において2017～19年の導入病院数、分布が訂正された（担当係への確認）。

②実態

大病院の受診の制限の実態については、特別料金の徴収の実施状況と、患者への影響に関する調査結果を整理する。

まず、200床以上の病院のうち特別料金を徴収するものの割合は（表6）、初診時が2005～07年の41～42%から2008～20年の44～49%にやや増加し、再診時が2010～15年の4%から2020年の27%に増加した。平均額は、初診時が2009年の1,900円程度から2020年の4,000円程度、再診時が2013年の1,000円程度から2020年の2,500円程度に上昇した。初診時の金額の分布も、2005年には2,000円以下

が8割以上を占めていたが、2020年には3割にまで減少し、4,000円超が1%から6割に増加した。

次に、患者への影響については、特別料金を徴収する病院を受診する患者の割合、特別料金への患者の意識、料金を増額した病院における患者数の変化などを見ていく。

第1に、紹介状がなければ特別料金を徴収する病院の初診患者数(救急患者などを除く)は、2017年9月に80~121万人程度だったと推計できる⁽²⁾。この人数は、200床以上の病院の初診患者数(227万人)の35~53%、病院の初診患者数(382万人)の21~32%、病院と一般診療所(1,364万人)の初診患者数の合計(1,747万人)の5~7%である(厚生労働省施設調査2017:上巻第26,108表)。なお、特別料金を徴収された患者の数や、特別料金の徴収が原因で受診を断念した人数は不明である。

第2に、病院を受診した患者への2018年の調査(集計720)では、具体的な症状を示して、負担があれば大病院を受診しないかどうかを尋ねたところ、前日から喉が痛く鼻水が出る場合は、5,000円未満でも負担があれば大病院を受診しないという回答が75~91%(病院の種類・規模により異なる)だったが、数日前に胸の圧迫感・冷や汗・呼吸しにくさがあった場合については、そのような回答は14~35%であり、5,000円までなら大きな病院を受診するという回答が44~58%だった(厚生労働省2019a:70-71)。

第3に、2015年10月から2016年10月の間に初診時の特別料金を5千円未満から5千円以上に増額した病院(110)では、初診患者数が8%減少したのに対し、紹介状なしの患者数は16%減少し、うち定額負担徴収対象患者数は32%減少した。他方、2016年10月に5千円未満だった病院(220)では、それぞれ5%、6%、14%の減少にとどまった(厚生労働省2017:126-7)。なお、病院の外来患者数のうち紹介のある割合は、1999年から2017年に、200床未満の病院でも7%から14%に増加したが、200~400床台では9%から27%に、500床以上では15%から44%に増加した(厚生省患者調査1999:閲覧第20表、厚生労働省患者調査2017:閲覧第24表)。

以上のように、紹介状を持たない患者などから特別料金を徴収する大病院の割合は増加し、2020年には初診時が5割、再診時が3割になり、金額も上昇した。この対象となる初診患者は、大病院の初診患者の4~5割、病院の初診患者の2~3割を占めるが、病院・診療所の初診患者の1割未満であると考えられる。また、特別料金の徴収は、患者の意識や行動に関する調査によると、大病院の受診を抑制する効果があった。

(4) 医師の評価

ルグランは、「命令と統制」モデルの問題点として、上からの指図が供給者(特に専門職)の意欲や士気を低下させること、「発言」モデルの問題点として、苦情を受けた供給者が防衛的になることを挙げていた。しかし、準市場も、狭い範囲の成果をめぐる供給者が競争することなどにより、供給者の意欲や士気を低下させると指摘された(見山2011:23,26)。ここでは、患者の選択への医師の評価に関する調査結果を取り上げる。

横浜市・新潟県医師会の全医師への1984年の調査(有効回答各922、973)では、いくつかの患者

像を挙げて、自身にとって好ましいかどうかを尋ねた。それによると、「転々と医師をかえて受診する患者」は、好ましいという回答が0.4%、好ましくないが93%、どちらともいえないが7%だった。また、「診療内容について、何かと注文をつける患者」は、それぞれ1%、83%、16%だった。他方、「治療について一切医師にまかせる患者」は、それぞれ80%、3%、17%、「手術が必要だと告げると、すぐそれに応ずる患者」は、それぞれ69%、3%、28%だった(辻村編1987: 8, 216-7)。

このように、医師は、患者から「信頼」されることを好んでおり、患者の選択は「発言」よりも好んでいなかった。また、選択する患者を好まない医師が93%いたことから、「命令と統制」モデルよりも患者の選択の方が医師に好まれる可能性は低い。

本章では、患者による選択の希望や行使、選択を支援する仕組みとしてのかかりつけの医師・医療機関、大病院の選択の制限、選択に対する医師の評価に関する調査結果などを見てきた。

第1に、選択の希望・行使については、まず、医師・医療機関を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、自分で選択することを希望する人(3割)よりも多かったが、紹介状がなければ大病院を受診できない制度になると困る人(5割)の方が困らない人(4割)よりも多かった。また、患者の7割は自分の判断で医療機関を選択し、6割程度は過去に変更したことがあった。

第2に、かかりつけの医師・医療機関がある人は5~7割程度であり、そのうち医師・医療機関の紹介を受ける人は6~9割(全体に占める割合は3~5割)だった。かかりつけの医師・医療機関がない人のうち、半分程度はあるとよいと思ひ、半分程度はなくてもよいと思ひていると考えられた。

第3に、選択の制限について、紹介状を持たない患者から初診時に特別料金を徴収する制度は、大病院の5割で実施され、大病院の初診患者の4~5割が対象となり、大病院の受診を抑制する効果があったが、対象となる患者は病院・診療所の初診患者の1割未満だった。

このように、医師などからの紹介を希望する人は4~7割だったが、患者の7割は自分の判断で医療機関(診療所を含む)を選択し、かかりつけ医から紹介を受ける患者は3~5割だった。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評価の方が多く、患者の選択の制限は一部にとどまった。なお、医師は患者に「信頼」されることを好み、患者の選択への評価は「発言」よりも低く、「命令と統制」よりも低いと考えられた。

注

- (1) なお、2014年の医療法改正により、国民は、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行うよう努めなければならない旨が定められたが(6条の2)、周知の程度や効果は不明である。
- (2) 2020年は新型コロナウイルスの感染拡大により患者数が減少したと考えられ(200床以上の病院の初診患者数は2020年に183万人)、また、初診患者数の調査は3年毎であるため、2017年の数値を用いる。2017年9

月には、特別料金を徴収できる200床以上の病院の初診患者数は227万人だったが、このうち特別料金を徴収していた病院の患者数は不明である。2017年には、200床以上の病院数は2,614、そのうち特別料金を徴収していたものは1,224（47%）であり、この割合に上記の初診患者数を掛けると106万人になる。ただし、大規模な病院の方が特別料金の徴収割合が大きいという調査結果があり、また、1病院当たりの初診患者数も多いため、実際にはこれよりも多いと考えられる。そこで、400床以上の全病院（800）と300床台の病院（700）のうち424（61%）が徴収していたと仮定して、400床以上の病院の全初診患者数（127万人）と300床台の病院の初診患者数（55万人）の61%（34万人）を合計すると、161万人になる。ただし、400床以上の病院で特別料金を徴収していないものや、200床台の病院で特別料金を徴収しているものもあるため、実際にはこれよりも少ないと考えられる。また、特別料金を徴収している病院の初診患者の中には、紹介状がなくても徴収の対象とされない患者（救急患者など）もいる。2017年10月には、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院（68）の初診患者数（A）は2,087.6人、うち紹介状なしの患者数（B）は787.4人、うち初診時定額負担の対象患者数（C）は340.9人であり（いずれも1病院当たりの平均）、紹介状がなくても徴収の対象とされない患者の割合（ $(B - C) \div A$ ）は21%になる。同様に、400床台の地域医療支援病院（36）、200～300床台の地域医療支援病院（37）、これら以外の200床以上の病院（22）については、それぞれ25%、28%、46%になる。仮に全体の25%が徴収対象外であるとして、上記の106万人、161万人から差し引くと、それぞれ80万人、121万人になる（厚生労働省施設調査2017：上巻第26表、同2020：全国編第58表、厚生労働省2017：109、同2019a：34-5, 37-9）。

参考文献

会議の議事録は本文で開催年月日を示した。英語の文献で翻訳があるものはそのページもイタリック体で示した。厚生（労働）省の調査等は、発行年ではなく調査時点の年（度）を示したものもある。「中医協」は「中央社会保険医療協議会」の略である。（次号以降も同様。）

医業経営検討会（2003）『これからの医業経営の在り方に関する検討会「『これからの医業経営の在り方に関する検討会』最終報告書：国民に信頼される、医療提供体制の担い手として効率的で透明な医業経営の確立に向けて』（2003年3月26日）。

井元清哉（2017）井元清哉研究代表者『厚生労働省行政推進調査事業費補助金 厚生労働科学特別研究事業 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究 平成28年度 総括研究報告書』。

医療計画の見直し等に関する検討会（2005）『平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性（中間まとめ）』（2005年7月27日）。

後房雄（2017）『バウチャー制度＝準市場の概略と日本における起源と展開』『法政論集』（名古屋大学）269、329-364。

権丈善一（2015）『医療介護の一体改革と財政：再分配政策の政治経済学VI』（慶應義塾大学出版会）。

健保連（2017）健康保険組合連合会『医療・医療保険制度に関する国民意識調査 報告書』。

厚生省（1971）厚生省大臣官房統計調査部『昭和43年保健衛生基礎調査報告』（厚生統計協会）。

——（1975）同上『保健衛生基礎調査報告 昭和48年』（厚生統計協会）。

——（1985a）同上『昭和58年保健衛生基礎調査（保健医療）』（厚生統計協会）。

——（1985b）同上『昭和59年保健衛生基礎調査（受療行動）』（厚生統計協会）。

——（1988）厚生省大臣官房統計情報部編『昭和61年 国民生活基礎調査（全4巻） 第2巻』（厚生統計協会）。

——（1995）『平成7年 国民生活基礎調査の概況』。

厚生省患者調査(各年版)「患者調査」。

厚生省受療概要(各年版)「受療行動調査の概要」。

厚生省診療報酬(2000)「医科診療報酬点数表」(厚生省告示第66号、2000年3月17日、別表第1)。

厚生労働省(2001)「医療制度改革試案：少子高齢社会に対応した医療制度の構築」(2001年9月25日)。

——(2003a)「医療提供体制の改革のビジョン：『医療提供体制の改革に関する検討チーム』まとめ」(2003年8月)。

——(2003b)「社団の医療法人定款例」(医業経営の非営利性等に関する検討会、第1回、2003年10月17日、資料9)。

——(2004)厚生労働省医政局長「いわゆる『出資額限度法人』について」(医政発第0813001号、2004年8月13日)。

——(2005)「紹介率を基準とした紹介患者加算等の評価の在り方について」(中医協診療報酬基本問題小委員会、第76回、2005年12月14日、診-3)。

——(2006)「平成17年度『臨床研修に関する調査』報告の概要」(2006年8月31日)。

——(2011)『平成23年版 厚生労働白書』。

——(2014)厚生労働省医政局医療経営支援課「『持分なし医療法人』への移行に関する手引書」(2014年9月)、川原経営総合センター『平成26年度 医療施設経営安定化推進事業：持分によるリスクと持分なし医療法人の移行事例に関する調査研究 報告書(持分なし医療法人への円滑な移行マニュアル改訂版)』(2015年3月)、134-178。

——(2016)同上「『持分なし医療法人』への移行に関する手引書：移行促進税制を中心として」(2016年9月改訂)。

——(2017)「平成28年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度調査)の報告案について」(中医協診療報酬改定結果検証部会、第52回、2017年5月31日、検-4-2)。

——(2019a)「平成30年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成30年度調査)の報告案について」(中医協診療報酬改定結果検証部会、第57回、2019年3月27日、検-2-2)。

——(2019b)「令和元年度 国民医療費」。

——(2021a)「種類別医療法人数の年次推移」。

——(2021b)「都道府県別医療法人数」。

厚生労働省医師概況(各年版)「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」。

厚生労働省患者調査(各年版)「患者調査」。

厚生労働省施設概況(各年版)「医療施設(静態・動態)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」。

厚生労働省診療報酬(2012)「医科診療報酬点数表」(厚生労働省告示第76号、2012年3月5日、別表第1)。

——(2022)「医科診療報酬点数表」(厚生労働省告示第54号、2022年3月4日、別表第1)。

厚生労働省選定療養(2009)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第142回、2009年3月25日、総-4-2)。

——(2010)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第172回、2010年5月26日、総-5-2)。

——(2011)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第198回、2011年10月5日、総-4-2)。

——(2012)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第233回、2012年11月14日、総-3-2)。

——(2013)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第248回、2013年9月4日、総-3-2)。

——(2014)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第282回、2014年9月10日、総-8-2)。

——(2015)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第306回、2015年10月14日、総-3-2)。

——(2016)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第337回、2016年10月19日、総-5-2)。

——(2017)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第370回、2017年11月15日、総-6-2)。

——(2018)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第401回、2018年11月14日、総-8-2)。

——(2019)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第422回、2019年9月11日、総-2-2)。

——(2020)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第466回、2020年9月16日、総-7-2)。

- (2021)「主な選定療養に係る報告状況」(中医協総会、第488回、2021年9月15日、総-13-2)。
国民会議議事録「社会保障制度改革国民会議 議事録」。
国民会議資料(2013a) 権丈善一「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋：医療は競争よりも協調を」(社会保障制度改革国民会議、第9回、2013年4月19日、資料3-2)。
——(2013b) 永井良三「意見」(社会保障制度改革国民会議、第18回、2013年7月29日、資料3-3)。
国民会議報告(2013) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書：確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」(2013年8月6日)。
児山正史(2004)「準市場の概念」『年報行政研究』39、129-146。
——(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。
——(2016)「準市場の優劣論と社会福祉基礎構造改革論」『人文社会論叢(社会科学編)』(弘前大学)35、25-41。
——(2017)「準市場の優劣論と介護保険制度導入時の議論」『人文社会科学論叢』2、143-156。
——(2019)「準市場の優劣論と障害者福祉の選択制(1)」『人文社会科学論叢』6、251-257。
——(2020)「準市場としての保育所の選択制(1)」『人文社会科学論叢』9、75-84。
——(2021)「準市場としての保育所の選択制(2)」『人文社会科学論叢』10、177-199。
最高裁判所(2010)「出資金等返還、損害賠償請求事件」(2010年4月8日)。
坂口一樹、森宏一郎(2015)「勤務先の病院選択において若手医師が考慮する要因の研究：医師不足・偏在問題解消の政策へ向けて」(日医総研ワーキングペーパー、No.350)。
——(2016)「若手医師の診療科選択プロセスに関する調査」(日医総研ワーキングペーパー、No.369)。
佐野洋史(2011)「研修医の就業場所の選択要因に関する分析」『医療経済研究』22(2)、161-178。
佐野洋史、石橋洋次郎(2009)「医師の就業場所の選択要因に関する研究」『季刊社会保障研究』45(2)、170-182。
佐野洋史、後藤励、村上正泰、柿原浩明(2017)「へき地の勤務条件に対する大都市の内科系勤務医の選好」『日本労働研究雑誌』680、86-101。
社会保障審議会(2002) 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(2002年3月28日)。
——(2005) 同上「医療提供体制に関する意見」(2005年12月8日)。
——(2011) 同上「医療提供体制の改革に関する意見」(2011年12月22日)。
新野由子、石橋洋次郎、佐野洋史、久保統敬(2009)「医師の勤務条件および職場環境に関する病院勤務医の意向調査」『厚生指針』56(7)、1-8。
杉澤秀博、杉原陽子、金恵京、柴田博(2000)「高齢者における医療機関選択に関連する要因：なぜ大病院を選択するのか」『日本公衆衛生雑誌』47(11)、915-924。
専門調査会議事録「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 議事要旨」。
専門調査会報告(2015) 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第1次報告：医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」(2015年6月15日)。
——(2017) 同上「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第2次報告：医療費の推計及び医療費適正化計画の策定に当たって」(2017年1月12日)。
総理府(1960)「国民の医療に関する世論調査」。
——(1967)「医療保険に関する世論調査」。
——(1973)「医療に関する世論調査」。
辻村明編(1987)『医療と社会』(日本評論社)。
友吉由紀子(2003)「特集 患者4000人インターネット大調査 患者の意識はこんなに変わった！：コスト意識

- の高まり、説明や情報提供への大きな期待」『日経ヘルスケア21』170、30-43。
- 内閣府 (2019) 内閣府政府広報室「『医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査』の概要」。
- 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)。
- 橋本佳子 (2000) 「“外来制限”に動き出した大病院：今改定を機に紹介率アップと外来患者数の削減に着手」『日経ヘルスケア』127、32-35。
- 吉田あつし (2009) 『日本の医療のなにかが問題か』(NTT出版)。
- 米田勝一 (2006) 「特集 ネット調査で患者1000人が回答 あの通院・入院先のここが不満！」『日経ヘルスケア』204、22-39。
- 米田勝一、佐藤寿 (2000) 「特集 患者1500人インターネット調査 私たちはここが不満で通院先を変えました」『日経ヘルスケア』124、10-27。
- Fuchs, Victor R. (2000) “The future of health economics”, *Journal of Health Economics*, 19, 141-157. V. R. フュックス (二木立訳) 「医療経済学の将来」『医療経済研究』8、91-105。