

## 在宅療養支援診療所の発展と医療費の伸び率との関連

イトウ アツシ  
伊藤 敦\*

**目的** 在宅医療は、医師が患者の居住地まで出向いて診療する医療形態であるが、昨今ではこの在宅医療を発展させることで医療費を抑制することが期待されている。そこで、2006年の診療報酬改定で新設された「在宅療養支援診療所」（以下、在支診）に注目し、「在支診」の増加率（以下、発展）と医療費の伸び率との関連について解明した。

**方法** まず、在支診の統計が公開された2008年から最新の公開年である2014年までの6年間に着目して、国全体の「在支診」、「在支診」以外で在宅医療を提供する診療所（以下、在宅医療診療所）や病院（以下、在宅医療病院）の数と全医療費、入院医療費、外来医療費（以下、医療費3指標）の推移について概観した。次に、在宅医療施設と医療費の関係を明らかにするために、これらの指標を都道府県別に集計し、基本統計量（平均値、標準偏差）とスピアマンの相関行列を算出した。また、「在支診」の発展と医療費との関連を解明するために、医療費3指標を目的変数、在宅医療施設を説明変数とした重回帰分析を実施した。さらに、「在支診」の増加率が高い地域と低い地域に分類した上で、両地域の医療費および在宅医療費の伸び率の相違について分析した。

**結果** 第一に、この6年間で「在支診」が26%増加する他方で、全医療費が10.8%増加し、さらには全医療費に占める在宅医療費が41.9%と大幅に増加した。第二に、「在支診」は医療費3指標と正の相関が認められた。「全医療費」が0.60、「入院医療費」が0.53、「外来医療費」が0.43であった。第三に、重回帰分析を実施した結果、「在支診」の増加率が「医療費」の伸び率に正の影響を及ぼしていた。「在支診」は「全医療費」に対して正に有意で、自由度調整済み決定係数が0.372であった。第四に、「在支診」の増加率が高い地域と低い地域では、「全医療費」の伸び率に1.4倍、「入院医療費」の伸び率に1.5倍、「外来医療費」の伸び率に2.9倍の差があった。これらの分析結果より、この6年間で「在支診」が急増した地域ほど医療費が大幅に上昇していることが明らかになった。

**結論** 「在支診」の発展と医療費の伸び率には正の相関があり、「在支診」の増加率が高い地域ほど医療費の伸び率が大きい。それゆえ、「在支診」の発展が、医療費抑制に寄与するとはいえない。

**キーワード** 在宅療養支援診療所、在宅医療、医療費、伸び率、診療報酬

### I はじめに

在宅医療は、医師が自宅療養等を望む患者に

対して往診や訪問診療を提供する医療形態であるが、昨今ではこの在宅医療を発展させることで医療費を抑制することに関心が集まっている<sup>1)-3)</sup>。

\* 国立大学法人北見工業大学工学部准教授

その背景には、多死社会の到来に伴って病院

医療だけですべての看取りに応じることが困難であることや在宅療養ニーズが増加傾向にあることをかんがみ、国全体として病院中心の医療から在宅医療への転換を推奨していることがあげられる<sup>4)</sup>。そこで、厚生労働省は、医療費適正化計画の中で膨張する入院医療費を抑制するために、在宅医療に対して入院医療の受け皿の機能や病床不足の一部を補完する役割を求めている<sup>5)6)</sup>。2006年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所（以下、在支診）を新設し、高額な診療報酬を配分することで在宅医療を担う診療所を経営面から手厚く評価した<sup>7)</sup>。その結果、「在支診」の数は2008年時点で既に1万施設以上に急増したが、医療費はいまだに高騰している<sup>8)</sup>。

しかしながら、今後の在宅医療には、地域包括ケアの役割の一部を担うことが期待されていることから、多くの調整業務を遂行しなければならない、医師一人で対応することが難しい<sup>9)10)</sup>。このため、入院医療や外来医療よりも機会費用が大きいことから、診療報酬を手厚くしている。このことから、在宅医療を拡充化するほど医療費が高くなる可能性があることが指摘されており、特に「在支診」に対する診療報酬の極端な引き上げは供給が需要を誘発させて、医療費を上昇させる恐れがある<sup>11)~13)</sup>。

そこで、本研究では、「在支診」の増加率（以下、発展）と医療費の伸び率との関連について明らかにすることを目的とする。特に、「在支診」以外に在宅医療を提供する診療所（以下、在宅医療診療所）や病院（以下、在宅医療病院）も加えた三施設（以下、在宅医療施設）の増加率と医科医療費（以下、医療費）の伸び率の関係を分析したので報告する。

## Ⅱ 方 法

### （1） 使用データ

データは、厚生労働省が管轄する医療費の動向、医療施設調査、社会医療診療行為別調査を用いた。分析対象とした期間は、在支診の開設数が公開された2008年と最新の公開年である

2014年とした。分析対象は「在支診」「在宅医療診療所」「在宅医療病院」の三施設とし、これらの施設の増加率に注目した。なお、2008年の診療報酬改定では、在宅療養支援病院が新設されているが、先の統計では情報が公開されていないため対象外とした。医療費に関しては、医療費の総額（以下、全医療費）、入院医療費、入院外医療費（以下、外来医療費）の3指標と各医療費に占める在宅医療費の割合と伸び率に注目した。社会診療行為別調査では、診療行為別に診療報酬請求点数が公表されているため、その中の在宅医療の点数を用いて国全体の医療費に占める在宅医療費の割合と伸び率を推計した。ただし、社会医療診療行為別調査には都道府県別データがないことから、都道府県別に見た医療費に占める在宅医療費の割合と伸び率は、暫定的に全国平均と同一と仮定して推定した。なお、ここでいう医療費は診療費に限定しているため、歯科医療費、薬剤費、入院時食事療養費、訪問看護費、移送費・療養費等は含まれていない。

### （2） 研究方法

初めに、2008年と2014年の国全体の医療施設数と医療費および在宅医療費の概要について分析した。ここでは、この6年間の医療費の伸び率と医療費に占める在宅医療費の割合と伸び率を推計した。次に、在宅医療施設の増加率と医療費の伸び率の関係を明確化するために基本統計量（平均値、標準偏差）とスピアマンの相関行列を算出した上で順位相関係数の検定を実施した。また、在宅医療の発展が医療費に及ぼす影響を明確化するために、全医療費、入院医療費、外来医療費の3つを目的変数、在支診（ $X_1$ ）、在宅医療診療所（ $X_2$ ）、在宅医療病院（ $X_3$ ）を説明変数とした重回帰分析を実施した。なお、変数選択は増減法を採用している。さらに、「在支診」の増加率が高い地域と低い地域における医療費と在宅医療費の伸び率の差を解明するために、「在支診」の増加率を都道府県別に算出し、上位5地域と下位5地域の医療費および在宅医療費の伸び率を分析した。加えて、上

位地域の平均と下位地域の平均の対比（以下、平均比）について分析した。これらの分析結果について考察を進めることで、在宅医療の発展と医療費の伸び率との関係について検証した。最後に、本分析の限界と今後の研究課題について言及した。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 医療費と在宅医療費の推移（表1）

この6年間で、「診療所」の増加数（率）は1,378施設（1.4%）増加したのに対し、「在支診」は11,260施設から14,188施設へと2,928施設（26%）増加し、診療所全体よりも19倍増加したが、「在宅医療診療所」は47施設（0.1%）の増加に留まっていた。また、「病院」は、この6年間で301施設（-3.4%）減少したが、特に「在宅医療病院」が329施設（-6%）減少したので、医療施設全体の中で最も減少幅が大きいことがわかった。

国全体の医療費と在宅医療費の関係を明確化するために、この6年間の「医療費」の推移と「医療費」に占める「在宅医療費」の割合につ

いて推計した。「全医療費」は、この6年間で34兆円8084億円から38兆5850億円に増加し、額は3兆7766億円（10.8%）で、全医療費に占める「在宅医療費」の割合は8702億円（2.5%）から1兆2347億円（3.2%）に増加し、額（率）は3645億円（41.9%）であった。「入院医療費」は、12兆8248億円から14兆3754億円に増加し、額（率）は1兆5506億円（12.1%）であった。入院医療費に占める「在宅医療費」の割合は128億円（0.1%）から288億円（0.2%）に増加し、額（率）は160億円（125.0%）であった。また、「外来医療費」は13兆1347億円から13兆4376円に増加し、額（率）は3029億円（2.3%）であった。外来医療費に占める「在宅医療費」の割合は6173億円（4.7%）から8600億円（6.4%）に増加し、額（率）は2427億円（39.3%）であった。

また、「全医療費」は10.8%増加したのに対し、全医療費に占める「在宅医療費」の割合が41.9%増加したので、「全医療費」の伸び率に比べて「在宅医療費」の伸び率が約4倍大きく、特に外来医療費に占める「在宅医療費」の伸び率が入院医療費の「在宅医療費」よりも約3倍大きいことが判明した。

表1 2008年と2014年の医療施設と医療費の概要

	2008年	2014年	増加額(率)
診療所	99 083(100.0)	100 461(100.0)	1 378( 1.4)
在支診	11 260( 11.4)	14 188( 14.1)	2 928( 26.0)
在宅医療診療所	38 431( 38.8)	38 478( 38.3)	47( 0.1)
病院	8 794(100.0)	8 493(100.0)	△301(△3.4)
在宅医療病院	5 467( 62.2)	5 138( 60.5)	△329(△6.0)
全医療費	348 084(100.0)	385 850(100.0)	37 766( 10.8)
在宅医療費	8 702( 2.5)	12 347( 3.2)	3 645( 41.9)
入院医療費	128 248(100.0)	143 754(100.0)	15 506( 12.1)
在宅医療費	128( 0.1)	288( 0.2)	160(125.0)
外来医療費	131 347(100.0)	134 376(100.0)	3 029( 2.3)
在宅医療費	6 173( 4.7)	8 600( 6.4)	2 427( 39.3)

注 単位は医療施設が「施設」、医療費が「億円」、括弧は%である。

#### (2) 在宅医療施設の増加率と医療費の伸び率の相関（表2）

この6年間で「在支診」は平均で21%（±14）増加した他方で、「在宅医療診療所」は-2.1%（±6.2）、「在宅医療病院」は-3.1%（±7.2）減少していた。また、「全医療費」は9.5%（±2.1）、「入院医療費」は10.5%（±2.9）、「外来医療費」は1.6%（±2.1）増加した。

したがって、この6年間で「在支診」のみが極端に増加したが、都道府県間のバラつきも大きいことがわかった。また、医療費は、3指標ともに増加傾向にあり、特に「入院医療費」が「外来医療費」よりも5倍大

表2 6指標の相関行列

	幾何平均±標準偏差	(1) 在支診	(2) 在宅医療診療所	(3) 在宅医療病院	(4) 全医療費	(5) 入院医療費	(6) 外来医療費
(1) 在支診	21.0±14.1	-					
(2) 在宅医療診療所	-2.1± 6.2	0.43**	-				
(3) 在宅医療病院	-3.1± 7.2	0.07	0.29*	-			
(4) 全医療費	9.5± 2.1	0.60**	0.50**	0.24	-		
(5) 入院医療費	10.5± 2.9	0.53**	0.50**	0.27	0.90**	-	
(6) 外来医療費	1.6± 2.1	0.43**	0.33*	0.08	0.74**	0.51**	-

注 \*\*p<0.01, \*p<0.05

表3 重回帰分析の結果

	全医療費	入院医療費	外来医療費
(X <sub>1</sub> ) 在支診	0.067** (0.021)	0.089* (0.029)	0.058** (0.002)
(X <sub>2</sub> ) 在宅医療診療所	0.094 (0.047)	0.122 (0.116)	
(X <sub>3</sub> ) 在宅医療病院		0.071 (0.055)	
(X <sub>0</sub> ) 定数項	0.085** (0.006)	0.096* (0.007)	0.004 (0.005)
自由度調整済み決定係数	0.372	0.344	0.143

注 括弧は標準誤差, \*\*p<0.01, \*p<0.05

さいことが確認された。

次に、これらの指標の関係を解明するために、  
 相関行列の算出と順位相関係数の検定を実施した結果、以下の項目で有意差が認められた。1つ目に、「在支診」は、医療費3項目に対して正の相関があり、相関係数は「全医療費」が0.60、「入院医療費」が0.53、「外来医療費」が0.43であった。2つ目に、「在宅医療診療所」は、医療費3項目に対して正の相関があり、相関係数は「全医療費」が0.50、「入院医療費」が0.50、「外来医療費」が0.33であった。なお、「在宅医療病院」には、弱い正の相関がみられたが、統計学的な有意差は認められなかった。

医療費は「在支診」と「在宅医療診療所」に対して正の相関があるが、特に「在支診」に対して強い相関があることが認められた。

(3) 重回帰分析 (表3)

これまで在宅医療の発展が医療費抑制に寄与すると期待されていることから、「全医療費」は「在支診」の減少関数と仮定し、説明変数(X<sub>1</sub>)の符号が負になることを想定したが、結果は正に有意で自由度調整済み決定係数が0.372と全指標の中で最も高く説明力があることがわかった。次に、「入院医療費」は、(X<sub>1</sub>)の符号が負になることを期待したが、結果は正に有意で自由度調整済み決定係数が0.344である程度説明力があることがわかった。なお、(X<sub>2</sub>)と(X<sub>3</sub>)は有意差が認められなかった。さらに、「外来医療費」については、「在支診」が発展している地域ほど、「外来医療費」の伸び率が抑制されることが想定されるため(X<sub>1</sub>)

表4 都道府県別にみた在支診の増加率と医療費および在宅医療費の伸び率

順位	都道府県	在支診	在宅医療費		
			全医療費	入院医療費	外来医療費
1	沖縄	67.2	43.5	127.9	39.9
			12.1	14.0	2.8
2	大阪	47.3	43.6	129.0	36.6
			12.2	14.5	0.3
3	千葉	44.2	45.5	128.2	44.3
			13.7	14.1	5.9
4	奈良	42.0	43.6	128.3	40.8
			12.2	14.2	3.4
5	岐阜	41.5	42.2	125.1	41.0
			11.1	12.6	3.6
幾何平均±標準偏差			47.6±10.8	127.7±1.5	40.4±2.8
			12.2±0.9	13.8±0.8	2.3±2.0
43	山形	7.4	38.4	118.1	37.5
			8.1	9.1	1.0
44	香川	6.8	38.2	116.3	36.4
			8.0	8.2	0.2
45	高知	0.0	38.5	116.7	35.0
			8.2	8.4	△0.9
46	宮崎	△0.9	41.6	122.7	40.4
			10.6	11.3	3.1
47	福井	△0.5	39.5	126.0	37.3
			9.0	10.3	9.0
幾何平均±標準偏差			1.5±5.4	118.9±2.7	37.3±2.0
			8.7±1.1	9.4±1.4	0.8±1.5
平均比			31.7	1.1	1.1
			1.4	1.5	2.9

注 数値は%である。

の符号が負になることを予測したが、結果は正に有意で自由度調整済み決定係数が0.143と最も低かった。

(4) 都道府県からみた在支診の増加率と医療費の伸び率の関係 (表4)

まず、在支診の増加率についてみると、上位地域は沖縄県67.2%、大阪47.3%、千葉県44.2%、奈良県42.0%、岐阜県41.5%の順で、平均で47.6% (±10.8) 増加していた。他方、下位地域は最下位から福井県△0.5%、宮崎県△0.9%、高知県0.0%、香川県6.8%、山形県7.4%の順で、平均で1.5% (±5.4) であった。したがって、上位地域と下位地域の平均比は31.7倍であることが明確になった。

次に、医療費および在宅医療費の伸び率について分析した。上位地域では「全医療費」の平均が12.2% (±0.9)、全医療費内の「在宅医療費」が43.7% (±1.2) 増加しているのに対し、下位地域では「全医療費」の平均が8.7%

( $\pm 1.1$ )、「在宅医療費」の平均が39.2% ( $\pm 1.4$ )増加しており、上位地域と下位地域の平均比を見ると「全医療費」では1.4倍、「在宅医療費」では1.1倍上位地域の方が大きかった。また、上位地域の「入院医療費」は平均で13.8% ( $\pm 0.8$ )、「在宅医療費」は平均で127.7% ( $\pm 1.5$ )増加したのに対し、下位地域の「入院医療費」は平均で9.4% ( $\pm 1.4$ )、「在宅医療費」の平均が118.9% ( $\pm 2.7$ )増加しており、上位地域と下位地域の平均比をみると「入院医療費」では1.5倍、「在宅医療費」では1.1倍上位地域の方が大きかった。さらに、上位地域の「外来医療費」の平均は2.3% ( $\pm 2.0$ )、「在宅医療費」の平均が40.4% ( $\pm 2.8$ )の増加したのに対し、下位地域の「外来医療費」の平均は0.8% ( $\pm 1.5$ )、「在宅医療費」の平均は37.3% ( $\pm 2.0$ )で、上位地域と下位地域の平均比較をみると「外来医療費」では2.9倍、「在宅医療費」では1.1倍大きい。

これらの分析結果より、在支診の増加率が上位の地域は、下位の地域よりも全医療費が1.4倍、入院医療費が1.5倍、外来医療費が2.9倍大きいことに加えて各医療費に占める在宅医療費の伸び率がともに1.1倍ほど大きい。これらのことから、在支診の増加率が高い地域ほど医療費と在宅医療費の伸び率が高い傾向にあることが明らかになった。

#### Ⅳ 考 察

本研究では、「在支診」の発展と医療費の伸び率との関連について分析したが、分析結果から在支診の増加率が高い地域ほど医療費が上昇する恐れがあると解釈できる。ここでは、次の四つの事実に基づいて医療費上昇の要因について検討する。

第一に、この6年間で「在支診」が26%増加する他方で、全医療費が10.8%増加し、さらには全医療費に占める在宅医療費が41.9%と大幅に増加したことである。一般の診療所の多くが「在支診」を中心に在宅医療分野に積極的に参入してきた経緯と医療費の上昇との間には何ら

かの関係が存在すると解釈できる。これらの状況を概観する限り、在支診の発展が国全体の医療費抑制に寄与するとは考えられない。

第二に、「在支診」と医療費3指標との間で正の相関が認められたことである。「在支診」の増加率が高い地域では医療費の伸び率が高く、他方の低い地域では医療費の伸び率が低い関係にあるため、「在支診」の発展と医療費抑制は相反する関係にあるといえる。

第三に、重回帰分析の結果より、在支診の増加率が医療費の伸び率に正の影響を及ぼしていることが判明したことである。表3で示されたように、「在支診」は全医療費に対して正に有意であり、加えて自由度調整済み決定係数が0.372と最も高い。これは、医療費の高騰に及ぼす影響の約4割が、「在支診」の増加率によって説明できることを意味しているが、「在支診」は在宅医療施設の中で医療費の中での伸び率に影響する最大の要因である可能性がある。この「在支診」の増加を促した「診療報酬」に注視すべきである。

第四に、「在支診」の増加率が高い地域と低い地域では、全医療費の伸び率が1.4倍、入院医療費の伸び率が1.5倍、外来医療費で2.9倍の差があるということである。したがって、この6年間で、「在支診」が急増した地域ほど医療費が顕著に上昇していると解釈できる。これまで医療分野では、価格メカニズムが働かないといわれてきたが、「診療報酬」の引き上げが在宅医療の発展を促進する経済的誘因となることが指摘されている<sup>14)15)</sup>。また、医療費が上昇する要因として医師を含めた供給が需要を誘発する問題が議論されてきたが、在宅医療では「在支診」の創設が発端となって、供給側が需要側を誘発し、医療費を高騰させている可能性がある<sup>16)</sup>。先の研究では、他科の診療所よりも在宅医療の方が経営収支も良く効率的であることや、医療の目的を逸脱して営利主義に走ることへの懸念が示されている<sup>17)18)</sup>。診療報酬は供給側に与えるインパクトが非常に大きく一定の方向に導く効果があるが、その反動で医療費高騰の弊害も招いている<sup>19)</sup>。このような事態を懸念した

厚生労働省は、2014年の診療報酬改定で、特定施設に対する在宅医療の診療報酬を大幅に減額することで過剰供給を制限する応急措置を取った。これらのことから、特定分野への診療報酬の極端な引き上げは、医療費高騰という計画経済の失敗を生じさせる恐れがあることを教訓にすべきである<sup>20)</sup>。

以上、「在支診」が増加している地域ほど医療費の伸び率が上昇する可能性があることを解明したが、今回の分析にはいくつか限界があることも指摘したい。1つ目に、在宅医療施設の増加率と医療費の伸び率に限定した分析であることである。医療費高騰に影響を及ぼす要因には、従来から人口の高齢化や医療技術の進歩等との関係が指摘されている<sup>21)22)</sup>。このため、今後はこれらの変数も含めて多面的に検証することが必要である。2つ目に、都道府県別の在宅医療費の割合と伸び率の算出に全国平均を利用したので、実際の在宅医療費が過小評価されている可能性がある。そのため推計の精度をあげるためには、各都道府県の社会医療診療行為別統計のデータを入力し、在宅医療に関わる診療費を算出すること、さらには二次医療圏まで踏み込んで詳細に分析することが求められる。3つ目に、在宅療養支援病院、訪問看護、在宅介護、介護施設、高齢者住宅等を含めて分析していない。このため、これらのデータを整備し、検証を重ねることが必要である。しかしながら、今回の分析結果から得られた知見が否定される訳ではなく、在支診の増加と医療費の伸び率との間に正の相関があることには変わりはない。

## V おわりに

「在支診」の発展と医療費の伸び率には、正の相関があることが明確になった。この6年間で、在支診が急増するとともに医療費が高騰し、医療費に占める在宅医療費の割合も拡大していた。在支診が増加している地域ほど医療費の上昇が見られたので、「在支診」の発展が医療費抑制に寄与するとはいえない。したがって、在宅医療の発展を急ぐあまり、診療報酬を極端に

引き上げると供給が需要を誘発させて、医療費を高騰させる可能性があるため、これらの因果関係の解明に向けて検証することを今後の研究課題とする。

## 文 献

- 1) 関東信越厚生局. 在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬. 2017; 1-77 (<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/houkatsu/documents/seireisiryou5.pdf>) 2017.8.1.
- 2) 川島孝一郎. 在宅療養支援診療所の必要性. 日本在宅ケア学会誌 2009; 12(2): 13-7.
- 3) 長尾真理. 現代医療と「家族」の役割—終末期における「在宅医療」を中心にして—. 社会学研究紀要 2009; 68: 75-93.
- 4) 阿波谷敏英. 死亡前一年間の医療及び介護費用の検討. 季刊・社会保障研究 2004; 40(3): 236-43.
- 5) 川越正平. 在宅医療の現状と課題. 日本内科学会雑誌 2012; 103(12): 3106-17.
- 6) 田城孝雄. 在宅医療と医療連携. 地域医療連携, SCICUS. 東京都. 2009: 120-40.
- 7) 伊藤敦, 寺崎仁, 大道久. 診療所の都道府県別分布から見た住民の在宅医療へのアクセス格差に関する研究. 日本医療・病院管理学会誌 2014; 51(2): 105-15.
- 8) 厚生労働省保険局. 医療費の動向について. 2016: 1-16. ([www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kai gi/special/.../shiryou3.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kai gi/special/.../shiryou3.pdf)) 2017.8.1.
- 9) 奈倉道明. 在宅医療の最近の動向. 臨床神経学 2013; 53(11): 1296-8.
- 10) 逢坂丈夫, 渡邊一平, 相川浩幸, 他. 在宅医療の実態状況—東京都M市において—. 厚生指標 2000; 47(7): 3-7.
- 11) 秋山美紀, 武林亨. 在宅医療の担い手としての診療所機能の現状と効率的な療養支援のための地域連携の課題. 医療と社会 2013; 23(1): 3-11.
- 12) 西村周三, 柿原浩明. 医療需要曲線と医師誘発需要仮説をめぐって. 西村周三, 田中滋, 遠藤久夫編. 講座医療経済・政策学: 医療経済学の基礎理論と論点. 勁草書房. 東京都. 2006: 107-22.
- 13) 尾形裕也. 日本における在宅医療の現状, 課題及

- び展望. 季刊・社会保障研究 2012;47(4):357-67.
- 14) 河口洋行. 病床規制はなぜ維持されたのか－供給者誘発需要仮説. 医療の経済学. 日本評論社. 東京都. 2015:79-94.
- 15) 真野俊樹. 診療報酬はなぜ公定価格なのか. 医療のモダンダイ. 医学書院. 東京都. 2009:159-63.
- 16) 石原武政. 在宅医療におけるメディカル・マーケティングの課題. 瀬岡吉彦・山上征二編. 在宅療法の医療経済. 日本メディカルセンター. 東京都. 1997:131-59.
- 17) Reinhardt. U. E. The Theory of Physician-Induced Demand: Reflections after a Decade. Journal of Health Economics 1965. 4:187-93.
- 18) 松原由美. 在宅医療経営のシミュレーション分析. 佐藤智編. 明日の在宅医療第7巻 在宅医療の経済的基盤. 中央法規. 東京都. 2008:121-49.
- 19) 前原操. 地域医療における在宅医療支援診療所の役割－在宅医療は地域崩壊を救う－. Dokkyo Journal of Medical Sciences 2013;40(3):235-9.
- 20) 遠藤久夫. 診療報酬の決定プロセス. 日本内科学会雑誌. 2014;103(12):2892-8.
- 21) 印南一路. 医療費はなぜ増えるのか. 印南一路編. 再考・医療費適正化. 有斐閣. 東京都. 2016:56-85.
- 22) 府川哲夫. 人口問題と医療費. 今中雄一・大日康史編. シリーズ生命倫理学 医療制度・医療政策・医療経済. 丸善出版. 東京都. 2013:242-55.