

厚生労働科学研究研究費補助金
(長寿科学総合研究事業)

平成 14 年度 総括研究報告書

加齢性疾患における医療ニーズ・治療・費用・結果と

医療政策に関する OECD 諸国国際比較研究 (H13-長寿-033)

主任研究者 亀田 俊忠

平成 15 年 3 月

目 次

研究要旨	1
A. 研究目的	1
B. 研究方法	2
C. 倫理面への配慮	2
D. 研究結果と考察	
1. 乳癌に関する分析	2
2. 脳卒中に関する分析	3
3. 虚血性心疾患に関する分析	4
4. データベース構築	6
E. 結論	6
F. 健康危険情報	6
G. 研究発表	6
H. 知的財産権の出願・登録状況	7

加齢性疾患における医療ニーズ・治療・費用・結果と医療政策に関する
OECD諸国国際比較研究

主任研究者 亀田俊忠 医療法人鉄蕉会亀田総合病院 理事長

研究要旨

高齢化の進展とともに老人医療費が膨張して国民総医療費の大きな部分を占めている。我が国のみならず高齢化の進む先進国である OECD 加盟国にとって、加齢に伴って発症する疾患及びその結果費消される医療費の管理は共通かつ重要な社会経済的課題であるといえる。本研究の目的は、医療・健康に関する政策と経緯における重要事項を国際比較することである。その際に三つの加齢関連疾患群、即ち、虚血性心疾患、脳卒中、乳がんに焦点を置く。医療政策・制度面の比較研究、疫学も含めたマクロレベルの分析、診療行為やアウトカムや医療費などのマイクロレベルでの分析（診療行為と結果、報酬、コストなどの定量的データの比較研究）の視点から分析した。

〔結論1〕医療制度・規制・インセンティブの側面からは、OECD 諸国の概ねの共通性と日本の特殊性が見出された。一、OECD 諸国では欧州を中心に、日本と同様に医療の利用が確保され窓口負担が少ない制度が構築されている。二、日本においては、ゲートキーパー機能が無く、技術普及における規制も強くなく、需要面でも供給面でも規制・制限が比較的小さい。にも関わらず、三、受療に当たり待ち行列・待ち日数が比較的小さく、四、しかも、国レベルでの医療費が高くない。即ち、国民皆保険、フリーアクセスといった点では事実上同様の機能が OECD の多くの国で実現されており、日本の際立った特徴とはむしろいえないようであるが、今回の評価軸では、日本の医療システムは、需要・供給の両側面からの規制が比較的小さいにもかかわらず国民医療費が高くない、一種の効率的状態を達成しているといえる。その効率達成のメカニズムをさらに探る余地は残っており今後の研究の課題である。

〔結論2〕本研究は、わが国の研究としては他に見られないユニークなポジションにあり、医療関連データをマイクロレベルで計画的にリンクされたデータベースが構築されれば、①種々の健康・医療関連の行政統計の構造化、診療情報と詳細なる診療報酬データのリレーショナルデータベース化により、医療介入の費用とパフォーマンスの指標化の評価研究がなされうること、②予防から発症、外来と入院治療、治療後に至るまでの諸局面を横断して評価できるデータベース構築の要件をデザインし、発症・治療・治療の成果という一連の情報と政策との関係の解析をも可能にすべく各種評価指標算出を進めうること、といった発展の可能性が示された。個人情報保護の体制の確立とともに、このようなデータベース構築を国レベルで検討する重要性が見出せた。

分担研究者

今中雄一

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野 教授

する疾患及びその結果費消される医療費の管理は、共通かつ重要な社会経済的課題であるといえる。本研究の目的は、医療・健康に関する政策と経緯における重要事項を国際比較することである。その際に三つの加齢関連疾患群、即ち、虚血性心疾患、脳卒中、乳がんに焦点を置く。医療政策・制度面の比較研究、疫学も含めたマクロレベルの分析、診療行為やアウトカムや医療費などのマイクロレベルでの分析（診療行為と結果、報酬、コストなどの定量的データの比較研究）の視点から分析した。

A. 研究目的

高齢化の進展とともに老人医療費が膨張し、このことが国民総医療費増大の主要因の1つとなっている。我が国のみならず高齢化の進む先進国である OECD 加盟国にとって、加齢に伴って発症

B. 研究方法

OECD 諸国について、加齢関連疾患研究プロジェクトに参加した国々（以下、OECD 諸国と記す）の医療システムの比較調査研究を日本との対比を重点に行った。

（1） 医療政策・制度の質的分析

対象疾患についての需要面、供給面及び医療管理面について主に政策と制度に関する調査である。需要面では公的保険と民間保険のカバー範囲と自己負担などについての調査した。供給面では各疾患の診断と治療を行える施設の整備に関する制約、医療費の支払いと償還システム、医療スタッフの供給に関する制約及びゲートキーピングやウェイティングリストなどの供給と統制の構造などについても調査研究を行った。医療管理では、診断や治療を実施する上での技術的観点からの制約及び対象疾患に対する高額な診断と治療の量的統制に結びつくような規制についての調査研究を行った。

（2） 疫学的変化と経済的特性についての定量的記述

疫学データでは対象疾患の症例数及び当該疾患に対するリスク要因の分布などを情報収集し、医療の経済面の特性については、対象疾患の入院症例数と平均在院日数、主たる診断と治療の実態症例数、医薬品の消費量そして専門医師数などの記述分析を行った。

（3） ミクロデータ分析

対象疾患に対する主な処置、手術の詳細統計そして死亡率、医療費などについてミクロレベルの分析を行った。

C. [倫理面への配慮]

個人情報情報保護法制化や各種ガイドラインの動きに沿って、個人情報保護の仕組みを確実に導入する。十分な説明と同意、承諾が必要となる際には、それを実行する。さらに、倫理面への配慮を強化するために以下を行う。1 つの医療・保健場面に普遍的要素も多くはらむケースとして、プライバシー保護重視と関連技術とのバランスのもとに公益性を有するデータベース構築、管理、活用の具体的方策を十分に検討し、海外の先行研究チームと連携を密にし、その成果を適時に活用する。治験などで国内外で先進的に行われている「匿名化プロセス」についても検討を進める。当該健康関連情報データベースに盛り込む仕組みについ

て、先進的な取り組みを行っている国（英、豪、米国など）のシステムの研究も踏まえ、確実に安全なデザインを行う。

D. 研究結果と考察

1. 乳癌に関する分析

1. 1 乳がんに関する需要面のインセンティブと規制

OECD 諸国の多くでは乳がん治療へのアクセス環境は良好であるため、治療需要の抑制要因はあまりないと考えられる。わが国をはじめとした OECD 諸国（米国を除く）のように、全国民を対象とした公的医療保険制度を有している国においては、医療サービスへのアクセスに対する財政的な障壁はほとんど無い。

一方、同様に、わが国をはじめとした多くの OECD 諸国では、私的医療保険は利用時自己負担を補完するものとして幅広く普及している。しかしながら、このような私的医療保険の役割は限定的であり、一般的に公的保険を代替するものではない上に、自己負担金を十分に負担するほどの額が必ずしも保障されているわけではないため、ある程度の需要抑制要因となっていると考えられる。

また、わが国にはゲートキーピングシステムは存在せず、患者は専門的医療サービスにも直接アクセスが可能であるため、ゲートキーピングの面はわが国における抑制要因としては考えられない。

1. 2 乳がんに関する供給面のインセンティブと規制

現状では全般的に見て、供給側に対する抑制のほうがより強いと言える。

供給側に対する抑制要因を見てみると、まず、わが国やアメリカでは診療報酬制度として出来高払いが実施されているため、病院側の報酬の面は抑制要因としては考えられない。

次に、医師の報酬の面で見ると、わが国を始めとして、メキシコ、ノルウェー、スウェーデンなどでは病院勤務医の場合はたいていが固定給であるため、強い供給抑制要因となっている。ただし、日本は、勤務医は基本的に固定給制であるものの、ボーナスや出来高による手当てといった、補足的なインセンティブが特に私立施設ではありうる。一方で開業医の場合は金額無制限の出

来高払いが認められているため、抑制要因とはなっていない。

技術規制の面ではわが国では関連する規制が存在しないため、技術普及面が抑制とはなっていない。一方でカナダ、ノルウェー、イギリスでは、強い技術普及規制があるため、資産に占める乳房レントゲン撮影装置の普及率が低い。一見すると、ハンガリーや日本も OECD 諸国と比較して同装置の普及具合が低い、それはこの二国が依然として同装置による公式なスクリーニングプログラムを確立していないためと考えられる。

多くの国では乳がんのスクリーニングプログラムには乳房レントゲン装置を用いており、オーストラリアなど、いくつかの国では Clinical breast examination (CBE) や training of breast self-examination も用いられている。一方、日本やメキシコは CBE のみに依拠している。

1. 3 乳がん治療の医療経済的側面

日本は乳がんによる致死率が非常に低い。近年緩やかな上昇を見せているものの、他の国に比べ3分の1以下という水準である。延命率と乳房レントゲン撮影機及びレントゲン撮影機との相関については、明らかではない。確かに、イギリスは乳房レントゲン撮影機の普及度が低く、延命率も低くなっている。しかしながら、スウェーデン、アメリカ、日本、カナダにおいては延命率が高くなっているが、アメリカやフランスでは乳房レントゲン撮影機の普及度は高く、スウェーデンやカナダのマニトバ州では普及率が低いのである。

日本は乳がんの発症率や死亡率が非常に低い。乳房レントゲン撮影機と延命率の関係は明らかではないが、日本では乳房レントゲン撮影機は比較的少ない。一方、日本やノルウェーで乳房切除型の治療が多く、支払制度よりむしろ医師の考え方やエビデンスの捉え方、エビデンスの一般性の限界なども関与しているかもしれない。

2. 脳卒中に関する分析

2. 1 脳卒中に関する需要面のインセンティブと規制

日本の公的医療保険は、全国民に対し最小限のレベルでの医療を保証しているため、公的医療保険は治療需要の抑制要因としてはあまり考えられない。また、費用負担の面は抑制要因としてはある程度あると考えられる。

一方、同様に、わが国をはじめとした多くの

OECD 諸国では、私的医療保険は利用時自己負担を補完するものとして幅広く普及している。しかしながら、このような私的医療保険の役割は限定的であり、一般的に公的保険を代替するものではない上に、自己負担金を十分に負担するほどの額が必ずしも保障されているわけではないため、ある程度の需要抑制要因となっていると考えられる。ただし、日本では、従来から私的医療保険は被保険者に対し、損害補償として入院費用を補完する役割を果たしてきたが、2000年においては、同保険が患者負担金も補完している。

2. 2 脳卒中に関する供給面のインセンティブと規制

供給側に対する抑制要因を見てみると、まず、わが国やアメリカでは診療報酬制度として出来高払いが実施されているため、病院側の報酬の面は抑制要因としては考えにくい。医師の報酬の面で見ると、わが国を始めとして、メキシコ、ノルウェー、スウェーデンなどでは病院勤務医の場合はたいていが固定給であるため、強い供給抑制要因となっている。ただし、日本は、勤務医は基本的に固定給制であるものの、ボーナスや出来高による手当といった、補足的なインセンティブが特に私立施設ではありうる。一方で開業医の場合は金額無制限の出来高払いが認められているため、抑制要因とはなっていない。

しかしながら、出来高払いに基づくサービスが末端における供給抑制要因となっているとの見方もできる。日本、韓国、スイスにおいては、こういった出来高払い制度の下で運営されている民間病院が多いのであるが、この制度によって民間病院はより高い報酬を得られる一方、保険会社や政府といった第三者がその多額な報酬を払っているという実情がある。

コンピューターによる X 線断層写真撮影は脳卒中に関する 2 つの技術の中でも古いほうであるが、日本 (71.8)、オーストラリア (23.9)、韓国 (22.1) の 3 カ国のみにおいては、100 万人に 20 台以上の設備が整っている。一方で MRI は比較的新しい機械であり、その普及率は、100 万人あたり日本は 18.8 台、スウェーデンは 8 台、アメリカは 7.6 台、スイスは 6.9 台となっている。アメリカとスイスは一人あたり GDP の高い国なので、以上の結果からこの二国は、未だに MRI 導入の過渡期にあるということを示している。しかし、このことは、先の二国よりも一人当たり

GDP が低い日本とスウェーデンが、なぜより多くの MRI を既に導入しているのかについては検討の余地が残されている。

2. 3 脳卒中治療の医療経済的側面

たいていの国での虚血性脳卒中の平均入院日数は 10 日から 15 日であるが、日本はこの日数を上回っている。日本での入院期間が長いのは、長期間の治療を統計上計上してしまうためである。日本の脳卒中患者の入院期間に関する情報は、2 つの資料から得られた。一つ目は Voluntary Hospitals of Japan 研究会の Quality Indicator Project (VHJ-QIP) による最近の調査であり、それによると、1999 年における第 3 次の 9 の病院群における脳卒中患者の平均入院日数は 43 日であった。また、同様の情報が厚生労働省の資料から見ることができ、その中では 1995 年の日本の全病院における脳卒中患者平均入院日数の中間値が 109 日となっている。双方とも、他の OECD 諸国のデータに比べて、非常に長い日数となっている。しかしながら、わが国の医療システムでは長期間の治療を受けている患者も含むため、他の OECD 諸国と単純比較はできない。

ただし、興味深いのは患者入院平均日数の近年での推移である。厚生労働省のデータによると、入院日数の中間値が下がっていく割合は、日本においては年間 0.9% という値になっている。これは他の OECD 諸国と比較して最も低い値である。しかし、前者の VHJ-QIP のデータを用いると、減少率は 5.1% となり、他国の値と近似するようになる。ただし日本の虚血性脳卒中の入院費データは 9 つの病院からのもののみなので、日本全体のデータとはいえない。また、carotid endarterectomy の場合、VHJ-QIP のデータによると、入院費は一人当たり GDP の 62% となっており、25% のオーストラリアに比べると高い値となっている。

日本は人口に比して最多の脳神経外科医数であり、CT と MRI は最多である。これは日本が経済的に豊かで高度な技術を持ち合わせていることにもよるであろうが、償還制度の特徴にも起因するであろう。また、在院日数の長さも大きな要因であると考えられるが、虚血性脳卒中の入院費は非常に低い。一方、病院における 30 日以内の死亡率は最も低い。

より現実的な各国間比較を行うためには、日本のデータが全国的な規模で、正確に、長期に渡っ

て蓄積されたものとなり、より信頼できるものとなる必要がある。さらに、効果的な費用対効果を知るための現実的なコストのデータも今後は必要とされる。

3 虚血性心疾患に関する分析

3. 1 虚血性心疾患に関する需要面のインセンティブと規制

OECD 諸国では、急性期の虚血性心疾患の治療が主に急性期ケア施設において実施され、非常に高額なケアサービスを多く受ける可能性が高いことから、急性期の虚血性心疾患の治療は一般的に医療保険システムによって十分にカバーされている。一方で、一次及び二次予防のための薬剤やフォローアップのための治療など、主に外来ケア治療に関しては、それほどカバーされていないのが現状である。また、患者自己負担も需要面での制限と考えられる。財政面以外での需要の抑制要因としてはゲートキーピングメカニズムやウェイティングリストなどもある。

医療保険の適用に関しては、公的医療保険には、全国民を対象とした社会保険制度や税金を財源とした医療システムなどがある。わが国をはじめとした OECD 諸国（米国を除く）のように、全国民を対象とした公的医療保険制度を有している国においては、医療サービスへのアクセスに対する財政的な障壁はほとんど無い。米国では、人口のおよそ 14 パーセントが無保険者となっており、彼らは虚血性心疾患の治療を受ける際に経済的リスクを有している。しかし、医療保険の有無がアウトカムとの差につながるかどうかという点については明確な科学的根拠は示されていない。

私的医療保険は、わが国をはじめとした多くの OECD 諸国で、利用時自己負担を補完するものとして幅広く普及している。しかしながら、このような私的医療保険の役割は限定的であり、一般的に公的保険を代替するものではない。私的医療保険の購入を決定する基本的な要因は健康状態やニードによるものではなく、収入によるものと考えられる。

わが国の患者負担は対象 11 カ国中 3 番目に低い値（13.7%）となっており、最も高い韓国（46.5%）とは大きな差があるという結果が示されている。院内処方薬の保険適用については、オーストラリアの私的患者と韓国を除いては、全ての公的医療保険で適用範囲となっている。患者負担には定額自己負担と定率自己負担があるが、

OECD 諸国においては半数ずつであった。CABG や PTCA には専門医の判断が必要である。一般に医によるゲートキーピングシステムが多数の国で導入されているがわが国には存在せず、患者は専門的医療サービスにも直接アクセスが可能である。

3. 2 虚血性心疾患に関する供給面のインセンティブと規制

OECD 諸国の医療システムにおいては、供給サイドの制限によって各国間の医療技術の導入に差が出るのが知られている。例えば、市場への参加や規制、さらに医療技術に対する支払い方式などが医療技術の導入に大きな影響を与えている。

供給量の規制に関して、OECD 調査対象諸国では、米国を除いて医科大学の入学人数の上限を設定している。入学者数削減が医師数の不足を引き起こし、サービスの質に大きな影響を与えたとの報告もある。OECD 諸国においては、人口 10 万対医師数及び専門医数は過去 20 年間上昇し続けている。1980 年代の OECD 諸国における医療費上昇の最も大きな要因は、技術革新と考えられている。多くの国では医療費削減のために、あるいは過剰な利用と浪費を避けるツールとしてハイテク医療技術の導入を制限しようと努めている。また、診療ガイドラインを用いてミクロ面で規制するケースもある。

また、供給面でのインセンティブや規制に大きな影響を及ぼす、病院及び医師に対するそれぞれの支払い方式は以下の如くである。

総枠予算 (Global budget) とは明示的な予算制限を行うことで消費をコントロールする手法であり、かつてはほとんどの OECD 諸国において導入されていた支払い方式である。しかしながら今日では、この総枠予算に依存した国はほとんどなく、予算制の要素を残す混合型のシステムを用いている。

ケースミックス分類あるいは診断群分類は、特定の診断や手技をグループとして包括化し、提供されるサービス量をもとにした適切な財源確保の方式を導入することである。この方法によって、供給者に対してより多くのインセンティブを提供することが可能と言われており、より効果的な資源配分が可能となると考えられている。しかしながら実際は必ずしもそうではなく、治療の過剰利用をもたらすとした米国メディケアに関する

調査や、逆にサービス提供が阻害されるような不適切な支払いが存在するとした調査も報告されている。多くの国ではケースミックス分類と予算制を組み合わせた財源確保の方法を導入している。

出来高払いにおいては、提供されるサービスそれぞれに価格がつけられており、提供されたサービスに応じて支払いが行われるというものである。これは、わが国でも診療報酬制度として導入されている方法である。

医師への報酬支払いに関しては、わが国では診療報酬制度のもとで開業医に対しては出来高払いであるが、病院勤務医の多くは給与として受け取っている。OECD 諸国においてもわが国の状況とほぼ同じである。

3. 3 虚血性心疾患治療の医療経済的側面

虚血性心疾患は OECD 諸国で最も死亡者の多い疾病であり、その治療は近代的で高価なテクノロジーを多く使うことが特徴である。したがって虚血性心疾患は全医療費のなかでかなりの割合を占めていることが特徴である。虚血性心疾患はまた有効な予防法に投資しうる領域でもある。虚血性心疾患の危険因子は、喫煙や高コレステロール、肥満などであり、これらの危険因子は生活習慣の改善によって抑制できるものである。一次予防は疾病の危険因子を削減するものであり、発症した疾病の進展を抑制するものである。投薬による二次予防は虚血性心疾患の進行をくい止め、疾病が身体に及ぼす影響を削減することが目的である。虚血性心疾患の医療費は入院時に集中してかかっており、オーストラリア、カナダ、米国では虚血性心疾患に関連した費用の 75% が入院時に費やされている。英国では、薬剤にかかる費用が多く、虚血性心疾患関連費用の 35% が費やされている。虚血性心疾患のように入院時医療費が最もかかる疾病の場合、在院日数が医療費に与える影響は大きい。1990 年以降、一般的に在院日数は徐々に減少傾向にある。わが国の在院日数は他国に比べて大幅に大きな値を示しているが、これは病床が急性期と慢性期との区別がはっきりなされていないことも理由の一つである。高齢患者ほど在院日数がながいが、性別と在院日数との相関関係は見られなかった。

集中治療の診療待ち時間は、虚血性心疾患治療の需要を非財政面から大きく制限するものと考えられ、アクセスに関する深刻な問題を引き起こ

している。この診療待ち時間に対処する方法として、提供資源の増加のほかに、トリアージシステムの導入などが実施されている。

4 データベース構築

今回の OECD のプロジェクトは、診療情報と医療費情報とを関係させたデータベース（可能な限り入院と外来、施設間関係）を基にマイクロデータをもって国際比較をする内容を含んでいる。これは、以下のような取り組みを踏まえている。

米国では HMO 的なマネージドケアが推進される中、ポピュレーションのレベルで、個々のエピソードに留まらずに諸々の局面を包括して、医療提供体制の効果評価と合理的資源配分ができる仕組みの構築へ動き出した。その一例として、メディケア対象者の健康関連ニーズに基づくケースミックス分類やそれに関する消費資源推計の試行を始めている。

英国では、GP ベースで収集される General Practice Research Database をさらに展開し、GP の電子カルテの統一化とデータベース活用・評価指標化のリアルタイム性を向上させる方向にある。英国 NHS の病院は、ケースミックス分類を基盤にコストとパフォーマンスの指標を算出する仕組みを完成している（豪州ビクトリア州でも同様のシステムを構築している）。さらに、Health Benefit Group/Health Resource Group Matrix のフレームワークで、予防から継続ケアに至るまでの総合的なデータベース構築を進めている。

カナダのオンタリオ州では各種健康・医療関連情報をヘルスカードの ID 番号でリンクし、施設や時間を超えて診療情報と医療費情報とを連結して活用し、地域の健康状態、医療のパフォーマンスならびに制度・政策の評価に関連して種々の健康関連指標を算出できる基盤を整えている。

E. 結論

(1) 医療制度・規制・インセンティブ

医療制度・規制・インセンティブの側面からは、OECD 参加国の概ねの共通性と日本の特殊性が見出された。一、OECD 参加国では欧州を中心に、日本と同様に医療の利用が確保され窓口負担が少ない制度が構築されている。二、日本においては、ゲートキーパー機能が無く、技術普及における規制も強くなく、需要面でも供給面でも規制・制限が比較的小さい。にも関わらず、三、受療に当たり待ち行列・待ち日数が比較的小さく、四、しかも、国レベ

ルでの医療費が高くない。国民皆保険、フリーアクセスといった点では、事実上同様の機能が OECD 参加の多くの国で実現されているが、今回の評価軸では日本のシステムは、需要・供給の両面からの規制が比較的小さく、しかも国民医療費が高くは無い、一種の効率的状態を達成しているといえる。そのメカニズムをさらに探る余地はあり今後の研究の課題である。

(2) データベース構築

今回の OECD のプロジェクトは、診療情報と医療費情報とを関係させたデータベース（可能な限り入院と外来、施設間関係）を基にマイクロデータをもって国際比較をする内容を含んでいる。これは、英国 NHS や GPRD、豪州、カナダ、台湾、米国メディケアやマネージドケアなどでの、計画的な包括的データベース構築の流れを受けたものとも言える。

本研究は、診療情報と医療費情報とを関係させたデータベースを基にマイクロデータをもって国際比較をするわが国の研究としては他に見られないユニークなポジションにある。さらに診療情報と医療費情報とを関係させたデータベースが施設を超えて入院外来の区別を超えて構築されれば：①種々の健康・医療関連の行政統計の構造化、診療情報と詳細な診療報酬データのリレーショナルデータベース化により、医療介入の費用とパフォーマンスの指標化の評価研究がなされうること、②予防から発症、外来と入院治療、治療後に至るまでの諸局面を横断して評価できるデータベース構築の要件をデザインし、発症・治療・治療の成果という一連の情報と政策との関係の解析をも可能にすべく各種評価指標算出を進めうる、などの発展の可能性を保っている。個人情報保護の体制の確立とともに、このようなデータベース構築を国レベルで検討する重要性が見出せる。

F. 健康危険情報

特に該当無し

G. 研究発表

(発表誌名巻号・頁・発行年も記入)

1. 論文発表

- The OECD Study Collaborative Expert Group (Incl. Kameda T & Imanaka Y). OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Breast Cancer. OECD (In

press).

- The OECD Study Collaborative Expert Group (Incl. Kameda T & Imanaka Y). OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Stroker. OECD (In press).
- The OECD Study Collaborative Expert Group (Incl. Kameda T & Imanaka Y). OECD Study of Cross-National Differences in the Treatment, C

2. 学会発表

特に該当無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

特に該当無し

3. その他

特に該当無し