

## 米国の医療供給システム

——病院経営の変遷を切り口に公正と効率を考える——

田 中 滋

### はじめに

本稿の主題は、経済学、なかんずく公正と効率の観点から見た米国医療供給システムの分析である。特に供給主体内でのコストシフト現象と、市場の基盤整備に対する政府の役割という2つの側面を詳しく説明する。一方、医療供給にかかわる単なる制度や出来事の紹介は、すでに世の中に多くの書物や論文が存在する以上、この特集で改めて記述する必要はないと考える。たとえば、いわゆるオープンシステム＝病院と医師との関係、病院の種類（国公私の別、コミュニティ病院＝非連邦立短期一般病院、営利と非営利の混在など）、専門医と一般医/家庭医の問題、等々の基礎的事項は了解済みと想定する。

アメリカ合衆国医療供給システムの問題点を分析する切り口としては病院経営を選択した。なぜなら米国の病院は資本投下額が日本と比べてはるかに大きく、しかも資本調達が多くが経営の自己責任に基づき、さらに高度な技術を体化した専門職をはじめ多数の人間が集約的に働いている点で、供給主体中でもっとも経済合理的行動をとらざるをえない存在だからである。分析資料については米国病院協会出版の「HOSPITALS 誌」の1980年～1994年前半の

全号を利用したり。

なお本稿は全体に公正と効率に関する批判的な記述が中心になっているが、米国医療供給のプラス面も指摘しておきたい。まず質の高さは広井氏の優れた著作に示されたとおりである。加えてわが国の保険加入者・患者とは比べものにならない「選択の自由」—「自由」はアメリカ合衆国の価値体系の基礎である—が存在する。さらに保険者にもかなり行動と選択の自由が許されている（医療保険の目的にとってそれがよいかどうか疑問は残るが）。質の高さと選択の自由というプラス面は今回は取り上げていないので、忘れてはならない項目としてはじめに強調しておくべきであろう。

### 1. 日米医療供給システムの共通点

1980年代初頭における米国病院の主要課題は、経営戦略レベルというよりは、いわゆる病院管理論に分類できるテーマが中心であった。実際のところ HOSPITALS 誌には、ほとんどがまるで直近の日本の姿といっても通りそうな記事が並ぶ。年間の出現頻度の順に並べると、1980年には①高齢者問題、②看護婦不足、③給食サービス、④省エネルギー、④建築デザイン、⑥薬局運営であった（同じ数字は同数を意味する）。翌1981年には、①建築デザイン、②医療費

抑制, ③看護婦不足, ④情報システム, ⑤救急医療, ⑤リスクマネジメントとクオリティアシユアランスといった順である。

ではどうして米国病院の主要課題が近年の日本の病院経営課題と似ていたのだろうか。そもそも分析期間を通じて日米の医療供給システムに共通する一そして欧州やカナダとは異なる一最大の特徴は, 病院の“企業性”にある。その理由は, 医療需給にかかわる公正と効率を同時に目指す方向性である。

簡単に説明しよう。医療は, 公衆衛生的な部分を除き, 根本的には経済学の用語法では一消費過程の非排除性と非競争性, 生産過程の自然独占性, および外部性が一般に成り立たないので一私的財に分類される。ただし情報の非対称性と不確実性に関する対応は必要である。しかしたとえ後二者に対する一応の補正が資格制度と保険を通じて果たされたとしても, ある程度公的な費用保障制度を整備しない限り, 多くの場合, 購買能力を欠きがちな「医療ニーズを強くもつ人々」が「需要」側に参加できず, 市場から排除されている可能性が高い。メディケア, メディケイドが設立された所以である。

こうした補完がなされたうえで, “準”市場において自由選択と供給者間競争により効率を追求する方向を選択している点こそ, 日米の基本的類似性である<sup>2)</sup>。要約すれば, 『利用者側(の一部)については公的費用保障制度によって支払力を付与し, ニーズを需要に転化しうような支援策をとる。他方サービス生産側は非営利企業を中心とする多様な供給主体が, 資本投下のリスクを負い, サービスの質とコスト・技術革新をめぐる競争を展開する。こうして補正された市場において, 「需要」と「供給」の間で自由な取引を行わせ, 効率的資源配分を図る。』と

なろう。

しかし, 制度全体がどのように注意深く設計され, かつ運営されているか, 言い換えれば市場の“コミッショナー”機能がどう果たされているかについては両国で大きな差が見られる。この点は第4節で詳述する。

他方, 1980年代初頭までの米国と90年代初めまでの日本の間の共通点は, 経営環境, 取り分け医療収入の安定・成長であった。70年代の10年間に, アメリカ合衆国の医療支出は300%増を記録したし, 1980年の病床利用率は80%近い値を保っていた。こうした状況では, 病院は管理さえ誤らなければしかるべき経営が成り立つとみなしてよい。

## 2. 独占的買手としての政府

### ① DRG/PPS と病院経営

DRG/PPSの導入以後, HOSPITALS誌に現れる記事のタイプは, 支払制度に関するもの, 並びに新しい経営環境下での競争戦略, 中でもマーケティング戦略が中心となっていく。1983年には記事数の圧倒的な首位が「メディケアの支払方式変更」によって占められたのは当然として, 84年にも出現頻度は①PPSと病院経営, ②マーケティング, ③資本面の危機, ③PPO, ③病院CEO(経営者)の役割, となっている。85年もCEOによるプランニングがもっとも多く取り上げられた。

ところが1980年代後半, アメリカ合衆国医療の経済面に大きな変換が見られた。供給側(病院界/医師会)の交渉上の地歩の弱まりである。そしてこの事態の進展における大きな特徴は, 連邦政府が変革をめぐる悲喜劇の主役の一部(演出家ではない)となった点である—ただし

共通の脚本は存在しない劇ではあるが。

86年の記事記載数は、①不十分な DRG 支払、②農村部病院の経営悪化（この問題は数年間重要テーマとなり続ける）、③病院合併、と変わる。87年以降は「財務状態の悪化」がもっとも多く、それを受けた「病院連携のあり方」や、「ケアの質」などが並ぶ。また支払額の制限が少ない分野への進出増から、「外来サービス」や「独立医療センター」の記事も散見されるようになる。さらに厳しい内容では、「病院閉鎖」「病院経営者の雇用流動化」などが指摘できる。最後にマルチ・ホスピタル・システム（MHS）の発達もこの時代の特徴である。全米のコミュニティ病院のうち MHS に参加している割合は、1980年の30%から、85年の40%、そして90年の50%と上昇を続けている（うち営利のシステムに属する病院は約2割である）。

## ② 基盤整備を伴わぬ供給者間“競争”と医療費

このような変化を議会などで証言する際、米国政府は「政策変更の本質は規制緩和である」と説明してきた。また、支払者がサービス提供者と“厳しい”価格交渉を行う“競争促進”策が是とされた。そこには暗黙のうちに、「医療分野でも、市場が競争的になるにつれ、供給側に対し“質を保ちつつコストを引き下げるインセンティブ”が働く」との一結果としては誤っていた一前提が存在していた。

これは、それまでの“病院間競争”が、価格競争ではなくむしろ（経済的に弱い需要者を脱落させつつ）「質とサービスの一時に過剰な一向上競争、ひいては価格高騰」をもたらしたことへの反省を伴わないばかりか、「公益産業や準公共財供給セクターは（そもそも公共性や公正観ゆえに自由競争が好ましくない財であるにもか

かわらず）競争不足だから非効率である」との一安易な一断定に基づく。

“規制緩和の結果、旧来よりは競争度を増したはずの医療市場”において、米国厚生省は「最大の費用負担者としてのマーケット・パワーを武器に、医療費抑制を目指す行動主体」と自らを位置づけた。これは“コミッショナー”の役割放棄につながりかねない危険な選択である。別ないい方をすれば「市場に超越的権力をもって命令するのではなく、最大の需要者として立場の方向を定めている」と解釈できる。まさに（後述するように）独占的買手による市場分断の論理といえよう。

“競争強化策”が採られたとはいえ、現実には各自の最適化行動が全体の最適化につながるように公正な取引の「場」の整備がなされたわけではない。そのため、公的な老人医療費保障制度であるメディケアを含めた各保険者/支払者が、「自らの負担する金額」を減らそうとする交渉に成功しても、下げられた“費用”は病院や医師からの請求価格にすぎず、必ずしも実際の資源の費消は減少していない。

現代の医療分野ではサービス供給に要する資本費が大きい。その回収リスクを独立採算の供給主体に負わせ、かつ不完全競争下で一部の支払者/保険者からの1件当たり支払が現稼働率における平均費用を下回るとすればどうなるか。当然ながらサービス供給者にとっては、請求しやすい相手の価格を上げようとするインセンティブがきわめて強くなる。こうした状況下では、各支払者が自分の負担を小さくしようとする努力は、マクロレベルの効率化というよりは、社会全体ではすでに発生した費用の“押しつけあい”にとどまるだろう。このコストシフト現象については次節で詳しく説明する。

また、保険者による“マネージド・ケア（入院前審査、非緊急入院承認制、入院中の対診、退院計画など）”も、供給側の固定費用の発生そのものを抑えなければ、社会の総費用についてはコストシフトに似た結果（さらに場合によっては管理の錯綜による総費用増）を生みかねない点に留意すべきである。

最後に、クリントン政権下でキャッチフレーズとして多用されているマネージド・コンペティションも、有意義な帰結をもたらさるか否かは不明である。まして成果が単なる「交渉力の強いマネージド・ケアによる病院請求価格の割引」なら、本質的には保険者間の加入者獲得競争の一手段として役立つにすぎない。

### 3. コストシフト

#### ① コストシフトの定義

アメリカ合衆国における医療サービス供給の経済分析の際、不可欠な用語のひとつに先述の「コストシフト」がある。しかしその用いられ方は必ずしも標準化されてはいない。ここでは「コストシフト」という分析概念を、経済学の観点から規定しておきたい。あわせて、見かけの上ではコストシフトと類似した現象をもたらす「価格差別」との対比も整理する。

はじめに一般化した形でコストシフトの定義を示す：

- a) 特定の需要者が何らかの事情を利用して市場分断に成功した結果、
- b) 買手独占的地位を占めたその需要者が（供給者との間の交渉を経て）成立させた価格が、
- c) （他の購入者への供給分を含めた）当該財貨サービスの生産量水準における

平均費用を下回る状態が発生し、

- d) その損失を補うため、同じ財貨サービスを求める他の購入者に対して供給者が平均費用より高い価格を課すこと。

ここでの供給者の行動目的は、産出量決定を通ずる利益極大化ではなく、長期の組織存続に要する費用の回収である。したがって供給者の意思決定にとって意味をもつ費用は、限界費用ではなく（補助金や寄付金等を調整後の）平均費用となる。また買手独占の成立の理由は経済面（たとえば規模の相対的な大きさや資金力、あるいは下請け/親企業関係）に限らず、政治力、行政権力、宗教的権威なども独占力の原因として働きうる。

#### ② コストシフト成立に関する供給者側の条件

供給側の行動については、「供給の価格弾力性」と「操業停止の可能性」の2つが共に小さいことがコストシフト成立の必要条件である。

医療分野でこの条件を考えるためには、サービスの“買手”が誰であるのかを特定化しなければならない。医療については、患者などの最終消費者だけがサービスの対価を直接支払うわけではない。むしろ現代の各国では、医療サービス供給者が（定額の期間予算制で運営され、1件ずつのサービス供給に対する対価を求めないタイプの医療機関を除き）料金を“請求する”主な宛て先は、消費者が勤める組織の雇用主、保険会社/公的費用保障機構、もしくは政府などの第三者となっているケースが普通である。

したがって医療においては、これらの“第三者”支払者が、コストシフトの定義でいう「価格を交渉する」「買手”に該当すると措く方が適切であろう。アメリカ合衆国の病院にとっては、政府＝メディケア・メディケイドこそが、本節

でいう独占的支払者に他ならない。

ところで供給の価格弾力性は一般の私的財を提供する営利企業では限界費用曲線の傾きに依存する。これに対し病院においては、供給者の性質（“専門職の職業倫理”“非営利性”）や、それをサポートする経常外収入（寄付/無償貸与や、補助金/交付金など）の多寡が、供給の価格弾力性の大小に与える影響も無視できない点を指摘しておくべきであろう。

次に操業停止の可能性を左右する要因に触れる。限界費用曲線上での平均費用、ならびに平均可変費用との交点同士の相対的距離（＝固定費用をすべて回収できないにしても貢献利益が存在する範囲）は、上で触れた経常外収入のあり方を勘案した後の固定費の大小により定まる。固定費が大きいほど、ないしは固定費がサックコストになっている程度が小さいほど（たとえば期末に払わなければならない人件費や利子が存在するなど）、平均費用を割り込むような価格低下があった場合でも、操業停止点にいたるまでの“猶予幅”が大きい。

なお、独占的需要者がこれらの要素を明確に意識して行動しているか否かは、条件の内容には関係しない。しかし、いずれにせよ医療では上記の2条件を充足させやすい環境にあるといえよう。

### ③ コストシフト成立に関する購入者側の条件

加えて、コストシフトが成立するためには、「独占的買手以外の購入者」をめぐる2つの必要条件も充たされなくてはならない。第1はそれらの購入者に対して、(独占的需要者との取引で損失をこうむった)供給者が—情報の非対称性などを通じ—ある程度の独占力を保持すること、と表わせる。

第2の条件は、当該財貨サービスに関し「その他購入者群」がもつ需要の価格弾力性の低さである。たとえ価格上乘せに成功しても、その結果売り上げ額が減ってしまったら、独占的買手への財貨サービスの供給から生ずる損失をカバーしようとする供給者の目的に逆行してしまうからである。

前者の条件は、サービス財については独占的買手による転売が行えないため、物財に比べ相対的に守られやすい。他方、後者の条件は、アメリカ合衆国では保険購入企業/組織の人事労務および財務政策、ならびに私的保険者の営業政策上、「より給付条件の良い健康保険プランがより高い料金で販売される」事態が長い間容認されてきたという歴史的な事情も忘れてはならない。

最後に、供給者側が「独占的買手以外の購入者」同士の間を分断して実行する価格差別行動（後述）は一現に米国における病院ではそのような例が珍しくないとはいえ—コストシフト成立にとって特に必要条件ではない。

### ④ 価格差別との違い

コストシフトにより生ずる事態は、少なくとも事後的には、「価格差別」（＝「同じような財が限界費用に対し異なる比率をもつような価格で販売されていること」）と類似しているといっよい。ただし価格差別とコストシフトの出発点はまったく異なっている。価格差別は、「売手側による市場分割、ないしすでに存在する部分市場利用の結果、買手間の連絡が断たれている状態」を基礎に、需要の価格弾力性の差を活用しようとする売手の行動の結果である。それに対しコストシフトは、独占的買手の行動が原因となって生ずる現象に他ならない。

そもそも供給者がすべての買手の間で価格差別を行えるほどの独占力をもつ場合には、コストシフトを必要とするような平均費用以下での価格成立は起きないはずである。もし買手の一部に対し費用を割り込む価格水準での販売が行われたとしても、それは長期の利潤極大化を図る供給者の経営政策の反映にすぎず（こうした行動は状況によりダンピングとして非難されよう）、コストシフトの原因とは呼びがたい。

#### ⑤ 慈善ケアとコストシフト

「独占利潤の取得およびその結果としての所得移転を伴うケース」は、不当な（＝不公正かつ非効率な）価格差別に相当する。さらにそれ以前にコストシフトが発生しているのなら、独占利潤取得と需給両者間の所得移転が二重に（2方向で）存在することになる。反対に、「独占利潤が発生せず、所得移転がおきないケース」では、買手により価格に差が生じていても不当ではないと考えてよい。

非営利の病院やナーシング・ホーム、あるいは訪問看護団体などでは、慈善行為の対象とみなされる利用者に対し、無料もしくは低額でサービスを提供するケースが珍しくない。当然、“正規料金”を（第三者払いを含めて）支払う利用者との間に価格の差が生ずる結果となる。

しかしその場合でも、慈善サービスに要する費用が寄付や補助金、税制上の優遇等によって賄われ、他の利用者の価格に赤字分が上乘せされていなければ、たとえ価格差が見られても不公正、ないし非効率ではなく、コストシフト現象も起きる理由がない。

## 4. 医療に関する政府の役割

ここまで分析したような米国医療供給の混乱（＝非公正な取引による非効率）の主たる理由は、政府の機能の不完全さに起因している。なぜなら、米国医療の主要問題—無保険者の存在も、国際比較のうえで異常に高い医療支出の水準—も、いずれも1980年代、共和党政権による“規制緩和”“競争強化”の下で発生した現象だからである。そこで、医療供給システム論をまとめるにあたり、改めて医療にかかわる政府の役割を整理しておく必要がある。政府の役割は以下の5つに大別できる。

### ① 公共機能

#### a) 公共財の提供

医療分野における政府の古典的役割は公共財（地方公共財）、すなわち、「基本的には生産継続に要する費用をサービス提供によっては回収できないため、市場での私的供給が不可能」「かといって政府以外の非市場部門ではごく一部しか提供できない」「したがって、税金と財政支出を通ずる強制的資源配分を通じてしか必要量を確保する方法がない」財の提供と考えればよい。

代表例としては、公衆衛生、基礎研究、および医療サービスの質の評価方法ならびに評価基準の設定などがあげられる。質の評価については、政府が自ら実行する必要はないが、そのための方法と基準の基盤づくりには関与すべきであろう。

#### b) 医療サービスの利用を保障する仕組みの

##### 設定と運営

社会保障にかかわる公的な諸制度のうち、医療と長期ケアに関連するものが相当する。具体

的には、メディケアとメディケイド、および退役軍人向けの保障制度（チャンプス）などが相当する。

## ② ヘルスケア・ポリシー

c) 医療に関する政府の役割のうち、今日では公共機能以上に重要な責務は、市場と非市場のいずれの経路に対してもサービス授受のルールを定め、それを監視する“コミッショナー”の立場である。つまり経済学の観点から見た「ヘルスケア・ポリシー」=『保健・医療・介護などにかかわるヘルスケア・サービスの授受について、社会の価値規範にのっとった公正な目標を設定し、それを資源の効率的配分を果たす形で実現するための基盤を整える政策』の実行に他ならない。

アメリカ合衆国は、私的な主体による自律的な行動に依存するヘルスケア・システムを採用している以上、本来はこうしたルール設定と運営は政府にとって第一の責務となるはずである。しかし支払者としての行動論理が、コミッショナーとしての役割より強く出てしまっている様子はこれまで見てきたとおりである。

## ③ 行動主体

### d) ヘルスケア・サービスの供給者

公共セクターはまた、自らヘルスケア・サービスを提供する供給行動の主体ともなりえる。米国でも、連邦政府は軍人や退役軍人用の病院、州政府は精神病院、郡政府は貧困者用病院等を提供してきた。ただし本論文の文脈ではあまり重要なポイントではない（これに対し、面白いことに日本ではサービス供給主体としての行動について個別最適化の色彩が濃く、市場の公正にかかわる問題の主要原因の1つとなってい

る)。

### e) 支払者

政府は公的費用保障制度からの支払を担当する。米国連邦政府はメディケア、そして州政府はメディケイドの支払者である。その際、医療全体の資源配分のあり方とは別に、当該制度の財政上の論理を優先させて行動していると評価せざるをえないのではなかろうか。米国における医療供給、取り分け病院の経営問題の根源は、前述のように支払者としての政府による「自分だけの最適化原理に基づく行動」から生じているからである。

## おわりに

アメリカ合衆国の医療サービス供給に対しては、費用償還型（病院）と自由料金制（医師）の支払方式がとられ、しかも長らく価格規制が存在しなかった。したがって、もっとも重要な価値規範の表現形態の1つが「購買能力の許す限り最高の質を求める自由」である社会においては、医療技術の進展に伴って医療費が上昇していく強力なメカニズムが内在していたといつてよい（現在でも本質は変わっていない）。

そうしたメカニズムの下、普遍的な保障制度が存在しないまま、病院費用の上昇に対応して個別支払者による「コスト・コントロール=自分に対する請求価格削減策」が一専門家の族生と共に一異様に発達している状態にある。しかし全体として価格が公正で効率的に均衡していくとは思えない。

加えて、病院経営者の自己最適化努力の技法（「値切られることを前提とした」請求価格の増加、および質の向上と提示価格からの割引を通じた顧客獲得サービス競争）も—やはり専門コ

ンサルタントの多量の存在と共に一当然ながら“精緻化”の度合いを深めつつある。そして病院において発生する費用＝資源の（無駄な）費消そのものは減らされていない。

もし“準”市場機能を重視するのであれば、同時に市場基盤整備にかかわるコミッショナーとしての役割を政府が適切に果たさない限り、公正と効率は実現しないことをアメリカ医療供給の混乱は教えてくれる。わが国医療システムや高齢者ケア・システムの将来を考えるうえで

他山の石とすべきである。

#### 注

- 1) 膨大な資料の整理要約は、慶応義塾大学大学院経営管理研究科田中研究室松原由美君の努力による。また資料探索段階では同じく研究室の根津淳君の助けを得た。共にここに感謝の意を記しておきたい。
- 2) 一方、費用保障制度やそこからの支払の仕組みの内容・性格は、日米両者でまったく異なっている。本号の他論文を参照されたい。  
(たなか・しげる 慶応義塾大学教授)