第３章　医療―競争導入による質と効率の向上を―

西村　周三

はじめに

日本の医療に関しては、これまでほとんどの議論が、公平性という観点から議論されてきた。しかしながら、国民医療費が 30 兆円を越すに至った現在、経済的な効率性という視点から検討を加えることも必要な時期がやってきているように思われる。本章では、主に効率性という観点から、日本の医療の現状を検討し、改善すべき点を問題提起したい。

もちろん、医療というサービスの特性からして、通常のモノやサービスと同じ視点でこれを行うことには危険がつきまとう。消費者や患者の判断のみで、その質の評価を行ってよいかどうかは、議論の分かれるところである。そこでまず第１節でこれについての考察を加えた上で、第２節でその効率性について考えることにする。

１．議論の前提

日本の医療に関する評価は、人によって大きく分かれる。一方で、国際的に見て比較的低い医療費で、高いパーフォーマンスを達成しているという評価があるかと思えば、他方で、決して日本の医療は、国際的に見て高い水準に達していないという評価もある。この見解の相違は、主に、日本で医療の「質」の評価が十分に行われていないこと、また医療に関する情報の開示が遅れているという事情によるものと思われる。

医療の効率性を論じるためには、「質」の評価が不可欠である。しかしながら、残念なことに、これを行うことは現状では至難の技である。このこと自体が、日本の医療の大きな問題点であるといえよう。

医療の質は、大別して次の３つの質の評価基準によって行うことが国際的な常識となっている。①構造（structure）基準、②過程（process）基準、③成果（performance）であり、それぞれ具体的には次のような例である。

①医療機器などの施設の整備状況、入院患者の患者あたりの利用可能面積、診療科ごとの医師数、看護婦数など。

②手術にあたっての職員の配置状況、手術や薬剤の手渡しにあたってのリスク・マネージメント体制のマニュアルが整っているか、剖検率など。ここで剖検というのは、死

亡患者に対して、その診断が妥当であったかを事後的に判断する手法のことであり、こういった作業を着実に行っている病院が、より高い質の医療を提供するものと判断されている。

③手術の成功、治癒率など医学的判断に基づく「成果」。

これら①～③のうち、①は比較的作成が容易であり、②もそれほど作成に困難が伴うものではないが、このような評価さえ、これまでの日本では、少なくとも系統的には、ほとんど行われてこなかった。こういったデータの一部は、民間の医療法人病院や公的病院に関しては、規制当局が入手可能であり、その気になりさえすれば、公開することが可能であったにもかかわらず、ほとんど一般に公開されてこなかった。また、特に医療法人病院に関しては、都道府県知事が入手したデータを公開することは法的には可能であるにもかかわらず、さまざまな事情により、それが行われてこなかった。

ただし、2001 年１月より実施された第４次医療法改正により、広告規制の緩和がなされ、一部の医療機関が、上記の情報の一部を公開に踏み切るものと思われる。また、任意的な非営利団体である「医療機能評価機構」が設けられ、①および②に関して、任意的に評価が行われているが、あくまでもこれは任意的なものにとどまっており、消費者や患者が知りたいと思うすべての病院についてのデータは得られない。

こういったデータの情報公開を義務づけることは、いわば質の評価を適切に行うための大前提であると思われる。こういった点に関してはむしろ「規制」を強化してよいのではないかと思われる。民間による医療供給を前提とする日本では、基本的には、医療供給は競争的な環境下にあり、消費者／患者の判断力は規制「強化」によって変わる可能性が高い。

もちろんこのような予想には反論がありうる。適切な競争が行われるためには、消費者／患者の判断力が大前提となるが、現状では判断力が低く、将来もその可能性が低いという予測からの反論である。たしかに、これまでの患者の医療機関の選択行動を見ると、このような情報の必要性がなかったのではないか、という疑いを抱かせる面もある。一部の入手可能なデータを必ずしも活用しているとは思われない患者が多いからである。また、他の分野（環境問題など）と比べて、市民運動が低調であったものと思われ、消費者／患者に、情報公開の必要性についての認識が低かったものと想像できる。またＩＴ革命の進展により、ネットを通じた医療情報の入手が容易になっているにもかかわらず、国民の利用度は必ずしも高まっていないという現状もある。

しかしながら、全般的には、やはり医療提供者側からの情報公開の遅れが、「質」の評価の進展を遅らせたと判断せざるをえない。情報が公開されれば、患者／消費者の判断力が増す可能性が高いからである。

さらに、質の評価は一見するほど容易ではないことも付け加えておく必要がある。それは③の評価に関してである。患者は最終的には、③の情報を求めているわけであるが、国民の大多数に受け入れられるような③に関する評価は、かなり情報公開が進んでいると言われる米国においてさえ、しばしば混乱の源泉となっている。米国では「マネージド・ケア」といって、保険者が被保険者に対する医療の内容をさまざまな形で監視するという手法が取り入れられているが、これは、医療に対する保険者の影響力の強化に寄与したものと思われ、この成果の評価基準を推進する原動力になっているが、この成否は見解が別れることが多く、必ずしも米国の例を単純に受け入れることはできない（なお米国のマネージド・ケアについては田村誠[1999]を参照されたい）。

この点を具体例で示そう。医学の進歩のスピードはきわめて迅速、かつ変化するものであり、たとえば一時点で、効果的であると判断されるある薬剤の薬効が、１年後には、やはりそれ以前のものに比べて劣っていたなどと、医学界で判断される例は枚挙にいとまがない。このような状況の下で、ある保険者が、ある薬剤を、以前の判断基準で判断して、薬効が低いから保険給付を認めないとすれば、どのようなことが起きるか？　ところが米国では、一部の保険者がこのような試みをしたために、混乱が生じた。

これは薬剤だけに関してのみならず、医師の能力に関しても言える。どのような医師であれ、完全ではない。優秀であると思われる医師でも、その治療成果が思わしくないことはしばしばである。前記の評価基準②、すなわち「誠意や努力」での評価はできても、それがいつでも結果に結びつくわけではない。このようなことを前提として、たとえば医師の能力尺度を作成して、それを経済的報酬に結びつけることをした場合に、どのようなことが起きるかは、容易に想像できる。医師たちは、治療成果の予測からして難易度の高い患者を避けようとするであろう。

ところが米国では、こういった種類の試みもかつて行われたことがある。たとえば手術の成功率に関する情報を患者に公表することは、一見すると好ましい試みに見えるが、それは難度の高い手術への挑戦のインセンティブを低下させることになった。

もちろん、だからといって前記の①、②に関する情報を公開すべきではないということにはならないはずである。情報が公開されれば、患者・消費者の判断力が増す可能性が高

いのである。このような予想の根拠として、次のような例を挙げておく。どの国においても、消費者が適切な判断力を持つためには、一定の修練期間を要する。ステレオ機器の購入にあたって、音響に関する技術的知識がないと適切な判断はできないが、すべての国民がそのような知識を持つわけではない。しかしながら、人々の間には、その知識の水準の格差があり、場合によっては、「デジタル・デバイド」と言われるような現象がどのような財・サービスの購入にも多かれ少なかれ存在する。この場合、市場の判断に任せてよいかどうかの判断基準は、人々の知識水準が、なだらかな分布をしているかどうかに依存する。

日本においては、正確な実証研究はないが、教育水準の高い層の人々が、医療に関する知識をあまりにも持ち合わせていないため、情報公開が行われても、消費者／患者が的確な判断力を持つまでに、一定の試行錯誤の期間を要すると予測した方がよい。

以上の判断から生じる政策的含意は、公的なイニシアティブによる情報インフラの整備の必要性である。特に前記の③に関しては、個別医療機関は、それを生むインセンティブを持ち合わせていないからである。具体的には、電子カルテ化の推進などによって、異なる医療機関間の成果のデータを比較可能にし、少しでも③の成果基準に関するデータを整備することが急務である。（ただし後に述べるように、医療機関の競争が進めば、情報公開のインセンティブが高まることが予想される。）以下の議論は、こういった質の評価に関するデータが貧困な日本の現状を踏まえての議論であることをお断りしておきたい。

２．効率性判断の視点

効率性判断の視点は、少なくとも次の２点から行う必要がある。（１）病院・診療所の内部での効率化の達成と、（２）地域性を帯びた医療・介護供給体制の下での競争条件のあり方、である。以下ではこの順序で議論する。

（１）病院・診療所の内部での効率化の達成

この問題は、さらに診療所、公的病院、民間病院の３つに分けて考えることができる。なお、病院は、20 床以上の病床を持つ施設を指し、診療所は有床、無床診療所に分けられ、有床診療所というのは 19 床以下の病床を有する施設をいう。有床診療所は地域的に偏在しており、その経営者の年齢から見て、これまで果たしてきた機能のようなこの種の施設は急激に減少するものと思われる。ただし、従来の病院が、病床を削減して、これまでとは異なる機能を果たす有床診療所が増加する可能性がある。これについては、病院と考えて、以下の議論を行う。

①診療所の効率性

これは、いわゆる「自営業」問題と類似する点が多い。この点を議論するに先立ち、現状の開業医数の動向と、その特性について検討しておく。近年、開業医数は必ずしも減少はしていないが、開業医師の年齢構成には、興味深い特徴がある。約 10 年前の 1988 年には、60 歳代前半の開業医数が、他の年齢階層のそれに比べて突出していたが、10 年経った 1998 年には、この山が 70 歳代前半へと移行した。これは第二次大戦中に教育された「医学専門学校生」による医師急増によるものである。近年にいたりこの層は、実質的にリタイアするようになり、代わって 40 歳代前半から 50 歳代前半の開業医が増加している（図 3-1 参照）。

このため平均年齢は増加しており、この点は、ある意味では、農業者、自営業者とよく似た現象であると理解できる。しかしながら、農業者、自営業者と違って、世代交代が順調に行われていることがこの図から読みとれる。このため、今後はこれまでの開業医イメージとは異なる事態が実現する可能性が高い。医学教育においても、近年、当初から診療所開業を目指すものを養成する医科大学も増加しつつあり、開業医が減少するとは一概に予測できない。したがって現時点で、経営面でも、新しい開業医像を生むための好ましい状況にあるといえよう。

なお、歯科医院数は歯科医師数の増加により、さらに増加するものと思われる。歯科医の場合には、病院勤務はほとんどなく、大多数が開業を目指すからである。

さて、診療所の効率性の判断は、自営業一般に関する判断と軌を一にしている点が多い。一施設ごとの効率性を達成するためには、一方で生産高を上げ、他方で費用の削減が適切に行われているかで判断できるが、特に費用の削減という意味での生産性の向上に関して疑念が生じる。

効率化のキーポイントは、一つは、外部委託化などによる、間接部門の効率化であろう。ここで直接部門と間接部門との区別は、次のようなことを意味する。直接部門というのは、診療そのものに関わるものである。これについては、必ずしもプライマリ・ケアを重視しない医学教育のあり方など、いくつの問題点を指摘できるが、ここでは詳しく立ち入る余裕がない。間接部門は、次の２種類に分けることが適切であろう。①「経営」そのものに関わる部門、②医療情報サービス、在宅医療サポートなど（図 3-2 および図 3-3 参照）。

①に関しては、グループ診療の必要性が叫ばれているにも関わらず、その増加のペースはきわめて鈍い。いわゆる開業医の任務が、本来は診療であることは言うまでもないが、

開業医は、それに加えて「医業経営」を担わなければならない。こういった業務を、他の職種（たとえば医療経営コンサルタント、公認会計士など）に委ねることによって、医師本来の業務に専念すれば、生産性の向上を見込めるにもかかわらず、現状は必ずしもそうではない。その理由は、他の職種にこういった業務を受け止める用意が不足しているか、あるいは、医師がそれを望まないからのいずれかであるが、今後こういった方向を推進するための政策的配慮が必要であろう。

なお、医療分野が被規制産業であることを考えれば、開業医の所得の多寡の適切さも判断基準となる。図 3-4 に示すように、90 年代に入って、開業医の所得は横ばいの状況が続いているが、これは先に述べたように、開業医の世代交代によるものと思われる。図 3-5 に示すように、年齢別に見た開業医の所得は、95 年以降に関する限り、ほとんどの年齢層で着実に増加している。

②病院の経営の現状と将来

次に病院に関して検討する。病院経営のあり方やその効率性を議論するに先だって、あらかじめ確認しておきたい点がある。後に述べるように、近年他産業、特に金融業などからの病院業への人材の移動が少しずつ増えつつあるが、病院産業は、医師という特殊な「技能者」を始め、各種有資格者を抱える「技術集約型」産業である、という点を強調しておきたい。すなわち、ジェネラリストの養成を中心としてきた金融業などの民間企業の人材が、直接病院に参入しても、それほど単純に過去の経営のノウハウが活かせるとは限らない。ただ、日本の企業には、技術者を多く抱え、いわば技術を売り物にして成長を遂げてきた企業も少なくない。

一方で「病院経営は、営利民間企業経営に比べて遅れている」という見解があり、他方で、「病院経営は民間営利企業とは全く異なる」という見解があるが、これらはいずれも、現状を理解した上での議論とは思えない。むしろ他の部門についての無知からくる誤った先入観ではないかとも思える。

病院の経営のあり方は、営利・非営利といった議論とは別の観点からその特徴を理解すべきである。すなわち、医師という高学歴の特殊な専門職を抱えた組織であるという現実に目を向けるべきなのである。日本の企業の中には、ハイテク産業などにおいて、大学院卒などの高学歴者を多く抱えている企業がある。こういった組織における高度な技能を有する専門職者は、入社当初はほとんど「営利」意識を持たない。そして、彼・彼女らの専

門職者としてのプライドなどを損なわない人事政策を行うことが、彼・彼女らの人材活用の決め手となる。

現実に、こういった運営手法により、経営に成功してきた企業が数多くあり、そこでの高学歴者の処遇の経験に学ぶことによって、医師という高学歴者を中心とする病院の経営に成功する可能性は高い。ソニーやホンダの例に学ぶ必要性があるのである。こういった前提を踏まえて、以下では、病院経営効率化のためのキーポイントをいくつか指摘したい。

キーポイント１：医療部門の効率化は可能か

これまでの数多くの研究により、病院には必ずしも「規模の経済性」は働かないことが実証されている。これに代わって近年注目されているのは、「範囲の経済性」である。疾病構造の変化、高齢化などにより、医療需要は急速に変化しつつある。一方でこれまで日本の病院は、諸外国に比べて、人口あたりの病床数が異常に多いこと、またその反映として、入院患者の「平均在院日数」が極めて長いことが指摘されてきた。病床数は、精神疾患患者のためのそれを除いても、人口あたりで米国の約２倍、ヨーロッパの約１．５倍である。また平均在院日数は、米国の約３倍である。この現象は、どちらが原因でどちらが結果なのかの判断が難しいが、日本における『医療』というものに対する見方が、欧米と異なっていることを反映している。文化人類学者などが指摘するように、日本では、病院はただ単に、疾病を治癒させる機関であるのにとどまらず、『休養』の場であるという感覚が強い。

この結果、１日あたりの医療費は、欧米に比べてはるかに低いが、これは必ずしも効率的な医療の提供の仕方ではない。休養の場としては、他の福祉施設や老人保健施設などの中間施設の方が、好ましい場であるからである。これは、医師という職種の時間あたり人件費が、他の職種に比べて格段に高いという現状からも効率的ではないと判断できる。すなわち、慢性期の患者に対して医師を相当数配置することは、経済的費用さえ考慮に入れなければ好ましいには違いないが、そこでの医師の必要性の可能性を考えると、あまりにも費用が高すぎるからである。費用対効果という視点から、患者にとって医師の仕事が必要でない時期には、可能な限り他の職種の人材で代替することが必要なのである。

こういった見解から、医療やケアを行う場の明確な区分を行うという方向性が打ち出され、2001 年１月より実施された第４次医療法改正により、一定の移行期間を経て、病床を「一般病床」と「療養病床」に区分することになった。ただし今後、医療依存度の高い患者を、過度に療養病床におくことがないかをめぐって大きな議論を呼ぶことになる。

こういった問題を考慮すると、医療部門の効率化のためには、医療と療養との間の連携がスムーズに行われるかどうかが、大きな焦点となる。そして現実には、近年急速に、この連携を促進する現象がおきている。それは、いわゆる「保健・福祉・医療複合体化」である（二木【1999】参照)。

同一の経営主体や、同一でなくても同族などによる事実上の同一の経営主体による医療および介護の一体的経営は、上記のように患者の取り扱いを継続的に行い得るというメリットがあり、今後もさらに進んでいく可能性が高い。もちろん、このような方向には次のような問題点もある。一つは地域的な独占が進展し、競争的な環境が維持されなくなるという危惧である。また現状の医療法人と社会福祉法人とに対する規制が異なるために、医療法人からの社会福祉業務に対する参入より、社会福祉法人からの医療への参入が困難である現状では、医療支配への傾斜が進む可能性がある。

医療法人は出資金は、解散時に出資者に返還されるが、社会福祉法人への出資は基本的に贈与を旨とするために、出資者への返還が認められず、基本財産を解散時には政府や地方自治体へ寄贈しなければならないとされている。これは、単に「解散」という現実に直面した場合だけでなく、借入金のための担保提供などに関わる条件にも影響を及ぼす。医療への依存と介護への依存とは、きわめて微妙であるために、このことの是非を議論することは難しいが、少なくとも医療法人が介護・福祉に参入するための制度的規制と社会福祉法人が医療に参入するための制度的規制を同じにするという意味でのイーコール・フッティングな状況を整備して、受益者の選択に委ねるという配慮が必要であろう。

キーポイント２：資本調達と営利企業の参入

皮肉なことに、上記のような状況で、営利企業の参入規制というのは、ほとんど意味を持たないと考えられる。日本医師会などは「営利本位」の経営が行われることを危惧して、営利企業の参入に反対しているが、少なくとも短期的には、参入規制を緩和しても、ほとんど直接部門で成功する営利企業は少ないものと思われ、むしろ、病院内での「非営利医療部門」と「営利間接部門」との適切な緊張関係が、好ましい結果を生む可能性さえある。医療部門で営利本位が行われれば、その種の病院にはすぐれた医師人材が集まらず、養成もできないと思われるからである。株式会社＝営利組織、医療法人病院＝非営利組織という見方はあまりにステレオタイプに過ぎる。

ただし他方で、現状の医療法人制度は、「病院債」の発行などが認められていないという

点で株式会社と異なる。病院の株式会社化が認められることは、利益配当を認めることを意味するが、これに対しては、それが「病院の営利化」を促進することになるという危惧を持たせる。しかし逆にこのことは次のことを意味する。現行の医療法人の出資者には利益配当が認められないために、自己資本の充実のために広く出資者を募ることが難しくなっている。利益配当を認めないとすれば、現行制度のままで資金調達を容易にする方法としては、株式会社において認められているような社債に類似した「病院債」の発行を認めることが考えられる。病院債の発行が認められ、それがある程度市場性を持つようになれば、一対一ベースで行われる銀行からの借り入れに比べて、より資金調達が容易となる。

もちろん、病院債の市場性が高まるための要件として、病院の経理情報の開示が不可欠であるが、このことを含めて検討する時期が来ている。ちなみに現状では、先に述べたように、医療法人制度は、病院の経理情報が開示されていない点で、株式会社制度よりはるかに遅れた制度である。将来的には、単に経理情報だけでなく、診療内容の開示も含めて広く市民に開示し、それに基づいて出資者を募る制度も考えるべきであろう。

キーポイント３：非効率な自治体病院の経営―間接部門の効率化―

間接部門に関しては、さまざまな角度から見て効率化を進める余地は大きい。ここでは、この問題が象徴的に現れる自治体病院の抱える問題と重ね合わせて議論することにする。なお、自治体病院は公立病院といわれるが、公的病院と公立病院とは別であることに注意しておきたい。日本赤十字社や済生会などの設立する病院は、公的病院の範囲に含まれる。これらの公的病院に関しては、ほぼ黒字体質となっており、また国立病院は、条件が全く異なるのでここでは取り上げない。ただし、国立・公立病院の存在意義として唱えられている「政策医療」の意味は、全く不明瞭であることを注記しておく。

1999 年度現在、地方公営企業法の適用を受けて運営されている自治体病院は、病院数で見て 998 に達するが、このうち過疎地などの「不採算地区」に指定されている病院数は 178 である。これ以外は、必ずしも赤字となる明白な根拠を見いだせないが、全体として、赤字病院の占める割合は 55%以上である。しかもここでいう赤字というのは、何らかの根拠に基づいて一般会計からの繰り入れを行ったあとでのそれを指し、純粋に医業に関わる収支である「医業収支」で見ると、黒字病院はわずか 10 病院にすぎない。赤字の原因は、表面的には、大部分の病院で、患者数が少ないことによるが、より詳細に見ると次のような特徴が見受けられる（以上の数値については、「地方公営企業年鑑―病院―」（平成 11

年度版）参照)。

①建設資本コストが民間病院に比べ約 20%高いために、減価償却費が大きい（(財）日本経済研究所「近江八幡市民病院整備事業に係る基本構想・基本計画報告書（仮題)」(2001年、未定稿）による)。

②医療機器に費用がかさんでいる。

③医師以外の給与が、民間に比べて単純比較では 20%高い(年齢構成が高いことも一因)。

④ただし、医師給与は、都市部と過疎地であまりにも違うので一概に判断はできない。

これらのうち、人件費に関しては、それぞれの職種の技能の形成との関連で議論すべきであり、軽々しい判断は慎みたいが、資本コストや薬剤などの各種材料費に関しては、間接部門の経営のあり方を見直すことによって、効率化を進めることが可能であるように思われる。とりわけ現状で問題となるのは、事務部門の職員が、大多数の公立病院で、一般行政とのローテーションになっている点である。病院経営は、前述したように人事管理に関して専門的な知識や技能が求められるだけでなく、薬剤の購入などに関しても専門的知識が求められるという現状で、短期間で定期異動する職員の能力が問われる。

もちろん、人事管理に関しても、より効率的な経営の可能性があるものと思われる。たとえば、医療機器が過剰に設置されているのではないかと疑わせる病院も少なくないが、これは医師の技能形成のあり方と関連している。優秀な医師を確保するためには、多くの医療機器を要するというのが現状であるが、本来は、その利用頻度との関連で設備の導入を検討すべきである。

こういった考慮が、必ずしも厳格に行われていない背景には、自治体病院にありがちないわゆる「ソフト・バジェット」(赤字がでれば、その責任を外部に転嫁し、自律的な経営を求めない仕組み）によると思われる点があり、今後各種設備の費用対効果を厳密に測定するための病院内での手法の確立が求められる。

（２）地域性を帯びた医療・介護供給体制の下での、競争条件のあり方

医療のあり方を議論する際には、効率性基準だけでなく、「公平性」基準が重要であることは言うまでもない。しかしながら、公平性を重視するあまり、それが消費者主催の確立の妨げになってきた点に注目する必要がある。たとえば低所得者も高所得者も同じように医療を受ける機会を保障すべきであるが、現実には、医療機関の地域間配置は大幅に異なっており、この点の不平等をこれまで全く無視してきた（国保保険料は、便利な地域が高

いとは限らないのである)。

平等性追求の陰に隠れて、医療機関間の競争を推進する努力がなおざりになってきた。これまで、競争条件を整えるために障害となるのは、患者の判断力の欠如があると考えられてきた。たしかに患者の判断力が低い時に、過度な競争が行われれば、それは好ましい結果をもたらさない。しかしこれは、いわば「鶏が先か、卵が先か？」という議論に似ている。競争が行われれば、病院に情報を公開するインセンティブが高まり、それによって患者の判断力が高まるという側面も重視すべきである。

これまでは、患者の判断力が高くないことを理由に、病床規制を行うことが、医療費を抑制する手段であると理解されてきたが、このような手法は、過度にすぎると、競争条件を弱めることになる。もちろん他の産業と異なり、地域性を帯びた病院が、過度に退出を迫られるような状況が生まれると、市民生活の安寧が損なわれるが、今後は、退出にともなう円滑な移行のための工夫などを加えることを前提として、より競争的な環境を整えるべきであろう。

おわりに

医療の効率化を進めるためには、情報公開が不可欠であるが、これまで情報公開の効果に関しては疑いを差し挟む声が多かった。そして公的資金に依存した形での情報公開を進める必要性を求める声もあった。情報公開にも多大のコストがかかるにもかかわらず、そのための診療報酬などの手当がなかったからである。しかしながら、情報公開が進まないのは、むしろさまざまな病院に対する参入規制のために、競争条件が整えられていなかったためと考えることができる。他の産業からの参入を容易にすると、病院の営利化が進むという危惧があるが、資金調達などのあり方を多様化したり、容易にする制度的工夫を通じて、営利化を進めないような参入可能性を高めることができる。今後は、単純な株式会社化だけではなく、より多様な制度を追求することを通して、医療の効率化を図ることが必要であろう。

（参考文献）

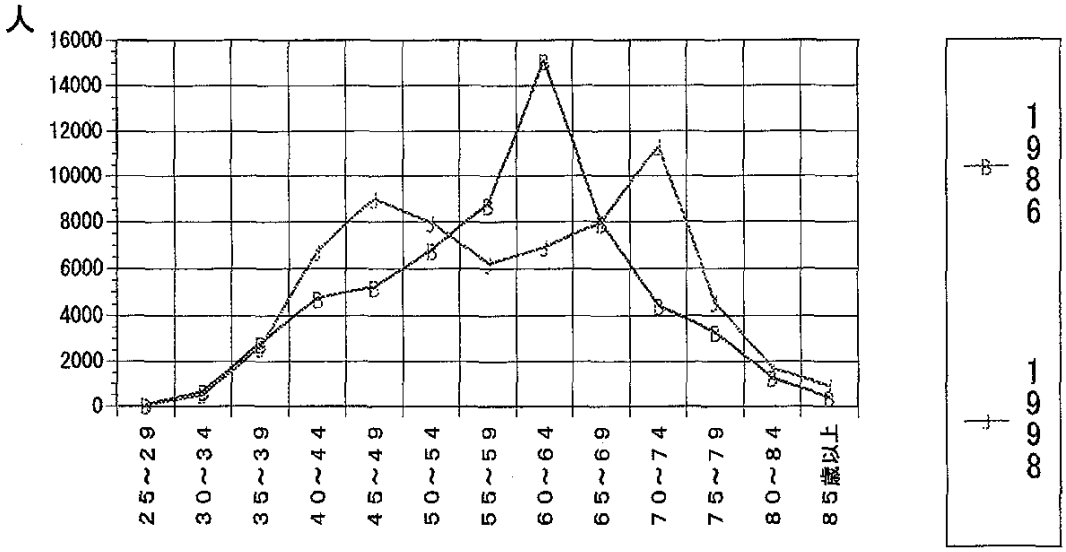
田村誠[1999]『マネージドケアで医療はどう変わるか―その問題点と潜在力』（医学書院）

二木立[1997]『保健・医療・福祉複合体』（医学書院）

西村周三[1998]『**医療と福祉の経済システム**』（**ちくま新書**）

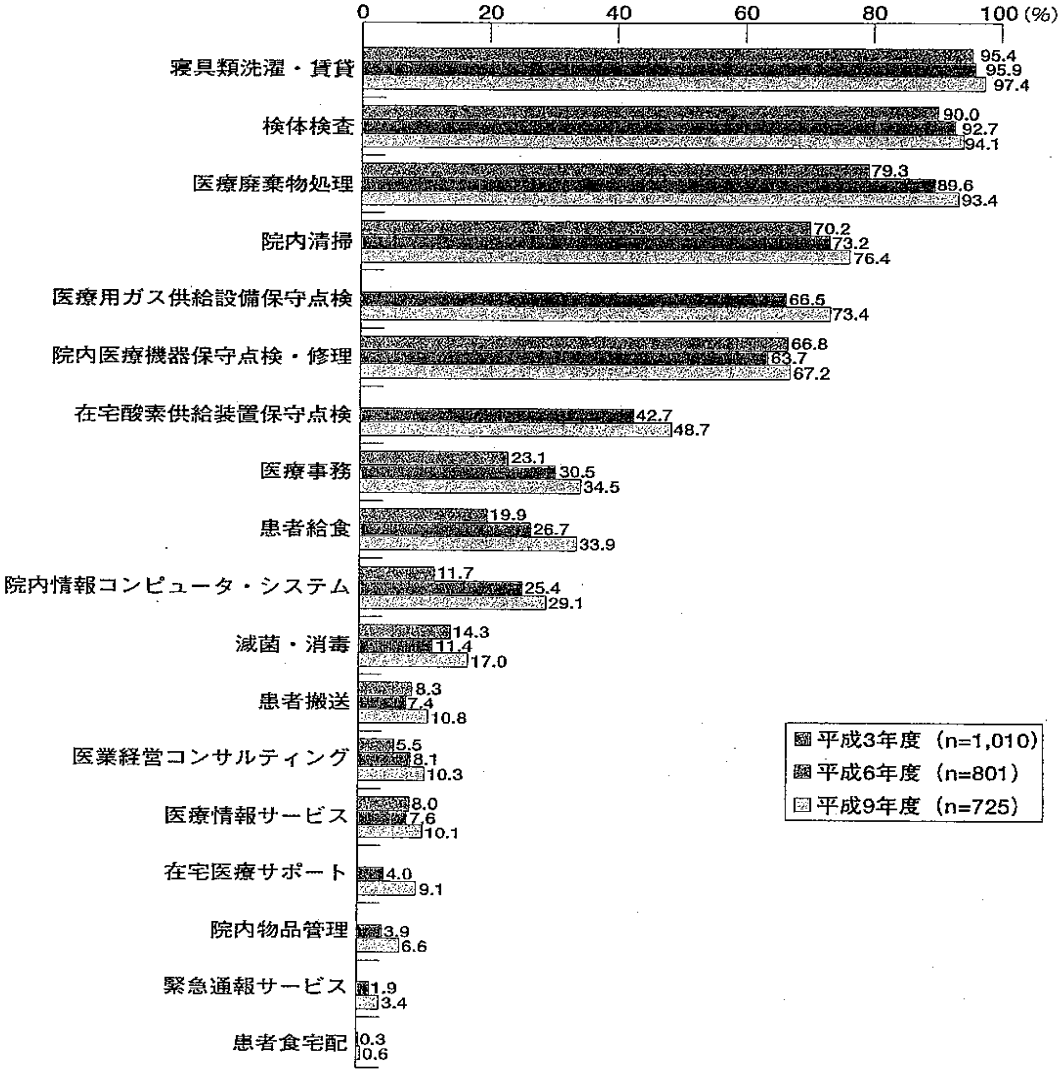
西村周三監修[2001]『**医療経営白書**』（**日本医療企画**）

図３－１　診療所の開設者（開業医）数の年齢分布



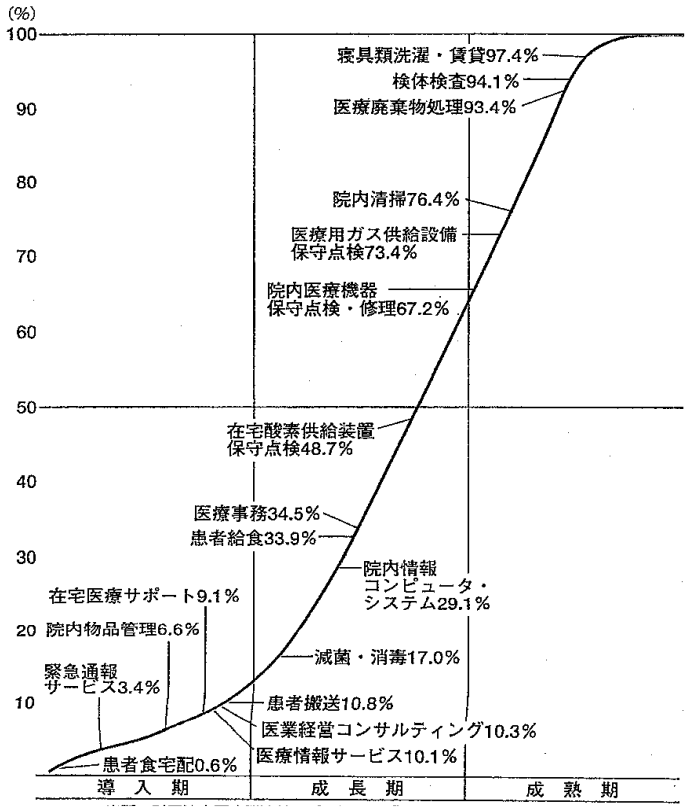
（出所）厚生（労働）省『医師・歯科医師・薬剤師調査』

図３－２　【病院】委託率の推移



（出所）財団法人医療関連サービス振興会『平成９年度医療関連サービス実態調査報告書』

図３－３　【病院】医療関連サービスの委託率ライフサイクル



（出所）財団法人医療関連サービス振興会「平成９年度医療関連サービス実態報告書」

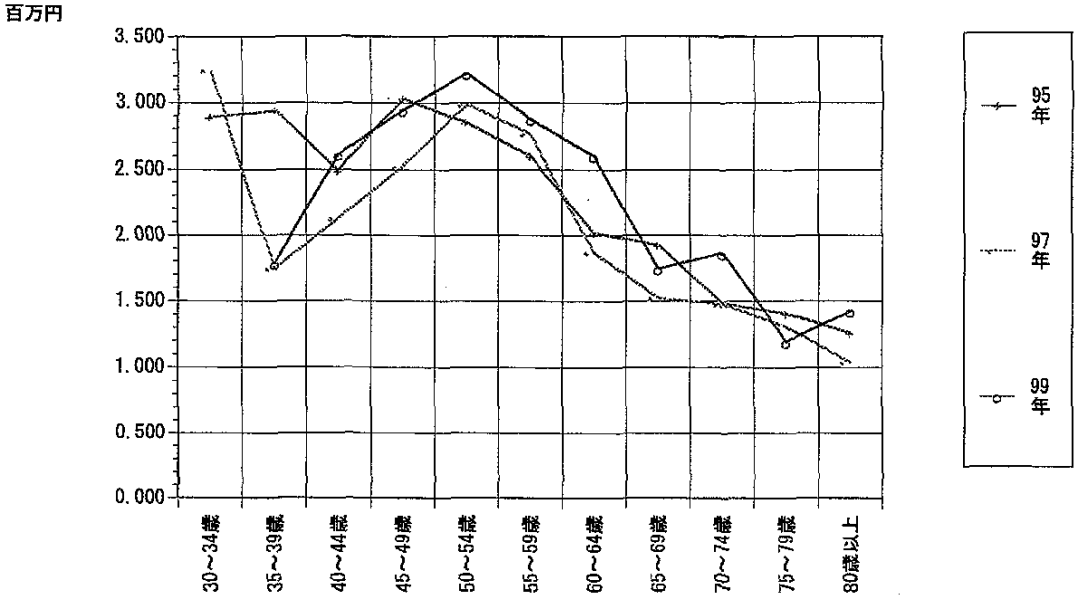
図３－４　開業医の所得年次推移

（百万円）

（注）ここでの「開業医」とは個人立無床診療所施設の収支差額をとった月額である。

（出所）中央社会保険医療協議会『医療経済実態調査』

図３－５　開業医師の年齢別所得の年次推移



（注）個人立診療所（有床診療所を含む。）95、99 年は 6 月調査、97 年は 9 月調査。
99 年の 30～34 歳の所得 9.94 百万円であるが、異常値と思われるので、グラフからは取り除いている。

（出所）中央社会保険医療協議会『医療経済実態調査』各年分