

難い「総合評価」・「提言」となってしまう。また、「測定結果」を踏まえていなければ、「総合評価」・「提言」は説得力のある情報とはなりえない。

「測定結果」は実績値と目標値が両方そろい、数値が比較・検証されることが必要である。目標値は指標設定がされていないと定められない。指標設定は、「各要素の明示」（「ロジック・モデル」）がなされていなければならない。「ロジック・モデル」は「課題やニーズ」から組み立てられる。

2事例の共通の問題点として、「ロジック・モデル」、「目標設定」および「測定結果についての考察」の不備を挙げたが、上記のように考えると、その他の項目に問題がないというわけではない。

「チェックリスト」（表11）では、「ロジック・モデル」や「目標値の設定」が「×」であるにもかかわらず、「総合評価」が「○」になっている部分があるが、厳密には、前段階が「×」であれば、その後の項目は全て「×」（不完全）という評価がなされるべきである。2事例の「総合評価」は「ロジック・モデル」や「目標設定」の不備を補うことで、「意思決定に役立つ情報」として、まだまだ精度を高めることができる。「政策

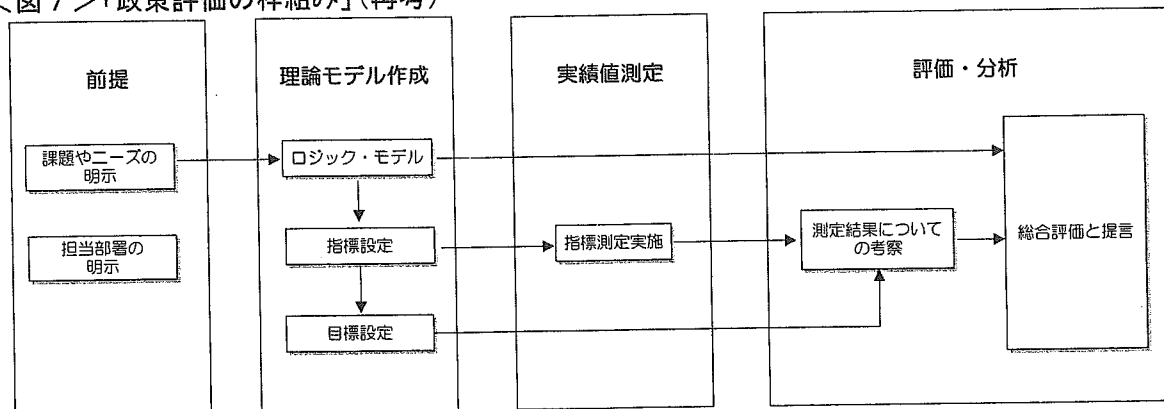
評価の枠組み」に沿って、各項目を一つひとつ丁寧に説明していくことが、政策評価を行ううえで最も大切といえる。

3. 「チェックシート」と「チェックリスト」の限界・要改善点

（1）主に記述の有無を評価している点

「チェックシート」や「チェックリスト」は、厚生労働省の政策評価結果である「実績評価書」の構成について、4つの枠組みから作成した「チェック項目」をもとに記述の有無について確認していくことを目的としている。そのため、「実績評価書」に記述されている内容を詳細に精査することは行わない。しかしながら、「政策評価の目的」である「国民の意思決定に役立つ情報提供」を行うためには、提供される情報が当該分野に関する豊富な専門的知識によって裏づけられている必要がある。仮に、実施された政策評価が4つの枠組みを満たしても、誤った情報を提供した場合、その情報の受け手である国民が行う意思決定は、本来であれば意図しないものとなる可能性がある。したがって、政策評価研究においては政策評価の枠組みを確認したうえで、評価内容を精査することが必要であろう。

<図7>「政策評価の枠組み」(再考)



(2) 対象分野・対象数・対象年度の拡大

本研究では、医療分野の「実績評価書」2事例を評価し、共通の問題点について考察を行っているが、厚生労働省が行う「実績評価書」全般についての本質的な問題点には言及していない。厚生労働省の政策評価についての本質的な問題点を抽出するためには、対象分野・対象数・対象年度を拡大して検証しなければならない。そして、それらの対象を増やしていく過程において、「チェックシート」や「チェックリスト」によって本質的な問題点を探り、解決策を提言できるよう改善していく必要がある。

ただし、政策評価の4つの枠組み(「前提」→「理論モデル作成」→「実績値測定」→「評価・分析」)については、政策評価結果が論理的説得力を持つための必要条件となるので、この枠組みをもとに改善していくことが重要である。

E. 結論

本研究では、厚生労働省の「実績評価書」が「意思決定に役立つ情報提供」となるよう、情報提供の方法、および情報提供すべき事項について順を追って示した。「チェックシート」や「コメント」で指摘した事項を「実績評価書」に盛り込むことで、意思決定者(政策策定者や国民)に対して説得力がある情報を提供することが可能となる。

「チェックシート」や「コメント」で示された問題点のなかには容易に解決できるものも多くある。例えば、「要素の明示」でインプット(財政的資源・その他資源)が記載されなかった場合は、当該施策に係る

予算を示せばよいし、「実績値測定」を行っているにも関わらず「測定方法・データソース」に記述がない場合は、その出所を示すことで解決できる。

しかし、「実績評価書」にどのような項目を記載するかが明確に示されなければ、情報提供の不足・不備も発生しよう。そこで、完成された記述フォームを統一して用いることが期待される。政策・施策・事業に関して、評価者にとって自明のことであっても、それら一つずつ丁寧に示すことで、国民との情報共有が可能となる。その意味で、本研究で用いた「チェックシート」は統一フォームの雛形を目指したものである。

本研究では、厚生労働省の「実績評価書」についての問題点の抽出と改善策の提示を行うために、厚生労働省の「実績評価書」の特徴を把握するための手法についての考察を行ってきた。今後、政策評価の評価をさらに行うことで「チェックシート」を使いやすく、受け手(国民)にとってわかりやすいように改善していくことが望まれる。本研究をその第一歩と位置づけたい。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録

なし

謝辞

本報告書作成にあたり、日本ガイダント株式会社田村誠副社長から貴重なご意見を賜りました。ここに厚く御礼申し上げます。

文献一覧

【参考文献】

- ・(財) 行政管理研究センター『政策評価の基礎用語』(財) 行政管理研究センター、2005年
- ・国土交通省『平成15年度 国土交通省政策評価レポート』国立印刷局、2004年
- ・田村誠『政策評価における実績評価のあり方に関する研究 評価指標見直しの基本的視点の検討』厚生科学研究補助金政策科学推進研究事業総括研究報告書、2004年
- ・田村誠、木村大輔『米国の医療政策評価システムの考え方と仕組み』厚生科学研究補助金政策科学推進研究事業分担研究報告書、2004年
- ・ハリー・P・ハトリ（訳：上野宏・上野真城子）『政策評価入門 結果重視の業績測定』東洋経済新報社、2004年
- ・明治安田生活福祉研究所『政策評価における実績評価のあり方に関する研究 理論的視点からの実績評価体系の見直し』厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書、2004年
- ・龍慶昭・佐々木亮『「政策評価」の理論と技法』（増補改訂版）多賀出版、2004年
- ・有川博『有効性の検査の展開 政策評価との交錯』全国会計職員協会、2003年
- ・W.K. ケログ財団（訳：農林水産政策情報センター）『ロジックモデル策定ガイド』農林水産政策情報センター、2003年
- ・宇賀克也『政策評価の法制度』有斐閣、2002年
- ・田村誠『政策評価における「プログラム評価」と「業績評価」について』厚生科

学研究補助金特定疾患対策研究事業分担研究報告書、2002年

- ・高崎正有『プログラム評価』、「SRIC REPORT」、2001年12月
- ・建設省建設政策研究センター『建設政策における政策評価に関する研究 政策評価用語集』、建設省建設政策研究センター、2000年
- ・伊多波良雄『これからの政策評価システム』中央経済社、1999年
- ・山谷清志『政策評価の理論とその展開』晃洋書房、1997年

【行政資料】

- ・厚生労働省『厚生労働省における政策評価に関する基本計画』、2005年
- ・厚生労働省『厚生労働省における事後評価の実施に関する計画』、2005年
- ・厚生労働省『実績評価書』、2005年
- ・総務省『政府全体における政策評価等の実施状況等の概要』、2005年
- ・厚生労働省『厚生労働省政策評価実施要領』、2001年
- ・政策評価各府省連絡会議了承『政策評価に関する標準的ガイドライン』、2001年

＜参考資料＞厚生労働省 実績評価対象一覧

小分類（ローマ数字（I-IVなど））ごとに「実績評価書」が公表されている。参考に基本目標・施策目標も掲載した（2006年1月17日現在）

政策体系		目 標
基本目標1		安心・信頼してかかれる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること
施策目標1		地域において適切かつ効率的に医療を提供できる体制を整備すること
1-I-IV		医療の質を向上させるために医療法に基づく基準を遵守すること
施策目標4		広域を対象とした高度先駆的な医療や結核・難病などの専門的医療等（政策医療）を推進すること
4-I		政策医療を着実に実施すること
施策目標5		感染症など健康を脅かす疾病を予防・防止するとともに、感染者等に必要な医療等を確保すること
5-II		治療方法が確立していない特殊の疾病等の予防・治療等を充実すること
5-III		ハンセン病対策の充実を図ること
5-IV		エイズの発生・まん延の防止を図ること
5-V		適正な臓器移植の推進等を図ること
5-VI		原子爆弾被爆者等を援護すること
施策目標6		品質・有効性・安全性の高い医薬品・医療用具を国民が適切に利用できるようにすること
6-I		有効性・安全性の高い新医薬品・医療機器の迅速な承認手続を進めること
6-II		医薬品・医療機器の品質確保の徹底を図るとともに、医薬品等の情報提供に努めること
6-III		医薬分業を推進すること
施策目標7		血液製剤の国内自給を推進するとともに、安全性の向上を図ること
7-I		血液製剤の国内自給の推進を図ること
7-II		血液製剤の使用適正化を推進すること
7-III		血液製剤の安全性の向上を図ること
施策目標8		保健衛生上必要不可欠なワクチン等の安定供給を確保するとともに、緊急時等の供給体制についても準備を進めること
8-I		希少疾病ワクチン・抗毒素及びインフルエンザワクチンの安定供給を図ること
施策目標9		新医薬品・医療機器の開発を促進するとともに、医薬品産業等の振興を図ること
9-I		医薬品・医療機器の製造業や販売業等の振興を図ること
9-II		医薬品・医療機器の流通改善を図ること
9-III		ハイオ技術、ナノ技術等の先端技術を活用し、画期的な医薬品、医療機器等の研究開発を推進すること
9-IV		患者数が少なく、研究開発が進みにくい稀少疾病用新薬や成人に比較して適用薬剤が少ない小児・未熟児に適した剤型等の研究開発を推進すること
施策目標10		患者の多様なニーズ等に対応した医療関連サービスの提供を促進すること
10-I		患者の多様なニーズや医療機関経営上のニーズに対応した医療関連サービスの適切な提供を促進すること

政策体系		目 標
政策目標12	妊産婦・児童から高齢者に至るまでの幅広い年齢層において、地域・職場などの様々な場所で、国民的な健康づくりを推進すること	
12-I	地域住民の健康の保持・増進及び地域住民が安心して暮らせる保健医療体制の確保を図ること	
12-II	国民の心身の健康の維持増進を図ること	
12-III	医療保険者が行う健康管理事業を推進すること	
政策目標13	健康危機管理を推進すること	
13-I	健康危機が発生した際に迅速かつ適切に対応するための体制を整備すること	
基本目標2	安心・快適な生活環境づくりを衛生的観点から推進すること	
政策目標1	食品の安全性を確保すること	
1-I	食中毒等食品による衛生上の危害の発生を減らし、食品の安全性の確保を図ること	
1-II	国民の健康を守るため、輸入食品の安全性の確保を図ること	
1-III	食品添加物の規格基準や残留農薬基準の整備等を通じ、食品の安全性の確保を図ること	
1-IV	いわゆる健康食品等について、広告・表示の適正化を図り、適切な情報の下で消費者がこれを選択できるようにすること	
政策目標2	麻薬・覚せい剤等の乱用を防止すること	
2-I	国民、特に青少年に対し、薬物乱用の危険性を啓発し、薬物乱用を未然に防止すること	
2-II	国内及び水際において、薬物事犯に対する取締りを徹底すること	
2-III	脱法ドラッグの不正使用を防止するとともに、薬物依存・中毒者の治療と社会復帰を支援すること	
政策目標3	安全で質が高く災害に強い水道を整備すること	
3-I	安全で質が高い水道の確保を図ること	
3-II	災害に強い水道の整備など水道水の安定供給を図ること	
3-III	未普及地域における水道水の整備を図ること	
政策目標4	国民生活を巻き起こす化学物質による人の健康被害を防止すること	
4-I	毒物・劇物の適正な管理を推進すること	
4-II	化学物質の毒性について評価し、適正な管理を推進するための規制を実施すること	
4-III	家庭用品の安全性を確保すること	
政策目標5	生活衛生関係営業の振興等により生活衛生の向上・増進を図ること	
5-I	生活衛生関係営業における衛生水準の確保及び振興を図ること	
5-II	建築物衛生の改善及び向上等を図ること	

政策体系		目 標
基本目標3		労働者が安心して快適に働くことができる環境を整備すること
施策目標1		労働条件の確保・改善を図ること
1-I		法定労働条件の確保・改善を図ること
1-II		年間総実労働時間1,800時間の達成・定着
施策目標2		労働者の安全と健康の確保を図ること
2-I		事業場における安全衛生水準の一層の向上を図ること
2-II		産業安全水準の一層の向上を図ること
2-III		労働衛生対策の推進を図ること
施策目標3		労働災害に被災した労働者等の公正な保護を行うとともに、労働者の福祉の増進を図ること
3-I		労災保険給付の適正な処理を行うことにより、被災労働者等の保護を図ること
3-II		被災労働者及びその家族の援護を図り、被災労働者の円滑な社会復帰を促進すること
施策目標4		勤労者生活の充実を図ること
4-I		勤労者の財産形成の促進を図ること
4-II		中小企業における退職金制度の普及促進を図ること
4-III		自由時間の充実等勤労者生活の充実を図ること
施策目標5		多様な就業ニーズに対応した就業環境を整備すること(基本目標6施策目標2を参照)
施策目標6		安定した労使関係等の形成を促進すること
6-I		円滑な政労使コミュニケーションの促進を図ること
6-II		集团的労使関係のルール確立及び普及等を図ること
6-III		集团的労使紛争の迅速かつ適切な解決を図ること
施策目標7		個別労働関係紛争の解決の促進を図ること
7-I		個別労働関係紛争の解決の促進を図ること
施策目標8		労働保険適用徴収業務の適正かつ円滑な実施を図ること
8-I		労働保険の適用促進及び労働保険料の適正徴収を図ること

政策体系		目 標
基本目標4		経済・社会の変化に伴い多様な働き方が求められる労働市場において労働者の職業の安定を図ること
施策目標1		労働力需給のミスマッチの解消を図るために需給調整機能を強化すること
1-I		公共職業安定機関における需給調整機能を強化すること
1-II		労働力需給調整事業システムを整備すること
1-III		官民の連携により労働力需給調整機能を強化すること
施策目標2		雇用機会を創出するとともに雇用の安定を図ること
2-I		中小企業、新規・成長分野企業等における雇用機会を創出するとともに労働力の確保を図ること
2-II		地域の実情に即した雇用機会の創出等を図ること
2-III		事業活動の縮小を余儀なくされた企業における雇用の維持・安定を図ること
2-IV		円滑な労働移動を促進すること
2-V		産業の特性に応じた雇用の安定を図ること
施策目標3		労働者等の特性に応じた雇用の安定・促進を図ること
3-I		高齢者の雇用就業を促進すること
3-II		障害者の雇用を促進すること
3-III		若年者の雇用を促進すること
3-IV		外国人労働者の就労環境の整備を図ること
3-V		就職困難者等の雇用の安定・促進を図ること
施策目標4		求職活動中の生活の保障等を行うこと
4-I		雇用保険制度の安定的かつ適正な運営及び求職活動を容易にするための保障等を図ること
基本目標6		男女がともに能力を発揮し、安心して子どもを産み育てることを可能にする社会づくりを推進すること
施策目標1		働く女性が性別により差別されることなく能力を十分に発揮できる雇用環境を整備すること
1-II		職場におけるセクシュアルハラスメント防止対策が徹底されていること
施策目標2		多様な就業ニーズに対応した就業環境を整備すること
2-I		パートタイム労働を魅力ある就業形態とすること
2-II		在宅ワークを魅力ある就業形態とすること
施策目標3		働きながら子どもを産み育てることを容易にする雇用環境を整備すること
3-I		育児・介護休業を取りやすく、職場復帰をしやすい環境を整備すること
3-II		育児・介護をしながら働き続けやすい環境を整備すること

政策体系		目 標
施策目標4	利用者のニーズに対応した多様な保育サービスを提供すること	
4-I	必要な人が利用できる保育サービスを確保すること	
4-II	多様なニーズに対応できる保育サービスを確保すること	
施策目標5	子どもが健全に育成される社会を実現すること	
5-I	地域における子育て支援の充実を図り、子育て家庭を支援すること	
5-II	放課後児童の適切な遊び及び生活の場を確保すること	
5-III	子育て家庭の生活の安定を図ること	
施策目標6	児童虐待や配偶者による暴力を防止すること	
6-I	児童虐待の発生件数を減少させること	
6-II	配偶者からの暴力の被害者の適切な保護・支援を図ること	
施策目標7	親子ともに健康な生活を確保すること	
7-I	思春期の保健対策の強化と健康教育の推進を図ること	
7-II	妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援を図ること	
7-III	小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備を図ること	
7-IV	子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減を図ること	
施策目標8	総合的な母子家庭等の自立を図ること	
8-I	母子家庭の生活の安定を図ること	
8-II	母子家庭の母等の自立のための就業支援を図ること	
基本目標7	利用者の視点に立った質の高い福祉サービスの提供等を図ること	
施策目標1	生活困窮者等に対し必要な保護を行うこと	
1-I	生活困窮者に対し必要な保護を行うこと	
1-II	災害に際し応急的に必要な救助を行うこと	
施策目標2	地域福祉の増進を図ること	
2-I	ボランティア活動等住民参加による地域福祉活動を促進し、地域福祉を推進すること	
2-II	ホームレスの自立を促進すること	
施策目標3	社会福祉サービスを支える人材養成、利用者保護等の基盤整備を図ること	
3-I	社会福祉事業に従事する人材の養成確保を推進することにより、より質の高い福祉サービスの提供がなされる基盤を整備すること	
3-II	利用者の選択を可能にするための情報提供や判断能力が不十分な者に対する援助を行うことにより、福祉サービスの利用者の保護を図ること	

政策体系		目 標
施策目標4	戦傷病者、戦没者遺族、中国残留邦人等を援護するとともに、旧陸海軍の残務を整理すること	
4-I	戦傷病者、戦没者遺族等に対して、褒護年金の支給、療養の給付等の援護を行うこと	
4-II	戦没者の遺骨の収集を行うことにより、戦没者遺族を慰謝すること	
4-III	中国残留邦人等の円滑な帰国を促進するとともに、永住帰国者の自立を支援すること	
4-IV	旧陸海軍に関する人事資料を適切に整備保管すること	
基本目標8	障害のある人も障害のない人も地域でもとに生活し、活動する社会づくりを推進すること	
施策目標1	障害者の住まみや働く場を準備すること	
1-I	障害者の住まみや活動の場を準備すること	
施策目標2	必要な保健福祉サービスが的確に提供される体制を整備すること	
2-II	施設・在宅両面にわたる介護等のサービスが適切に提供される体制を整備すること	
施策目標3	障害者の自己実現や社会参加を通じた生活の質の向上を進めること	
3-I	障害者が必要とする情報や福祉用具等を十分に入手できる体制を整備すること	
3-III	障害者のスポーツ、芸術・文化活動を支援すること	
基本目標9	高齢者ができる限り自立し、生きがいを持ち、安心して暮らせる社会づくりを推進すること	
施策目標1	老後生活の経済的自立の基礎となる所得保障の充実を図ること	
1-I	持続可能な公的年金制度を構築すること	
1-II	公的年金制度の上乗せの年金制度(企業年金等)の適正な運営を図ること	
施策目標3	高齢者の健康づくり・生きがいづくりを推進するとともに、生活支援を推進すること	
3-I	高齢者の介護予防、健康づくり・生きがいづくり及び社会参加の支援を推進すること	
3-II	高齢者の生活支援を推進すること	
施策目標4	介護保険制度の適切な運営等を通じて、介護を必要とする高齢者への支援を図ること	
4-II	質・量両面にわたり介護サービス基盤の整備を図ること	
基本目標10	国際化時代にふさわしい厚生労働行政を推進すること	
施策目標1	国際機関の活動に対し協力すること	
1-I	国際労働機関が行う技術協力に対し積極的に協力すること	
施策目標2	国際協力の促進により国際社会へ貢献すること	
2-I	労働分野における人材育成のための技術協力を推進すること	
基本目標11	国民生活の向上に関わる科学技術の振興を図ること	
施策目標2	研究を支援する体制を整備すること	
2-I	厚生労働科学研究費補助金の適正かつ効果的な実施を確保すること	
基本目標12	国民生活の利便性の向上に関わるIT化を推進すること	
施策目標1	厚生労働省電子政府構築計画等を推進すること	

出所) 厚生労働省資料をもとに作成

既存の厚生統計資料を活用した政策評価指標の検討

福田 敬 (東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学客員助教授)

高取 拓史 (東京大学大学院医学系研究科公衆衛生)

白岩 健 (東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学)

研究要旨 政策評価を行うためには適切な評価指標を用いることが望まれる。平成15年度の本研究において、厚生労働省による調査・統計資料の活用可能性について検討した。そこで、厚生労働省の統計資料を活用する具体的な事例として、医療施設調査・病院報告の個票データを用いた検討を行った。医療提供体制の充実については、二次医療圏ごとの医療機能の充足を表す指標として、診療科等の充足度を用いることが可能であると考えられた。また医療機器の充足度については、他の要因との関連を分析し、機器の設置が外来患者数と関連することが示され、医療設備を充実する政策が病院間の競争や医療費へも関連することが示唆された。

A. 研究目的

政策評価を行うためには適切な評価指標があることが望まれる。評価指標を作成するには既存の統計資料を活用することが可能である。平成15年度の本研究において厚生労働省による既存統計資料を活用した政策評価指標を検討した。これをもとにいくつかの指標について医療施設調査・病院報告の個票を用いて政策評価指標の検討を行った。

また政策指標として有用であることを示すためには、これが他のどのような変数と関連しているかを検討することは重要である。そこで病院における医療機器の導入について他の関連要因との関係を分析した。

日本における病院の特徴として、諸外国と比較して人口当たりの病院数が多く(1-3)、患者が自由に病院を選択できることが挙げられる。一方、病院は運営上必要な収益を上げなければならないことから、病院数が

不足しているとは考えられない地域では、外来患者の獲得競争が起こっている可能性がある(4-6)。

患者獲得に関わる仮説として、日本においては、牛丸(1988)の仮説がある(7)。牛丸によると、医療設備に投資し医療機器を導入することが、患者に対して、病院の質の高さを表す広告の役割を果たし、患者はより集まるとしている。Robinsonら(1985)も、病院の質についての情報が手に入りにくい医療業界では、医療設備は病院の質の高さを表すので、患者は集まるとしている(8)。さらに、Dranoveら(1993)も、医療設備の整っている医療施設に患者は集まるといふ仮説を提唱している(9)。

医療施設以外の病院選択の要因として、病院の綺麗さ、看護スタッフの質、患者宅から病院までの距離又は時間、医師数、提供する診療サービスの多さ、大学病院との提携、病院の規模、開設主体、死亡率、費用などがあげられている(9-25)。

Okorafor(1983)は、質問紙調査の結果、患者にとって重要な病院の特徴の上位3つは、綺麗な病院であること、現代的な設備を有していること、看護スタッフのケアが良いことであると報告している(10)。Taylorら(1996)は、外来患者を対象にした質問紙調査により、外来患者の病院選択基準の上位3つは、病院が便利な場所にあること、費用が安いこと、病院施設の質が高いことであると報告している(11)。McGuirkら(1984)、Leeら(1985)、Adamsら(1991)は、患者は自宅からの距離が近い、又は、自宅から時間が長くかからない病院を選択すると報告している(12-14)。Folland(1983)も、患者は自宅からの距離が近い病院を選択すると報告し、さらに、医師数の多い病院、病床数の多い病院を選択すると報告している(15)。Eriksonら(1985)も、患者は医師数の多い病院を選択すると報告している(16)。Jantzenら(2000)は、患者は費用の安い病院、病床数の多い病院、Integrated Delivery System(複数の医療関連機関で構成されるネットワーク)に加入している病院を選択すると報告している(17)。Dranoveら(1993)も、患者は費用の安い病院を選択すると報告し、さらに、新生児科、心臓切開手術、移植手術、MRI、放射線治療のうち、3つ以上の診療サービスを提供している病院を選択すると報告している(9)。Luftら(1990)は、患者は大学病院と提携している病院を選択し、民間病院を選択する患者は少ないと報告している(18)。Burnsら(1992)は、患者は死亡率の低い病院を選択すると報告している(19)。Phibbsら(1993)は、出産を控えた女性患者の場合、ハイリスクの患者ほど、高水準のNICUを提供す

る病院を選択すると報告している(20)。

患者の病院選択に関する日本の先行研究として、Yoshikawaら(1996)の研究がある(26)。Yoshikawaらによると、二次医療圏内における入院患者のシェアと当該病院の医療機器の整備状況や1病床あたり医療スタッフ人数とは有意な正の関連を示したと結論づけている。しかし、この研究は断面研究であり、変化については分析していないため、医療機器の導入と患者数の増減の関連は不明である。また、入院患者より外来患者の方が紹介による受診の割合は低く病院選択をしやすいと思われることから(27)、医療機器の導入はむしろ外来患者の方に影響を与えるのではないかと考えられるが、Yoshikawaらの研究では、外来患者について分析していない。高取ら(2004)は、1987年、1990年、1993年の「医療施設静態調査」と「病院報告」のデータを用い、1987年から1990年まで外来患者数が増加していない中規模病院において、同期間に医療設備や医療スタッフの充実があった場合、その後の3年間(1990年から1993年)に外来患者数が増加したと報告している。また、高取ら(2004)は、受診行動が異なると思われる内科系診療科を受診する外来患者と外科系診療科を受診する外来患者を分けて分析し、それぞれにおいて、外来患者数の増加に影響を与える医療設備や医療スタッフに違いが見られたと報告している(28)。しかし、年度の古いデータが用いられており、現状を反映しているかどうかは不明である。厚生労働省の「受療行動調査」(1996年)によると、100-499床の中規模病院の場合、「初診外来患者の病院選択理由」の上位3つは、1)「前に来たことがある」48.3%、2)

「自宅等に近い」44.9%、3)「医療設備がよい」20.4%であった29)。このうち、3)のみが病院側にとって変更可能な要因である。他方、100床未満の小規模病院では、「医療設備がよい」を選択した外来患者は9.7%と少なく、小規模病院に来院する外来患者にとって、医療設備のよさは、中規模病院に来院する外来患者ほど影響を与えないと考えられる。また、500床以上の大規模病院の場合、中規模病院や小規模病院に比べ、数が少ないことや、専門性が高いことから、数量的分析の対象とすることは難しいと考えられる。

以上のような背景から、最新のデータを用い、わが国の中規模病院において、医療設備や医療スタッフの変化と内科系及び外科系外来患者数の変化の関連について検討する。

B. 研究方法

データとして、厚生労働省による医療施設調査および病院報告の1987, 1990, 1993, 1996, 1999, 2002の病院分のデータを用いた。本データは目的外使用申請を行い、承認を得た上で利用した。

PART 1

政策指標として、二次医療圏単位での医療提供体制の充実を取り上げる。二次医療圏単位では一般的な入院医療が完結する範囲を想定しているため、ある程度専門的な診療科も有するべきであると考えられる。そこで特定の診療科のない二次医療圏数を指標とし、その年次推移をみた。また、同様

の手法で救急体制や診療録管理体制について検討した。

PART 2

1. 1996年から1999年の外来患者数増減に関わる分析

(a) 内科系外来患者を対象にした分析(分析1a)

資料として、1996年及び1999年の「医療施設静態調査」と「病院報告」の個票データ、「人口推計年報」、「民力：都道府県別民力測定資料集」の都道府県別集計データを用いた(30-33)。個票データは、厚生労働省にデータの目的外使用の申請をして使用を認められたものである。

対象とする病院は、1996年及び1999年において引き続き診療活動を行っている中規模病院とした。中規模病院とは、「受療行動調査」の定義に基づき、100-499床の病院とした。1996年、1999年のいずれかにおいて、休止中又は休診中の病院、内科系外来患者数が0人の病院は対象から除いた。また、「医療施設静態調査」と「病院報告」において、本研究で用いるデータに欠損値や外れ値のある病院は対象から除いた。結果的に、対象病院数は3513となった(図1)。

従属変数として、「医療施設静態調査」における調査期間中(1996年は9月24日～9月30日、1999年は9月24日～9月30日)の延べ内科系外来患者数を外来診療実日数で割った1日当たり内科系外来患者数について、1996年から1999年にかけての増減人数とした。1週間当たりの外来診療実日数

は土曜日に1日診療している病院を6日、土曜日に1日診療していない病院を5日とした。本研究における内科系外来患者とは、「医療施設静態調査」において、グループⅠの診療科に属する内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、精神科、神経科、神経内科、心療内科、アレルギー科、リウマチ科を受診した外来患者とした。

独立変数には、医療設備と医療スタッフの両方を含めた。医療設備を表す指標としては、「医療施設静態調査」のデータから、1996年から1999年の医療機器の増減台数、診療部門の増減面積、ICUの増減病床数とした。後述する分析2aと比較するため、医療機器については、1996年、1999年、2002年のいずれにおいても台数が調査されているMRI、X線CT、人工腎臓（透析）装置、RI診断装置、SPECT、IABP駆動装置の6種類を用いた。医療スタッフを表す指標としては、「病院報告」のデータから、常勤医師数、看護師数を選択し、1996年から1999年の増減人数とした。

交絡要因の調整のため、1996年時点の病床数と開設主体、1996年から1999年にかけての病院が所在する県の人口密度の変化、65歳以上人口割合の変化をモデルに含めた26)。開設主体については、「医療施設静態調査」をもとに、「国公立病院」、「民間病院」、「公的病院」の3つに分けた。「国公立病院」は、国、地方自治体の病院、「民間病院」は、医療法人、会社、個人の病院、「公的病院」は、日赤、済生会、厚生連、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合、公益法人、学校法人などの病院とした。分析では、民間病院を基準とし、残りの2つの開設主体をダミー変数の形でモデルに入れた。

分析方法は、重回帰分析を用い、上記の独立変数を一括投入した。有意水準は、 $p < 0.05$ とした。統計解析ソフトは、SAS version 9.1を用いた。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析（分析1b）

資料は、分析1aと同様のものを用いた。対象病院は、1996年、1999年のいずれかにおいて、外科系外来患者数が0人の病院を除いた点以外、分析1aと同様である。結果的に、対象病院数は2431となった（図1）。従属変数は、分析1aで用いた内科系外来患者の増減人数の算出手順を、外科系外来患者に置き換えて算出した。本研究における外科系外来患者とは、「医療施設静態調査」において、グループⅡの診療科に属する外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、気管食道科、皮膚科、泌尿器科、性病科、肛門科を受診した外来患者とした。独立変数は、分析1aと同様にした。また、交絡要因の調整は、分析1aで用いた変数をそのまま用いた。

分析方法も、分析1aと同様である。

2. 1999年から2002年の外来患者数増減に関わる分析

(a) 内科系外来患者を対象にした分析（分析2a）

資料として、1999年及び2002年の「医療施設静態調査」と「病院報告」の個票データ、「人口推計年報」、「民力：都道府県別民力測定資料集」の都道府県別集計データを

用いた 32-35)。

対象とする病院は、1999 年及び 2002 年において引き続き診療活動を行っている中規模病院とした。分析 1a と同様、1999 年、2002 年のいずれかにおいて、休止中又は休診中の病院、内科系外来患者数が 0 人の病院、本研究で用いるデータに欠損値や外れ値のある病院は対象から除いた。結果的に、対象病院数は 3460 となった (図 2)。

従属変数として、「医療施設静態調査」における調査期間中 (1999 年は 9 月 24 日～9 月 30 日、2002 年は 9 月) の延べ内科系外来患者数を外来診療実日数で割った 1 日当たり内科系外来患者数について、1999 年から 2002 年にかけての増減人数とした。外来診療実日数と内科系外来患者の定義は、分析 1a と同様である。

独立変数は、1999 年から 2002 年にかけての医療設備や医療スタッフの充実に関する変数を用いた。個々に取り上げた変数は分析 1a と同じである。

交絡要因の調整について、病床数、開設主体は 1999 年時点のものを用い、病院が所在する県の人口密度の変化、65 歳以上人口割合の変化は、1999 年から 2002 年の変化とした 26)。開設主体の定義や変数としての扱いは、分析 1a と同様である。

分析方法も、分析 1a と同様である。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析 (分析 2b)

資料は、分析 2a と同様のものを用いた。対象病院は、1999 年、2002 年のいずれかにおいて、外科系外来患者数が 0 人の病院を除いた点以外、分析 2a と同様である。結果的に、対象病院数は 2358 となった (図 2)。

従属変数は、分析 2a で用いた内科系外来患者の増減人数の算出手順を、外科系外来患者に置き換えて算出した。

独立変数は、分析 2a と同様にした。交絡要因の調整は、分析 2a で用いた変数をそのまま用いた。

分析方法も、分析 2a と同様である。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報が含まれるデータを用いていないため、個人情報に関する倫理的な配慮は必要ない。また、厚生労働省による医療施設調査および病院報告については、目的外使用申請を行い、承認を得て分析に用いている。

C. 研究結果

PART 1

診療科を有する病院がない二次医療圏の数を表 1 に示す。内科や外科などの一般的な科は全ての医療圏にあるものの、呼吸器、消化器、循環器などの専門分化した科は存在しない二次医療圏が 18～31 ある。これらの診療科がない二次医療圏は年を追うごとに減少している。また精神科、神経科についてもこれらの科が存在しない二次医療圏は多い。

救急告示病院が存在しない二次医療圏もいくつかある。また診療録管理専任従事者についてはこのような職員を配置する病院がひとつもない二次医療圏が 60 以上存在する。

PART 2

1. 1996年から1999年の外来患者数増減に関わる分析の結果

(a) 内科系外来患者を対象にした分析の結果 (分析 1a)

分析 1a で用いた対象病院の概要、並びに、主要な指標の変化を表 1、表 2 に示した。対象とした中規模病院における医療機器の保有状況を表 3 に示した。医療機器の台数の変化について見てみると、SPECT、MRI、IABP 駆動装置、人工腎臓（透析）装置、X 線 CT、RI 診断装置の順に増加割合が高かった。

多重共線性について検討したところ、連続変数間におけるピアソンの積率相関係数は、医師増減人数と看護師増減人数が 0.42 である以外は、すべて 0.3 未満であった (表 4)。カテゴリカル変数と連続変数とのスピアマンの順位相関係数は、すべて 0.3 未満であった (表 5)。

最終分析モデルを表 6 に示した。内科系外来患者増減人数を従属変数、MRI 増減台数、X 線 CT 増減台数、人工腎臓（透析）装置増減台数、RI 診断装置増減台数、SPECT 増減台数、IABP 駆動装置増減台数、常勤医師増減人数、看護師増減人数、診療部門の増減面積、ICU の増減病床数、病床数、国公立病院、公的病院、人口密度の変化、65 歳以上人口割合の変化を独立変数とする分析モデルになった。

重回帰分析による結果を表 7 に示した。有意になった変数は、人工腎臓（透析）装置増減台数 ($p < 0.01$)、SPECT 増減台数 ($p < 0.05$)、医師増減人数 ($p < 0.01$)、看護師増減人数 ($p < 0.01$)、病床数 ($p < 0.05$)、国

公立病院 ($p < 0.05$)、人口密度の変化 ($p < 0.05$) であった。有意になった変数の中で、人工腎臓（透析）装置増減台数、SPECT 増減台数、医師増減人数、看護師増減人数、病床数、人口密度の変化の偏回帰係数は正であり、これらの増加が内科系外来患者数の増加と関連していた。一方、国公立病院の偏回帰係数は負であった。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析の結果 (分析 1b)

分析 1b で用いた対象病院の概要、並びに、主要な指標の変化を表 8、表 9 に示した。対象とした中規模病院における医療機器の保有状況を表 10 に示した。医療機器の台数の変化について見てみると、MRI、SPECT、IABP 駆動装置、人工腎臓（透析）装置、X 線 CT、RI 診断装置の順に増加割合が高かった。

多重共線性について検討したところ、連続変数間におけるピアソンの積率相関係数は、医師増減人数と看護師増減人数が 0.42、看護師増減人数と病床数が 0.32 である以外は、すべて 0.3 未満であった (表 11)。カテゴリカル変数と連続変数とのスピアマンの順位相関係数は、すべて 0.3 未満であった (表 12)。

最終分析モデルを表 13 に示した。従属変数を外科系外来患者増減人数とし、独立変数は分析 1a と同様である。

重回帰分析による結果を表 14 に示した。有意になった変数は、MRI 増減台数 ($p < 0.01$)、医師増減人数 ($p < 0.01$)、看護師増減人数 ($p < 0.01$)、病床数 ($p < 0.05$)、国公立病院 ($p < 0.01$)、公的病院 ($p < 0.01$)、人口密度の変化 ($p < 0.01$) であった。有意になった

変数の中で、MRI 増減台数、医師増減人数、看護師増減人数、病床数、人口密度の変化の偏回帰係数は正であり、これらの増加が外科系外来患者数の増加と関連していた。一方、国公立病院、公的病院の偏回帰係数は負であった。

2. 1999 年から 2002 年の外来患者数増減に関わる分析の結果

(a) 内科系外来患者を対象にした分析の結果 (分析 2a)

分析 2a で用いた対象病院の概要、並びに、主要な指標の変化を表 15、表 16 に示した。対象とした中規模病院における医療機器の保有状況を表 17 に示した。医療機器の台数の変化について見てみると、SPECT、MRI、IABP 駆動装置、RI 診断装置、人工腎臓 (透析) 装置、X 線 CT の順に増加割合が高かった。

多重共線性について検討したところ、連続変数間におけるピアソンの積率相関係数は、医師増減人数と看護師増減人数が 0.43 である以外は、すべて 0.3 未満であった (表 18)。カテゴリカル変数と連続変数とのスピアマンの順位相関係数は、すべて 0.3 未満であった (表 19)。

最終分析モデルを表 20 に示した。個々に取り上げた変数は、分析 1a と同様である。

重回帰分析による結果を表 21 に示した。有意になった変数は、X 線 CT 増減台数 ($p < 0.01$)、医師増減人数 ($p < 0.01$)、看護師増減人数 ($p < 0.01$)、病床数 ($p < 0.01$)、国公立病院 ($p < 0.01$)、公的病院 ($p < 0.01$)、人口密度の変化 ($p < 0.05$)、65 歳以上人口割合の変化 ($p < 0.01$) であった。有意になっ

た変数の中で、X 線 CT 増減台数、医師増減人数、看護師増減人数の偏回帰係数は正であり、これらの増加が内科系外来患者数の増加と関連していた。一方、病床数、国公立病院、公的病院、人口密度の変化、65 歳以上人口割合の変化の偏回帰係数は負であった。

(b) 外科系外来患者を対象にした分析の結果 (分析 2b)

分析 2b で用いた対象病院の概要、並びに、主要な指標の変化を表 22、表 23 に示した。対象とした中規模病院における医療機器の保有状況を表 24 に示した。医療機器の台数の変化について見てみると、SPECT、IABP 駆動装置、MRI、人工腎臓 (透析) 装置、RI 診断装置、X 線 CT の順に増加割合が高かった。

多重共線性について検討したところ、連続変数間におけるピアソンの積率相関係数は、医師増減人数と看護師増減人数が 0.39 である以外は、すべて 0.3 未満であった (表 25)。カテゴリカル変数と連続変数とのスピアマンの順位相関係数は、すべて 0.3 未満であった (表 26)。

最終分析モデルを表 27 に示した。個々に取り上げた変数は、分析 1b と同様である。

重回帰分析による結果を表 28 に示した。有意になった変数は、MRI 増減台数 ($p < 0.05$)、医師増減人数 ($p < 0.01$)、看護師増減人数 ($p < 0.01$)、病床数 ($p < 0.01$)、国公立病院 ($p < 0.01$)、人口密度の変化 ($p < 0.01$) であった。有意になった変数の中で、MRI 増減台数、医師増減人数、看護師増減人数の偏回帰係数は正であり、これらの増加が外科系外来患者数の増加と関連していた。一

方、病床数、国公立病院、人口密度の変化の偏回帰係数は負であった。

D. 考察

PART 1

現在の厚生労働省の政策評価においては、いくつかの施策目標が挙げられている。このうちで例えば、施策目標 1-1「日常生活圏の中で必要な医療が提供できる体制を整備すること」や施策目標 1-3「救急・災害医療体制の整備を図ること」、施策目標 3-1「利用者の視点に立った、効率的で質の高い医療サービスを実現するため、情報提供体制を推進すること」といった施策目標ではそれぞれ、専門診療科の有無、救急告示病院の有無、診療録管理専任従事者の有無などを指標として取り上げることができる。これらの指標を医療施設調査・病院報告からみると年次推移とともに改善してはいるものの、まだ全ての二次医療圏で整備されているとは言えない状況である。これらの指標は定期的な統計調査資料から得られるものであり、政策評価指標としての活用が可能であると考えられる。

PART 2

1996 年から 1999 年の内科系外来患者を対象にした分析（分析 1a）において、人工腎臓（透析）装置台数、SPECT 台数、医師数、看護師数の増加と外来患者数の増加は関連を示した。1996 年から 1999 年の外科系外来患者を対象にした分析（分析 1b）に

おいて、MRI 台数、医師数、看護師数の増加と外来患者数の増加は関連を示した。1999 年から 2002 年の内科系外来患者を対象にした分析（分析 2a）において、X 線 CT 台数、医師数、看護師数の増加と外来患者数の増加は関連を示した。1999 年から 2002 年の外科系外来患者を対象にした分析（分析 2b）において、MRI 台数、医師数、看護師数の増加と外来患者数の増加は関連を示した。

外来患者数の増加と関連を示した医療機器は、内科系と外科系で異なった。内科系外来患者を対象にした分析 1a では、人工腎臓（透析）装置台数及び SPECT 台数の増加と外来患者数の増加が関連を示し、分析 2a では、X 線 CT 台数の増加と外来患者数の増加が関連を示した。外科系外来患者を対象にした分析 1b と分析 2b では、MRI 台数の増加と外来患者数の増加が関連を示した（表 29、表 30）。

医療機器と患者に関する研究について、Yoshikawa ら（1996）は、二次医療圏内における入院患者のシェアと、MRI、マイクロサージャリーの導入とは有意な正の関連を示したと報告している（26）。外来患者を対象にした本研究でも、外来患者数の増加と MRI 台数の増加は関連していた。

分析 1b、分析 2b とともに、MRI 台数の増加と外科系外来患者数の増加は有意な正の関連を示した。MRI は、「医療施設静態調査」で調査される医療機器の中では、最先端の医療機器であり、高機能病院の機器として認識されやすかったのではないかと考えられる。しかし、MRI の偏回帰係数は大きく減少しており、中規模病院に広く普及しつつあるため、MRI の競争機器としての効果

は減少してきていると考えられる。

ただし、MRI に関しては、機種による価格や性能の差が大きいと考えられる。MRI の平均価格について見てみると、永久磁石の MRI は 1 億 500 万円、1.0 テスラ未満の MRI は 1 億 2510 万円、1.0 テスラ以上の MRI は 1 億 5830 万円であるという報告がある。また、病院は一般診療所に比べて、価格よりも性能を重視する傾向があるという報告もある (36)。首都圏の MRI 設置病院について見てみると、開設主体別の平均テスラ数は、国 1.38 テスラ、公的 1.08 テスラに対して、医療法人・個人はそれぞれ 0.49 テスラ、0.45 テスラと低くなっている。1.5 テスラ以上の高磁場機の比率を見ても、国 82.4%、公的 53.3% に対して、医療法人・個人はそれぞれ 4.8%、4.2% となっている。病床規模別では、病床規模が大きくなるほど平均テスラ数と 1.5 テスラ以上の高磁場機比率は上昇し、永久磁石機比率は低下する傾向がある (37)。しかし、本研究で用いた「医療施設生態調査」には MRI の機種についてのデータがないため、今回は MRI の性能差を考慮に入れて分析することができず、今後もっと細かな解析が必要である。

分析 1a において、人工腎臓（透析）装置台数の増加と外来患者数の増加は有意な正の関連を示した。「患者調査」によると、慢性腎不全患者は年々増加しており、このような結果につながったのではないかと考えられる (38)。しかし、人工腎臓（透析）装置台数の増加割合は、1996 から 1999 年は約 15% 増加、1999 年から 2002 年は約 10% 増加と約 3 分の 2 に減少している（表 3、表 17）。また、人工腎臓（透析）装置を保有している病院数については、1996 年から 1999 年

にかけて増加していたが、1999 年から 2002 年にかけて逆に減少していることから、人工腎臓（透析）装置は中規模病院に広く普及しつつあるため、分析 2a の外来患者とは関連を示さなかったのではないかと考えられる。

分析 1a において、SPECT 台数の増加と外来患者数の増加は有意な正の関連を示し、分析 2a において、X 線 CT 台数の増加と外来患者数の増加は有意な正の関連を示した。吉岡 (1996) によると、外来患者の最も多い受診目的は「検査・診断目的」（全体の 70% 以上）であり (39)、また、CT による診断の性能は近年向上しており、このような結果につながったのではないかと考えられる。

高取ら (2004) は、画像診断用超音波装置台数の増加と内科系外来患者数の増加は有意な正の関連を示したと報告しているが、1996 年以降の「医療施設静態調査」において画像診断用超音波装置は調査されておらず、本研究では、分析することはできなかった。

医師と患者数の関連について、高取ら (2004) は、医師数増加と外科系外来患者数の増加が有意な関連を示したと報告している。また、安川 (2003) や田村ら (2002) は、医師を病院の選択理由にしている患者は多いと報告しており (40,41)、医師数増加と外来患者数増加は有意な関連を示したと考えられる。

看護師と患者数の関連について、Yoshikawara (1996) は、二次医療圏内における入院患者のシェアと 1 床当たりの看護師数は有意な正の関連を示したと報告している (26)。看護師を病院の選択理由にしている患者は

多く 40,41)、看護師数増加と外来患者数増加は有意な関連を示したと考えられる。

診療部門の面積と患者数の関連について、安藤 (1998) は、個室や 2 人部屋に比べて 6 人部屋の入院患者は、病室の広さに関して評価が低く、広い部屋を希望していると報告している 42)。また、「受療行動調査」によると、入院患者の廊下や病室の広さに対する満足度は、1996 年度が 45.2%、1999 年度は 43.2% と低い水準にあり 43,44)、Yoshikawa ら (1996) は、1 病床あたりの病棟部門の面積と二次医療圏内における入院患者のシェアとは有意な正の関連を示したと報告している 26)。しかし、入院患者に比べると、外来患者の建物の利用時間は、待ち時間や診察時間のように短時間であるため、診療部門の面積増加と外来患者数の増加は有意な関連を示さなかったのではないかと考えられる。

ICU と患者数の関連について、Yoshikawa ら (1996) は、ICU の有無と二次医療圏内における入院患者のシェアとの関連について分析し、200 床以上の病院で ICU の有無と入院患者のシェアは正の有意な関連を示したと報告している 26)。しかし、本研究では、ICU 病床数の増加と外来患者数の増加は関連しなかった。外来患者は入院患者ほど ICU を使用する機会が多くなく、ICU よりも、医療機器や看護師を病院の選択理由にするのではないかと考えられる。

交絡要因の調整のために加えた変数について、外来患者数が増加していた 1996 年から 1999 年にかけては、病床数が多い病院や人口密度が増加している地域は外来患者数が増加する傾向があった 15,17,26,45)。しかし、外来患者数の減少している 1999 年から

2002 年にかけては、病床数が多い病院や人口密度が増加している地域ほど外来患者数減少の程度は大きかった。国公立病院は外来患者数が減少している傾向が見られた。国公立病院は導入した医療機器の費用を補うために患者数を増やすなど民間病院ほど競争する必要性がないためではないかと考えられる。

本研究の長所として、病院の意思決定可能な医療設備や医療スタッフ数を取り上げて、外来患者数との関連を分析したことが挙げられる。特に、医療設備は、患者から認識されやすい病院の機能を表すもののひとつであると考えられる。病院は広告規制をされているが、「受療行動調査」によると、病院を選ぶ際に参考にした情報がある外来患者 (74.0%) のうち、中規模病院の場合、「家族・友人・知人からの情報」を参考にして病院を選択したという外来患者は 59.3% と最も多く 46)、病院の機能は口コミにより伝わっていると考えられる。

本研究の限界として、他の医療機関が機器を導入するとその周辺にある医療機関の機器導入による効果は減少する可能性があるが、その影響について考慮できなかったことが挙げられる 47,48)。また、調整 R^2 値が低いことから、本研究で取り上げた医療設備と医療スタッフ数だけでは外来患者数の増減を十分に説明しきれないことが挙げられる。既存の研究から、「病院が自宅から近い」、「医療スタッフの対応がよい」、「診療科目が多い」などの要因も病院選択の理由として指摘されており 40,41,49-52)、データの制約上、医療設備や医療スタッフ数以外の要因について分析できなかったことが本研究の限界である。診療科目数については

最終分析モデルに加えて、別途、重回帰分析を行ったが、有意な関連は見られなかった。しかし、調整 R^2 値は低いものの、「医療施設静態調査」及び「病院報告」は抽出調査ではなく全数調査であるため、本研究の結果はわが国の現状を表すものとして一定の意義があると考えられる。

E. 結論

既存のデータを用いて、政策評価指標を作成することがいくつかの例示として可能であった。またこのような指標と他の要因との関連を分析し、その年次推移を検討することで、政策による影響を検討することが可能である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録

なし。

<参考文献>

1. 医療経済研究機構, アメリカ医療関連データ集, 医療経済研究機構, 74-75, 2004
2. 医療経済研究機構, フランス医療関連データ集, 医療経済研究機構, 42-43, 2004
3. 松田晋也, 欧州における医療計画の動向, 社会保険旬報, 18-27, 2005
4. 二木立, 医療経済学, 医学書院, 192-254, 1985
5. 尾形裕也, わが国の医療提供体制の改革と病院経営, 医療と社会, 12 (1), 3-15, 2002
6. 余田拓郎, 日本における医療機関経営の革新, 医療と社会, 11 (4), 23-35, 2002
7. 牛丸聡, 国民医療費の上昇, 高額医療機器の増大及び医療サービスの供給主体, 成熟化社会の国民医療経済分析, 統計研究会, 10-37, 1988
8. Robinson JC, Luft HS, The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care, Journal of Health Economics, 4 (4), 333-356, 1985
9. Dranove D, White WD, Wu L, Segmentation in local hospital markets, Medical Care, 31 (1), 52-64, 1993
10. Okorafor H, Hospital characteristics attractive to physicians and the consumers: implications for public general hospitals, Hospital and Health Services Administration, 28 (2), 50-65, 1983
11. Taylor S, Capella L, Hospital outshopping: determinant attributes and hospital choice, Health Care Management Review, 21 (4), 33-44, 1996
12. McGuirk MA, Porell FW, Spatial patterns