

日本の診療報酬制度と私的医療機関

知野哲朗

(岡山大学経済学部)

2001年10月

**Japanese Payment System for Medical Services and Private
Not-For-Profit Institutions**

**Tetsuro Chino
(Okayama University)**

October 2001

日本の診療報酬制度と私的医療機関^{*}

知野哲朗^{#)} (岡山大学経済学部)

わが国の「国民医療費」は急速な高齢社会の進行に伴って、その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。病院や診療所によって提供される医療サービスの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ている¹⁾。65歳以上の医療費は医療費全体に対して2010年に57%、2025年では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っている。また70歳以上の高齢者と、それ以外の非高齢者という年齢階層区分について、その将来医療費が病院と診療所という医療機関の間でどのように支出されるかを推定している。この結果によれば (表1参照) 総医療費支出に対する高齢者医療費の比率は2010年に49%となり、それが2025年には59%に達する。とくに顕著なことは病院部門における高齢者の入院医療費に関する結果である。この高齢者医療費の比率は表1から算出すると、2010年で55%、2025年には65%となる。

< 表1：将来医療費の構造：病院部門と診療所部門 >

このような将来推計から、わが国が直面する医療費に関する世代間負担の問題は現行医療制度を前提とすると、将来の大きな課題となることは明らかであろう。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4月導入された介護保険制度による医療部門への影響である。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」は当然低下してゆく²⁾。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、療養型病床群に転換されるか、そしてそれがどの程度、介護保険制度の対象となるかに依存している。つまり、それは医療および介護分野における政府の諸政策に大きく影響される。

本稿のテーマに照らしていえば、このような病床に関する制度的変更を含む医療供給サイドへの政策は基本的に、わが国の医療提供システムの根幹に関わる公私医療機関の併存や診療報酬制度の在り方に密接に関わっている。本稿で明らかにされるように、とくに高

高齢者医療に密接に関わる機関としては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である。このような領域における私的医療機関の特化の背景には、「私的」医療機関という開設者別の特性と同時に、現行の診療報酬制度が重要な経済的役割を演じている。このような意味で、高齢者医療費の将来動向は公私医療機関や診療報酬制度の在り方に依存し、したがって医療費の世代間負担の問題も医療提供システムと切り離しては議論できない側面をもっている。

本稿の目的は将来の医療費増大を左右する病院部門を中心に、開設者別医療機関の特性をデータから明らかにすること、およびそれが診療報酬という価格機能とどのように関係しているのかを理論的に検討することである。現行の医療提供システムのもとでは、私的医療機関を中心に、各種の開設者別医療機関が併存して医療サービスを提供していることから、医療機関の開設者別(あるいは所有権)に関わる視点からの経済分析が欠かせない。その意味で本稿の特徴は医療機関の開設者(それは結局、所有権)を明示的にして医療提供システムの分析を試みること、そして所有権の差異に関連させながら現行の診療報酬制度がもたらす経済的含意について検討を試みる点である。

本稿の構成は次のようになる。1節では先の研究を踏まえながら、本稿における問題の所在を明らかにする。2節では公私医療機関の併存という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観察する。とくに私的医療機関の特化現象が明らかにされると同時に、私的医療機関の経済的成果が他の開設者の医療機関に比べ優越している点が示される。これらの私的医療機関に関する観察事実が現行の診療報酬制度に起因していることを明らかにすることが次節以降の目的となる。まず3節では現行の診療報酬制度で採用されている出来高支払い方式の内容およびその問題点を取引費用の概念を利用しながら明らかにする。次の4節では、2節で観察された私的医療機関の諸特徴が現行の診療報酬制度に起因した結果であることの経済的根拠を説明すると同時に、若干の議論を行う。

1 節 問題の所在

将来の国民医療費は2000年4月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し、これが介護保険制度によって賄われることになる。このような制度的変更に伴うコスト・シフティングによる医療費の減少は相対的に高齢者医療の領域に多い。これは従来より高齢者の入院医療について、その一部が必ずしも治療を必要としない患者が入院しているという、いわゆる「社会的入院」が指摘されているからである³⁾。したがって、国民医療費の将来はあ

る意味で高齢者医療のあり方、つまり従来の医療部門における資源がどの程度、介護保険で賄われる介護部門に移るのかということをも含めた、医療・介護提供システムに関わる政策とその成果に依存している。

このような政策やその含意を考えると、医療供給サイドの医療機関の行動がどのように想定されるのかということが重要である。現行制度の下で「公私」を始めとする様々な開設者別医療機関が医療サービスの提供を行っているが、それらの異なる開設者別医療機関には、役割や機能の点において開設者別に特有な傾向や特徴は存在しないのであろうか。このような考察は実際に、どのような目的でどのような行動をしているのかという開設者別医療機関の行動理論に示唆を与えるだろう。それは同時に、医療供給サイドに対する各種政策（診療報酬の設定、補助金や税制上の各種措置など）の経済的含意にも影響を与えるものとなる。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、これらの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2ではその大分類である6分類が示されている。病床数のシェアでは医療法人が46%、公的医療機関（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、2節以降では資料の関係から前者を公立病院、後者を公的病院と呼ぶ）が22%、その他（公益法人、学校法人、会社、その他法人）が13%、国が9%、個人が8%、社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、共済組合及びその連合会など）が2%である。

< 表2：開設者別医療機関のシェア >

これらの各機関はそれぞれ機関としての設立目的や独立採算性の程度などの点において相違し、その直面する制度的制約条件（たとえば補助金や優遇税制などを含めた相違）も異なっている。本稿では医療機関の開設者別主体に着目しながら、医療サービス市場においてどのような開設者別に固有な特徴や機能が存在しているのかを示し、それが現行の診療報酬制度のあり方に依存していることを明らかにすることが目的である。わが国の場合では、経営主体の異なる医療機関が併存する状況のもとで、医療サービスの生産者価格である診療報酬が公的価格で一律に適用され、かつ自由開業医制度が維持されている。この意味で、私的医療機関を中心とする開設者別医療機関の諸特徴が医療サービス市場で観察されると同時に、それが各開設者別医療機関の行動に示唆を与えるであろう（中泉・知野・鴫田(1987), 知野(1988)(1995)⁴⁾。本稿ではとくに医療法人と個人の病院（これを私的病院と呼ぶ）に限定して、医療サービスの領域でもとくに高齢者医療を中心に議論を展開する。このような開設者別（つまり医療機関の所有権）に着目した視点から現行の医療制度を検討することは少なくとも次の2点から重要である。

第一に、わが国の医療機関の展開が自由開業医制を軸に行われた結果、私的医療機関が医療サービス市場で重要な役割を担っている点である。病院部門について言えば、私的病院は病床数で54%、施設数では71%という大きなシェアを占めている。その意味で私的病

院が他の開設者病院に比べてどのような特徴、機能そして成果を有しているのかは、わが国の医療提供システムの評価には欠かせない問題である。また、開設者の異なる医療機関が併存する現行システムのもとでは、医療部門における機能分化や連携、さらに介護部門との連携においても、医療機関の所有権の相違に着目した制度設計や政策が欠かせない。それは私的医療機関のように採算性がより重視されるように、開設者別医療機関によってその経済的誘因も異なってくるからである。

第二に、現在の医療費問題とくに高齢者医療費について言えば、それが医療機関の開設者、つまり所有権に密接に関連する問題をもっている点である。本稿で明らかにされるように、高齢者医療の領域では私的医療機関が重要な役割を担っている事実がある。また、この背景には医療サービスの価格である診療報酬の設定の在り方が関係していると考えられる。その意味で、今後急速に増加すると予想される高齢者医療費およびその負担の問題は、私的医療機関を中心とした医療提供システムおよび診療報酬制度の在り方にも密接に関連したものである。しかも、このような問題が医療部門のみならず、たとえば医療部門における既存施設の転換促進にみられるように、介護部門にも及ぶ課題を含むものとなっている。

2 節 私的医療機関の特化と採算性

この節では、私的医療機関が医療サービス市場においてどのような特徴や機能、そして成果を有しているのかを他の開設者医療機関との比較で検討する。まず、私的医療機関が医療サービスのなかでも高齢者医療の領域に特化していること、次に、その特化を通じて経営的成果上の点で優越していることをデータから確認する。ところで、医療機関の開設者別分類は厚生労働省によると23分類、大分類では6分類となるが、この分類の複雑さを回避することおよび資料制約の点から、私的医療機関を中心に、かつその範囲を医療法人と個人の病院（両者の病院を以下では私的病院と呼ぶ）に限定して議論する。これらの病院が他の開設者の病院に比べ、経営的裁量の範囲が相対的に大きいという理由による。とくに医療機関の管理・運営に関する制度的制約がより厳しい他の開設者病院との比較によって、私的医療機関の顕著な相違がより鮮明に観察されることが考えられるからである。ただし、私的病院の比較対象としては資料制約からおもに都道府県や市町村の公立病院となるだろう。

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、公私医療機関に代表される開設者別に基づいた医療機関の機能分化や連携は政策的に実施されていない。ただし、政府は1990年代より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訂が実施され

ているが、これら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。したがって、このような政策状況のなかで公私医療機関に代表される開設者別医療機関はそれぞれどのように併存しているのかということは興味深い。先の研究(中泉・知野・鴫田(1987), 知野(1988), (1995))では、開設者別医療機関それぞれに特有な特徴が確認され、それが各経営主体の経営的成果に反映されている事実が示唆された。以下ではこの点をさらに詳細に展開する。

最初に、日本の医療提供システムにおいて私的病院がどのような位置にあるのかを簡単に概観しておこう(表3参照)。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。現在(1999年)の病院部門については、施設数が9,286、病床数が約165万床であるが、私的病院のシェアは施設数では71%、病床数では54%である。私的病院の内訳では、医療法人の比率が大きくなる一方、個人立の比率が低下傾向を示している。また、私的病院の施設数および病床数の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病床規模が相対的に小さい。開設者別病院の平均病床数は1999年において私的病院が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病床という値である(付表1参照)。このような開設者別医療機関の平均病床に関する特徴は、各機関が提供する医療サービスの種類と範囲をも反映している。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。

< 表3：私的病院のシェアの推移 >

本稿の問題関心から入院医療サービスに絞って検討しよう。私的病院は他の開設者病院に比べ、どのような領域で医療サービスの提供を行っているのだろうか。私的病院の全病床数におけるシェアが98年で約54%であることから判断すると(表3参照)病院の種類別病床シェアの推移を示した表4から次の特徴が私的病院に関して指摘できる。私的病院の相対的な役割が結核や伝染病に関わる入院医療の分野では極めて低いものの、精神病に関わる入院医療の分野では高いことがその特徴となる。とくに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。他方、一般病床については私的病院の一般病床シェアが48%で、その全病床比率の54%という値から判断すると、特段の特徴はないと思われる。しかし、一般病床にかかわる医療サービスの分野でも私的

病院が顕著な特化を示しているのである。これをデータから観察しよう。

< 表 4 : 私的病院の種類別病床シェアの推移 >

表 5 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、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。まず前者の老人病院についてみると(表 5 の a)を参照)、私的病院の老人病院に占めるシェアは 90%以上となる⁵⁾⁶⁾。一般病床では高齢者を対象にした入院医療サービスに私的病院が集中していることが観察できる。老人病院についてはその創設が 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のである。つまり、私的病院は老人病院が制度的に創設される以前に、高齢者の入院医療サービスへと特化していたという事実がある。その理由は次節で説明する現行の診療報酬制度に起因しているが、その背景には次のような諸条件も関係している。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は提供されず、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がある。そのため、医療と介護との境界的領域において入院医療部門の果たす役割が医療保険制度のもとで過度に増大した。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反映されている⁷⁾。

< 表 5 a) b) : 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 >

このような傾向が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。療養型病床群に関する開設者別シェアによると(表 5 の b)を参照)、私的病院のシェアは約 88%となる。このような高いシェアの理由はその後、医療施設の機能分化を促すという目的から診療報酬上の配慮がなされたということにもよる⁸⁾が、その背景には療養型病床群に適する人員配置等の基準が私的病院のそれに対応したものであったと考えられる。つまり、療養型病床群制度の創設以前に、一般病床を有する私的病院は経済的採算性の点で長期療養患者に適するような環境条件(人的および物的医療資源に関わる諸条件)に近いものに特化していたと言える。とくに私的病院で療養型病床に近い人的および物的諸条件が醸成されていたという理由は先の老人病院と同様で、現行の診療報酬制度に起因したものである。これについては次節で検討することになる。

2.2 私的病院の採算性

前小節で明らかにされた私的病院の特化は自由開業医制のもとで形成されたことを考慮すると、その背後には経済的要因が存在するだろう。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。その結果、私的病院は提供する医療サービスを、採算性の満たすような領域あるいは相対的に有利な領域へと選択するであろう。その意味で先の私的医療機関の特化はこのような結果を反映したものと解釈できる。以下ではこのような解釈のもとで私的病院の採算性上における優位性を確認しよう。

表6は一般病院、老人病院、そして療養型病床の病院（ただし、一般病床の60%以上が療養型病床である病院）に関する医業収支の状況を示したものである。この数値は（医業収入－医業費用）/医業費用×100により算出されたもので、1病院当たりの値である。データは診療報酬改定のための基礎資料として、隔年毎に調査される『医療実態調査（医療機関等調査）報告』（中央社会保険協議会）による⁹⁾。表は一般病院、そして一般病院のなかでもとくに老人病院と療養型病床の病院に関する結果を示したものである。表6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や療養型病床群の病院に限定した場合、それら病院の経営収支はそれ以外の一般病院に比べて優位にある。既に述べたように、老人病院や療養型病床群の病院は私的病院のシェアが高い領域となっていた。この領域における私的病院の特化がその経営的成果上の優位性を示す理由を示唆している¹⁰⁾。

< 表6：各病院の収支状況の推移 >

表7は上記資料のうち平成11年版に関して開設者別の詳細な収支状況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病院当たりに関しての、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）をそれぞれ示したものである。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っている。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の高い値を示す。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ことによる。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っている老人病院と療養型病床の病院に特化しているのである。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の高い値となる。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の高い値を示している¹¹⁾。

< 表7：病院の収支状況：病院種類別、開設者別 >

以上の観察から、一般病院について私的病院は他の開設者病院に比べ採算性の点で優越していると言える。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¹²⁾。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、精神病院に限定してきたが、そ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、およびその指標内容との関連で本稿で扱われなかった私的病院についても吟味することが重要な課題となるだろう。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。だが、開設者医療機関のなかでも私的病院が他の開設者病院に比べ、市場存続のためにその提供する医療サービスの関係において採算性を確保していることを確認できれば、本節の目的は達成される。

3 節 診療報酬制度の問題と医療機関

医療サービス価格である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、その行動指針としての価格誘因機能という役割を果たしている。この後者の点はとくに採算性の確保が市場存続の条件となっている私的医療機関においてとくに重要なものである。この診療報酬が前節で指摘された私的医療機関の特化を引き起こす主要な制度的要因として取り上げられる。以下では現在採用されている出来高払い方式を対象とし、その診療報酬設定に伴う取引費用の存在を明らかにする。この取引費用の介在が医療機関の選択行動に影響を与えることを説明する。

3.1 診療報酬設定とその問題

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。この各医療行為に関する点数（価格）表が診療報酬点数表である¹³⁾。この点数表を基にして、医療サービス生産に伴う費用

が各医療機関に支払われる。この償還方法は一般に出来高払い方式と呼ばれる¹⁴⁾。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が設定されるのか、という設定のあり方は医療機関の採算性に影響を与える。さらに重要なことは、それが医療機関の選択行動を通じて資源配分上の問題に関連している。以下では出来高払い方式に基づいた診療報酬の設定のあり方を検討することによって、その問題点を考察する。

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 m^* 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ものとする。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である¹⁵⁾。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 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 $p (p_1, p_2, \dots, p_n)$ と表せるものとする。また、その構成要素の価格(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特定化できるという点である。さらに、その特定化が可能であるとしても、各構成要素の価格設定がそれぞれの限界費用に一致するという点である。以下では、これら2点の問題が医療機関にどのような影響を及ぼすのかを検討し、その後、それらの問題が診療報酬設定過程における取引費用の介在によって発生することを説明する。

まず、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。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の提供にとって欠かせない条件となる¹⁶⁾。この条件は少なくとも、医療サービスの提供による医業収入でその費用を賄う私的医療機関にとってはその存続に関わるものである。

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記載されない、あるいは記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なり、實際上、その特定化および評価が難しいものがある¹⁷⁾。一般に医療サービスの構成要素なかには投薬、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¹⁸⁾。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量は患者への対応時間などを通じて測定することは可能であるが、そのような実質的な時間を考慮した評価付けは多大のコストがかかるのである。したがって、現行の出来高制度でも診察料は固定的な設定となっている。さらに、診察サービスの質に関わる内容を特定化し、かつ評価付けするには一層のコストを要する。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し特定化するとしても、その指標に伴うコストが介在する。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のか、どうかという償還時におけるチェック機能は、とくに過剰診療を誘発させる傾向をもつ出来高払い方式にとって欠かせないものである。つまり、これらの「サービス」部分を観察可能な測定単位に変換し、それが質をも反映した形で診療報酬点数表上に反映させることは、出来高払い方式の診療報酬設定にとって欠かせない作業と同時に、各種のコストを伴うのである。

以上のような診療報酬設定に伴う問題が存在するため、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、診療報酬点数表に記載されない¹⁹⁾、あるいは記載されたとしてもその価格が不完全な場合が生じてくる。後者の不完全な価格とは、当該要素の量や質を特定化するために発生する測定コストが高いため、当該指標に代わる指標が採用(記載)されることに起因したものである。たとえば看護婦の看護サービスに対する報酬(看護料など)であれば、(その質の問題を別にするにしても、)実際に投下された看護サービスに対してその報酬が行われることが現行の診療報酬制度の性質から言えば望ましいが、それに代えて看護婦数というストック指標でその診療報酬が設定される。このように、最適な医療サービスが指定できると仮定しても、それを構成する各要素に対して評価付ける出来高払い方式では、設定された診療報酬が各要素の限界費用に一致するとはかぎらない。とくに診療報酬設定に伴う取引費用が存在するとき、診療報酬体系は上述したような意味において不完全なものとならざるを得ない²⁰⁾。

3.2 医療機関の選択行動

では、医療機関は現行の出来高払い方式のもとでどのような選択行動を行うのであろうか。以下では簡単な図を利用するため、最適医療サービスにとって必要な構成要素（生産物）が2つとなるケースを考える。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「もの」（薬剤や検査など）に関わる要素と考えることもできる²¹⁾。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を表すものとする。この設定のもとで、 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（これは同時に費用曲線を表す）を描いたものが図1である。最適な医療サービスの組み合わせが点Eで示され、そのときの構成要素がそれぞれ m_1^* 、 m_2^* となる。医療機関は最適な医療サービス $m^* = m^*(m_1^*, m_2^*)$ を提供すると、医療収入が $R^* = p_1^*m_1^* + p_2^*m_2^*$ で、それが丁度、その限界費用に等しくなる。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。

< 図1：医療サービスを構成する生産物（構成要素）の選択 >

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²²⁾。以下では、 m_1 の診療報酬点数を $p_1 = p_1'$ とするならば、 $p_1^* > p_1' > 0$ (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 が診療報酬設定過程における問題のために、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、それぞれの診療報酬（価格）線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 $p_2 = p_2^*$ で限界費用に等しいと仮定する。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、このような診療報酬体系 (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。この赤字額は自由開業医制のもとでは全て医療機関の負担となる。次の $p_1 = 0$

という極端な場合についても同様な結果が生じる。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 の提供からのみから得られる。点 $B(0, m''_2)$ における医療サービス提供では、医療機関の医業収入は $p^*_2 m''_2$ となる。(ただし、ここでの仮定からその純収入はゼロである。) 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 $-p^*_1 m^*_1$ となり、赤字幅は増大する。つまり、 m_1 の生産費用はすべて医療機関の負担となる。

以上、要素 m_1 の診療報酬が不完全な価格付けとなる単純なケースのもとで、医療機関の採算性が考慮されるとき、最適な医療サービスの提供が現行の出来高払い方式のもとで困難となった。現行の診療報酬制度は、医療サービスの構成要素を特定化し、それに価格付けを与えるシステムであるため、診療報酬の設定が当該要素の測定や観察可能性といった性質に影響される。そのため、これらの性質に伴って発生する費用が診療報酬の設定に一定の偏りを引き起こし、不完全な診療報酬体系を作り出すことになるからである。ではこのような診療報酬のもとで、開設者別医療機関のなかでもとりわけ私的医療機関はどのように反応するのであろうか。これが次節の課題である。

4 節 特化の経済的根拠と若干の議論

4.1 特化の経済的根拠

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の異なる様々な医療機関が併存しながら医療サービスの提供がなされている。このシステムのもとで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。他の開設者医療機関に比べ私的医療機関は市場存続のためにはその採算条件を満たすことが相対的に厳しく要求される。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。これらの決定過程で重要な要素の1つが前節で説明した医療サービス価格となる診療報酬である。この診療報酬は医療サービスの生産コストを償還するという機能のみならず、私的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。この診療報酬の性質を考慮したとき、前節で説明した取引費用介在に伴う問題が私的医療機関に特定の医療サービス分野に特化する誘因を与えると主張できるだろう。

現行の診療報酬制度は3節で明らかにしたように次のような性質をもつ仕組みである。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。このような作業過程に伴って生じる取引費用のため

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らず、かえって採算性の水準を一層悪化させることになる²³⁾。したがって、採算性の確保という点からすると、私的医療機関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生じる²⁴⁾。(つまり、図1によればE点ではなくA点を選択される。)このような誘因行動は私的医療機関の短期的な選択に限らず、その中期・長期的な選択行動にも影響を及ぼす。つまり、短期的な選択行動の継続が中・長期にもその提供可能となる医療サービスの領域を特定化していくことになる。とくに新規参入が限定される医療サービス分野では、このような結果が持続されることになる。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採算性という必要条件を満たす一定の範囲に絞られる。それが他の開設者医療機関に比べ私的医療機関の経営的成果の優越性をもたらしている。これは一般にクリーム・スキミング現象と呼ばれる。

4.2 若干の議論

以下では私的医療機関の特化、および診療報酬の規制に関連した政策的論議に触れておきたい。まず私的医療機関の特化については、それが結果として、医療サービス市場において開設者別に一種の「すみ分け」を生み出しているが、これに関連した2点つの点に触れよう。1つ目は、このような「すみ分け」の存在は少なくとも医療機関の開設者別にわたる競争圧力が希薄であることを示唆するという点である。これがたとえば政策医療を要請された公的医療機関と、私的医療機関との役割分担という理由からのみでは説明できないであろう。つまり、採算性の点で優越する特定領域に一定の開設者医療機関のみが存在することは、そこでの利益を保護するような参入障壁が制度的に形成されている可能性が高いということである。2つ目は、「すみ分け」が医療機関の機能分化にも似た側面を有しているが、そこに情報の共有が制度的に保証されていないという意味で異なったものという点である。したがって、政府が提唱する「医療機関の機能分化と連携」という政策について言えば、私的医療機関などの開設者別を明示的にした医療供給システムの制度設計が要求される²⁵⁾。それはとくに、高齢社会を迎えて医療費の増加が予想される高齢者医療の分野について言える。その意味では、高齢者医療の領域が後述するレントシーキング活動の更なる活躍の場となり、将来世代への過度な負担を課すような政策決定の可能性が高くなることから、医療供給システムにおいて規律ある制度設計が診療報酬の場合と同様に求められている。

次に診療報酬の規制については、診療報酬が医療費償還という側面を有する規制であるため、所得分配機能的な性質が伴う。3節においては診療報酬設定過程に伴う経済理論的な課題に議論を絞ったが、その診療報酬が有する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利益団体の政治的関与が重要となるだろう。つまり、利益集団によるレントシーキング活動である。鴫田(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。このようなレントシーキング活動を考慮したとき、診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²⁶⁾。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、その社会的損失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あり方が問題とされていると言える。

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規制に関わる上記の諸課題は、医療サービス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現行政策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。それは同時に、所得分配機能的要素を強くもつ現行の医療制度を考慮したとき、医療制度の制度設計の在り方をも含めた経済的議論になることを示している。

注釈

*) 本研究では、一橋大学教授鴫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)を始めとして参加諸氏から有益なコメントを頂いたこと、また、文部科学省科学研究費補助金特定領域研究Bの援助を受けていることを記して感謝の意を表したい。もちろん、本稿に存在する誤りは全て筆者の責任に帰すべきものである。

#) 〒700-8530 岡山市津島中3丁目1番1号 岡山大学経済学部

E-mail: chino@e.okayama-u.ac.jp

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っている。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)に該当している。厚生省の定義する「国民医療費」は1993年で24兆円となるが、我々の研究対象となる医療費は21兆円である。ところで、厚生労働省の将来医療

費に関する試算によれば、「国民医療費」に占める「老人医療費」の割合は2010年で42%、2025年では54%と推定している（厚生労働省『厚生白書』参照）。

2) 「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）。本稿では高齢者医療費という言葉をおもに医療機関（病院と診療所）における医療費（歯科診療費を除いた診療費）としている。したがって、厚生労働省の「老人医療費」よりも狭い範囲の内容となる。注1を参照。

3) 厚生労働省の『平成11年患者調査の概況』（2001年3月公表）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。

4) 開設者別医療機関の顕著な特徴が形成され、維持されることは興味深い。つまり、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）。その意味では、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作用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。これによって2節で述べるような一種の開設者別の「すみ分け」が生じていると思われる。

5) 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す。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98年4月より特例許可老人病棟の新規許可が廃止された。そして本文で述べているように、療養型病床群への転換が進められている。

6) 表5における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となっている。その数は1984年で3病院（383病床数）、1987年で5病院（856病床数）、1990年で5病院（648病床数）、1993年で6病院（718病床数）、1996年で17病院（2,768病床数）となる（厚生省『医療施設調査・病院報告』参照）。なお、1999年における老人病院の精神病院数は『平成11医療施設調査・病院報告』（厚生労働省）には公表されていない。

7) その詳細は知野(1998)を参照。

8) この診療報酬体系による原因の他に、一般病床からの転換を促進するために、転換奨励政策が実施されたという経緯もある。

9) 同資料による調査項目の制約により観察期間が限定される。また、一般病院、そのなかの老人病院や療養型病床の病院に関する病院数(および私的病院の数)は付表2に示した。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%までの範囲にある。これはほぼ表5の結果に近いものとなる。

10) 資料は異なるが、80年代についても私的病院の経営状況は公的病院に比べて優位となっている(知野(1995))。

11) 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月医療実態調査(医療機関等調査)報告』(中央社会保険協議会)を参照)。

12) 知野(1995)でも資料は異なるが、100病床から199病床規模の一般病院について私的病院の採算性に関する優位性が明らかにされ、その背後において入院部門に関する私的病院の諸特徴が指摘されている。これらの諸特徴は本稿で明らかにされた私的病院の特化現象によって説明できるだろう。つまり、私的病院がその他の開設者病院に比べて少ない固定資本を保有しているにも関わらず、入院患者比率が相対的に高く、その入院日数も長く、そして1件当たり入院診療収入が高いという傾向が指摘されたが、これは私的病院とその他の開設者病院において提供される入院医療サービスの種類に差異があることを示唆している。私的病院は本文で指摘された領域に特化しているため、他の開設者病院とはその入院患者が異なることに起因するのであろう。

13) 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。同資料は本文で着目している診療報酬体系における価格誘因機能に言及している。

14) 90年代において包括払いが一部、採用されるようになってきている。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。この包括払い制は2節でも説明されているように、本稿の結論に本質的な変更をもたらすものではない。また、1997年より日本版の診断群予見定額払い(DRG/PPS)方式が国公立を中心とした大病院で実験的に試行されている。

15) 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。

16) 先に指摘したように、最適な医療サービスを構成する構成要素(生産物)の1つが点数表上で評価されなくても、他要素の報酬からの内部補助を通じて、当該要素を提供する

ことは可能である。しかし、そのような場合にも後述するような資源配分上の問題が発生するのでその本質に変更はない。

17) 問題意識は異なるが、財の属性に関する測定コストに着目した経済分析に Barzel (1982) がある。

18) このような区分は説明の便宜上のもので、それが實際上、截然と行われるものではない。たとえば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。

19) 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に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。

20) 4 節の議論および注 26) を参照。

21) 注 18) を参照。

22) $p_1 = p'_1 > p^*_1$ 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。

23) たとえば、医学的に最適な組み合わせが「医の倫理」をもつ医師（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 $p' = (p'_1, p^*_2)$ 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 点の医業収入は 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）採算性の悪化よりも医療サービスの質を重視した選択が行われることもある。このとき、当該赤字が補助金や内部補助を通じてなされか、あるいは高品質のサービス提供を通じた中長期的な収入増加によって補填されなくてはならない。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わ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、これらの理論的問題は極めて重要なものであるが、本稿の範囲を超えてしまう。

24) 開設者別医療機関のなかでもとくに「私的」医療機関が本文で述べるような誘因を相対的に強くもつ理由については所有権の経済理論に基づいている（知野(2001)）。また、診療報酬設定過程における取引費用の存在は医療サービスを構成する生産物における品質の監視コストが高いことを意味することから、この監視コストの高い生産物の生産が過少となる傾向をもつ（Lindsay(1976)）。

25) このとき、規制による問題がさらに深刻化するかもしれない。医療分野のような情報の非対称性が存在するような領域（これは現実には規制等で制度的に形成された参入障壁に起因する部分が多い）では、規制によって Barzel (1997) の指摘する public domain が生じるであろう。これは一種の「共有地の悲劇」と呼ばれる共有地を生み出すのに等しい。これについては Barzel (1974), Cheung (1974) も参照。本文の 3 節でもこのような共有地が取引費用介在によって診療報酬上において発生していると解釈できるだろう。

26) 診療報酬の決定は隔年ごとに中央社会保険医療協議会の審議をへて決定される。しかし当該協議会でその診療報酬決定が膠着状態になったとき、政治的決着が行われている。この診療報酬を含め医療分野の規制に関わるレントシーキング活動については鴫田・中山(2001)に詳しい。

< 付表 1 : 開設者別病院の平均病床数の推移 >

< 付表 2 : 各病院における私的病院の数 >

< 付表 3 : 病院の種類と病院数 >

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」, 鴫田忠彦編『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.

----- (2001) 「医療機関の所有権と診療報酬制度」未発表

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, 鴫田忠彦(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.

鴫田忠彦(1995), 「日本医師会の行動 - 『日医ニュース』25年の分析」, 鴫田忠彦編『*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 Planing 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.

-