

【論文】

準市場としての医療保険制度(2)

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、前号)
5. 条件の充足 (以上、本号)
6. 良いサービスの提供
7. おわりに

5. 条件の充足

準市場が良い公共サービスを提供するためには、いくつかの条件を充たす必要がある。まず、利用者が供給者をうまく選択し、それが質や応答性の向上をもたらすためには、多数の供給者が存在するなどの意味での「競争」があり、利用者が質に関する「情報」を持たなければならない。また、公平性を損なわないためには、「いいとこ取り」を防止する必要がある(児山2011: 18, 23-5)。本章では、医療保険制度におけるこれらの条件に関する制度や実態を見ていく。

(1) 競争

患者が医療機関を選択できるためには、医療の供給量が十分で、近くに複数の医療機関がなくてはならない。本節では、医療の供給量や需要との関係、医療機関までの距離・時間、利用できる医療機関の数に関する調査結果を整理する。なお、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。

①供給量

医療の供給量や需要との関係については、医師・病床・施設の数や人口・患者数に対する比率の推移を概観した上で、医師・施設の不足・減少が指摘される診療科・地域・施設の実態を確認し、受診・入院までの待機期間や待ち時間に関する調査結果を整理する。

(a) 概観

第1に、医師数は（表1）、1990年以降、病院では増加が続き、診療所でも2002、05年以外は増加し、両者の合計は増加が続いてきた。また、同時期の人口に対する医師の比率（病院・診療所の合計）も増加してきた。患者数に対する医師の比率は、病院では、在院の患者に対しては増加が続き、外来の患者に対しては1996年まで横ばいで、1999年以降は増加してきた。また、診療所では、2002年以降、外来患者数に対して増減しながら横ばいだった。このように、医師の数や人口・患者数に対する比率は増加または横ばいだった。

第2に、病床の数や人口に対する比率は（表2）、1978年から1990年まで増加したが、1993年から減少に転じた。他方、病床の利用率は、1978年から1984年まで上昇したが、1987年から増減し、1975～2017年を通じて80～86%だった。

第3に、病院・診療所の数は（表2）、1978年以降、病院が2011、17年、診療所が1984、2014年に横ばいになったのを除くと、増加してきた。

以上のように、医師の数や人口・患者数に対する比率、施設の数増加または横ばいであり、病床の数や人口に対する比率は1993年から減少に転じたが、利用率は8割台前半だった。

表1 医師の数等

	医師数(千人)			比率(対10万人)			
				対人口 (計)	对患者数		
	病院	診療所	(計)		病院		診療所
					在院	外来	外来
1987	135	95	230	188	28	25	—
1990	148	103	250	203	29	25	—
1993	156	108	264	211	31	25	—
1996	162	115	277	220	32	25	—
1999	167	117	284	224	33	26	132
2002	174	116	290	228	34	27	132
2005	180	113	293	229	36	31	123
2008	188	118	306	239	39	36	129
2011	199	120	319	250	42	39	128
2014	210	131	341	268	46	42	135
2017	218	136	353	279	48	44	142

・出典：医師数は厚生省施設調査1996：上巻第9表、厚生省病院報告1997：上巻第49表、厚生労働省施設調査2017：上巻9、11表。人口は総務省人口推計2000a, 2015a, 2017。患者数は厚生省施設概況1996：統計表20、厚生省施設調査1999：上巻第101表、厚生労働省施設調査2002, 2005, 2008, 2011, 2014, 2017：一般診療所の患者数、開設者別、厚生労働省施設概況2017：統計表16。
 ・注：医師数は常勤換算。診療所は一般診療所。患者数は、病院は年間、診療所は9月中の延べ数。2017年から医師数の調査方法が変更された。増加した数値を太字にした。

表2 病床・施設の数等

	病床			施設数(千箇所)	
	数(千床)	対人口10万	利用率(%)	病院	診療所
1975	1,428	1,276	80.5	114	73
1978	1,510	1,311	82.0	120	75
1981	1,648	1,397	83.5	127	78
1984	1,750	1,455	85.6	132	78
1987	1,860	1,522	85.1	137	79
1990	1,949	1,577	83.6	143	81
1993	1,946	1,558	82.5	150	84
1996	1,911	1,519	84.3	157	88
1999	1,872	1,478	84.6	163	92
2002	1,839	1,443	85.0	169	95
2005	1,798	1,408	84.8	173	97
2008	1,756	1,371	81.7	176	99
2011	1,712	1,340	81.9	176	100
2014	1,681	1,321	80.3	178	100
2017	1,653	1,305	80.4	178	101

・出典：病床数・施設数は厚生省施設概況1996：統計表1、厚生労働省施設概況2017：統計表1。人口は表1と同じ。病床利用率は厚生省施設概況1999：統計表14、厚生労働省施設概況2008：統計表12、同2017：統計表17。
 ・注：病床利用率以外は歯科診療所を除く。増加した数値を太字にした。

(b) 診療科・地域・施設

一部の診療科・地域・施設については、医師・施設の不足・減少が指摘されることもある。

第1に、産婦人科・産科、小児科、外科については、不足・減少が指摘された。まず、2000～07年の5大全国紙の記事数の調査によると、2003年頃から「医師不足」に関するものが顕著に増加し、特に産婦人科・産科と小児科のものが多かった(松本他2009：7-8)。産婦人科・産科の1990年以降の医師数は(表3)、2006年までおおむね減少したが、0歳人口に対する比率は横ばいで、2010年からは数・比率ともにおおむね増加した。他方、施設数は減少が続き、0歳人口に対する比率もおおむね減少してきたが、2014年からは増加している。また、小児科の1990年以降の医師数は(表3)、主たる診療科としては増加し、0～12歳人口に対する比率も増加してきたが、複数回答では数はおおむね減少し、0～12歳人口に対する比率は増減しながら横ばいである。施設についても、数はおおむね減少し、0～12歳人口に対する比率は増減しながら横ばいである。次に、外科の医師数は、1996年と2006年の比較で10.9%減少したが、2006年と2016年の比較では3.7%増加した(福田他2018：11)。このように、不足・減少が指摘された診療科でも、医師・施設の数や人口に対する比率は必ずしも減少してこなかった。

第2に、「過疎地域」(人口20万未満かつ人口密度200人/km²未満の地域)では、2006年と2016年と比較すると、医師の総数が1.3%減少した(1996年と2006年の比較では4.5%増加した)。また、診療

表3 産婦人科・産科と小児科の医師・施設の数等

	産婦人科・産科						小児科					
	医師				施設		医師				施設	
	主たる診療科		複数回答				主たる診療科		複数回答			
	数	対人口	数	対人口	数	対人口	数	対人口	数	対人口	数	対人口
1990	—	—	12,920	1,062	8,451	694	—	—	34,603	183	31,866	168
1992	—	—	12,579	1,029	—	—	—	—	33,832	188	—	—
1993	—	—	—	—	7,848	655	—	—	—	—	31,395	178
1994	11,391	932	12,340	1,010	—	—	13,346	77	33,506	194	—	—
1996	11,264	943	12,235	1,024	7,302	611	13,781	83	34,745	209	30,939	186
1998	11,269	933	12,123	1,004	—	—	13,989	87	34,064	211	—	—
1999	—	—	—	—	6,829	574	—	—	—	—	30,316	190
2000	11,059	942	11,944	1,017	—	—	14,156	90	33,580	213	—	—
2002	11,034	945	11,758	1,007	6,398	548	14,481	93	32,706	211	29,221	188
2004	10,594	948	11,282	1,009	—	—	14,677	96	32,151	210	—	—
2005	—	—	—	—	5,997	565	—	—	—	—	28,472	188
2006	10,074	929	10,751	992	—	—	14,700	98	31,009	206	—	—
2008	10,389	944	10,900	990	5,451	495	15,236	103	30,009	203	25,408	172
2010	10,652	1,016	11,161	1,065	—	—	15,870	110	30,344	210	—	—
2011	—	—	—	—	5,014	469	—	—	—	—	22,739	159
2012	10,868	1,041	11,439	1,096	—	—	16,340	115	29,855	211	—	—
2014	11,085	1,087	11,590	1,136	4,830	474	16,758	121	29,878	215	23,528	169
2016	11,349	1,133	11,763	1,174	—	—	16,937	125	27,761	206	—	—
2017	—	—	—	—	4,640	482	—	—	—	—	22,239	166
2018	11,332	1,203	11,746	1,247	—	—	17,321	131	27,608	208	—	—

出典：医師数は厚生省医師概況1996：表3，統計表13，厚生労働省医師概況2000：統計表13，14，同2018：統計表：参考2，3。施設数は厚生労働省施設概況2017：14。人口は総務省人口推計2000b，2015b-2019。

注：医師は2年毎，施設は3年毎の調査（両調査がない年は省略）。2008年から診療科名が変更。施設は一般病院と一般診療所（精神病院などを含まない）。対人口は、産婦人科・産科は0歳，小児科は0～12歳の10万人当たり。増加した数値を太字にした。

科別に見ると、外科が1996年と2006年の比較で13.0%減少、2006年と2016年の比較で14.4%減少した。小児科は、1996年と2006年の比較で13.3%減少したが、2006年と2016年の比較では30.8%増加した。他に、2006年と2016年の比較では、内科、整形外科、脳神経外科が1～3%減少した（同上）。なお、「過疎地域」の人口は、1996年と2006年の比較で6.1%減少、2006年と2016年の比較で11.1%減少した（高橋他2018：19）。このように、「過疎地域」では外科の医師数が人口よりも大幅に減少してきた。

第3に、2006年に出版された図書では、医療への警察の介入や患者の権利意識の肥大化を背景に、勤務医が病院から診療所に移動し始めており（「立ち去り型サボタージュ」）、2003年を境に大きな変化が生じたと主張された（小松2006：157-8, 162）。しかし、先述のとおり、病院の医師数は増加が続き、診療所の医師数は2002、05年に減少した⁽¹⁾。

以上のように、不足・減少が指摘された診療科・地域・施設の医師・施設数のうち、「過疎地域」の外科の医師数は人口に対する比率も減少してきたが、他は必ずしも減少してこなかった。

(c) 待機期間・待ち時間

外来受診・入院までの待機期間、外来の待ち時間に関しては、次のような調査結果がある。

第1に、病院を受診するまでの期間が1週間以上だった外来患者に対して、受診までに時間がかかった理由を尋ねた2011、14、17年の調査によると(表4)、医療機関の都合(予約が取れないなど)を挙げた割合は、自覚症状があった患者全体のうち小・中病院で1～3%、大・特定機能病院で5%前後であり、自覚症状がなかった患者全体のうち小病院で5%以下、中病院で1割、大・特定機能病院で15%前後だった。

第2に、病院への入院が必要と診断されてから実際に入院するまでの期間が1週間以上だった患者に対して、入院までに時間がかかった理由を尋ねた2014、17年の調査によると(表5)、ベッドが空いていないことを挙げた割合は、小・中・大病院で入院患者全体の2～5%、特定機能病院・療養病床のある病院で1割前後だった。また、手術・検査の予約が取れないことを挙げた割合は、小病院・療養病床のある病院で2～5%、中・大病院で1割前後、特定機能病院で15%前後だった。これらの合計は、小・中病院で1割、療養病床のある病院で10～15%程度、大病院で15%程度、特定機能病院で25%程度である。なお、入院が決定してから病院の都合で入院まで待たされた期間を尋ねた1996年の調査(回収82,980)によると、待機期間が8日以上割合は、病室の人数によって異なるが、小病院で7～12%、中病院で12～17%、大病院で17～23%、特定機能病院で個室・2人部屋が30～31%、3人以上の部屋が42～46%だった(厚生省受療概要1996:表4)。

第3に、病院の外来患者の待ち時間についての1996～2017年の調査によると(表6)、1時間未満が小病院でおおむね8割、中・大・特定機能病院でおおむね7割であり、1～2時間未満がそれぞれ1～2割、おおむね20～25%だった。他方、2～3時間未満はそれぞれおおむね2～3%、

表4 外来受診までの期間・長期の理由 (単位:%)

		自覚症状あり					自覚症状なし			
		期間(A)	理由(B)			A*B		期間(A)	理由(B)	A*B
			1週間以上	予約できない	近くにない	予約できない	近くにない			
小病院 (20-99床)	2011	38	5	5	2	2	—	—	—	
	2014	35	3	5	1	2	38	9	3	
	2017	38	7	4	3	1	36	15	5	
中病院 (100-499床)	2011	44	7	4	3	2	—	—	—	
	2014	39	6	3	2	1	39	20	8	
	2017	40	7	3	3	1	42	23	10	
大病院 (500床-)	2011	48	9	3	4	2	—	—	—	
	2014	45	8	3	4	1	44	28	12	
	2017	46	11	3	5	1	47	34	16	
特定機能病院	2011	55	11	4	6	2	—	—	—	
	2014	51	12	4	6	2	47	35	16	
	2017	52	14	3	7	2	47	38	18	

・出典：厚生労働省受療概要2011、2017：統計表6、7、同2014：統計表5、6。
 ・注：「理由(B)」は複数回答、期間1週間以上に占める割合。「予約できない」は「医療機関の都合(予約が取れないなど)」。
 有効回答数は、小病院8,932～9,757、中病院24,747～26,942、大病院29,422～32,875、特定機能病院23,452～25,178。

表5 入院までの期間・長期の理由

(単位：%)

		期間 (A)		理由 (B)		A*B		N
		1週間以上	ベッドの空きなし	手術・検査の予約不可	ベッドの空きなし	手術・検査の予約不可	(計)	
小病院 (20-99床)	2014	24	22	16	5	4	9	2,382
	2017	30	10	17	3	5	8	2,122
中病院 (100-499床)	2014	26	7	27	2	7	9	12,594
	2017	35	10	23	3	8	11	12,009
大病院 (500床-)	2014	32	11	29	3	9	13	18,407
	2017	40	8	29	3	12	15	17,123
特定機能病院	2014	48	21	30	10	14	24	15,177
	2017	52	16	30	9	16	24	14,944
療養病床あり	2014	30	46	7	14	2	16	4,738
	2017	33	25	8	8	3	11	3,990

・出典：厚生労働省受療概要2014：表3, 図8、同2017：表4, 図13。

・注：「療養病床あり」は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床を有する病院。「理由(B)」は単一回答、期間1週間以上に占める割合。

表6 外来患者の待ち時間

(単位：%)

		1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017
小病院 (20-99床)	1時間未満	87	82	85	84	79	82	71	81
	1～2時間未満	11	15	13	13	18	15	21	14
	2～3時間未満	2	2	2	2	3	3	5	3
	3時間以上	0.5	0.7	0.5	0.8	0.6	0.8	2	1
中病院 (100-499床)	1時間未満	69	66	73	72	71	74	74	74
	1～2時間未満	22	25	21	22	23	20	19	20
	2～3時間未満	6	7	5	5	5	4	5	4
	3時間以上	2	2	2	2	2	2	2	2
大病院 (500床-)	1時間未満	60	67	69	70	69	71	70	72
	1～2時間未満	27	25	23	22	23	22	22	21
	2～3時間未満	9	6	5	5	5	5	6	5
	3時間以上	4	2	2	2	3	2	2	2
特定機能病院	1時間未満	—	63	68	71	71	71	72	69
	1～2時間未満	—	28	24	22	23	22	21	23
	2～3時間未満	—	7	6	5	5	5	5	5
	3時間以上	—	2	2	2	2	2	2	3

出典：厚生省受療概要1996：図9、同1999：図6、厚生労働省受療概要2002：統計表：第3表、同2005：統計表：第2表、同2008：表5、同2011：表4、同2014：図4、同2017：図3。

・注：「不詳」「無回答」を除く回答の合計に対する割合。有効回答数は、1996～2005年は計73,370～132,932（病院別は不明）、2008年以降は小病院8,932～9,757、中病院24,747～26,959、大病院29,422～33,056、特定機能病院23,072～25,178。

5%、3時間以上はそれぞれおおむね1%、2%であり、2時間以上の合計はいずれもおおむね1割未満だった。待ち時間の推移を見ると、小病院は変化しながらおおむね横ばいで、中・大・特定機能病院は1999～02年を除くとほとんど変化がなかった。なお、1967年の調査によると（有効回収2,521）、医者に行った時の待ち時間は、1時間以内が84%、1時間超2時間以内が9%、2時間超が

6%だった(総理府1967:Q11:SQ)。

以上のように、病院の規模・機能や病室の人数によって異なるが、おおむね、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15%以下、待ち時間が2時間以上の外来患者は1割未満だった。

②距離・時間

ここでは、医療機関までの距離・所要時間やその影響に関する調査結果を整理する。

第1に、医療機関までの距離については、まず、1968年の調査によると(集計21,736)、かかりつけの医者が2km未満にあるという回答は全体の50%、2～4km未満は9%、4km以上は8%であり、かかりつけの医者がいないという回答は33%だった(厚生省1971:34)。次に、全国の2次医療圏⁽²⁾(離島を除く332)を8つに類型化し(人口・世帯構成、土地利用、産業・就労構造による)、居住地から医療施設までの2012年時点の道路距離を計測した研究によると、内科が全国平均で1.0km(各類型の平均は0.4～2.2km、以下同様)、小児科が1.5km(0.5～3.7km)、産婦人科が3.5km(1.2～12.1km)だった(三宅他2016:1976)。

第2に、医療機関までの所要時間については、まず、入院の必要がない病気・ケガの診療を受けるような医療機関までの所要時間として許容できる最長の時間を尋ねた2019年の調査によると(集計2,803)、15分未満が15%、15分以上30分未満が51%(計66%)、30分以上1時間未満が30%などだった(内閣府2019:19)。そして、医療機関までの所要時間に関する調査・研究によると(表7)、所要時間が30～40分以内である割合は、最も近い医療機関やかかりつけの診療所までが9割、かかりつけの病院や小・中病院が7～8割、大病院が5割、分娩の実績のある医療機関が10割近くだった。

第3に、医療機関までの距離が利用に与える影響については、まず、過去1年間に健康でなかったにもかかわらず医療機関に行かなかった理由を尋ねた2007、17年の調査によると、健康でなかった人のうち、医療機関に行かなかった理由として、距離が遠く通院困難であることや、近くに病院・診療所がなかったことを挙げた割合は1%未満だった⁽³⁾。次に、受診するまでの期間が1週間以上だった外来患者に対して、受診までに時間がかかった理由を尋ねた2011、14、17年の調査によると(表4)、医療機関が近くになかったことを挙げた割合は、自覚症状があった患者全体のうち1～2%だった。なお、厚生労働省の定義する無医地区(医療機関のない地域で、地域の中心から半径4km以内に50人以上が居住し、容易に医療機関を利用することができない地区)の人口は、1973年には77万人(全人口の0.7%)、2019年には13万人(同0.1%)だった(厚生労働省2020:52、総務省人口推計2000a、同2019)。

以上のように、医療機関までの距離は地域・診療科によって異なるが、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、距離が遠かった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。

表7 医療機関までの所要時間

(単位：%)

区間・手段		時間・割合					年	N	出典等
		0～10分	10～20分	計	20～40分	累計			
一番近い医者・病院まで自宅から男の脚で		61	18	79	14	93	1960	2,607	①
医療機関まで		57	19	76	16	92	1967	2,521	②
一番近い医院・病院まで自宅から歩いて		53	22	76	13	89	1973	2,466	③
		0～10分	10～19分	計	20～29分	累計			
かかりつけ医まで	診療所	49	37	85	5	91	2006	481	④
	病院	24	38	63	15	77		272	
		0～15分		15～30分	累計				
かかりつけの病院・診療所まで自宅から普通に		66		25	92	1973	9,681	⑤	
通院時間	小病院	48		27	75	1996	—	⑥	
		43		28	71	1999	—	⑦	
	中病院	38		32	70	1996	—	⑥	
		32		35	67	1999	—	⑦	
	大病院	20		31	51	1996	—	⑥	
		20		33	54	1999	—	⑦	
年間1件以上分娩の医療機関まで1kmメッシュから一般道路で		92		6	98	2010	—	⑧	

・出典：①総理府1960：Q18、②同1967：F7、③同1973：F8、④日医総研2006：24、⑤厚生省1975：23、⑥厚生省受療概要1996：図7、⑦同1999：図5、⑧石川2015：8。

・注：⑥⑦各病院の有効回答数は不明、全病院（外来）の有効回答数は⑥132,932、⑦113,980。⑧該当するメッシュの出生数（推計）の割合。

③利用できる医療機関の数

利用できる医療機関の数に関しては、まず、1973年の調査では、かかりつけの病院・医院を決めている人に選択の理由を尋ねたところ（回答9,681）、他に病院・医院がないという回答は3%（町村の農業世帯でも5%）だった（厚生省1975：24-5）。また、1984年の調査では（有効回答35,969）、軽い病気と重い病気で利用する医院・病院を区別しているかを尋ねたところ、区別するほど医院・病院がないという回答は2%（農林漁業作業員も2%）だった（厚生省1985：33）。次に、現在通院中の人への2005年の調査によると（回答1,079）、現在通院している医療機関以外に通院可能な医療機関の数は平均3.1だった（山田2005：1668）。

このように、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。

本節では、医療の供給量や需要との関係、医療機関までの距離・時間、利用できる医療機関の数に関する調査結果を整理してきた。

まず、医療の供給量や需要との関係については、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、医療機関までの距離・時間については、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、距離が遠かった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。

以上から、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る。

(2) 情報

ルグランによると、利用者が供給者をうまく選択し、それが質の向上をもたらすためには、利用者が質に関する情報を持ち、質を判断しなければならない。ここでいう質とは、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（児山2011：24）。また、先述のように、厚生労働省の文書でも、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と述べられていた。しかし、患者はサービスの結果に関する情報を持たず、大病院・重装備病院を選好するという見方もあった。本節では、医療機関・自治体による情報提供の制度や実施状況を見た上で、患者による情報の入手・利用に関する調査結果を整理する。

①情報の提供

患者の選択によって医療の質が向上すると主張した厚生労働省の文書では、当面進めるべき施策のうち、医療に関する情報提供の推進として、広告規制の緩和、公的機関によるインターネットを通じた情報提供、日本医療機能評価機構の評価の受診の促進が挙げられた（厚生労働省2003：（1）I（1））。以下では、医療機関による広告、自治体による情報提供、医療機関に対する評価と、広告や自治体の情報提供の内容にも含まれる専門医の認定に関する制度や実施状況を見ていく。

(a) 広告

医療機関による広告は、1948年施行の医療法により規制されていたが、1990年代、2000年代に規制が緩和された。以下、広告規制に関する経緯と2000年以降の実態についての調査結果を整理する。

1948年施行の医療法では、診療科名、診察日・時間、入院設備の有無、都道府県知事の許可を受けた事項など以外は広告してはならず、医師の技能、治療方法、経歴、学位に関する事項は広告してはならないとされた（38、40条）。1950年施行の医療法改正により、厚生大臣が特に定める事項は広告できるようになったが（69条）、医療の質に関しては、医療監視に基づき病院の管理・人員・構造設備について厚生大臣が判定した類別が挙げられるにとどまった（厚生省告示1950.3.27第72号）。なお、広告できる診療科名は、当初は10種類だったが、その後、追加・細分化され、1993年3月時点で24種類になった（医療法70条）。

1993年施行の医療法改正により、医師の技能等に関する事項を広告してはならない旨の規定は削除された(69条)。また、同年には、広告できる事項として、予約による診療、休日の診療、往診、訪問看護、他の医療機関への紹介が追加され、1998年には、紹介できる他の病院・診療所の名称、医師・看護師の数、病床・病室数、2001年には、医療機能評価の結果、医師の略歴も追加された(同上、厚生省告示1993.2.3第23号、同1998.8.28第224号、厚生労働省告示2001.1.31第19号)。

2002年には、広告できる事項が大幅に増加し、専門医の認定、治療方法、手術件数、平均在院日数、医師・看護師の患者数に対する配置割合、セカンドオピニオンへの協力体制・患者からの相談に応じる体制・安全管理体制の確保、症例検討会議の開催、医療機能評価の個別の審査項目に関する結果、外部監査を受けている旨、審査登録機関に登録している旨などが追加された(厚生労働省告示2002.3.29第158号)。さらに、2007年には、広告できる事項の規定が包括化され、施設・設備・従業者、病院・診療所の管理・運営、保健医療・福祉サービス提供者との連携、情報の提供、医療の内容、医療の提供の結果に関する事項を広告できるとされた(医療法6条の5)。ただし、医療の内容については、診療報酬点数の算定方法に規定するものに限られ、また、医療の提供の結果については、従来も可能だったものに加えて、治療結果に関する分析やその結果の提供を行っている旨、セカンドオピニオンの実績、患者満足度調査の実施やその結果の提供を行っている旨などに限られた(厚生労働省告示2007.3.30第108号)。なお、2008年には、広告できる診療科名が、従来のような名称(内科、外科など)と、人体の部位等(消化器など)、患者の性別・年齢、医学的処置(透析など)、疾病・病態(糖尿病など)の組み合わせでもよいことになった(医療法施行令3条の2)。

なお、医療機関がインターネット上で提供する情報は、情報を得ようとする者が閲覧するものであり、一般人が認知できる状態にないため、医療法上の広告に当たらないと解釈されてきた(医療情報検討会2012: 2-4)。しかし、美容医療に関する消費者トラブルが増加したこと(厚生労働省2018b)、2018年施行の医療法改正により、広告とは、広告その他の医療を受ける者を誘因するための手段としての表示であると規定され(6条の5)、インターネット上の情報も広告に含まれるようになった。

医療機関による広告やインターネット上の情報提供の実態については、2000～02年の雑誌・新聞広告とホームページに関する調査がある。

まず、2000、01、02年の各4～8月分の雑誌・新聞広告量統計の分析によると、雑誌は各年に5,536、4,541、4,957段、新聞は8,030、7,904、7,881段であり、増加傾向は見られなかった(礎他2003: 184-5)。

次に、東京都・神奈川県・千葉県の全病院を対象とした2000年12月と2002年夏の調査によると、ホームページを開設している割合は、東京都が21%から37%、神奈川県が23%から41%、千葉県が18%から34%に増加した。ただし、質に関する情報の提供割合を両年で比較すると、医師の経歴・学歴は各都県で10～12%から17～18%に増加し、人員体制は神奈川県で6%から12%に、医療設備は東京都で26%から34%、神奈川県で29%から37%に、医療成績は神奈川県で6%から7%に増

加したものの、人員体制は東京都で14%から13%、千葉県で11.1%から10.8%に、医療設備は千葉県で43%から38%に、医療成績は東京都で9.5%から9.4%、千葉県で15%から9%に減少した(碓2003:31,34)。

以上のように、2002年には広告規制が大幅に緩和されたが、その直後の調査では、広告やインターネット上での質に関する情報の提供は必ずしも増加しなかった。

(b) 自治体による情報提供

自治体による情報提供の制度は、2007年施行の医療法改正により導入された。以下、制度の内容と実施状況を見ていく。

2007年4月施行の医療法改正により、病院等(病院、診療所、助産所)の管理者は、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報を都道府県知事に報告しなければならないが、都道府県知事は報告された事項を公表しなければならないことが定められた(6条の3)。病院等の管理者が報告しなければならない事項は、基本情報(名称、所在地、診療科目、診療日・時間、病床数など)の他に、質に関するものとしては、専門医の種類・人数、保有する施設・設備、対応できる疾患・治療内容、セカンドオピニオンの状況、人員配置、医療安全対策、症例検討体制、治療結果(死亡率・再入院率・在院日数など)に関する分析とその結果の提供の有無、患者数、平均在院日数、患者満足度調査の実施と結果の提供の有無、日本医療機能評価機構による認定の有無などである(施行日から2年間は基本情報のみでも可)(医療法施行規則1条、別表第1、附則2条)。また、都道府県知事は、報告された事項について、情報を容易に検索できるインターネットを活用した方法により公表しなければならないことが定められた(同規則1条の4)。

都道府県による公表の実施状況については2008～10年の調査がある。それによると、2008年4月時点で、基本情報以外も含めた全情報を検索可能な形で公表していたのは47都道府県のうち30、基本情報だけを検索可能な形で公表していたのは6、何らかの情報を検索可能でない形で公表していたのは4、未公表は7だった(三谷2008:1)。その後、2009年4～6月には、45都道府県が規定の内容・方法で情報を公表しており、検索できない形での公表が1県、未公表が1県あったが(三谷2009:3)、2010年1月には全都道府県で公表された(中山・三谷2010:5)。

以上のように、医療機関の質などに関する情報を都道府県がインターネット上で公表する制度が2007年に始まり、2010年には全都道府県で実施された。

(c) 医療機関の評価

医療機関を評価する組織として、1995年に財団法人日本医療機能評価機構が設立された(2011年から公益財団法人に移行)(日本医療機能評価機構2022c:沿革)。以下では、同機構による評価の制度と実施状況を見ていく。

日本医療機能評価機構は、医療機能の評価に関する事業などを行う(日本医療機能評価機構2018b)。

病院機能の評価は書面審査と訪問審査からなり、書面審査は病院による自己評価調査などの作成・提出、訪問審査は3～9名の訪問調査者（病院の院長・副院長経験者など）による審査を行う（日本医療機能評価機構2022a、同2022c：訪問調査者（サーベイヤ）について）。各評価項目の評価が「B」（一定の水準に達している）以上であれば認定され、「C」（一定の水準に達しているとはいえない）を含む場合は、問題の緊急性や患者への影響の程度などに留意して、認定または認定留保とする。認定の有効期間は5年間である（日本医療機能評価機構2021、同2022d、栗田2007）。

評価項目のうち、医療の質に関するものとしては、診断・評価、投薬・注射、周術期の対応、重症患者の管理、手術・麻酔機能の適切さなどもある（日本医療機能評価機構2017）。ただし、「C」評価となりうる状況の例としては、それぞれ、診療計画の説明・同意、薬剤投与時の安全確認、手術・麻酔に関する説明・同意、重症度に応じた病床の選択、術中の患者観察がないことなどが挙げられており（日本医療機能評価機構2018a：3-4）、診療の結果よりも過程が重視されている。

なお、先述のように、同機構による評価結果は、2001年から医療機関が広告できる事項に加えられ（2002年から個別の審査項目に関する結果も追加）、2007年開始の都道府県による情報公表の対象にも含まれている。

同機構による認定病院数は、1997年度末の50から2009年度末の2,574に急増したが、その後は減少し、2019年度末には2,159（全病院の26%、病床数では42%）、2021年度末には2,043（同じく25%、41%）になった（日本医療機能評価機構2022b：1）。

(d) 専門医の認定

専門医の認定は、2002年から医療機関が広告できる事項に加えられ、2007年開始の都道府県による情報公表の対象にも含まれた。以下、専門医の認定の制度や実施状況を見ていく。

専門医の認定の制度は、各学会が個別に設けてきた。1962年に日本麻酔学会が初めて制度を創設し、1981年4月までに14学会が制度を発足させた（日野原1981：94）。同年設立の学会認定医制協議会には22学会が参加し、1990年には42学会に増加、2001年に専門医認定制協議会に改組した際には50学会が参加した（日本専門医機構2022：96-7）。

2002年4月には、専門医の認定（厚生労働大臣が定める基準に適合するものとして厚生労働大臣に届け出た団体が行う医師・歯科医師の専門性に関する認定）を受けた旨を広告できるようになった（厚生労働省告示2002.3.29第158号）。大臣が定める基準とは、法人格、会員数（千人以上、8割以上が医師・歯科医師）、一定の活動実績、専門性に関する資格の取得条件の公表、資格の認定方法（5年以上の研修、適正な試験）、資格の更新制、認定者名簿の公表などである（厚生労働省告示2002.3.29第159号）。届出が受理された団体が認定する医師の資格の数は、2002年度は11だったが、2013年5月には59に増加した（日本専門医機構2022：4-5）。専門医の数も、2012年には、外科が21,816（2010年の主たる診療科としての従事医師数は16,704、複数回答での従事医師数は28,918、以下同様）、整形外科が17,546（19,975、24,679）、眼科が10,594（12,797、13,034）、精神科が10,099（14,201、15,599）など

であり（内科、産婦人科は専門医と診療科の名称が異なるため省略）、各診療科の医師数に近いものになっていた（厚生労働省2013）。

しかし、2013年の「専門医の在り方に関する検討会」の報告書では、制度を運用する団体が乱立し、認定基準が統一されておらず、質の担保に懸念を生じる制度も出現するようになったと述べられた。そして、質が担保された専門医を学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要であるとされた。報告書では、専門医とは「患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」であり、基本領域の専門医（総合内科専門医など）を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医（循環器専門医など）を取得する二段階制の仕組みを基本とすべきであるとされた（専門医検討会2013：1-2, 4）。

専門医を認定する第三者機関として、2014年に一般社団法人日本専門医機構が発足した。2001年に発足した上述の専門医認定協議会は、2002年に中間法人格を取得して日本専門医認定機構となり、2008年に社団法人日本専門医制評価・認定機構となっていたが、2014年に一般社団法人に移行した。日本専門医機構は、2017年度から基本領域の研修を開始する予定だったが、症例・指導医数の多い都市部の大病院に医師が集中するという懸念が医療団体・自治体から表明されたため、1年延期して2018年度に開始した。2018～20年度には各8,410～8,973人（医師免許を取得した医師のほぼ90%以上）が研修を開始し、2021年には多くの領域で1期目の研修が修了し、認定試験が行われた。他方、サブスペシャリティ領域の研修は、2019年度から開始する予定だったが、厚生労働省の審議会で、国民から見て分かりにくい、乱立を避けるべきなどの意見が出されて、開始が2021年度に延期され、さらに、新型コロナウイルスの感染拡大により、2022年度に再延期された（日本専門医機構2022：98-100, 102, 104-5、同2021：1、厚生労働省2018c：14-7、同2019：2）。

なお、日本専門医機構から基本領域の専門医の認定を受けた旨は、2021年10月から広告可能な事項に含まれ、2022年4月から都道府県による情報公表の対象にも含まれた（厚生労働省告示2007.3.30第108号2021.9.27改正1条、同2007.3.26第53号2022.3.31改正8条）。

以上のように、専門医を認定する制度を設けた学会の数は増加し、多くの医師が認定を受けるようになった。しかし、学会による認定は質の担保に懸念があるとされ、第三者機関による認定の制度が始まったばかりである。

②情報の入手・利用

次に、患者が医療機関の選択のための情報をどのように入手・利用しているかについて、情報源、選択の際に重視する点、情報に対する評価、選択の理由、評価の理由の順に、調査結果を整理する。

（a）情報源

医療機関を選択する際の情報源として多く挙げられたのは（表8）、家族・友人・知人（親戚を含む）が2～6割、医師（他の医療機関を含む）が1～5割だった。インターネット（ホームページを

表8 医療機関を選択する際の情報源

(単位：%)

出典等 調査年 調査対象 選択対象 N	①		②		③		④		⑤		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
	1999		2002		2008		2011		2017		2006	2011	2017	2017	2020
	患者											国民			
	病院						病院・診療所		医療機関			かかりつけ医			
	191,987		115,907		154,185		150,620		145,700	1,000	2,000	2,000	1,200	669	
家族・友人・知人	23	19	47	37	31	27	—	—	55	60	58	51	43	54	37
医師	—	—	27	46	33	50	—	—	—	—	11	38	36	13	18
インターネット	0.1	0.1	1	1	3	3	—	—	—	—	—	46	44	3	3
医療機関	—	—	—	—	—	—	7	5	16	12	8	33	23	—	—
行政機関	—	—	—	—	—	—	1	1	3	2	—	16	9	—	—
広告	1	1	3	1	2	2	6	5	4	5	—	—	—	6	2

・出典：①厚生省受療概要1999：表2、②厚生労働省受療概要2002：表1、③同2008：表3、④同2011：表3、⑤同2017：表1、⑥米田2006：39、⑦健保連2011：7、⑧同2017：40-1、⑨日医総研2017：93、⑩同2020：53。

・注：複数回答。①～⑤左は外来、右は入院。設問の概要は、①～④この病院を選ぶにあたり何を参考にしたか・どこから情報を得たか、⑤ふだん病院・診療所にかかるときどこから情報を入手するか、⑥医療機関を選ぶ際の判断材料の集め方、⑦医療機関を選ぶときの情報源、⑧医療機関を選ぶにあたり何を参考にして、⑨⑩かかりつけ医をどのようにして・見つけて選んだか。選択肢の表現は調査によって異なる。情報源なし・無回答を含む全体に対する割合。30%以上の数値を太字にした。

含む)は、2000年代にはほとんど挙げられなかったが、2010年以降は4～5割挙げられることもあった。ただし、医療機関のものが多く(全体の1～3割)、行政機関(都道府県・市区町村を含む)のものは全体の1割前後だった。18歳以上の人への2019年の調査でも(有効回収2,803)、都道府県の医療情報ネット(医療機関を検索できるウェブサイト)を利用したことがあるという回答は5%、知っているが利用したことはないは12%、知らないは83%だった(内閣府2019：4)。また、広告(新聞・雑誌・テレビ、電話帳、看板、ポスター、パンフレット)は1割以下だった。

このように、医療機関を選択するための主な情報源は、家族・友人・知人、医師、近年では医療機関のインターネット上の情報であり、行政機関のインターネット上の情報や、インターネット以外の広告はあまり用いられていなかった。

(b) 重視する点

まず、医療機関を選択する際に重視する点として多く挙げられたのは(表9)、技術(複数回答で2～7割、単一回答で3～5割)、説明(複数回答で2～7割)、利便性(複数回答で3～5割、単一回答で4～5割)だった。なお、患者は大病院・重装備病院を選好するという見方もあったが、病院の規模や設備は複数回答で1～3割だった。

次に、医療機関を選択する際にほしい・必要な情報として、質に関するものを回答した割合は(表10)、医師の専門分野(・経歴)が4～6割、治療方法・治療実績が5割、安全のための取り組みが4～5割、療養環境が4割、第三者機関による評価が2～4割、医師・看護師などの配置・人数が3割などだった。

このように、重視する点としては、技術、説明が多く挙げられ、病院の規模や設備を上回った。また、ほしい・必要な情報としては、医師の専門分野・経歴、治療方法・治療実績、安全のための

表9 医療機関を選択する際に重視する点

		出典等	①	②	③	④	
		調査年	1973	2001	2005	2016	
		調査対象	国民	男女	患者	個人	
		単位	%				点
		回答数 N	複数		単一		—
利便性	近くて便利	51					
	通院の際の利便性		34				
	利便性			46	39		
	待ち時間の短さ		29				
種類	対応可能な手術や治療				5.0		
	専門病院	12					
規模	大きい病院	10					
設備	設備がよい	10					
	医療機器の充実度		25				
	高度な設備				5.1		
技術	診療が上手	22					
	医師の診断技術		74				
	医師・医療機関の専門性・実績			31	45		
	手術・治療の実績				4.9		
説明	医師の説明のわかりやすさ		66				
	医師による説明				5.7		
	情報提供の熱心さ		16				
態度	親切	14					
	医師の言葉遣いや態度		15				
	医師の人柄			16	12		
	医師の対応が丁寧				5.4		
	看護婦などのスタッフの言葉遣いや態度		16				
	看護師の対応が丁寧				5.4		
評判	評判がよい	18					
	患者の評判			6	3		
	患者による評価				4.7		

・出典：①総理府1973：Q5、②日経ヘルスケア2001：14、③山田2005：1669、④藤澤他2016：15-6。

・注：③左は診療所、右は病院の通院者。設問の概要は、①どんなことに重きを置いて診療所・病院を選ぶか、②医療機関を選ぶ際に重視するポイント、③医療機関を選択する際に最も重視する点、④医療機関選択に際しての評価基準の重要度（他の項目よりも、やや重要が3点、かなり重要が5点、非常に重要が7点など）。30%・5点以上の数値を太字にした。数値なしの「—」は省略した(表12、13も同じ)。

取り組みが比較的多く挙げられた。

(c) 情報の評価

まず、質に関する情報をほしい・必要と回答した人のうち、それらを入手できた割合は（表11）、療養環境が3割、他は2割以下だった。

次に、通院する医療機関を選ぶ上で不足している情報を30歳以上の人に尋ねた1999年の調査によると（回答1,536、複数回答）、病医院が得意としている診療分野・実績が6割、医師の専門分野や

表10 医療機関を選択する際にほしい・必要な情報(質に関するもの)

(単位：%)

出典等 調査年 N	①		②		③	
	2002		2005		2008	
	115,907		172,809		154,185	
	外来	入院	外来	入院	外来	入院
療養環境(病室の広さ等)	—	35	—	42	—	—
医師・看護師などの配置・人数	—	—	—	—	26	32
医師の専門分野	47	43	55	53	49	49
医師の経歴	24	26			35	39
安全のための取り組み	—	—	47	42	—	—
治療方法・治療実績	—	—	46	48	24	30
生存率・合併症発症率などの治療結果	—	—	—	—	—	—
第三者機関による評価	20	32	43	44	—	—

・出典：①厚生労働省受療概要2002：表2, 3、②同2005：表2-1, 3-1、③同2008：5。

・注：調査対象は病院の患者。設問の概要は、①②ほしいと思った情報を選択(複数回答)、③各情報について、必要、不要、不明のいずれかを選択。30%以上の数値を太字にした。

表11 ほしい・必要な情報の入手割合(質に関するもの)

(単位：%)

出典等 調査年 N	①		②	
	2005		2008	
	172,809		154,185	
	外来	入院	外来	入院
療養環境(病室の広さ等)	—	30	—	—
医師・看護師などの配置・人数	—	—	9	13
医師の専門分野・経歴	9	18	15	16
安全のための取り組み	5	15	6	11
治療方法・治療実績	10	24	—	—
生存率・合併症発症率などの治療結果	—	—	8	15
第三者機関による評価	3	12	—	—

・出典：①厚生労働省受療調査2005：基本集計第7-1, 7-2表、②厚生労働省受療概要2008：4-5。

・注：調査対象は病院の患者。各情報をほしい・必要と回答した人に対する割合。Nは調査全体の有効回答数。

学歴・経歴、診療費(自己負担)の目安が5割、時間外診療・往診・在宅医療の実施の有無が4割、設置している医療機器、病室の数・設備・広さ・差額料金、予約制の有無が3割、紹介してくれる医療機関の名前、医師・看護師などの数が2割であり、情報が不足しているとは思わないは5%だった(米田・佐藤2000：26)。

なお、関東・中部・近畿地方の病院の医師への2004年の調査によると(集計1,050)、担当する初診の外来患者のうち、より専門的な病院に行くのがふさわしい患者は8%、当院で診るのがふさわしい患者は66%、診療所で診るのがふさわしい患者は26%だった(塚原他2006：290)。

このように、質に関する情報をほしい・必要としている人のうち、それらを入手できた割合はほぼ2割以下であり、医療機関の得意分野・実績や医師の専門分野・経歴に関する情報が不足しているという回答が5割以上あった。なお、病院の患者のうち診療所で診るのがふさわしい患者は3割、より専門的な病院で診るのがふさわしい患者は1割だった。

(d) 選択の理由

まず、医療機関を選択する理由としては(表12)、経緯(前に来た、かかりつけ医、病院・医師の紹介)が3～5割、利便性(近い、交通・通院が便利)が3～4割挙げられることが多かった。医療の質に関するものとしては、専門性、技術、説明、医師・看護師の態度が2～3割挙げられること

表12 医療機関の選択の理由

(単位：%)

出典等 調査年 調査対象 選択対象 回答数		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧				
		1996	2005	2011	2014	2017	2020	2006	1984				
		患者								国民			
		病院							通院・ 入院先	医院・ 病院			
		複数								単一			
利便性	近い	40	27	37	29				29				
	交通が便利		31	27	18	17	25	25	25	24	26	20	
	通院に便利											70	
	待ち時間が短い	9		9								22	
	診療日時が好都合			12									
種類	どんな病気でも診療											17	
	診療科目が多い	21	13										
	様々な症状に対応			20	19								
	受たい検査・治療がある			24	18								
専門性	専門性が高い		26	22	21	21	22	25	22	24	25	25	
規模	大きな病院で安心そう			29	23								
施設	建物・病室がきれい	9	9		16							16	
施設設備	建物がきれい・設備が整う					7	13	7	12	7	10		
	設備がよい											5	
設備	医療設備がよい	28	23										
	医療機器が充実											25	
技術	医療技術の高さ											30	
	技術の優れた医師がいる			25	25								
	名医・専門医がいる	27	24										
	生存率等の治療成績が良い			2	3								
内容	不要な検査・投薬が少ない											16	
説明	よく説明してくれる											24	
	説明が丁寧でわかりやすい											31	
	情報提供・開示に積極的											11	
態度	応対が丁寧でマナーも良い											29	
	医師・看護師が親切	30	28		31	35	14	24	14	24	14	21	
連携	連携医療機関等が充実			8	12								
経緯	前に来たことがある	40	33		37	36						22	
	かかりつけ医	31	23	39	32								
	病院・医師の紹介	17	30	23	38	33	49	33	52	35	49	37	53
	家族・友人・知人の勧め			16	19	21	21	17	21	17	21	16	19

・出典：①厚生省受療調査1996：基本集計第3、4表、②厚生労働省受療概要2005：表1、③～⑥厚生労働省受療調査2011、2014、2017、2020：基本集計第2表、⑦米田2006：26、⑧厚生省1985：29。

・注：調査対象は、①～⑥病院の患者(左は通院、右は入院)、⑦過去5年以内の通院・入院者を含む。理由なしを含む全体に対する割合。設問の概要は、①～⑥この病院を選んだ理由、⑦通院・入院先を選ぶ理由、⑧重い風邪の時に医院・病院を選ぶ理由。選択肢の表現は調査によって異なる。N=①～⑥105,648～214,432、⑦1,000、⑧23,850。30%(⑧は20%)以上の数値を太字にした。

が多かった。また、病院の規模や医療設備・機器も2～3割挙げられた。なお、全国の高齢者への1996年の調査では（回収2,447）、どのような病気・ケガの時に病院を選択するかを尋ねたところ、どんな病気・ケガでも診療所に行くという回答が54%、重い病気・ケガの時に大病院に行くが26%、どんな病気・ケガでも大病院に行くが19%だった（杉澤他2000：919）。

他方、かかりつけ医を選択する理由としては（表13）、利便性（近い、通院に便利）が5割以上、説明、信頼、医師の人柄、以前からの継続が3割以上挙げられることが多かった。他方、技術、親切・丁寧、診療機器は1～2割だった。

このように、医療機関を選択する理由としては、経緯、利便性が多く挙げられ、次いで、専門性、技術、説明、態度と、規模、設備が同程度に挙げられたが、かかりつけ医を選択する理由は異なる部分もあった。

(e) 評価の理由

まず、お気に入りの医療機関がある人を対象に、好印象を抱く理由を尋ねた2001年の調査による

表13 かかりつけ医の選択の理由

（単位：％）

	出典等 調査年 回答数	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
		1960	1967	1973	2006	2007	2011	2017	2017	2020	1973
		複数									単一
利便性	近い、急病時・通院に便利	29	25	50	65	59	73	71		55	34
	待ち時間が短い				11			14			
種類	どんな病気でも診る				23	13	15	12	24	16	
	いろいろな診療科がある				6						
	健康・介護等について幅広く相談					8	19	11	24	21	
設備	診療機器がそろっている				9						
技術	医師の技術が優れている				18	11		9			
	診療が上手、以前にかかってよかった	8	7	21							
説明	よく説明				31	35	36	32			
信頼	信頼できる							40			26
態度	医師の人柄（親切、共感）				26	36	46	38			
	親切、丁寧	12	10								14
即応	必要な時に連絡がとれ、適切な指示					18	18	12			
	夜間休日・緊急時などいつでも診る				7						
継続	昔からかかりつけている										13
	現在・以前にかかった病気の主治医								59	38	
	以前から知る、自分の身体をよく知る	14	18								
	自分の病歴・健康をよく知る				27	33	42	29		25	
	自分・家族の体質・健康をよく知る			37							
	家族の病歴・健康をよく知る				14	18	21	14			
紹介	必要な時に医師・医療機関等を紹介				13	14	18	12			
評判	医師・医療機関の評判が良い							17			

・出典：①総理府1960：Q14、②同1967：Q19、③同1973：Q5、④日医総研2006：国民2、⑤～⑦健保連2017：102、⑧日医総研2017：34、⑨同2020：52、⑩厚生省1975：24-5。
 ・注：かかりつけ医がいる人に対する割合。N=①～③2,466～2,607、⑤～⑦355～539、④⑧⑨669～754、⑩9,681（①～③は調査全体の有効回答数、他は設問の回答数）。30%（⑩は20%）以上の数値を太字にした。

と（回答517、複数回答）、医師の説明がわかりやすいが7割、通院に便利、医師の診療技術が確か、医療機器が充実、医師の態度・言葉遣いが丁寧が3割、看護婦などの態度・言葉遣いが丁寧、検査・投薬を必要以上に行わないが2割などだった（日経ヘルスケア2001：13）。

次に、医療機関を変更した理由を尋ねた調査によると（前号表2）、診療結果や医療技術への不満が3～5割、説明への不満が3～4割、態度への不満が1～4割、待ち時間の長さが3割、患者の意思を尊重しないこと、不要な検査・投薬、通院の不便さが2割などだった。

本節では、医療機関・自治体・専門機関による情報提供の制度や実施状況を見た上で、患者による情報の入手・利用に関する調査結果を整理した。

医療機関による広告は2002年に大幅に規制緩和され、都道府県によるインターネットでの情報公表制度が2007年に始まり、1995年に設立された日本医療機能評価機構が病院の評価・認定を行い、1962年に始まった各学会による専門医の認定に加えて日本専門医機構による認定のための研修が2018年に始まった。

しかし、都道府県による情報公表は2010年に全国で実施されたものの、医療機関による広告や質に関する情報提供は2002年の時点では必ずしも増加せず、日本医療機能評価機構による認定病院数は2009年まで急増したものの近年は減少して全病院の3割未満であり、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、日本専門医機構によるものは始まったばかりである。

情報源に関する調査によると、医療機関によるインターネット上の情報を用いる割合は近年は1～3割になったが、それ以外の広告は1割以下であり、都道府県などの行政機関によるインターネット上の情報を用いる割合は1割前後だった。また、第三者機関による評価をほしい・必要と回答した割合は2～4割で、そのうち入手したのは1割以下だった。

医療機関を選択する際に重視する点としては、技術（診療技術、専門性、実績）、説明（説明、情報提供）が2～7割挙げられ、ほしい・必要な情報としても、医師の専門分野（・経歴）が4～6割、治療方法・治療実績が5割挙げられた。しかし、医師の専門分野・経歴、治療方法・治療実績、治療結果に関する情報をほしい・必要と回答した人のうち、これらを手に入れた割合は2割以下であり、不足している情報としても、医療機関の得意分野・実績、医師の専門分野・経歴が5～6割挙げられた。そして、医療機関の選択の理由として、専門性、技術、説明を挙げた回答は2～3割だった。また、医療機関に好印象を抱く理由として、医師の説明は7割だったが、医師の診療技術は3割だった。このように、技術、専門分野、実績を重視する割合は比較的大きいが、それらに関する情報を入手できる割合は小さく、選択や好印象の理由としても多くはなかった。

なお、患者は大病院・重装備病院を 선호するという見方もあったが、病院の規模や設備は、重視する点としては1～3割、選択の理由としては2～3割、好印象の理由としては3割であり、技術と同等かそれよりも少なかった。また、どんな病気・ケガでも大病院に行くという回答は2割、病院よりも診療所が適している患者は3割だったが、逆に、どんな病気・ケガでも診療所に行くとい

う回答は5割、より専門的な病院が適している患者は1割だった。そして、医療機関を変更した理由のうち、診療結果や医療技術への不満は3～5割で最も多く（患者全体に対する割合は変更時期を限定しなければ2～4割）、不要な検査・投薬が多いことも2割であり、好印象の理由のうち不要な検査・投薬を行わないことも2割だった。このように、大病院・重装備病院を選好する患者はそうでない患者と比べて必ずしも多いとはいえず、サービスの結果に関する情報を事後的に得て選択し直す患者も同程度おり、必要以上の検査・投薬を望まない患者もある程度いた。

(3) いいとこ取り

いいとこ取りとは、費用のかかる利用者に対する差別であり、公平性を損なう要因である（児山2011：25）。医師法では、医師は、診療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない旨が規定されてきた（19条）。また、厚生労働省の2018年の通知では、身元保証人等がないことのみを理由に医師が患者の入院を拒否することは、医師法19条に抵触するとされた（厚生労働省2018a）。しかし、手間のかかる患者への診療拒否・退院促進や、身元保証人のいない患者の入院拒否が行われてきた。

第1に、手間のかかる患者については、まず、東京都の民間病院の老人受け入れ条件に関する1988年の調査によると、認知症・寝たきりを断るものが24病院のうち9あったとされる（相野谷1991：87）。また、全国の病院への2007年の調査（回収391）の自由記述では、一般病床（在院日数が長くなると診療報酬が減少）で治療前に退院させる、療養病床（1日当たり定額払い）で褥瘡など医療行為がある患者の入院を拒否する、などの記述があったとされる（印南2009：93, 271-2, 275）。

第2に、身元保証人については、まず、全国の病院への2013年の調査によると（回収97）、入院契約書等において身元保証人等を求めているものは96%であり、そのうち、身元保証人等が得られそうにない場合に入院を認めないものは23%（全体の22%）だった。身元保証人等に求めるものは（身元保証人等を求めているものに対する割合、複数回答、次の調査も同じ）、入院費の支払いが99%、緊急の連絡先が97%、遺体・遺品の引取り・葬儀等が88%、入院計画書等の同意が87%、医療行為の同意が85%などだった（成年後見センター2014：6, 9, 14）。次に、全国の病院への2017年の調査によると（回答1,291）、入院時に身元保証人等を求めているものは65%であり、そのうち、身元保証人等が得られそうにない場合に入院を認めないものは8%（全体の5%）だった。身元保証人等に求める役割は、入院費の支払いが88%、緊急の連絡先が85%、債務の保証が81%、本人の身柄引取りが67%、医療行為の同意が56%などだった（山縣2018：118-9）。また、東京都・神奈川県・埼玉県の病院・介護施設（回答各471、782）への2021年の調査によると、入院・入所希望者に身元保証人等を求めているものは88%であり（病院・介護施設別の数値は不明）、身元保証人を用意できない場合に入院を断る病院は全体の6%だった。入院を断る理由としては、入院費が滞ることなどが挙げられた（関東管区行政評価局2022：1章4-5）。なお、ある病院の2008～16年の転院患者（503）への調査結果の分析によると、保証人がいない患者は保証人がいる患者と比べて、転院先が第1希望でない

可能性が3.5倍高かった(林2019: 206, 212)。

以上のように、認知症や寝たきりの患者、採算の合わない患者、保証人のいない患者が病院から診療を拒否されることがある。

注

- (1) 同様の指摘として、泉田2010: 83、二木2014: 176-8がある。
- (2) 2次医療圏は、地理的条件等の自然条件、交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として入院に係る医療を提供する体制の確保を図る地域的な単位(厚生労働省告示2007.3.30第70号2020.4.13改正10: 1)などと定義される。
- (3) 2007年の調査(有効回収17,188)によると、過去1年間に医療機関に行った割合は81.5%、健康ではなかったが行くことができなかった割合は2.0%、そのうち、医療機関までの距離が遠いなど通院困難なことを理由として挙げた割合は9.5%であり、健康でなかった人の0.2% ($2.0\% \times 9.5\% \div (81.5\% + 2.0\%)$)になる(社人研2007: 21)。また、2017年の調査(有効回収19,800)によると、過去1年間に病気・けがをした人のうち、受診・治療しなかった割合は7.1%、そのうち、理由として、近くに病院・診療所がなかったことを挙げた割合は9.2%であり、病気・けがをした人の0.7% ($7.1\% \times 9.2\%$)になる(社人研2017: 80, 82)。なお、2012年の調査(有効回収21,173)によると、過去1年間に必要だと思うのに医療機関に行けなかった経験があるという回答は14.2%、そのうち、理由として、距離が遠く通院が困難であることを挙げた割合は7.0%だった。全体に占める割合は1.0%になるが、健康でなかった人に対する割合は不明である(社人研2014: 32-3)。

参考文献

- 相野谷安孝(1991)『国が医療を捨てる時』(あけび書房)。
- 碓朋子(2003)「2001・2002年の広告規制緩和前後での医療機関の情報提供活動と消費者が参考にする情報源の変化: 医療機関ホームページの内容分析と母親の産科選択を中心に」『経営と情報』(静岡県立大学) 16(1)、27-42。
- 碓朋子、橋本榮里子、和田ちひろ(2003)「医療機関の広告・広報が消費者(患者)の意思決定過程に与える効果の継時的比較: 医療法改正前・後の母親の産科選択行動を中心に」『広告科学』 43、179-200。
- 石川雅俊(2015)「地理情報システムを用いた全国の分娩医療機関に対するアクセスの検討」『日本医療経営学会誌』 19(1)、5-11。
- 泉田信行(2010)「医療サービス供給体制」、宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済3 社会サービスと地域』(東京大学出版会) 65-87。
- 医療情報検討会(2012)医療情報の提供のあり方等に関する検討会「医療情報の提供のあり方等に関する検討会報告書」。
- 印南一路(2009)『「社会的入院」の研究』(東洋経済新報社)。
- 関東管区行政評価局(2022)『高齢者の身元保証に関する調査(行政相談契機): 入院、入所の支援事例を中心として 結果報告書』。
- 栗田佳代子(2007)「医療機関における第三者評価のしくみ: 日本医療機能評価機構における評価事業」『大学評価・学位研究』 6、45-53。
- 健保連(2011)健康保険組合連合会「医療に関する国民意識調査 報告書」。
- (2017)同上「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)。
- (1985) 厚生省大臣官房統計情報部『昭和59年保健衛生基礎調査(受療行動)』(厚生統計協会)。
- 厚生省医師概況(各年版)「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」。
- 厚生省施設概況(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」。
- 厚生省病院報告(各年版)「病院報告」。
- 厚生労働省(2003)「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」。
- (2013)「基本領域及びサブスペシヤルティ領域における専門医数・診療科別医師数」(専門医の在り方に関する検討会、第15回、2013年1月18日、事務局提出資料3)。
- (2018a) 厚生労働省医政局医事課長「身元保証人等がないことのみを理由に医療機関において入院を拒否することについて」(医政医発0427第2号、2008年4月27日)。
- (2018b) 厚生労働省医政局局長「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)等について」(医政発0508第1号、2018年5月8日)。
- (2018c)「新たな専門医制度の背景と現状」(医道審議会医師分科会医師専門研修部会、2018年度第1回、2018年9月28日、資料1)。
- (2019)「サブスペシヤルティ領域の専門研修について」(医道審議会医師分科会医師専門研修部会、2018年度第5回、2019年3月22日、資料1)。
- (2020)『令和2年版 厚生労働白書』。
- 厚生労働省医師概況(各年版)「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」「医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」。
- 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」。
- 厚生労働省受療調査(各年版)「受療行動調査」。
- 小松秀樹(2006)『医療崩壊：「立ち去り型サボタージュ」とは何か』(朝日新聞社)。
- 児山正史(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。
- 社人研(2007) 国立社会保障・人口問題研究所「2007年社会保障・人口問題基本調査 社会保障実態調査 結果の概要」。
- (2014) 同上「2012年社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査 報告書」。
- (2017) 同上「2017年社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査 結果の概要」。
- 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。
- 成年後見センター(2014) 公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート「病院・施設等における身元保証等に関する実態調査 報告書」。
- 専門医検討会(2013) 専門医の在り方に関する検討会「専門医の在り方に関する検討会 報告書」。
- 総務省人口推計(2000a)「第1表 男女別人口(各年10月1日現在)：総人口(大正9年～平成12年)、日本人人口(昭和25年～平成12年)」(人口推計、長期時系列データ、我が国の推計人口(大正9年～平成12年))。
- (2000b)「第4表 年齢(各歳)、男女別人口(各年10月1日現在)：総人口(大正9年～平成12年)」(人口推計、

- 長期時系列データ、我が国の推計人口(大正9年～平成12年))。
- (2015a)「第1表 男女別人口(各年10月1日現在):総人口、日本人人口(平成12年～27年)」(人口推計、長期時系列データ、長期時系列データ(平成12年～27年))。
- (2015b)「第4表 年齢(各歳)、男女別人口(各年10月1日現在):総人口、日本人人口(平成12年～27年)」(人口推計、長期時系列データ、長期時系列データ(平成12年～27年))。
- (2016-2019)「第1表 年齢(各歳)、男女別人口」(人口推計、各年10月1日現在人口、年次)。
- 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」。
- 高橋泰、福田昭一、石川雅俊、江口成美、渡部鉄平(2018)「医師の地域偏在・診療科偏在は、どのような過程を経て進んだか? 3:地域偏在(1)総論、大都市・地方都市・過疎地比較」『社会保険旬報』2723、18-23。
- 塚原康博、藤澤弘美子、真野俊樹、山内一信、野林晴彦、藤原尚也(2006)「外来患者の病院志向とその関連要因:医師の個票データを用いた実証分析」『季刊社会保障研究』42(3)、288-295。
- 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」。
- 中山健夫、三谷博明(2010)「全国都道府県の医療機能情報提供サイトの評価調査」(日本インターネット医療協議会)。
- 二本立(2014)『安倍政権の医療・社会保障改革』(勁草書房)。
- 日医総研(2006,2017,2020)「第2、6、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、384、448)。
- 日経ヘルスケア(2001)「特集 患者3000人インターネット大調査 私がこの病医院を好きな理由」『日経ヘルスケア』137、10-29。
- 日本医療機能評価機構(2017)「病院機能評価 機能種別版評価項目 一般病院1<3rdG:Ver.2.0> 評価の視点/評価の要素 2017年10月1日版」。
- (2018a)「主たる機能種別 一般病院1 『C評価となりうる状況(例)』」(2018年3月1日版)。
- (2018b)「公益財団法人日本医療機能評価機構 定款」(2018年6月22日施行)。
- (2021)「病院機能評価認定に関する運用要項」(2021年4月1日施行)。
- (2022a)「病院機能評価実施要領」(2022年4月1日施行)。
- (2022b)「2021年度 事業実績報告書」(2022年6月)。
- (2022c)公益財団法人日本医療機能評価機構ウェブサイト(2022年10月17日閲覧)。
- (2022d)「自己評価調査票」(同上)。
- 日本専門医機構(2021)『日本専門医制度概報(令和2年(2020年)度版)』。
- (2022)『日本専門医制度概報(令和3年(2021年)度版)』。
- 林祐介(2019)『効果的な退院・転院支援:医療ソーシャルワーカーの専門的役割』(旬報社)。
- 日野原重明(1981)「学会認定医制協議会について:日本における学会認定医(専門医)制を施行している学会の情報交換会議」『医学教育』12(2)、94-101。
- 福田昭一、高橋泰、石川雅俊、江口成美、渡部鉄平(2018)「医師の地域偏在・診療科偏在は、どのような過程を経て進んだか? 6:勤務場所(病院・診療所)の分析」『社会保険旬報』2731、6-13。
- 藤澤由和、浦松雅史、水野信也、岩崎邦彦(2016)「医療の質に関する情報が患者の受療行動に与える影響に関する基礎的知見の検証に関する研究」『経営と情報』(静岡県立大学)28(2)、13-21。
- 松本邦愛、難波江功二、長谷川敏彦、長谷川友紀(2009)「麻酔科医師の需給と地域偏在に関する研究:医療の質・安全のニーズと麻酔科医師への需要の増大」『日本医療・病院管理学会誌』46(2)、5-15。

- 三谷博明 (2008) 「都道府県における医療機能情報提供制度の実施状況調査報告書 (平成20年度)」 (日本インターネット医療協議会)。
- (2009) 「都道府県における医療機能情報提供制度の実施状況調査報告書 (平成21年度)」 (日本インターネット医療協議会)。
- 三宅貴之、佐藤栄治、三橋伸夫、熊川寿郎 (2016) 「地域特性からみた医療アクセスの格差に関する研究」 『日本建築学会計画系論文集』 81 (727)、1971-1979。
- 山縣然太郎 (2018) 山縣然太郎研究代表者 『医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究 平成29年度 総括・分担研究報告書』。
- 山田達也 (2005) 「患者の受診行動と医療機関選択に関する考察」 『治療』 87 (4)、1667-1674。
- 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。