

高齢者医療費，診療報酬制度および私的医療機関*

知野哲朗**

(岡山大学経済学部教授)

わが国の「国民医療費」は急速な高齢社会の進行に伴って、高齢者医療費を中心に大幅な増加が将来予想されている。病院や診療所が提供する医療サービスに係わる将来医療費は先の研究(Tokita et al (1997))によれば次のように推計された¹⁾。65歳以上の医療費は医療費全体に対して2010年で57%，2025年には63%を占める。総医療費の増加率は実質ベースで年率2.8%であるが、そのうち65歳以上の入院医療費と外来医療費の増加率がそれぞれ4%，4.1%で他の年齢階層に比べ極めて高い値となる。本稿の問題意識との関係では、病院と診療所の両部門における医療費支出の状況が興味深い。総医療費に対する病院部門の割合が2025年，入院医療48.0%と入院外医療26.2%で合計74.2%を占める。さらに、病院部門の入院医療48.0%のうち、70歳以上の高齢者が31.1%，70歳未満の年齢層が16.9%という割合である。つまり、病院部門の総入院医療費に限った場合、その65%が70歳以上の高齢者に支出される結果となる。

現行医療制度を前提とすると、この将来推計から、わが国が直面する医療費の世代間負担の問題が将来の大きな課題となることは明らかである。しかし、国民医療費の将来推計で留意しなければならないのは、2000年導入された介護保険制度の医療部門への影響である²⁾。とくに重要となる70歳以上の高齢者医療費について言えば、その入院医療費の一部が介護保険によって賄われる部分が存在することから、従来の「老人医療費」は当然低下することになる³⁾。ただ、このような制度変更に伴うコスト・シフティングによ

*本稿の作成に際しては、一橋大学教授鶴田忠彦氏の主催する研究会で、青木研(上智大学)、姉川知史(慶応義塾大学)、尾形裕也(九州大学)、中泉真樹(國學院大学)、故中西悟志(日本福祉大学)諸氏から頂いた貴重なコメントに感謝したい。なお、本稿は「日本の診療報酬制度と私的医療機関」(2001年、一橋大学経済研究所Discussion Paper,no.41)に基づいている。本研究の一部は文部科学省科学研究費補助金特定領域研究「世代間利害調整」(領域番号:603)、同省科学研究費補助金萌芽研究からの援助を受けている。記して感謝の意を表したい。

**1984年東京都立大学大学院中退。86年東京学芸大学教育学部講師，98年立命館大学経済学部教授，2001年より現職。日本経済学会に所属。主要論文はThe Present and Future National Medical Expenditure in Japan (共著、『経済分析』152,1997年)。

- 1) Tokita et al. (1997) では厚生労働省の定義する「国民医療費」から、歯科診療、薬局調剤医療費、老人保健施設療養費および老人訪問医療費を除いた医療費が分析対象となる。これは結局、診療所や病院などの医療機関によって提供された医療サービスの費用(診療総額)に相応する。その詳細についてはTokita et al. (1997) を参照。
- 2) 本稿は以下に示すように、介護保険制度導入前の医療部門を分析対象とするが、現在論議されている高齢者医療制度改革の供給サイドに関わる論点を提出している。
- 3) 「老人医療費」とは、70歳以上の加入者、および65歳以上70歳未満で障害認定を受けた者からなる老人医療受給者に対する次の諸費用の合計である。それは診療費、薬剤の支給、食事療養、老人保健施設療養費および医療費の支給等からなる(厚生労働省『老人医療事業年報』参照)。

って「老人医療費」がどの程度低下するかは、たとえば、現行病床がどの程度療養病床に転換されるのか、そしてそれがどの程度介護保険適用となるのか等に依存する。

本稿のテーマに照らしていえば、この2000年以降の諸問題、つまり病院病床の転換に係わる政策やその効果、さらには高齢者入院医療に係わる医療費問題は、介護保険制度導入以前に形成された高齢者入院医療サービス市場の構造的特徴に依存した側面をもつ。本稿で明らかにされるように、高齢者医療に密接に関わる機関として開設者別医療機関のなかでも私的医療機関が中心的な存在となっている。この私的医療機関の特徴形成が、医療機関の採算性に関わる診療報酬制度に関連している。したがって、公私医療機関の特徴や診療報酬制度の在り方が、提供される入院医療サービスの内容を規定すると同時に、将来の高齢者医療費の動向に影響を与えられ考えられる。

本稿の目的は、医療費増加が予想される高齢者入院医療サービス市場を中心にその市場構造的特徴を、開設者別という医療機関のproperty rightの観点からデータ整理を通じて明らかにすることである。さらに、高齢者入院医療サービス市場における構造的特徴の形成が現行の診療報酬制度とどのような関係にあるのかを理論的に検討し、仮説を提示することも目的の1つである。分析対象の期間を介護保険制度導入前とし、その時期までの高齢者医療の市場構造的特徴の形成を扱う。本稿の構成は次のようになる。1節では現行の医療提供システムの制度的枠組みを踏まえ、本稿の問題の所在と分析視点を明らかにする。2節では、様々な開設者の医療機関が併存する医療提供システムのなかで、私的医療機関がどのような位置にあるのかをデータから明らかにする。つまり、私的医療機関とその他の開設者医療機関との比較において、私的医療機関の特定領域における集中、およびその特化に関わる経営的成果の優位性などが指摘される。3節では、現行の診療報酬制度（出来高支払い方式）の経済的含意について取引費用の概念を利用しながら検討し、診療報酬制度が私的医療機関の特化に関わっていることを示す。4節では、現行の医療提供システムのもとで、医療機関の機能分化と連携、および診療報酬改定という2つの政策について、高齢者医療費との関係で議論する。

1節 問題の所在と分析視点

従来の高齢者医療費は2000年に導入された介護保険制度によって影響される。たとえば医療保険で賄われていた施設や病床が介護保険の対象となった場合、医療保険で賄われていた費用の一部が今度は介護保険で賄われることになる。したがって、当該費用部分が医療費から除かれる一方、それに対応する費用が介護サービスの領域で発生する。このような制度的変更に伴う医療費減少は、医療のなかでも相対的に高齢者を対象とした領域に多い。これは高齢者の入院医療について、「受け入れ条件が整えば退院可能」な入院患者が多く存在しているからである⁴⁾。また次節で明らかにされるように、高齢者入院医療を提供している医療機関のなかでも、医療法人と個人という特定の開設者医療機関が多い。このような高齢者医療の現状を踏まえ、本稿では高齢者の入院医療部門を中心に、医療機関の開設者別という視点から高齢者医

4) 厚生労働省の『平成11年患者調査の概況』(2001年3月)によると、入院患者数は148万3千人で、その施設別内訳は病院140万1千人(入院患者の94.5%)、一般診療所8万1千人(同5.5%)となる。この入院患者148万3千人のうち「受け入れ条件が整えば退院可能」となる入院患者は27万5千人(18.6%)で、年齢階層が高くなるに従って増加する。このような入院患者は75歳以上の入院患者の場合、4人に1人という割合となる。ところで傷病別の入院患者数によると、「精神及び行動の傷害」の入院患者数が33万4千人(入院患者の22.5%)で一番多く、さらにその平均在院日数でも一番長いものとなることから、精神病床について上記の問題は一層、重要なものと考えられる。

療費を規定する医療提供システムを理論的に考察することが主眼となる。

現行医療提供システムの下では、「公私」を始めとする様々な開設者の医療機関が保険医療機関の指定を受け、公的に設定された診療報酬体系のもとで医療サービスを提供している。これら開設者別医療機関はそれぞれに固有な目的や行動様式をもたないのだろうか。もし開設者別の相違が存在するのであれば、現行医療提供システムの成果はその相違に左右されることになる。医療機関の目的や行動様式は実際には観察できないが、医療サービス市場における開設者別医療機関の特徴や傾向は観察できる。この観察によって開設者別医療機関の行動に示唆を与える材料を得ることが本稿の目的の1つである。そして、第2の目的は、開設者別医療機関で観察される市場構造的な特徴を診療報酬設定過程における取引費用の介在によって説明することである。

次に、本稿の分析対象となる医療機関の開設者について説明しよう。厚生労働省の分類によると、わが国の開設者別医療機関は23分類され、これら異なる医療機関が病院部門で医療サービスを提供している。表1はその大分類である6分類について開設者別医療機関の病床数シェアを示したものである。この表に示されるように、医療法人と個人の病院は病院部門の入院医療サービスにおいて病床数で54%、施設数で71%という大きなシェアを占める重要な位置にある。そして、わが国の医療提供システムが自由開業医制を軸に展開されたことを考慮すると、開設者のなかでも医療法人と個人の病院が相対的に経営的裁量の範囲が広いと言える。本稿では医療法人と個人の病院（以下では私的病院と呼ぶ）を中心に、その他の開設者病院との比較を行いながら、高齢者入院医療サービス市場の特徴と傾向を明らかにし、その理論的背景を考察する。

表1：病院の開設者別シェア：病床数と施設数

開設者	病床		施設	
	比率	病床数	比率	施設数
国	9	144,649	4	359
公的医療機関 ^{a)}	22	356,100	15	1,373
社会保険関係団体 ^{b)}	2	38,522	1	131
医療法人	48	795,089	58	5,387
個人	6	101,620	13	1,173
その他 ^{c)}	13	211,273	9	843
総数	100	1,647,253	100	9,266

備考：病院の開設者区分は厚生労働省の大分類による。表の比率は病院総数に対する各開設者の比率（％）。

a) 公的医療機関は都道府県と市町村、および日赤、済生会、厚生連などであるが、本文の以下では前者を公立、後者を公的としている。

b) 社会保険関係団体は全国社会保険協会連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会など。

c) その他は公益法人、学校法人、その他の法人。

資料：『平成12年 医療施設調査・病院報告』（厚生労働省）

最後に 私的病院が医療提供システムにおいてどのような位置にあるのかをデータから概観しておこう。表2によると、私的病院のシェアは1955年、病床数で22%、施設数で48%であるが、90年には病床数で55%、施設数では73%へと上昇する。90年以降について公私両病院をあわせた施設数と病床数がほぼ一定となっているのは、地域医療計画による病床規制が実施されたことによる。2000年の病院部門全体では、

施設数が9,286、病床数が約165万床であるが、そのうち私的病院は施設数で71%、病床数で54%のシェアを占める。この施設数と病床数の私的病院シェアから判断できるように、私的病院は他の開設者病院に比べて病床規模が相対的に小さい。開設者別病院の平均病床数では2000年、私的病院が136病床（そのうち医療法人が148病床、個人が88病床）であるのに対し、公立病院は237病床、公的病院と社会保険関係団体病院は326病床、国立病院は402病床、その他私的病院は251病床となる（付表1参照、なお病院の定義は2節で利用する資料『医療経済実態調査』の分類に従っている）。病床規模に関する開設者別の特徴は、それぞれの機関が提供する医療サービスの種類と範囲にも反映されている⁵⁾。

表2：私的病院のシェアの推移

年	病院全体		私的病院					
	施設数	病床数	施設	病床	医療法人		個人	
					施設	病床	施設	病床
1955	5,119	512,688	47.6	22.1	15.7	9.6	31.9	12.5
1960	6,094	686,596	53.5	27.5	21.6	14.3	31.9	13.2
1965	7,047	873,652	60.3	35.3	24.3	19.1	36.0	16.2
1970	7,974	1,062,553	65.9	41.6	26.2	23.2	39.7	18.4
1975	8,294	1,164,098	67.6	43.6	28.6	25.8	39.0	17.7
1980	9,055	1,319,406	69.9	47.9	32.0	30.2	37.9	17.7
1985	9,608	1,495,328	71.4	51.5	35.9	33.9	35.4	17.7
1990	10,096	1,676,803	72.6	54.8	42.0	39.1	30.5	15.7
1995	9,606	1,669,951	71.4	54.3	49.4	43.2	22.0	11.1
2000	9,266	1,647,253	70.8	54.4	58.1	48.3	12.7	6.2

備考：数値は病院全体に対する私的病院（＝医療法人＋個人）の占める比率（％）。

なお、病院全体の数値は施設数と病床数。

資料：各年版『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省, 厚生省）

2 節 私的医療機関の特化と採算性

本節では、私的医療機関が医療サービス市場のなかでどのような領域に特化しているのか、そしてその特化が医療機関の経営的成果とどのような関係にあるのかを検討する。おもに医療法人と個人の病院（私的病院）を中心にデータ観察をする。これは自由開業医制のもとで、他の開設者の病院に比べて経営的裁量の範囲が相対的に大きいという理由による。これらの病院と、より厳しい管理・運営の制約下にある他の開設者病院とを比較することによって、私的病院の顕著な相違が鮮明にされるからである。

2.1 私的病院の特化

私的医療機関は自由開業医制のもとで展開され、明示的に開設者別に基づいた医療機関の機能分化や連

5) たとえば半数以上の一般病院が掲げる診療科目を開設者別にみると、医療法人の5科目（内科，消化器科，外科，整形外科，リハビリテーション科）や個人立病院の4科目（内科，消化器科，外科，整形外科）に対して、公立病院については都道府県の病院が11科目で、市町村立病院が9科目である。公的病院の日赤病院は15科目、また国立病院は11科目となる（『平成12年医療施設調査・病院報告』）。

携は政策的に実施されていない。1990年代，医療機関の機能分化や連携を促すために，医療法改正や診療報酬改定が実施されたが，これらの政策は特定開設者の医療機関に限定するものではなく，医療機関一般に対するものである。その意味で，以下に示すように，とくに高齢者入院医療の領域において私的医療機関が集中していることは興味深い特徴である⁶⁾。

まず，病院の種類別病床シェアの推移を示した表3から次の特徴が指摘できる。私的病院の役割が病床シェアから判断すると，結核や感染症に関わる入院医療の分野で低いものの，精神病に関わる入院医療の分野で高いことが顕著な特徴と言える⁷⁾。精神病分野において私的病院は約78%という高いシェアを占め，この領域に集中している。また一般病床については，私的病院の一般病床シェアが48%であることから特段の特徴はないように思われる。しかし，一般病床にかかわる領域でも以下に示す高齢者入院医療では私的病院の役割が高いのである。

表3：私的病院の種類別病床シェア

年	一般病床			精神病床			結核病床	感染症病床
		医療法人	個人		医療法人	個人		
1955	25.3	9.3	16.0	51.0	22.4	28.5	15.3	3.0
1960	26.0	11.4	14.6	61.9	36.1	25.7	18.6	2.4
1965	31.2	14.6	16.6	69.6	42.6	27.0	20.5	2.5
1970	36.7	17.7	19.0	72.7	46.7	26.0	20.7	2.4
1975	37.4	19.7	17.8	73.9	50.3	23.7	20.0	1.6
1980	42.1	24.0	18.1	75.6	55.2	20.4	18.6	1.3
1985	46.1	27.9	18.2	77.0	58.4	18.6	18.3	1.5
1990	50.1	33.8	16.3	78.1	62.6	15.5	15.8	1.6
1995	48.9	37.5	11.5	78.3	67.4	10.9	14.0	1.4
2000	48.5	42.3	6.1	78.7	72.1	6.5	10.8	0.4

備考：数値は種類別全病床に対する私的病院（＝医療法人＋個人）の占める比率（％）。

なお，一般病床と精神病床については医療法人と個人の内訳を示した。

感染症病床は平成11年4月，伝染病床から改称されたことから，従来の伝染病床は感染症病床の名称で示した。

資料：各年版『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省，厚生省）

表4は一般病院のなかでも老人病院と療養型病床群を有する病院に限定して，私的病院の施設数と病床数のシェアを示したものである。まず主に一般病床を有する老人病院についてみると（表4a）参照），老

6) 本稿の他に，医療機関の開設者に着目した分析を試みている中泉・知野・鶴田（1987），知野（1988）（1995）を参照。本稿を含めてこれらの研究で開設者別医療機関の顕著な特徴がわが国の医療サービス市場で形成され，維持されることが示されている。これは次のような経済的含意をもっている。各種の開設者別医療機関が併存して競争しているのであれば，政策的な医療の提供を別として，市場の競争圧力によって開設者別の相違に関わらず，その提供する医療サービスの内容や種類に顕著な相違は見られなくなるだろう（たとえばBecker and Sloan（1988），Gruber（1994），Norton and Staiger（1994），Banks, Paterson, and Wendel（1997）の議論を参照）。その意味で，わが国の医療サービス市場において競争圧力を抑制するような制度的な制約が少なくとも開設者間において機能していると考えられる。

7) 感染症病床は1999年4月，伝染病床から改称されたことから，従来の伝染病床を感染症病床の名称で示した。また，精神病床，結核病床および感染症病床以外の病床（「その他の病床」）はしばしば一般病床と呼ばれるので，本稿もこれに従っている。なお，この「その他の病床」は2000年医療法改正によって「一般病床」と「療養病床」に区分されるようになっている。

人病院に占める私的病院のシェアは90%以上となる⁸⁾。したがって、一般病床においては高齢者を対象とした入院医療サービスの領域に、私的病院が集中している。老人病院の創設は1983年となるが、それ以前に高齢者の入院患者を中心とした病院が私的病院に多く存在していた。それらの病院が同年、老人病院創設によって制度化されたという経緯がある。したがって、私的病院が老人病院に集中しているのである。この私的病院の高齢者入院医療サービスへの特化現象を説明するには、自由開業医制を考慮するならば、次節で説明するように、現行の診療報酬制度に伴う経済的誘因が内在されていたと考えることが適切であろう。ただし、次のような制度的条件も私的病院の特化を促すことに関係している。それは高齢者介護サービスの需要が増加するにも関わらず、介護サービス施設が十分に提供されず、またその利用に対する制度的な制約（たとえば特別養護老人ホームの措置制度など）が存在した、という介護サービス部門の状況である。そのため、医療と介護との境界的領域においては、入院医療部門の果たす役割が医療保険制度のもとで拡大していったと考えられる。それはたとえば高齢者の入院医療費における地域的格差が老人病院の存在によって説明されることにも示されている⁹⁾。

表4：私的病院のシェア：老人病院と療養型病床群を有する病院

a) 老人病院

年	老人病院全体		私的病院					
	施設数	病床数	施設	病床	医療法人施設	病床	個人施設	病床
1984	657	75,879	93.9	95.4	43.8	50.1	50.1	45.4
1987	834	110,467	94.8	95.9	48.8	58.6	46.0	37.3
1990	1,165	148,863	95.5	96.5	57.3	65.8	38.2	30.7
1993	1,518	181,734	93.1	94.6	63.2	69.3	29.9	25.3
1996	1,701	193,295	92.4	93.2	69.3	72.9	23.2	20.3
1999	1,032	114,418	92.5	94.2	75.5	79.3	17.1	14.9

備考：数値は老人病院全体の施設数と病床数、そして私的病院（＝医療法人＋個人）の占める比率（％）
 なお、老人病院データは静態調査によるため、3年ごとの値となる。老人病院の定義については注8を参照。
 資料：各年版『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省, 厚生省）

b) 療養型病床群を有する病院

年	療養型病床群を有する病院全体		私的病院					
	施設数	病床数	施設	病床	医療法人施設	病床	個人施設	病床
1993	41	2,823	87.8	83.6	63.4	68.1	24.4	15.5
1994	130	8,594	88.5	86.7	68.5	71.4	20.0	15.4
1995	266	18,397	85.3	86.4	68.0	72.0	17.3	14.3
1996	494	37,872	85.4	87.7	69.4	75.1	16.0	12.7
1997	717	56,522	85.9	88.5	72.7	78.1	13.2	10.4
1998	1,269	99,171	86.1	88.8	73.4	78.6	12.7	10.2
1999	2,227	167,106	85.6	88.1	72.8	78.2	12.8	9.9

備考：数値は療養型病床群を有する病院全体に対する私的病院（＝医療法人＋個人）の比率（％）。
 療養型病床群を有する病院全体の数値は施設数と病床数。なお、当該病院の定義については注11を参照。
 資料：各年版『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省, 厚生省）

8) 表4の老人病院はおもに一般病院に属するが、若干の老人病院が精神病院で、従って精神病床を含む。なお、本稿の対象とする老人病院とは、特例許可老人病院と特例許可外老人病院を指している（『平成11年医療施設調査・病院報告』）。前者は65歳以上老人患者が全体の7割以上を占め、基準看護を行っている病院である。医療スタッフについては入院患者100人に医師3人、また患者6人に看護婦1人の体制となる病院である。他方、後者はこれより少ない体制の病院で、65歳以上老人患者が全体の6割以上を占め、基準看護や基準給食を行っていない病院である。その後、1992年に老人病院の見直しが行われ、さらに99年4月より特例許可老人病棟の新規許可が廃止されている。

9) たとえば、知野(1998)(2003), 知野・杉野(2002)を参照。

このような私的病院の特化現象は，療養型病床群を有する病院についても言える。92年の医療法改正によって長期療養の患者を目的として療養型病床が創設され，療養型病床群を有する病院が生まれた。ただし，この医療法改正では医療施設の機能分化を促進するため，特定機能病院と同時に療養型病床群が設けられたが，これは開設者別に機能分化を促すものではなく，したがって本稿が問題とする私的病院の特化に直接的に関係したものではない。しかし，療養型病床群に関する開設者別シェアによると（表4b）を参照），私的病院のシェアは約88%という高い値となる。このような療養型病床群を有する病院への集中にも，老人病院の場合と同様な理由が考えられる。つまり，診療報酬体系において私的病院を療養型病床に適するような環境条件（物的および人的な諸条件）に特化させる経済的誘因が存在すると考えられる。さらに療養型病床群を有する病院の場合には，当該病院の増加を促すために診療報酬上の配慮がなされたことにもよる¹⁰⁾。ただし，診療報酬に関わる政策は私的病院という特定の開設者に限定した選別的な政策ではない。その意味では，私的病院が他の開設者病院に比べて医療政策を含めた環境条件の変化に対して敏感に対応していることが示唆される。

2.2 私的病院の採算性

私的病院の特化が自由開業医制のもとで形成されたことを考慮したとき，その背後に経済的誘因の存在が指摘できる。つまり，私的病院は他の開設者病院に比べて機関としての採算性が強く要求されるため，医療サービス価格である診療報酬をはじめとして医療サービス市場の動向に敏感に対応せざるを得ない市場の競争圧力がある。したがって，私的病院は採算性の観点から相対的に有利な領域の医療サービスの提供を選択することになる。以下では，このような解釈のもとで介護保険導入前における私的病院の経営的指標を確認する。

表5は一般病院，そして一般病院のうち老人病院と療養型病床の病院¹¹⁾に関する医業収支の状況を示したものである。表の数値は（医業収入－医業費用）/医業収入×100により算出したもので，1病院当たりの値である。データ資料は診療報酬改定のための基礎資料として，厚生労働省によって隔年毎に調査される『医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）である¹²⁾。表5によると，一般病院は全体として収支状況は良くないものの，一般病院の中でも老人病院と療養型病床群の病院に限定した場合，これらの病院の経営収支はそれ以外の一般病院に比べて優位な状況となる。既に述べたように，老人病院と療養型病床群の病院は私的病院のシェアが高い領域の病院であった。その意味でこれらの領域への集中が，経営状況における私的病院の優位性を示す主要な理由の1つであるだろう¹³⁾。

10) 一般病床から療養型病床への転換を促進するために，転換奨励政策が実施されている。

11) 資料の定義では，許可病床のうち療養型病床群が60%以上となる病院を指す。

12) 最新データは2001年であるが，本稿の分析対象が2000年以前となるため表には示されていない。このような分析期間の限定は，2000年以降になると介護保険制度の存在のために，医療機関の直面する制度的枠組みが大きく変わるからである。たとえば，介護保険適用となる病床が医療機関の選択肢になるなど，2000年以前とは選択条件が異なってくることによる。なお，本稿で扱う一般病院，老人病院，療養型病床の病院に関する病院数については付表2を参照。付表から当該資料における私的病院の割合は当該期間，一般病院で68%から73%，老人病院で89%から97%，療養型病床の病院で90%から91%までの範囲となる。

13) 1980年代については知野（1995）を参照。

表5：各病院の収支状況の推移：一般病院，老人病院，療養型病床の病院

	1989年	1991年	1993年	1995年	1997年	1999年
一般病院	3.5	0.2	-0.8	1.1	-2.7	-0.8
老人病院	8.8	6.7	6.6	4.5	7.1	6.0
療養型病床の病院	-	-	-	-	5.1	9.1

備考：数値は（医業収入－医業費用）/医業収入×100の値で、それぞれの1病院当たりの値（％）。
 病院は一般病院およびそのなかの老人病院と療養型病床の病院。なお、後者の療養型病床の病院とは一般病床の60％以上が療養型病床である病院。
 各病院における私的病院の数については付表2を参照。
 資料：各年版『医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）

表6は上記資料のうち平成11年版に関して開設者別の収支状況の詳細を示したものである。この表では一般病院の他に、精神病院の収支状況も示した。表の数値は開設者別1病院当たりについての、医業収入を基準とした医業収支差額（表における上段の数値）、および総収支差額（下段の数値）の値である。前者の医業収支差額とは（医業収入－医業費用）/医業収入×100によって算出された指標である。後者の総収支差額は医業収支差額に、医業外収入、医業外費用、補助金、負担金、特別利益や特別損失を考慮した指標となる。

まず一般病院の結果についてみよう。一般病院に関する全病院の医業収支差額は-0.8を示す値であるが、開設者別のなかでも医療法人と個人の病院の値はそれぞれ3.8、5.7となり、他の開設者病院に比べて比較的高い値を示す。これらの私的病院が医業収支差額において高い理由は、一般病院の内訳に起因している。つまり、私的病院は一般病院のなかでも、医業収支差額が高い値となる老人病院と療養型病床の病院に集中していることがその主要な理由であろう。前者の老人病院は全体でその医業収支差額が6.0という高い値で、後者の療養型病床の病院に関する数値はさらに高い9.1となる。両者とも私的病院が集中する領域である。それに対して、一般病院のなかでも老人病院と療養型病床の病院を除いた病院（つまり、その他の一般病院）に関しては、その全病院の医業収支差額は-1.5の値となる。しかし、この医業収支差額が全体としてマイナスになっているが、開設者別では私的病院が比較的高い値となる。最後に、精神病院については病院全体の医業収支差額は-1.5となるが、医療法人と個人の精神病院の値はそれぞれ3.1と3.3で、他の開設者病院に比べ比較的高い値を示している¹⁴⁾。

わが国の医療提供システムが自由開業医制を軸に展開されたことから言えば当然であるが、私的病院は

表6：病院の収支状況：病院種類別，開設者別

	全病院	医療法人	個人	公立	国立	公的	社会保険関係団体	その他
一般病院	-0.8	3.8	5.7	-9.1	-2.6	3.7	3.6	-0.2
	3.0	3.5	5.0	3.4	-3.3	3.9	3.0	0.5
老人病院	6.0	7.3	6.9	-	-	-	-	-5.7
	6.5	7.8	7.9	-	-	-	-	-7.5
療養型病床の病院	9.1	9.3	9.3	-0.8	-	13.6	-	1.0
	9.4	9.1	7.8	-0.3	-	12.7	-	20.4
その他の一般病院	-1.5	2.8	4.6	-9.2	-2.9	3.6	3.6	-0.1
	2.6	2.5	3.8	3.4	-2.9	3.8	3.0	0.3
精神病院	-1.5	3.1	3.3	-59.8	-	7.3	-	0.3
	2.9	5.0	2.6	-9.7	-	-0.6	-	-0.7

備考：数値は下記の定義された、開設者別の1病院当たりの医業収支差額（上段）と総収支差額（下段）の値（％）。
 なお、療養型病床の病院とは一般病床の60％以上が療養型病床である病院。開設者の定義と標本数については付表3を参照。
 1) 上段の数値（医業収支差額）は（医業収入－医業費用）/医業収入×100の値。
 2) 下段の数値（総収支差額）は医業収支差額に医療外収入・外費用、補助金・負担金、特別利益・損失を計上した値。
 資料：『平成11年6月医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）

14) 精神病院では公的病院の医業収支差額が非常に高い値であるが、その病院数は1つである（付表3参照）。さらに、この病院の医業外費用が高い値を示しているため、総収支差額がマイナスとなっている。詳細は『平成11年6月医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）を参照。

他の開設者病院に比べて採算性の観点で相対的に優位な状況にあることが観察された。とくに本稿の目的に照らしていえば，その経営的成果上の優位性が特定領域における私的病院の特化に関わっている点を強調したい¹⁵⁾。しかし，本稿ではデータの制約から私的病院の特化の指標として，老人病院，療養型病床群を有する病院，精神病院に限定したため，次のような課題が残る。それは，私的病院の特化を示す指標内容を分析目的に照らして拡張すること，および本稿で扱われなかった私的病院についても実証的に検討することである。その意味で，本稿のデータ観察による結果は限定されたものであるが，多様な開設者のなかでも私的病院の特化が経営的成果の指標に反映されていることが確認できれば，本節の目的は達成される。

3節 診療報酬制度と医療機関の反応

診療報酬は医療機関にとって費用償還の機能を有するのみならず，行動指針としての価格誘因機能という役割も果たしていると考えられる。前節では，私的医療機関の特化を引き起こす主要な要因の1つとして診療報酬制度を指摘した。本節の以下では，現行の診療報酬支払い方式（出来高払い方式）を取り上げ，この方式がどのような経済的含意を有しているのかを理論的に考察する。まず，出来高払い方式に固有な取引費用が発生することを明らかにし，それを通じて現行診療報酬制度の経済的含意を検討する。次に，診療報酬体系がとくに私的医療機関の選択行動にどのような影響を与えるのかを議論する。

3.1 診療報酬設定と取引費用

現行制度のもとにおける医療機関への診療報酬支払いは，患者に提供された医療サービスに対して，その構成する各医療行為（たとえば診察，検査，投薬，処置や手術など）に付された点数（1点＝10円）を積算する形で行われる。各医療行為に関する点数（価格）表が診療報酬点数表¹⁶⁾で，これを基にして医療サービス生産に伴う費用の償還が医療機関に行われる。したがって，どのような医療サービスの医療行為が指定されるのか，それが診療報酬点数表上でどのような指標あるいは単位で特定化されるのか，さらにどのような報酬水準が設定されるのかなど，診療報酬設定の在り方が医療機関の行動や採算性に影響を与える。以下では，出来高払い方式¹⁷⁾の特徴と資源配分上の問題点を明らかにする。

現行制度における点数（価格）設定の過程を検討する前に，医療サービス m を記述するために必要となる記号を定義しよう。まず医学的観点から最適な医療サービスを構成する生産物（以下ではこれを構成要素，あるいは要素という言葉を使用する）の数を n とする。このとき，最適な医療サービスを m^* (m_1^* , m_2^* , \dots , m_n^*) と表示できるとする。 $*$ は医学的観点から判断された各構成要素の最適量を意味する記号である。構成要素 m_i ($i=1,2,\dots,n$) は以下で説明する理由から実際の診療報酬表上の医療行為に必ずしも一致はしないが，たとえば診察，投薬，注射，検査，処置や手術などの医療行為に対応したものと¹⁸⁾。出来高払い方式のもとではこれらの各構成要素に対して価格が設定されることになる。その構成要素 m_i

15) 知野（1995）においても同様の観察結果が異なる資料を通じて指摘されている。つまり，一般病院（100病床から199病床規模）に
ついて私的病院の採算性における優位性と，私的病院の特化に関わる諸特徴が観察されている。

16) 厚生省（1999）によると，診療報酬点数表に記載されている項目数は6千種類以上になる。

17) 包括払いが一部，採用されるようになっている。本稿との関連で言えば，1990年，特例許可老人病院に選択制で包括払い（入院医療管理料）が導入されている。

18) 以下の議論を含めて本稿はこのような医学的観点から最適な医療サービスが指定できることを前提としている。これは医療の技術的条件に関連したものである。ただし，以下の本文で詳論するように，その最適な医療サービスが現行の診療報酬点数表上で適切に特定化され，かつ価格付けされるかという点が本稿の問題意識となっている。

に対する価格を p_i ($i=1, \dots, n$) とすると、医療サービスの価格は $p(p_1, p_2, \dots, p_n)$ と表せる。また、構成要素の価格 (p_i) が当該要素 (m_i) の限界費用に一致するときの値を p_i^* とし、そして各構成要素がそれぞれの限界費用に一致するときの医療サービス価格を $p^*(p_1^*, p_2^*, \dots, p_n^*)$ とする。したがって、出来高払い方式のもとにおける価格設定では、医学的観点から最適な医療サービス $m^*(m_1^*, m_2^*, \dots, m_n^*)$ が指定され、かつそれぞれの構成要素に対する価格付けが $p^*(p_1^*, p_2^*, \dots, p_n^*)$ に設定されることが必要となる。

この診療報酬設定の過程のなかでとくに問題となるのは、医学的な観点から最適な医療サービスを指定できると仮定しても、それが実際の診療報酬点数表のうえで具体的な医療行為として測定可能な単位で特定化できるのか、さらには各医療行為(構成要素)に対して適正な価格付けが可能であるか、という点である。以下では、診療報酬設定に伴う問題点について、取引費用を考慮しながら検討する。

まず先に、医療サービスを構成する要素(の一部)が診療報酬点数表に収載されない、あるいは収載されても適正な価格付けがなされないとき、それがどのような影響を医療機関に与えるのだろうかを考えよう。明らかに、最適医療にとって必要となる構成要素(医療行為)が点数表に収載され、かつ適正な価格付けが行われていなければ、当該要素の提供に伴う費用は完全には償還されないことになる。そのため、当該要素を提供するための費用は医療機関の負担、あるいは他の要素の報酬による内部補助によって賄われることになる。いずれにしても、当該要素を含む医療サービスの提供は当該機関の純収入(医業収入-医業費用)の水準を低下させ、その市場存続にも影響を与えることになる。したがって、医療機関の市場存続を考慮するならば、最適な医療サービスとなる構成要素が全て収載され、かつ診療報酬点数表上で適正な評価付けが行われることが、最適な医療サービス m^* の提供にとって欠かせない条件となる¹⁹⁾。

次に、最適医療サービスの提供にとって必要な要素が点数表に収載されない、あるいは収載されたとしても不完全な価格付けとなる可能性は現実に存在するのであろうか。もしそのような可能性が存在するのであれば、どのような理由によるのであろうか。これらの問題を考えよう。医療サービスの構成要素のなかにはその性質上、それを特定化し評価するための測定コストが高く、その特定化と評価が実際上、難しくなるものがある²⁰⁾。一般に医療サービスの構成要素のなかには投薬、注射、検査などの「もの」に関わる要素と、診察、処置や手術、看護などの「サービス」(あるいは技術)に関わる要素がある²¹⁾。この前者であればそれを測定可能な単位で特定化し、それを評価することは比較的容易となる。しかし、後者の診察サービスや看護サービスなどはその量と質がともに医療サービスの品質に大きな影響を与えるにも関わらず、観察可能な形で特定化・評価することが難しい。たとえば診察サービスの質に関わる指標として経験や熟練度などを採用するとしても、それを測定可能な指標として作成することが欠かせない。さらに、実際に提供されたサービスの内容がその品質に対応したものが、どうかという確認をすることが、とくに出来高払い方式のもとでは重要となる。つまり指標の採用に際しては、その監視コストが低いものとならなければならない。このように診療報酬設定に伴う現実的な側面を考慮したとき、各種の取引費用が

19) 後述の図による例示を参照。

20) 財の属性に関する測定コストに着目した経済分析についてはBarzel (1982) を参照。

21) このような区分は説明の便宜上のもので、それが実際上、截然と行われるものではない。たとえば「モノ」の投薬に関わる医療行為についていえば、当該薬剤についての医師サービス部分が処方箋料として考慮できるとしても、残りの投薬に関わる費用についてもたとえば当該薬剤の保管管理サービスに関わる部分が存在する。

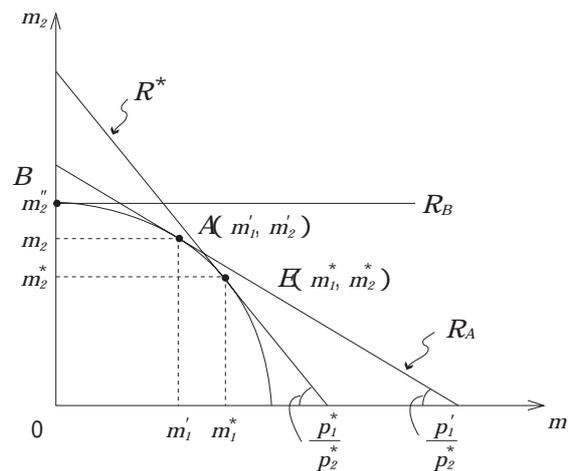
介在することになる。この費用の存在のために，最適な医療サービスの提供にとって必要な構成要素のなかには，診療報酬点数表に収載されない²²⁾，あるいは収載されたとしてもその価格付けが不完全なものとなる場合が生じる。つまり，最適な医療サービスの内容が医学的観点から指定できると仮定しても，診療報酬体系が不完全なものとならざるを得ない現実がある。

3.2 図による例示

ここで，不完全な診療報酬体系における医療機関の選択行動について図を利用して考えよう。最適医療サービスにとって必要な構成要素（生産物）が2つとなるケースを取り上げる。たとえば，これらの要素が医療サービスに必要となる「サービス」（医師の診断や手術などのサービスや看護婦の看護サービスなど）と「モノ」（薬剤や検査など）に関わる要素とすることもできる²³⁾。まず2つの要素を m_1 ， m_2 とし，医療サービスを $m = m(m_1, m_2)$ と表す。このもとで，医学的な観点から最適な医療サービスを $m^* = m^*(m_1^*, m_2^*)$ とし，それに対応した診療報酬を p_1^* ， p_2^* とする。ただし， p_1^* ， p_2^* は最適な構成要素 m_1^* ， m_2^* それぞれの生産に伴う限界費用 c_1 ， c_2 に等しく，また固定費用がないものと仮定する。以上の設定のもとで， m_1 と m_2 を生産するための生産可能性曲線と，診療報酬線 R^* （これが同時に費用曲線を表す）を描いたものが図1である。図の点Eが最適な医療サービスの組み合わせである。この最適な医療サービス $m^* = m^*(m_1^*, m_2^*)$ から得られる医療収入が $R^* = p_1^*m_1^* + p_2^*m_2^*$ で，それが本稿の仮定のもとでは総費用に等しくなる。したがって，最適医療サービスの提供のもとで，医療機関の採算が成立している状況が示されている。

次に本稿で問題としている状況，つまり医療サービスを構成する要素の診療報酬がその限界費用と乖離するケースを考えよう。このようなケースを考えるとき，2つの要素のうち1つがその限界費用よりも低く評価されるケースを考えれば十分である²⁴⁾。以下では， m_1 の診療報酬点数を $p_1 = p_1'$ とするならば， $p_1' (= c_1) > p_1 > 0$ (or = 0) となるケースを検討する。 $p_1' > p_1 > 0$ の場合は，要素 m_1 が診療報

図1：医療サービスを構成する生産物（構成要素）の選択



22) 診療報酬表に収載されないとは，たとえある構成要素が最適な医療サービスにとって欠かせない要素として医学的な観点から指定されたとしても，その要素が経済的評価対象となりうる測定指標で特定化されない場合に生じることである。

23) 注21)を参照。

24) $p_1 = p_1' > p_1^*$ という，逆に高く評価されるケースを考えても議論の本質は変わらない。

酬点数表上で評価されるものの、その評価は限界費用よりも低くなるケースである。また、 $p_1^* = 0$ の場
合は、要素 m_1 が診療報酬設定に固有な取引費用介在のために、経済的評価が行われないという極端なケ
ースである。

図1の点Aと点Bは、上記ケースそれぞれの診療報酬線 R_A 、 R_B が生産可能性曲線と接する点を示し
ている。点Aが $p_1^* > p_1 > 0$ という診療報酬体系のケースで、点Bが $p_1 = 0$ という診療報酬体系のケ
ースである。ただし、もう1つの構成要素 m_2 については、その診療報酬が $p_2 = p_2^*$ でその限界費用(c_2)
に等しいとする。まず $p_1^* > p_1 > 0$ の場合、最適医療サービスの点Eにおける純収入が $-(p_1^* - p_1)m_1^*$
で、他方、A点の純収入が $-(p_1^* - p_1)m_1^*$ であることから、医療機関の採算性を基準にした場合、A
点における医療サービスの提供が望ましいことになる。もちろん、この診療報酬体系(p_1^* 、 p_2^*)のもと
でも、最適な医療サービスの提供は可能であるが、それはA点に比べ純収入の赤字幅を増加させる。発生
したこの赤字額は、自由開業医制のもとでは全て医療機関自身の負担となる。また、 $p_1 = 0$ という極端
な場合についても同様である。要素 m_1 が診療報酬上で評価されないことから、医療機関の収入は要素 m_2
の提供からのみ得られる。点B($0, m_2^*$)における医療サービスの提供では、医療機関の医業収入は $p_2^*m_2^*$
(これは仮定より費用に等しい)で、純収入はゼロとなる。しかしこの診療報酬体系($0, p_2^*$)のもとでも、
最適医療サービスの点Eにおけるサービスを提供することは可能であるが、そのときの純収入は $-c_1m_1^*$
となり、赤字幅は増大する。したがって、医療機関の採算性が重視される場合、要素 m_1 の診療報酬が不
完全な価格付けとなると、最適な医療サービスの提供は困難となる。

3.3 私的医療機関の反応

わが国の医療提供システムでは、自由開業医制度を基本として所有権(property right)の異なる様々
な医療機関が併存している²⁵⁾。このシステムのもとで、とくに「私的」医療機関が特定の領域に特化して
いる事実が2節で確認された。私的医療機関は他の開設者医療機関に比べて、市場存続のためにその採算
条件が相対的に厳しく要求されている。もし長期に赤字の状況が続くのであれば、それは市場からの「退
出」を意味する。このような市場圧力のもとで、私的医療機関は人的・物的医療資源の内容を選択すると
同時に、医療サービスの種類や内容を決定してゆく。それはまた、どのような疾病の患者を取り扱うのか
を決定する過程でもある。これらを決定するうえで重要な要素の1つとなるのが診療報酬である。診療報
酬は医療サービスの生産コストを償還する機能のみならず、医療機関の行動に一定の指針を与える誘因機
能をもっている。診療報酬の在り方によっては、私的医療機関の医療サービス市場における特徴と機能が
影響を受けることになる。

現行の診療報酬制度は既に明らかにしたように、次のような性質をもつ仕組みであった。それは出来高
払いを想定した価格付けであるため、医療サービスを構成する生産物(構成要素)を特定化しなければな
らず、その特定化がなされてはじめて各構成要素に対する価格付けが可能となる仕組みであった。この価
格付け作業に伴う取引費用のために、診療報酬体系が不完全なものになった。そのため、経済合理的な選
択行動が必ずしも医学的な意味で最適な医療サービス提供を保証するとは限らないという結果が得られ
た。たとえ最適な医療サービスの提供が選択可能であるとしても、その選択肢は採算性を保証するとは限

25) property rightの経済理論によれば、property rightの相違によって機関の行動や経済的成果が影響される。当該理論の医療機関へ
の適用については知野(2002)を参照。

らず，かえって採算性の水準を一層悪化させることになった²⁶⁾。

自由開業医制度のもと採算性の基準に照らしたとき，開設者別医療機関のなかでもとくに私的医療機関では，不完全な診療報酬体系に沿った経済合理的な医療サービスの組み合わせを選好する誘因が強く生じる。それは同時に，私的医療機関が他の開設者医療機関と異なるような領域の医療サービスに特化する可能性を示唆している。つまり，私的医療機関の立地場所，病床の種類や数，そして診療科目などが経済的採算性の観点から一定の範囲に絞られ，開設者別医療機関の間に一種の「すみ分け」が生じてくると考えられる。それはまた，他の開設者医療機関に比べて私的医療機関の経営的成果の優位性にも反映されてくる。これは一般に，クリーム・スキミング現象と呼ばれている²⁷⁾。

4 節 若干の議論

本節では，私的医療機関の特化，および診療報酬制度に関連した政策的議論について言及しておきたい。まず私的医療機関の特化については，それが結果として開設者別の「すみ分け」を医療サービス市場において生み出しているが，これに関連した2つの問題に触れよう。1つは，「すみ分け」の存在は少なくとも医療機関の開設者間にわたる競争圧力が希薄であることを示唆する点である。たとえ公的医療機関に対して政策医療が社会的に要請されるとしても，現行システムのもとで公私間の「すみ分け」がどの程度，容認できるのかという政策的な判断が必要となる。それは「すみ分け」を維持する開設者間の制度的な参入障壁の高さにも関わることである。2つ目は，私的医療機関の特化が医療機関の機能分化に似た側面を有しているが，それが出来高払い方式に固有な取引費用の介在に起因しているという点である。したがって，本稿で指摘した「すみ分け」はそれ自体，医療機関の機能分化と連携を意味するものではないということである。つまり，取引費用の介在によって「すみ分け」の経済的誘因は存在するものの，医療機関の機能分化と連携を促すような医療提供システムとしての誘因が含まれていないからである。

次に診療報酬制度については，診療報酬が医療費償還に関する政策手段であるため，医療提供側に対する所得分配機能の側面が強く伴う。本稿の3節では診療報酬設定過程に伴う資源配分上の問題に議論を絞ったが，その所得分配的な側面を考えたとき，診療報酬設定過程における政治経済学的考察が不可欠となる。つまり，利益集団によるレントシーキング活動という問題が生じてくる。鴉田（1995）は日本医師会の圧力団体としての活動を数量的に分析しているが，その結果は診療報酬を含めて医療サービス需給に関わるレントシーキング活動への従事を示唆するものであった。レントシーキング活動を考慮したとき，診

26) たとえば，医学的に最適な組み合わせを最優先する医療機関によって選択されると想定しよう。この場合，前節の図1を利用すると価格体系 $p^1 = (p_1^1, p_2^1)$ の状況のもとで，E点の組み合わせが選択されることを意味する。このとき，E点の医療収入はA点よりも減少するので，医療機関の採算性は一層悪化する。しかし，医療機関によっては（短期的な）採算性よりも医療サービスの質を重視した選択も可能である。この選択によって生じる赤字を，たとえば補助金や内部補助によって，あるいは高品質のサービス提供を通じた収入増加（つまり患者の増加）によって補填される必要がある。とくに後者の場合では，提供された医療サービスの品質に関する情報提供が限定される現行システムのもとではその可能性は小さいかもしれない。いずれにしても，これら医療機関の行動理論に関わる問題は極めて重要なものであるが，本稿の範囲を超える。

27) この現象自体が問題という訳ではない。取引費用の介在によって経済的利益が得られる次のようなケースのときに問題が生じるだろう。それは，たとえば診療報酬の対象となる医療行為が取引費用の介在から代理指標によって測定されたとき，情報の非対称性を利用して，本来の医療行為が経済的利益のために過剰（あるいは過少）に生産されるケースである。このような機会主義的行動を抑制することは，測定コストの存在から監視コストが高くなるため，難しくなる。これに関しては，医療サービスのなかでも監視コストが高くなるサービスが過少生産となる傾向を示したLindsay（1976）の議論をも参照。

療報酬という価格規制も他の産業と同様に、当該分野における生産者利益を反映する1つの手段としてその格好の場を提供する²⁸⁾。このような側面が強い場合、診療報酬に伴う資源配分機能上の役割は大きく損なわれ、その影響は医療サービス分野、それに近接した介護サービス分野にまで及ぶことになる。したがって、現行の出来高払い方式のみならず、診療報酬改定の手続き方法をも含めた規制の在り方が問題とされる。

今後さらに激化する高齢者医療費（そして介護費用）の負担問題、とくにその世代間における負担問題を考えるとき、本稿で扱った私的医療機関の特化と現行の診療報酬制度に関わる上記の課題は、需要サイドにおける患者の自己負担や保険料の在り方と同時に、供給サイドにおける提供システムと規制の在り方にまで、その問題を含めなくてはならないことを提起している。

付表1：開設者別病院の平均病床数の推移

年	私的病院		その他私的病院 ^{a)}	公立病院 ^{b)}	公的病院と社会保険 関係団体の病院 ^{c)}	国立病院	
	医療法人	個人					
1955	46	61	39	111	114	144	307
1960	58	75	46	133	144	178	324
1965	73	97	56	161	168	221	335
1970	84	118	62	187	192	256	354
1975	90	127	64	207	206	275	372
1980	100	137	68	221	211	289	368
1985	112	147	78	229	222	302	403
1990	126	155	85	244	231	323	398
1995	132	152	88	249	236	327	400
2000	137	148	87	251	237	327	403

備考：数値は開設者別の1病院当たり病床数（平均病床数）。開設者は以下のようなになる。

a) その他私的病院は医療法人と個人立病院を除く、公益法人、学校法人、その他法人の病院。

b) 公立病院は都道府県と市町村の病院。

c) 公的病院は日赤、済生会、厚生連などの病院、社会保険関係団体の病院は全国社会保険協会連合会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会などの病院。

資料：各年版『医療施設調査・病院報告』（厚生労働省、厚生省）

付表2：各病院の私的病院数：一般病院、老人病院、療養型病床の病院

	1989年	1991年	1993年	1995年	1997年	1999年
一般病院	734	704	869	709	745	617
	1,087	999	1,196	1,035	1,069	912
老人病院	100	130	153	169	96	56
	104	134	161	189	102	61
療養型病床の病院	-	-	-	-	133	107
	-	-	-	-	148	117

備考：下段の数値が病院総数で、上段の数値が私的病院の数。病院は一般病院、およびそのなかの老人病院と療養型病床の病院。なお、療養型病床の病院とは一般病床の60%以上が療養型病床である病院。

資料：各年版『医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）

28) 診療報酬改定の作業は隔年ごとに中央社会保険医療協議会を経て実施されるが、当協議会の審議が膠着状態になったとき、政治決着が行われてきた。診療報酬を含めて医療分野の規制に関わる経済的分析については鶴田・中山（2001）に詳しい。また、価格規制が当該財の特性に及ぼす効果を分析したBarzel（1974）（1997）、Cheung（1974）らの、property rightの経済学的アプローチからの視点は、本稿のような医療というサービスの場合には欠かせない。

付表3：病院の種類と病院数

	全病院	医療法人	個人	公立 ^{a)}	国立	公的 ^{b)}	社会保険関係団体 ^{c)}	その他 ^{d)}
一般病院	912	464	153	143	11	37	16	88
老人病院	61	39	17	-	-	-	-	5
療養型病床の病院	117	79	28	1	-	2	-	7
その他の一般病院	734	346	108	142	11	35	16	76
精神病院	128	86	22	8	-	1	-	11

備考：数値は開設者別の病院数。開設者の定義は以下のようになり、付表1と若干異なることに注意。

a) 公立は都道府県、市町村。

b) 公的は日赤、済生会、厚生連など。

c) 社会保険関係団体は全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会など。

d) その他は公益法人、社会福祉法人、生協など。

資料：『平成11年6月医療経済実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険医療協議会）

（参考文献）

- Banks,D.A.,M.Paterson, and J.Wendel (1997) ,"Uncompensated hospital care : charitable mission or profitable business decision", *Health Economics*, vol.6, 1997, pp.133-143.
- Barzel,Y (1974) , "A Theory of Rationing by Waiting", *Journal of Law and Economics*, vol.17, April, pp.73-95.
- (1982) , "Measurement Cost and the Organization of Markets," *Journal of Law and Economics*,vol.25, April, pp.27-48.
- (1997) , *Economic Analysis of Property Right*, second edition, Cambridge University Press.
- Becker,E.R.and F.A.Sloan (1985) , "Hospital Ownership and Performance", *Economic Inquiry*, Vol.XXIII, January, pp.21-36.
- Cheung,S.N.S (1974) , "A Theory of Price Control", *Journal of law and economics*, vol.17, no.1, pp.53-72.
- 知野哲朗 (1988) 「わが国における公私両病院の行動」『社会科学』第40集, pp.23-36.
- (1995) 「わが国医療機関の構造的特徴と行動」 鶴田忠彦編 『日本の医療経済』第7章, 東洋経済新報社, pp.103-127.
- (1998) 「老人医療費の地域的変動とその決定要因」『立命館経済学』第47巻, pp.266-280.
- (2002) 「非営利医療機関と診療報酬制度」未発表
- ・杉野誠 (2002) 「高齢者入院医療費の格差とその経済的含意」一橋大学経済研究所Discussion Paper, No.100.
- (2003) 「高齢者入院医療費の都道府県別格差とその決定要因」『医療と社会』Vol.13,No.1,pp.69-83.
- Gruber,J (1994) , "The effect of competitive pressure on charity : hospital responses to price shopping in California", *Journal of Health Economics* 38, 1994, pp.183-212.
- 厚生省 (1999) 「診療報酬体系のあり方について」(医療保険福祉審議会制度企画部会意見書) 平成11年4月.
- Lindsay,C.M (1976) , "A Theory of Government Enterprise", *Journal of Political Economy*, vol.84, no.5, pp.1061-1077.
- 中泉真樹, 知野哲朗, 鶴田忠彦 (1987) 「日本の医療サービス市場」『経済と経済学』第59号, pp.105-143.
- Norton,E.C. and D.O.Staiger (1994) , "How hospital ownership affects access to care for the uninsured", *Rand Journal of Economics*, Vol.25, No.1, Spring, pp.171-185.
- 鶴田忠彦 (1995) 「日本医師会の行動 — 『日医ニュース』25年の分析」 鶴田忠彦編 『日本の医療経済』第9章, 東洋経済新報社, pp.151-167.

Tokita, T., T. Chino, H. Kitaki, I. Yamamoto, and M. Miyagi (1997), "The present and future national medical expenditure in Japan", *The Economic Analysis*, (Economic Research Institute, Economic Planning Agency), No.152.

鴫田忠彦, 中山徳良 (2001)「日本の医療と公的規制」Discussion Paper No.26, Institute of Economic Research, Hitotsubashi University.