

医療における「統合」の考察
—医療機関の垂直統合と取引費用理論, および世界の「統合」の研究—

矢澤真奈美 (日医総研研究員)

【目次】

はじめに	3
イントロダクション	5
医療における統合への関心は世界的な流れ	5
医療機関の統合に焦点が集まる日本	5
本稿の目的	5
1. 日本の医療機関の統合	7
1-1 日本の医療機関の統合のパターン	7
1-2 IHN 導入の議論	11
1-2-1 IHN とは	11
1-2-2 「連携ではなく統合」の主張と「取引費用」	13
1-3 これまでの統合と、現在の「統合」の議論	16
1-3-1 日本における医療の統合	16
1-3-2 統合をめぐる2つの課題	18
2. 統合（組織化）と経済学	20
① 2つの統合	20
② 統合への経済学的アプローチ	20
2-1 取引費用理論	21
2-1-1 垂直統合と組織化	21
2-1-2 取引費用の概念	22
2-1-3 取引費用理論とは	23
2-2 医療機関同士の統合における取引費用	24
2-2-1 医療機関同士の統合における垂直的統合と水平的統合	24
2-2-2 ダールマンの分類の応用	25
2-3 諸外国の医療分野の統合に関する先行研究	27
2-3-1 アメリカの統合に関する研究	28
2-3-2 ドイツにおける「統合」の研究	32
2-3-3 統合の国際比較研究	33
3. まとめ	35

医療機関同士の統合において，取引費用が説明できる部分は限られている	35
日本では日本の議論が必要	36
取引費用が日本の医療に示唆するもの.....	36

はじめに

医療において「統合」への注目が集まっている。日本においても、今日の医療法人制度改革をめぐって、医療機関をより「統合」へと向かわせようとする動きが注目を集めている。社会保障制度改革国民会議の中で「例えばホールディングカンパニーの枠組みのような…」と書き込まれたことを受け、医療の規制改革を求める経済産業省や、内閣府に設置された規制改革系の会議、産業競争力会議での議論をも加熱させ、厚生労働省「医療法人の事業展開等に関する検討会」で医療機関同士を「統合」へと向かわせる新たな医療法人制度の具体的な検討がすすめられている。

日本における医療機関同士の「統合」を求める主張は、以前から存在していた。その主張の1つに、アメリカのIHN(Integrated Healthcare Network)という垂直統合された医療組織体を日本にも実現すべきである、というものがある。IHNの主張によって、概念が抽象化され、それがあたかも日本の地域包括ケアの完成形のように描写し、理想像のような印象を植え付けている側面がある。それは、昨年筆者が参加した、東大での自主的社会的活動において共同研究を行ったときに、共同研究者らとの議論の中で痛感したことであった。医療に強い関心と問題意識を持つ人たちの中では、IHNは理想像として映っており、アメリカの抱える医療問題を排除し、一部だけを切り抜いて賞賛しているようであった。

しかし、筆者には、米国におけるIHNは、あくまでも米国の制度上誕生した組織体であると考えており、そのため、米国で発展したIHNが成功したとみなし、それを日本に導入すべきとする主張が、医療機関同士の統合の議論を混乱させているように思えた。当時それを主張したのであるが、想像以上にIHNの影響力が強く、それを打ち崩すことができなかった。

さらにIHNの日本への導入は、「取引費用」という経済学概念を用いて主張することによって専門性の壁をつくり、経済学を知らないものにとって、議論を分かりにくくしている側面がある。

この主張は、IHNのような（日本には非現実的な）、非常に広域かつ人口数百万人を対象とするような「巨大な統合医療組織体」を前提としながら、そのような巨大な医療組織体が日本でも必要であるとする。そしてそれは、医療における産業競争力の強化や、医療の国際展開が必要だとする主張と組み合わせられることによって、経済産業省を中心とした医療の規制改革を求める側にとって、それを進めるための根拠として用いられている。

しかしながら、本当にそのような統合は必要なのであろうか。医療から介護にいたるまでを包含する巨大な医療法人が、必ずしも、そして本当に必要なのであろうか。冷静な視点で判断する必要がある。

本稿では、そのような問題意識のもとで、IHN 議論を含む、「医療における統合 (integration)」をテーマとして現時点での考察を、まとめることを試みた。

イントロダクション

医療における統合への関心は世界的な流れ

世界において、医療（および福祉）における統合（Integration）に関心があつまっているようである¹。例えば、アメリカでは、病院と医師と保険会社という3つの主体をベースに繰り広げられる統合に関心が注がれている。イギリスでは、医療サービスと福祉サービスの統合に焦点が当てられているようである。ドイツにおいても、1990年代以降に医療市場が変化しており、その中で医療機関同士の統合が生じているようである。

医療機関の統合に焦点が集まる日本

同様に、日本においても医療における「統合」は、注目を集めている。厚生労働省「医療法人の事業展開等に関する検討会」では、社会保障制度改革国民会議等の影響を受けて、医療機関の新たな統合手段の検討が進められている。

その背景には、一つ目には、「地域包括ケア」や「地域完結型の医療」がキーワードとして用いられるように、医療・介護サービス提供面からみて、急性期から、慢性期、介護までの「切れ目のないサービスの実現」を「地域単位で実現」というものがある。

二つ目には、経済の低迷と、人口の高齢化という、財政問題と人口問題の2つの大きな問題に直面するなか、いかに医療を確保していくべきか、という課題への対応である。

本稿の目的

日本の医療制度は、国民皆保険など、世界に誇れるものである。医療水準の面でも、公平性の面でも、世界から高く評価されていることは真実である。しかし、その一方で、「地域包括ケア」といったサービス面での充実や、経済の低迷と、人口の高齢化への対応が求められている状況にある。

¹ Laugesen&France (2014) ではアメリカとイギリスにおいて統合の議論があることが指摘されているし、Schmid&Ulrich(2013)ではドイツにおける統合に焦点が当てられている。また、Busse&Stahl(2014)は、ドイツ、オランダ、イングランドの統合を国際比較研究している。これらの論文については、後の議論のなかで触れている。

世界的に「統合」に注目が集まるのと同様に、日本においても、特に医療法人制度改革の中で、「統合」に向けた改革が進められている。

その中で、議論を混乱させているもののひとつに、「(米国の)IHNを日本に導入しよう」という主張がある。この主張は、アメリカのIHN (IHN: Integrated Healthcare Network (統合医療ネットワーク))とよばれる組織体を成功例とみなし、日本にも導入すべきというものである。そして、その根拠として、経済学の「取引費用」という概念が用いられていることが、経済学という専門性の壁を作り出し、議論をややこしくしている側面があるように思える。

本稿の目的は2つである。1つ目は、経済学の「取引費用」という概念が、日本で注目される医療機関同士の統合に、どの程度の示唆を与えるのかについて検討すること、2つ目に、世界に目を向けた場合に、医療における「統合」はどのように研究され何が明らかにされているのかを確認することである。

そして、これらの作業によって、取引費用を用いたアプローチは、統合を部分的に説明することしかできないことを述べる。さらに、近年徐々に進められつつある、海外における医療の「統合」の先行研究を確認することによって、海外(得にアメリカ)における「統合」と日本における「統合」は、まったく異質のものであること—海外で観察・注目される「統合」はあくまで諸外国の背景に根差したものであって、日本では日本の背景に根差した議論をするしかないこと—を述べる。

1. 日本の医療機関の統合

—医療機関の統合パターンと IHN をめぐる主張—

世界に目を向ければ、医療における「統合」が生じている範囲は広範に及ぶものなのであるが、日本の場合は、医療機関の経営統合が大きく注目されている²。後述する IHN の議論も、これに類するものである。そこでまず、現在の医療機関同士の経営統合手段を確認する。そのうえで、IHN 導入の主張が意味するところを確認する。

さらに、日本では、これまですでになされてきた医療機関の統合がある。その流れを概観してから、今なされている「統合」の議論の背景にある課題をまとめる。

1-1 日本の医療機関の統合のパターン

これまでに既に行われた医療機関の統合パターンの把握は、厚生労働省平成 23 年度医療施設経営安定化推進事業「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究³」による分類が参考になる。本報告書では、まず民間企業における経営統合類型と医療法人等における統合類型を比較し、医療法人等の場合は「制度上の性格の違いから、民間企業のような多種多様の経営統合形態は取れない」ことが指摘されている。（表 1、表 2）

さらに、実際に行われた医療機関の経営統合事例を類型化し「法人統合度合別パターン分類」として、4 パターンに分類している（表 3）。4 パターンとは、A 業務連携・事業支援型、B 系列型（グループ経営）、C 法人合併型、D 譲渡型である⁴。

これら 4 パターンを、「統合される法人が、統合後の医療機関経営において、どの程度意思決定への影響力を持つことができるか」によって並べることができる。これらの 4 分類に従えば、統合される法人の統合後の意思決定への影響力は、譲渡が最も小さくなり、業務提携や業務支援が最も大きくなる（図 1）。

² 社会保障制度改革国民会議の報告書を受け、産業競争力会議でも統合を進める主張がなされ、厚生労働省「医療法人の事業展開等に関する検討会」でも検討事項の中心となっている。

³ 委託先はアイテック株式会社による。

⁴ 報告書では、経営統合事例では、経営統合は法人合併が中心であることが報告されている。「複数法人を同一経営人が経営する方式（系列型）…（中略）…は、法人合併の前段階のケースもあれば、各法人化の医療機関の医療機能の違い等から処遇の統一等が難しいため別法人組織としているケースもあると推察される」としている。

表 1 民間企業における経営統合類型

統合パターン		民間企業事例
提携	①業務提携 独立性を維持したまま経営効率化のために業務上の協力関係を築く方式。技術協力や販売・購買協力が当たる。	・アサヒビールとキリンビールが共同配送 ・ソニーは Google と提携し、Android をベースとする OS 利用の Google TV を開発
	②資本提携 資本関係を築くことでさらに強固な協力関係を築く方式。開発、生産、販売等の機能強化のために資本提携する例がある。	・スズキとフォルクスワーゲンが資本提携 ・日産、ルノー、ダイムラーが相互出資の上、台車の共用化を図る
グループ化	③フランチャイズ 商標の利用、運営ノウハウ等の支援の代わりにロイヤリティーを徴収する仕組み。	コンビニチェーン店などにおけるフランチャイズ
	④系列化（グループ経営） 系列傘下の複数事業をグループとして経営。運営システム・情報システム等は統一化していないことが多い。資本提携の一種。	総合商社、日立等の大企業群が出資や取引を通じてグループ化
	⑤子会社化 他社や他社の一事業を買収し、子会社化。吸収合併ではなく、子会社化にとどめて子会社の経営独立性を保ち、本社と異なる給与体系を継続する等の狙いがある。	・日立メディコがアロカを買収し、子会社化 ・日本電産はトーソク、三協精機等を買収して子会社化
合併	⑥持株会社（ホールディングカンパニー）制 2以上の企業が共同で持株会社を設立し、傘下で既存組織を継承。組織合併の前段階として、あるいは業態の異なる会社をグループ経営する際等にこの形態を用いることもある。	・伊勢丹と三越が三越伊勢丹ホールディングスを設立し、両ブランドを温存 ・日本鋼管と川崎製鉄が対等合併し、JFEホールディングスを設立
	⑦法人合併 法人組織を1つに統合する。施設（工場等）も統廃合を行うケースもある。吸収合併と対等合併に大別される。	安田火災海上保険と日産火災海上保険が合併して株式会社損害保険ジャパンを設立
譲渡	⑧事業譲渡 事業者が市場から撤退する等に際して事業を第三者に譲渡。法人合併や出資を伴わない事業の売買のケースもある。	・ボーダフォンは日本市場から撤退し、ソフトバンクが事業継承 ・日本国有鉄道は不採算路線から撤退し、第三セクター等が事業継承



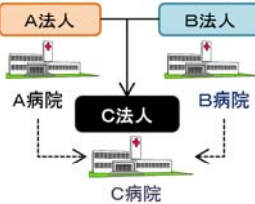
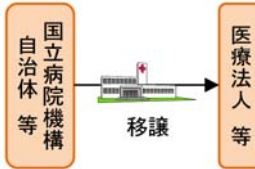
資料)平成23年度医療施設経営安定化推進事業報告書「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」

表 2 医療法人等における経営統合類型

統合パターン		病院事例
提携	①業務提携 医師不足対策としての診療機能分担、医師派遣、共同購買等。	・市立岸和田病院と市立貝塚病院の医師相互融通 ・地域医療機関が診療材料等を共同購買
	②資本提携 医療法人が他医療法人に出資。	
グループ化	③フランチャイズ 医療法人が商標の利用、運営ノウハウ等の支援の代わりにロイヤリティを徴収。	
	④系列化（グループ経営） 系列傘下の複数法人をグループとして経営。	・上尾中央医科グループは複数の医療法人下の複数病院をグループ経営（出資による系列化ではない）
	⑤子会社化 他法人や他法人の病院を買収し、子会社化。	
合併	⑥持株会社（ホールディングカンパニー）制 医療グループが異なる法人の複数の病院をチェーンオペレーション。	
	⑦法人合併 法人組織を1つに統合。病院施設も統廃合を行うケースもある。 吸収合併と対等合併に大別される。	※多数の事例がある
譲渡	⑧事業譲渡 国公立病院等が事業を譲渡。	・国公立病院を民間に移譲

資料)平成23年度医療施設経営安定化推進事業報告書「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」

表 3 法人統合度合別パターン分類

統合パターン	概要
<p>A 業務提携・業務支援型</p> 	<p>医師派遣、共同購買、情報システムなどの共同開発等の提携関係を構築。</p>
<p>B 系列型（グループ経営）</p> 	<p>経営は一法人が中心となっていくが、各法人は合併せずに元の法人を存続する。</p> <p>① 中堅病院同士が経営基盤強化のために元法人を存続したまま経営統合するパターンと、</p> <p>② 複数病院を保有する法人が他の医療法人の経営に関与するパターンがある。</p>
<p>C 法人合併型</p> 	<p>医療法人同士が合併して一法人となる、ないしは病院を譲り受けて一法人下で経営する。</p> <p>吸収合併ケースと両法人の経営者が引き続き経営に携わる対等合併に近いケースがある。</p> <p>なお、複数の医療機関を傘下に持つ医療法人同士が経営基盤強化やガバナンス強化のために合併するケースもある。</p>
<p>D 譲渡型</p> 	<p>独立行政法人国立病院機構や自治体等が国公立病院を民間移譲するケース。</p> <p>民間法人が自治体に事業譲渡するケースは、厳密には法人を合併するわけではないので譲渡型と見ることができ、本報告書では法人合併型に分類している。</p>

資料) 平成 23 年度医療施設経営安定化推進事業報告書「近年行われた病院の合併・再編成等に係る調査研究」

図 1 統合後の意思決定への影響力

意思決定への影響力が小さい



意思決定への影響力が大きい

資料) 平成 23 年度医療施設経営安定化推進事業報告書をもとに筆者作成

1-2 IHN 導入の議論

日本の医療機関の統合をすすめるべきという主張のなかに、アメリカの IHN を参考にし、日本版 IHN を実現すべきであるというものがある。

筆者は3つの理由で、IHN 導入の議論には懐疑的である。1つ目に、IHN はアメリカの医療制度の中で誕生した制度であり、アメリカと大きく異なる医療制度である日本への応用は非常に困難であるという認識があるからである。2つ目に、IHN 導入は経済学の「取引費用」という概念がその根拠に用いられているが、その概念を用いても、経営統合が必要であるという根拠にはならないように思えるからである。そして3つ目に、経済学の概念を全面に押し出すことによって、専門的な知識がないと理解できないような錯覚を生み出しており、そのことが議論をややこしくしている側面があるように思えるからである。

1-2-1 IHN とは

IHN : Integrated Healthcare Network (統合医療ネットワーク) とは、1990 年代にアメリカで登場した医療コングロマリットであると表現されている⁵。

また IHN についてのより詳細な説明は、「人口数百万人の広域医療圏において急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」と説明されており、保険者までが含まれる場合もある⁶。それは、図 2 のようにイメージ化されている。

⁵ 松山 (2003)

⁶ 松山 (2003)

図 2 IHN のイメージ



資料) 医療法人の事業展開等に関する検討会 (平成 25 年 12 月 4 日)
松山参考人提出資料より引用.

ここでイメージの根底となっているものは、アメリカのピッツバーグ医療センター (UPMC : University of Pittsburgh Medical Center) やセンタラヘルスケアのような事業体である。このような IHN は、UPMC で縦が約 260km、横が 200km の人口約 400 万人を対象とした医療圏⁷であり、センタラヘルスケアの医療圏は直径約 240km の円で描かれ、対象人口は 200 万人⁸という、どちらも非常に広域かつ巨大な事業体である⁹。

なお、このように巨大な IHN の創設が必要であるという主張は、「メガ IHN 創設はアベノミクス成功の必須要件」とされ、産業競争力の観点からも巨大な医療事業体が必要だと話が展開される¹⁰。その根拠として「日本は、医薬品・医療機器の研究開発の最終段階である臨床部門が弱体」であるとし、「日本版 NIH の発想は依然として基礎研究に偏っている。世界ブランドの臨床部門 (メガ非営利医療事業体 IHN) 抜きで研究補助金をつぎ込

⁷ 「病院 20 (約 4,500 床)、がんセンター、画像診断センター、診療所、介護施設など 400 をこえるサテライト事業拠点が配置されている。松山 (2012)

⁸ 8 病院 (1,911 床) に 10 長期介護/介助付き居住施設、長期入院施設を有する。100 の拠点を配置している。松山 (2011) より。

⁹ この距離を日本に置き換えてイメージしてみると、日本医師会を始点とした場合、前橋、甲府、水戸がおおよそ 100km、郡山、長岡がおおよそ 200km、名古屋、福島、富山あたりが 250km 前後である。

¹⁰ 産業競争力会議医療・介護等分科会の有識者ヒアリング (平成 25 年 10 月 3 日) 松山幸弘氏提出資料および議事録。

んでも諸外国に勝てない」と述べているが、このことは、医療の産業競争力の強化という視点から、医療に規制改革を求める経済産業省側から支持を受けることになる¹¹。

また、後に紹介するような医療における統合の研究の中では、IHN という用語が主として用いられているということではなく、実際には統合を表す類似の様々な用語 (IDS: Integrated Delivery Systems, IHCDSS: Integrated Health Care Delivery Systems 等) が用いられている。また、IHN のより詳細な定義づけはなされていない。

1-2-2 「連携ではなく統合」の主張と「取引費用」

IHN 導入の議論の中では、「連携ではなく統合が必要である」と主張されている¹²。その主張は以下のようなものである。

「[医療市場では、医療機関と保険者や、医療機関間で] 1 人の患者に医療を提供するために本来利害が対立しているさまざまな事業体が関与している。そして、連携が機能するのは参加事業体間の利害が一致したのみであり、利害対立が起きた途端に意思決定ができずに連携が解消される。

この連携の脆弱性を解決するためには、個別ベースで見た場合に利害が対立している事業体同士を統合することが最も有効である。1 つの事業体になれば部門間の利害対立が調整できない場合であっても全体の利益の観点から経営意思決定が必ずなされるからである。」

この主張における「統合」が意味することは、先述の「統合される法人が、統合後の医療機関経営において、どの程度意思決定への影響力を持つことができるか」という軸を用いて考えると分かりやすい。IHN 導入の議論の中でなされている統合は、「業務提携・業務支援」よりも意思決定への影響力が小さくなるような経営統合を示している (図 1, 再掲)。

¹¹ 松山氏は、2015 年 3 月より規制改革会議健康・医療ワーキンググループの専門委員となっている。

¹² 松山 (2010)

図 1 統合後の意思決定への影響力〔再掲〕

意思決定への影響力が小さい



意思決定への影響力が大きい

資料) 平成 23 年度医療施設経営安定化推進事業報告書をもとに筆者作成

そして、この主張は、先に触れたように、経済学の「取引費用」という概念（後に詳しく説明する。）を用いて説明がなされている¹³。

取引費用とは簡単に表現するならば、契約を履行するための費用（契約のための手間なども含まれる）である。医療（産業）においては取引費用が高いとされているが、そのために「地域医療ネットワークの組織構造としては“契約に基づく連携”よりも“統合”を推奨している¹⁴」としている。

このような主張は、産業競争力会議医療・介護等分科会における有識者ヒアリング（平

¹³ 松山（2010），pp.24-25.

「〔医療機関同士の統合がなぜ必要かを〕明確に理解する理論を提供したのが 2009 年ノーベル経済学賞を受賞したオリバー・E・ウィリアムソンである。…（中略）…ウィリアムソンは、各事業体が組織構造を選択するときの判断基準として取引コスト〔取引費用と同意，以下同じ，原文のまま〕という概念が有効であることを示した。…（中略）…すぐに別の契約先をみつけることが困難（⇒取引コストが高い）な場合には、事業継続が困難になるので大問題である。この取引コストの大小は産業によっても異なっている。そしてウィリアムソンは医療産業の取引コストは高いと指摘している。つまり、一人の患者を治療し社会復帰させるまでに必要な異なる機能を担う医療事業体群を契約により一つのチームにして維持することは、利害対立が発生し、解約に至った場合のコストが大きいので、効率的組織とは言えないのである。…（中略）…そこでウィリアムソンは、地域医療ネットワークの組織構造としては“契約に基づく連携”よりも“統合”を推奨しているのである。」〔 〕内は筆者の補足による。

¹⁴ 文中では、主語に「ウィリアムソンは、」と加えている。ただし、ウィリアムソンはアメリカの経済学者である。彼がアメリカの市場化された医療を念頭におきながら、“契約”が非常に頼りないものであると認識した可能性がある。さらに、アメリカの利害対立を目にしなが、取引費用を考えたのかもしれない。しかし、アメリカほどには市場化されていない日本の医療を念頭に、この主張は当てはまるかどうかは、疑問が残る。

成 25 年 10 月 3 日) や, 医療法人の事業展開等に関する検討会 (第 3 回, 平成 25 年 12 月 4 日) において, 繰り返しなされている¹⁵.

¹⁵ 「インテグレートした仕組みができた理論的背景は, 2009 年にノーベル経済学賞をもらったウィリアムソンが明確に論じています. 産業ごとにそれぞれ最適な事業体の組織構造がある. 医療に関しては, 1 つの広い地域を見たときに, その地域に中核となる全ての機能を持った事業体がないと, 実は地域包括ケアというのはなかなかできないということです. これは中核的機能を持つということですから, その医療市場を独占するわけではありません。」第 3 回医療法人の事業展開等に関する検討会での松山氏の発言.

「(医療改革に) 2025 年までに地域医療包括ケアを全国に作るということであるが, 問題が一つある. それは連携のみで作ることが前提となっていることである. しかし, それは不可能. それを理論的に説明したのが, 2009 年にノーベル経済学賞をもらったウィリアムソンである. 彼がノーベル賞をもらった理由は, 取引コストの概念を使って, ある事業体の最適な組織構造を説明したこと。」産業競争力会議医療・介護等分科会における有識者ヒアリングの議事要旨より.

1-3 これまでの統合と、現在の「統合」の議論

これまで、日本においても医療における統合はあった。それは、例えば「病院チェーン」や「保健・医療・福祉複合体」などと呼ばれてきた。本項では、これまでの日本における医療の統合がどのように行われてきたかを確認し、それを受けて、現在の「統合」の議論の位置付けの確認を行う。

1-3-1 日本における医療の統合

医療における統合には、保険者と医療機関・医師の統合や、医療機関同士（病院同士の合併や、病院同士・病院と診療所の連携など）、医師同士（医師の組織化や診療連携など）、あるいは病院と医師の統合などがある。日本における医療の統合の場合は、主として医療機関同士の統合が注目されてきた。

これまでの日本における統合の流れをみれば、まず日本における医療機関の組織化の登場は1960年代であったとされている¹⁶。二木(1989)aでは、1法人が2つ以上の病院を開設しているものを「病院チェーン」と定義し、1969年から1984年の動きの調査をおこなっている。川上・小坂(1991)では、「病院の経営効率を上げる目的を求めて、私的病院が病院チェーンを形成してきた」ことを、企業化と表現した。このような病院チェーンという言葉で示されるような病院同士の統合は、急性期同士の統合にみられるような同種の医療機関の統合が主であった。

その後、1980年代後半から1990年代後半以降に「保健・医療・福祉複合体（以下、複合体）」の増加が指摘されるようになる。二木(1998)では「『母体法人』（個人病院・診療所も含む。）が単独、または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設しているもの」を「保健・医療・福祉複合体」と定義し、大々的な調査を行っている¹⁷。このように、日本における医療機関の動きからは、医

¹⁶ 川上・小坂(1991)

¹⁷ 二木(1998)は、その定義を「もっとも広くは『母体法人』（個人病院・診療所も含む。）が単独、または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設しているものと定義」している。複合体は1980年代後半に出現し1990年代後半以降に急

療・介護分野における医療施設間の統合は、すでに行われてきているものである。

一方で、医療機関の経営統合が進まない側面も指摘されている。

現行制度のもとでは開設主体の異なる医療機関同士が経営統合¹⁸するためにクリアしなくてはならない課題が多いことが指摘されている。

例えば、行政上の許認可の制約や、医療機関の開設主体などによる税制の扱いの違い、人事制度、運営システム、情報システム等の違いを統一することの難しさなどがある。経営合併をしようとしても、交渉段階で困難に直面し中止されるケースもある。異なった文化同士の医療機関を合併するためのコストは、その文化の違いが大きければ大きいほど、大きくなり、実行に移すことは困難になる。

開設主体の異なる医療機関同士の統合の難しさは、以下の報告からも推測できる。

「我が国には多数の病院を擁する団体（国公立病院を除く）として、日本赤十字社、恩賜財団済生会、厚生連（厚生農業協同組合連合会）等の公的医療機関ならびに私立大学や地域医療振興協会等がある。これらの団体には国公立病院との統合例は散見されるが、医療法人等との統合例は見当たらない。多数の病院を擁する団体で医療法人等と統合例があるのは、同じ医療法人の病院グループである。¹⁹」

そして、こういったことが、現行制度のもとでは、地域を単位としてまとまりをもった医療提供体制を構築するための障壁ともなっているように見受けられる。

増したが、その実態は、二木（2005）で簡潔にまとめられている。「①公立複合体は少数であり、大半が民間複合体である。②福祉施設である特別養護老人ホームの3割が民間医療機関母体である。③複合体の中核は病院・特別養護老人ホーム・老人保健施設を開設する『3点セット』複合体である。急性期病院を母体とするものが4割、慢性期病院（老人・精神）を母体とするものが5割を占める。④入所施設を持たず、在宅・通所ケアに特化した「ミニ複合体」も多数存在する。⑤複合体の大半は、中小病院・診療所が母体となっている。⑥リハビリテーション病院は一般の病院よりはるかに複合体化が進んでいる。」（表現は一部筆者が変更している。）

¹⁸ ここでは、前述の分類の「グループ化、合併、譲渡」を示す意味で用いている。

¹⁹平成23年度医療施設経営安定化推進事業報告書、p.25.

また、公立病院の経営統合例として統合完了事例が5件、統合調整中事例が12件（うち2件は統合予定年度が平成24年度）となっている。pp.184-185.

1-3-2 統合をめぐる2つの課題

「統合」の議論がここにきて強く進められている背景には、日本の医療提供体制が解決しなくてはならない、2つの課題がある。

その一つは、サービス連携の円滑化である。医療サービス内における連携（例えば、高度急性期、急性期、回復期、慢性期²⁰といった異なる病床機能における医療機関同士の連携や、病院と診療所の連携、さらには在宅医療や救急医療における連携など多岐にわたる。）から医療と介護サービスの連携など、連携が課題とされている部分は少なくない。

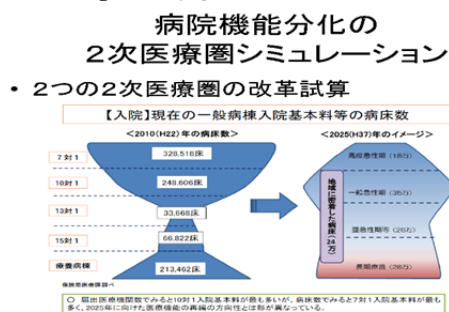
社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）の「医療・介護サービス提供体制の改革」で指摘されているような『病院完結型』から『地域完結型』の医療への転換に向けた一体的な改革は、まさに、この課題を指摘している。

2つ目は、医療提供体制の効率化（資源配分の改善）が、喫緊の課題として認識されていることである。これまで、医療の需要と供給がミスマッチなのではないか、という指摘がなされてきた²¹。経済状況が悪化し財源の確保が難しくなるなかで、高齢化に伴って需要の増加が見込まれている。限られた財源と資源の中で、国民にとって安心できる医療を実現するためには、需要と供給がミスマッチにみられる医療提供体制の非効率の改善が必要となる。これは社会的な資源配分の問題である。

ここで社会保障制度改革国民会議報告書の中で、「例えばホールディングカンパニーの

²⁰ ここでは、病床機能報告制度の区分に従っている。

²¹ 厚生労働省の用いるワイングラス型の図がよく用いられている。社会保障制度改革国民会議資料より。社会保障制度改革国民会議資料より
病床機能報告制度と地域医療構想は、まさに「地域の将来的なニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す」ためのものである。



枠組みのような」という言葉で表現された「統合」の手段が提示された理由は、医療界の自主的な選択を促すような方法で、上述の効率化を達成させたいという思いがあったであろう。「統合」によって医療提供者のインセンティブを「競争から協調へ」と変えることができれば、極力強制的な手段ではなく、医療機関の自主的な選択によって一すなわち摩擦を極力小さく抑えて一医療提供体制の効率化という目標を達成することができるのである²²。

²² ただし、権丈(2014)a では上記報告書では、「ホールディングカンパニー」が用いられた背景について触れられていないことから、「ホールディングカンパニーの解釈をめぐって混乱を呼ぶことになっている」と述べられている。権丈委員が起草した医療・介護部分は、①議事録の言葉と対応すること、②権丈委員自身の会議での発言は用いない、という2つの方針のもとにまとめられた。そのため、ホールディングカンパニーの解釈に重要となる、権丈委員の3枚のスライドを用いなかったことが、その混乱につながったとある。用いられなかった3枚のスライドは以下のものである。(この件についての詳細な説明は、権丈(2014)a および権丈(2014)b を参照されたい。)

<p>舞鶴市の事例</p> <p>少ない医師が分散して患者を奪い合う状況</p> <ul style="list-style-type: none"> • 舞鶴市内 <ul style="list-style-type: none"> - 国家公務員共済連合組合、独立行政法人・国立病院機構、舞鶴赤十字病院、市立舞鶴市民病院 • 市長の私的諮問機関「舞鶴地域医療あり方検討委員会」――2007年当時 <ul style="list-style-type: none"> - 医師不足、労働環境悪化の悪循環 • 統合案を提案 <ul style="list-style-type: none"> - 医師を集中させて勤務医の負担を減らし、医師減少に歯止めをかける。一定の手術件数がある病院で技術を磨きたい医師を呼び込みやすい環境も目指す • 壁を乗り越えることはできず
<p>解決の方向性は</p> <ul style="list-style-type: none"> • 過当競争から病院経営を救う道は • 非営利を厳正化して地域独占を許容 <ul style="list-style-type: none"> - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院(日赤・済生会・共済・厚生連等)及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。
<ul style="list-style-type: none"> • 新型医療法人(たとえば、非営利ホールディングカンパニー)の枠組みを創設し、地元の要請に基づきそこに参画する場合には、国立病院や公的病院は本部から切り離されることを法律的に担保する。 • このような新型医療法人は、地域の中の中小民間病院や診療所、介護事業所等との共存を前提とし、地域連携パスや紹介・逆紹介の推進に努めることとする。

2. 統合（組織化）と経済学

これまで、日本における「統合」の議論について、確認作業をおこなってきた。

本章では、本稿の目的である「日本の医療機関同士の統合における『取引費用』の具体化と、世界における医療の『統合』の研究の確認」を行うために、経済学の観点から話を展開していくことにする。よって、ここからは、一度医療から目を離し、一般的な市場へと目を向けることとする。

① 2つの統合

経済学的な市場の話に入る前に、「統合」についての説明を加える。

「統合」は垂直的（vertical）なものと、水平的（horizontal）なものの2つに大別することができる。

垂直的な統合（以下、垂直統合と表現する。）とは、生産の異なるステージにある企業を結合することである。例えば、自動車の製造を例にした場合には、自動車製造のために必要な部品を製造する企業と、自動車を組み立てる企業、自動車を販売する企業、等々の統合である。

一方、水平的な統合（以下、水平統合と表現する。）とは、同じステージの企業の結合である。例えば、上記の例における、自動車製造のために必要な部品を製造する企業同士の統合、自動車を組み立てる企業同士の統合、自動車を販売する企業同士の統合、ということになる。

② 統合への経済学的アプローチ

統合は垂直的統合、水平的統合に大別されると前に述べたが、「取引費用」は、垂直統合がなぜ生じたかを説明するのに用いられるものである。同じく、垂直統合を説明するものには、範囲の経済が用いられることもある。

水平統合では、規模の経済や市場支配力などがその説明に用いられる²³。

²³ ただし、組織化を説明する経済学アプローチには、他にもエージェンシー理論、所有権理論など、他の理論が存在している。

2-1 取引費用理論

取引費用は、経済学に触れたことのある人でなければ、おそらく、それほど知られていない概念である。そのため、ここではまず先に、「取引費用」の概念および「取引費用理論」について説明を加えることにする。

その後、IHNに謳われるような垂直的統合における取引費用が、具体的に何を示しているのかを指摘する。

そして最終的には、IHN導入と同時になされている「取引費用を小さくするためには、連携ではなく統合が必要である」という主張が、経営統合が必要だと言い切れるほどの説得力を持ち得ないことを確認する。

2-1-1 垂直統合と組織化

ここでは、取引費用の説明に入る前に、まずは、垂直統合における組織化を、一般的な市場からイメージする。

垂直統合は、取引をめぐる「統合」と考えることができる。

一般的な市場には、企業が無数に存在していると仮定する。企業は市場を通じて、他の企業と取引を行う。その一方で、市場を用いずに企業内で取引を行うこともある。例えば、自動車の例を再び取り上げれば、企業は生産のために必要な部品を、市場を介して購入することもできるが、自社内で生産することもできる。

企業が、市場取引ではなく企業内取引を選択するその行動は、「組織化」呼ぶことができるが、これは「垂直統合」と同義のものとして扱うことができる。

また、規模の経済・範囲の経済の簡単な説明をすれば、次のようになる。生産量の増大によって、長期平均費用が低下する場合に規模の経済が存在するとされる。異なった種類の財・サービスを、1社が一手に提供する費用の方が、それぞれの財・サービスごとに異なる企業が供給する費用より低くなる場合には、範囲の経済が存在するといわれる。これらは、比較的なじみのあるものであろう。

2-1-2 取引費用の概念

企業の組織形態の選択，その中でも組織の垂直的統合を説明するために経済学では，取引費用（transaction cost）という概念と，取引費用理論（transaction cost economics）を用いることがある。

取引費用の正確な意味を知るために，取引費用がいかんして誕生したのかを確認しよう。

この概念は，ロナルド・コース（Coase,R.H.）が伝統的な経済学に導入した概念である。コースは取引費用を以下のように表現している²⁴。

「市場取引を実行するためには，次のことが必要となる。つまり，交渉しようとする相手が誰であるのかを見つけ出すこと，交渉したいこと，および，どのような条件で取引しようとしているのかを人々に伝えること，成約にいたるまでにさまざまな駆引きを行うこと，契約を結ぶこと，契約の条項が守られているのかを確かめるための点検を行うこと，等々の事柄が必要となるのである。こうした作業はしばしば膨大な費用を必要とする。」

Coase, R. H. (1988), [邦訳 (1992), p.131]

コースの問題意識は，それまでの経済学の仮定が非現実的に見えたことであった。そのため，取引費用の概念を従来の経済学の中に組み込むことによって，より現実的な分析を行うことができると考えた。

その後，オリバー・ウィリアムソン²⁵（Williamson,O.E.）によって精力的に展開されたことを受け，「取引費用の存在を組み込み，種々の制度—特に企業と組織—の存在意義を分析する新制度派経済学というのが登場」した²⁶。

²⁴ なお，引用はコースの論文をまとめた書籍から行っている。引用箇所の論文は1960年に *The Journal of Law and Economics* 3に掲載されたものである。

²⁵ IHNの主張の際には，ノーベル経済学賞を受賞したウィリアムソンの名前が頻繁に用いられている。コースもノーベル経済学賞を受賞している。ただし，ノーベル経済学賞は，正しくは「アルフレッド・ノーベル記念経済学スウェーデン国立銀行賞」であり，アルフレッド・ノーベルが遺書に記載したその他のノーベル賞とは，位置付けが異なるものとして知られている。

²⁶ 権丈(2006)a

2-1-3 取引費用理論とは

理論の理解自体はさほど難しいものではない。以下の簡潔な説明を引用しよう²⁷。

「たとえば、いまある人がある商品を製造するためにすべての部品を市場から購入することもできるし、自分でヒト・モノ・カネを集めて組織的に自製することもできるとする。市場から購入する場合、見知らぬ人々と取引することになるので、限定合理的な人間は互いに相手の不備につけ込んで機会主義的に自分に有利に取引を進めようとする。それゆえ、相互にだまされないように互いに駆け引きが起こり、取引上の無駄、つまり『取引コスト』〔取引費用と同義。以下同じ。〕が発生する。この取引コストがあまりにも高い場合、それを節約するために、市場取引に代わって自分でヒト・モノ・カネを調達し、命令して組織的に資源を配分して部品を製造した方が安くなる。」(ただし、〔 〕内は筆者の補足による。)

つまり、企業は、市場による取引費用と、それを組織化した場合にかかる費用を比較する。そして、市場を用いた方が費用が低いのであれば、企業は市場を用いることを選択し、組織化した場合の方が低ければ、そちらを選択するというのが、取引費用理論である。

同時にこの理論は、市場による取引費用が高い場合には、組織化した方が、費用が低くなるであろうことを示唆している。

²⁷ 菊澤 (2006)

取引費用理論は、人間の「限定合理性」と「効用最大化」(機会主義 : opportunism) の仮定に基づいている。限定合理性の仮定とは、人間は限定された情報能力の中で意図的に合理的にしか行動できないという仮定であり、効用最大化の仮定とは、人間は効用 (Utility) を最大化するという仮定である。

2-2 医療機関同士の統合における取引費用

日本における医療機関の経営統合（中でも垂直的統合）に関する実証研究は、ほとんどなされていない²⁸。そのため、「統合」がどのような影響をもたらしているのかを、先行研究からは把握することができない。

そのためここでは、IHNの議論で用いられている「取引費用」という概念が、日本における医療機関同士の垂直統合を考えた場合、具体的に何を示すであろうか、というアプローチをとることにする。このアプローチによって、取引費用削減のためには、本当に「連携ではなく統合」が必要であるのか、考察を試みることにする。

なお、IHNや保健・医療・福祉複合体、また地域包括ケア、医療と介護を対象としている。本項の取引費用の検討においては「医療・医療機関」という表現を用いているが、簡略化のためであり、広く介護・介護施設を含む統合の場合まで拡大するとしても、同じように扱うことが可能である。

2-2-1 医療機関同士の統合における垂直的統合と水平的統合

統合は垂直的統合、水平的統合に大別されると前に述べた。

これを医療機関同士の統合に当てはめて考える場合には、患者の流れを軸としてイメージするのがよいだろう。

IHNや複合体は、医療サービスと介護サービス、入院・入所サービスと在宅サービスなど、異なるステージのサービスを患者に提供する組織の統合という意味で「垂直統合」とみなすことができる。

一方、同一の種類サービス（例えば急性期）の病院チェーンは、同じステージのサービスを提供している事業体の統合にあたるので「水平統合」とみなすことができよう²⁹。

²⁸ その背景にはデータ上の制約があり、実証研究が難しいことがあるかもしれない。二木立先生の保健・医療・福祉複合体に関する一連の研究はなされているが、統合前後の医療の比較というよりは、正確な現状把握のための調査研究である。

²⁹ 二木（1998）でも「医療・福祉分野でも、患者・利用者の施設・サービス利用の『流れ』（医療サービスが先・川上、福祉サービスが後・川下）に注目すれば、『複合体』が医療・福祉サービス

2-2-2 ダールマンの分類の応用

取引費用の具体化のために、コースの取引費用の概念を、より明確な形で示したダールマン (Dahlman) の分類を用いることにする。彼は取引費用を、「模索と情報の費用、交渉と意志決定の費用、監視と強制の費用」と定式化した³⁰。

この分類を用いて、あくまで試みとして、医療機関同士の統合（垂直統合）では、具体的にはどういった費用が取引費用として該当するのかを当てはめ考えてみたものが表 4 である。

表 4 ダールマンの分類による医療機関同士の取引費用の検討

ダールマンの分類	医療機関の垂直統合において該当すると考えられる費用
模索と情報の費用	○患者を受け入れてもらう施設を探す費用 ○その施設がどのような施設かを把握する費用 ○施設間連携の際の患者情報の共有にかかる費用
交渉と意志決定の費用	○患者の受入れに関する交渉と意思決定のための費用
監視と強制の費用	

このように記してみると、医療機関同士の垂直統合に係る「取引費用」の中で比重の大きなものは、「模索と情報の費用」であるように思う。患者の転院のたびに、その施設を探し、転院が可能かという状況を確認し、患者情報の共有をする必要がある。一方、交渉と意思決定の費用と監視と強制の費用は、日本の状況をみれば大きいのと思われる。

このように、医療機関の垂直統合を考えた場合、取引費用の概念を用いて説明可能であるのは、主に「模索と情報の費用」に該当する部分であると考えられる。

IHN の議論においては、「連携ではなく統合」が必要であると主張されるように、医療機関同士の業務提携・業務支援より強い意味での経営統合が必要とされるが、「模索と情報の費用」を削減するための手段は、これに限らないように思う。たとえば、情報ネットワー

を『垂直統合』しているとみなせるのである。」と述べている。

³⁰ Coase (1988), [邦訳 (1992), p.9.]

クの構築などの手段によっても、「模索と情報の費用」は小さくすることが可能になる。つまり、医療機関同士の垂直統合における取引費用を考察するに限っては、必ずしも「連携ではなく統合」が必要であるとは言えなさそうである。

2-3 諸外国の医療分野の統合に関する先行研究

—アメリカにおける統合と、ドイツの事例、および国際比較研究—

本項では、海外の医療における「統合」の先行研究から明らかになっていることを確認する。

最初にアメリカにおける統合の実態を明らかにする。アメリカでは、医療における統合の論文が比較的多く得ることができた。続いて、ドイツでの統合に関する研究（ドイツ語の論文はいくつか存在しているかもしれないが、英語の文献のみのリサーチのため、1件のみの該当であった。）から、ドイツの状況を確認する。さらに、いくつかの国際比較研究から、統合の背景や状況は各々であり、さらに「統合」が同様の結果をもたらしていないことを確認する。

統合に関する実証研究は、アメリカにおいては多数行われているが、世界的にみればまだ少数であり、統合への注目とともに、近年徐々に進められているような状況である。先に述べたとおり、日本における実証研究はなされていない。

なお、前に触れた複合体の一連の研究で、二木（2001）では、複合体とIDS（IHNと類似の概念。IDS：Integrated Delivery Systemの略）の類似性に着目し比較を行おうとしたが、断念したことが詳細に記述されている³¹。IHNと複合体のように、概念上は類似がみられる統合であっても、実態は大きく異なる可能性が高いため、国際比較研究の場合には注意が必要である。

³¹ 二木（2001）では「研究当初は、日本の『複合体』とアメリカのIDSとの類似性に着目し、両者の包括的な比較検討を計画していた。しかし、研究の過程で、逆に実態には異質な面の方がはるかに多いことに気づき、単純な比較は危険であると考えようになった。」と述べている。

2-3-1 アメリカの統合に関する研究

統合に関する実証研究は、アメリカを舞台にしたものが圧倒的に多い³²。そこで、ここでは、アメリカにおける統合の研究から明らかになっていることを確認する。

その前提として、アメリカの統合の研究対象が日本とは異なることを述べる。さらに、アメリカで「統合」が生じた背景についても言及する。

アメリカの研究の対象

アメリカの実証研究で登場する主体は日本とは異なる。アメリカの「統合」に関する主体は、医療機関、医師、および保険者（保険会社）の3つである。

「医療における統合には、保険者と医療機関・医師の統合や、医療機関同士（病院同士の合併や、病院同士・病院と診療所の連携など）、医師同士（医師の組織化や診療連携など）、あるいは病院と医師の統合などが考えられる」と先に述べたが³³、これをイメージ化してとらえようとしたものが、表5である。

表5では、便宜的に四角に「1」「2」「3」…と、番号を振っている。この表に示されるように、統合の研究対象は「1」という番号の医療機関同士の場合もあれば、「2」と番号をふった医療機関と医師の場合もある。さらには、「1」「2」「3」すべてを包含する、つまり医療機関と医師と保険者すべてが対象に含まれていることもある。

³² 統合を示すために用いられる用語は、IHN (Integrated Healthcare Network) や IDS (Integrated Delivery Systems)、そのほかにも IHCDS や HCS 等々、多くの異なった名称で呼ばれている。二木 (2001) では、呼称の多さに加えて、提唱者や研究者によって定義が異なるため、混乱を招いていることが指摘されている

³³ 「日本における医療の統合」の項参照。

表 5 研究の対象

	医療機関	医師	保険者
医療機関	1	2	3
医師		4	5
保険者			6

アメリカの「統合」の対象は、日本の医療機関同士の統合よりも広範に及んでいる。このことは、その研究対象も広範であることを意味している。アメリカにおける統合の研究では、表 6 で例示したように、医療機関と医師との統合や、そこに保険者を加えたものなどがある。

ただし、実際には統合の形態が多様化しているため、先行研究を実際にこの軸に従って分類することは困難である。ここでは、研究の対象が日本とは異なっているという事実と、よって、先行研究から得られている結果もそのような前提の影響を受けている可能性があることを指摘する。

表 6 アメリカにおける統合例（イメージ）

	医療機関	医師	保険者
医療機関			
医師			
保険者			

	医療機関	医師	保険者
医療機関			
医師			
保険者			

	医療機関	医師	保険者
医療機関			
医師			
保険者			

アメリカの研究対象における「統合」

二木（2001）では、アメリカの統合³⁴は、広狭の 2 つ定義に大別できるとしている。狭い定義では、医療の様々な構成要素（医師・病院・医療保険）の全体、または大部分を

³⁴ IDS という用語を用いている。

統合した組織のみを示すものであり、広い定義は、医療の構成要素を部分的に統合している組織すべてを示すものである³⁵。

また、アメリカで研究の対象となっている統合には、「所有統合」だけではなく、独立した組織間の契約（戦略的提携）に基づく「仮想（ヴァーチャル）統合」も含まれている³⁶。研究者間では「所有統合」と「仮想統合」のどちらが優れているかについての学術論争もなされているようである³⁷。しかし、現実には、所有統合も純粋系は少なく、大部分の統合組織は両方の要素を有しているようである³⁸。

アメリカの「統合」の背景

周知のことではあるが、アメリカの医療の特徴は、医療保険と医療提供が、主として市場を介して提供されていることである。また、日本とは異なり、アメリカの大半の病院がオープン・システムであり、研修医以外の勤務医がいることは少ない。アメリカの医療は、病院・医師・保険会社という主体の、市場を介した契約関係のうえに成り立っている。

このような、病院・医師・医療保険が分断されているという特徴をもつアメリカの医療において、統合が広がった背景には、マネジドケア（管理医療保険）が影響していると言われている。マネジドケア（管理医療保険）は米国の民間医療保険の市場で、1980年代半ば以降その考え方が急速に普及し、1990年代には公的医療保障制度の仕組みにも部分的に採用されるようになった³⁹。そのなかで、保険会社の費用削減圧力に対抗するために、病院と医師の統合（病院が医師を雇用するケースなど）が生じた。さらには、病院と医師の統合に加えて、保険会社までを統合した組織体が誕生した。つまり、アメリカで生じている

³⁵ 実際には、低いレベルの統合組織としては、医師間統合（グループ診療）や病院間統合（病院チェーン）、最高レベルの完全統合組織としては医師・病院・医療保険の3点セット統合組織があり、その間にさまざまな中間レベルの組織があるとされる。二木（2001）より。

³⁶ 二木（2001） この点は、平成23年度医療施設経営安定化推進事業報告書の分類と類似している。

³⁷ 同上

³⁸ 同上。アメリカにおける統合については、二木（2001）に詳細に説明されているので参考にされたい。

³⁹ 堀・印南（2001）

統合は、病院・医師・保険会社という主体の、市場を介した契約関係を前提としたうえでの統合である。

アメリカの実証研究から明らかになっていること

アメリカでは「統合」が医療にもたらした影響の実証研究が多くなされている。

垂直的統合を説明するためには、「取引費用」や「範囲の経済」が用いられ、水平的統合では、「規模の経済」や「市場支配力」などがその説明に用いられたりすると前に述べた。

アメリカの実証研究では、これらのうちの複数のアプローチが併用されていたりする⁴⁰。その背景には、実際の「統合」には、垂直統合と水平統合の混合型が多いことがあるようである。

それらの研究で明らかになっていることは、まず、統合された医療機関の方が医療の価格が高まっていることが実証されている⁴¹。

もし仮に、取引費用が削減されていれば、価格はその分低くなるはずである。しかし、実際には、統合した病院の価格は、独立している病院よりも高いことが明らかになっており、「取引費用理論」よりも「市場支配力の強化」の方が、より統合を説明できるとしている論文もある⁴²。すなわち、アメリカの統合においては、取引費用は説明力は小さい（か、ほとんどない）ということである。

また、統合された組織におけるケアの調整が良好には行われておらず、患者の視点からのケアの改善に至っていないことも指摘されており⁴³、質の向上もみられない。

米国のシンクタンク RWJF (Robert Wood Johnson Foundation) は、アメリカの「統合」における実証研究を総合することによって、病院の「統合」により医療費が増加することを確認し、さらに、医療の質を向上させていないことを確認している^{44,45}

⁴⁰ Cuellar,A.E.,& Gerter,P.J.(2006)

⁴¹ Cuellar,A.E.&Gertler,P.J.(2006)病院と医師の統合を対象とした実証研究である。

⁴² Cuellar,A.E.&Gertler,P.J.(2006)

⁴³ Kautz,C.M.,et al.(2007)

⁴⁴ Williams,C.H,et al(2006)

⁴⁵ Gaynor,M.,&Town,R.(2012)

2-3-2 ドイツにおける「統合」の研究

続いて、ドイツにおける「統合」の研究である。アメリカを除いては、医療における「統合」の研究が行われるようになったのは近年のことである。アメリカ以外を舞台とした「統合」をテーマとして取り組んだ研究で、現時点で見つけられたものは、下記で紹介する論文1つのみである。

周知のとおり、ドイツの医療は保険料を主財源としており、医療保険は公的保険が主体である。ドイツの病院は公立、民間非営利、民間営利の3形態がある。東西ドイツの統一と欧州連合（EU）が成立したあとの1990年代以降、民間営利（株式会社形態）が急増していることが指摘されている⁴⁶。

Schmid,A.,&Ulrich,V.(2013)はドイツの病院の統合に関する実証研究である。この研究では、HHI（Herfindahl Hirschman Index）と呼ばれる市場の集中度を計測する指標を用いて、2000年代以降の市場集中度合を推計し、約40%の病院が非競争的な市場に存在していることを示した。つまり、ドイツにおいて医療機関の寡占がすすんでいることを明らかにした。

なお、この著者は、病院同士の競争があった方が良いという立場に立っており、そのため「過度な市場集中に対して警戒すべき」と主張している。

しかしながら、実際には、競争の有無と競争の是非は別に扱われるべきものであり、競争があるから良いわけでも、競争が無いから悪いわけでもない。医療の評価は、国民が享受できる医療が量と質において十分かどうか、それが公平に提供されているかどうか、効率的に提供されているかどうか、で判断されるべきであろうが、この論文によって、市場の集中が本当にドイツの医療に悪い影響を与えているかどうかについては触れられていない。つまり、病院統合の医療全体への影響については触れられていない。よって、この論文では、ドイツで市場集中が生じているという事実認識のみに目を向けるべきであろう。

⁴⁶ 岡部（2014）なお、1991年では民間営利病院の割合は15%（330施設）程度であったが、2011年には32%（572施設）まで増加している。その背景には、経営不振に陥った公立病院の民営化があることが指摘されている。

2-3-3 統合の国際比較研究

統合についての国際比較研究も、ほとんど行われていないのが実情である。

現時点で見つけられた論文は、アメリカとイギリスの比較研究を行った2つの論文^{47,48}と、ドイツ・オランダ・イングランドでの比較研究⁴⁹を併せた、3論文のみである⁵⁰。

アメリカとイギリスにおける国際比較研究として、Bevan,G.,& Janus,K.(2011)は「なぜ統合医療（提供システム）はアメリカで広く普及せず、イギリスではまったく存在しないのか？」という研究を行った。イギリス・アメリカ両国において、「統合」の必要性が政府に対して訴えられてきたという点で一致している。そして両国の状況をながめれば、「少数の統合された医療システムが良質な医療を経済的に提供しているエビデンスが存在するにもかかわらず、そのような組織はアメリカではごく少なく、一部の医療市場に存在するだけであり、そもそもイギリスのNHSには存在しない」のである。そしてその要因として(1)両国での医師が専門分化する仕組み、(2)イギリスでは医療における一般医（GP）と専門医が分断されていること、という制度上の点を指摘している⁵¹。

また、Laugesen ,M.J.,& France,G.(2014)では、経済学理論を用いて、医療部門の統合について検討を行い、「規模の経済は両国の統合促進において重要な役割を果たしていない」と結論づけている。

さらに、Busse,R.&Stahl,J.(2014)では、ドイツ・オランダ・イングランドで、統合が医療のアウトカムにもたらした影響の比較を行い、その結果は一様でなかったとしている。

⁴⁷ Bevan,G.,& Janus,K.(2011)

⁴⁸ Laugesen ,M.J.,& France,G.(2014)

⁴⁹ Busse,R.&Stahl,J.(2014)

⁵⁰ 「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 84 号)発行日 2011 年 07 月 01 日」

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 122 号)発行日 2014 年 09 月 01 日」

「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター(通巻 125 号)発行日 2014 年 12 月 01 日」

から和訳を引用しているが、原著の確認作業をおこなっている。なお、引用においては「取り引き費用」という記載を、「取引費用」とするなど、一部表現を改めている。

⁵¹ 3つ目の理由として、「確立し成功している IHCDS には6つの特性があるが、それらは新しい IHCDS 参入の重大な障壁になっている」ことが挙げられている。6つの特徴を Governance by hierarchy, Systemness, Finance by capitation, A commitment to cost control and high-quality care, Good management and information systemz, Durability and size としている。

上記の論文に加え、先に紹介したアメリカの研究や、ドイツの事例を加えることによって、世界的に統合に注目が集まっているといっても、統合に至った背景や、統合が注目されている理由、統合の形態は一樣ではないことが分かる。また、統合がもたらす結果についても、一樣ではない。

確かに、Laugesen ,M.J.,& France,G.(2014)で指摘されているように、アメリカでもイギリスでも、特に病院と地域間で一連に調整されたケア (coordinated care) の欠如が問題となっていることは、類似しているように思えるが、その問題が生じている背景には、それぞれの制度の違いがある。

先行研究にあたる中で、本文の内容からは脱線することであるが、興味深かったことがある。それは、IHN の議論においては、それがあたかもアメリカの医療の中心のように語られているが、Bevan,G.,& Janus,K.(2011)の論文で指摘されるように、実際にはアメリカにおいてさえも、実はIHN (論文中ではIHCDs) は、ごく少数であるということである⁵²。

⁵² この点については、二木 (2001) においても同様の指摘がある。

3. まとめ

医療機関同士の統合において、取引費用が説明できる部分は限られている

取引費用の概念が、医療機関間の垂直統合（業務内容のステージが異なる部分における統合）が必要であることの根拠とされていることは、先に述べた。

しかしながら、日本における医療機関同士の統合における取引費用を具体化して示すことによって、それは業務連携・業務支援より強い意味での経営統合を必ずしも必要としないことを指摘した。

また、日本においては「統合」の議論の背景には、①サービス連携の円滑化と②医療提供体制の効率化（資源配分の改善）があることを確認した。

①サービス連携は垂直統合に関することであるので、影響を与える可能性はある。（ただし、上述したように、それは必ずしも、連携ではない経営統合が必要であるという主張の根拠としては弱い。）

②療提供体制の効率化（資源配分の改善）は、社会的な資源配分に関することである⁵³。「医療機関同士の垂直統合によって、取引費用が減る」から「社会的資源配分の問題を解決する」ということには、必ずしもつながらない。つまり、「取引費用」の概念だけでは、「経営統合」によって②医療提供体制の効率化（資源配分の改善）へ向かうことへの根拠とはならない。

すなわち双方の点において、取引費用の概念は、今の日本における医療機関同士の「経営統合」が必要であると訴えるための十分な根拠とはならないものなのである。

さらに、取引費用という概念は、アメリカにおける IHN のような垂直統合がなぜ生じたかを説明するには、ある程度の説明力を持つように思われた。しかしながら、実証研究ではそういった結果は得られなかった。

医療分野は、特有の特徴—情報の非対称性、不確実性、サービスの個別性—のために、その取引を市場に委ねた場合には、取引費用が高くなる可能性がある。そして医療が市場

⁵³ 医療機関同士の垂直統合はミクロ的視点であるのに対し、社会的な資源配分はマクロ的視点である。取引費用の概念は、企業の組織化を説明しようとしている点で、ミクロ的視点である。

によって取引されているアメリカでは、その利害対立関係はあからさまであり、取引費用の概念を用いるアプローチを思いつくことに抵抗はない。しかし、繰り返しになるが、実証研究では、統合している医療機関の方が価格が高いことが明らかになっており、取引費用には説明力がほとんどないということが、数多くの実証研究から明らかになっているのである。

日本では日本の議論が必要

諸外国における統合の状況や、統合の研究から得られた結果を総合することによって、諸外国の事例が参考になる可能性は否定できないが、その導入の検討といった場合には、慎重でなければならないことが確認できた。

特に、制度の大きく異なるアメリカの事例は、日本にとって参考にならないことの方が多いのではないか⁵⁴。

国によって、その歴史や、政治、社会、制度などは各国特有のものであり、日本では日本の議論が必要である。ある国の事例が参考になったとしても、相違を意識することを忘れてはならない。

取引費用が日本の医療に示唆するもの

しかしそうとは言いながら、「取引費用」が医療に何の示唆を与えないわけではない。

ダグラス・ノースという経済学者は、取引費用の概念を用いて歴史を分析し、歴史は取引費用を節約する方向に動いているという仮説を立て、そして実証した⁵⁵。つまり、制度の変遷によって、世の中は取引費用を小さくする方向に動いているようなのである⁵⁶。

⁵⁴ 二木（2001）保健・医療・福祉複合体とIDSの日米比較研究において、『東は東、西は西』の再確認」と表現し、日米の医療制度の違いは極めて大きく、お互いに「移植」は困難であることを再確認したとしている。

⁵⁵ North(1981)

⁵⁶ Coase (1988), [邦訳 (1992), p.9.] より。ロナルド・コースは後年、「取引費用が存在すると、

医療分野は、特有の特徴—情報の非対称性、不確実性、サービスの個別性—のために、その取引を市場に委ねた場合には、取引費用が高くなると考えられ、費用の増加をまねく可能性が高い。つまり、それが市場による取引に委ねられた場合（や、市場取引に近いような状況になる場合は）には、結果的には、誰かしらの負担が高まるのであろうことが予測される。それは、医療機関であるかもしれないし、国民かもしれないし、国家、あるいは何かしらの組織であるかもしれない。

今後の医療制度のありかたを考えるうえで、取引費用の概念を用いた上述の指摘は、医療の市場化には慎重にあるべきという、一つの根拠となり得る。

市場化をイメージさせる具体的な動きがある。医師の供給システム—これは医療機関と医師の統合に関係するものであるが—の近年の状況である。近年、医局を通じた医師供給能力の弱まりが指摘される一方、人材斡旋業者による医師派遣が行われるようになった。これはこれまで医局を通じて内在化されていた医師配置の調整が、市場化されたケースであるとみなすことができる。

医師確保にかかる医療機関の費用負担の増加が報告されているが⁵⁷、これは医師の需給調整を市場による取引に委ねたことによる、取引費用の増加によるとみなすことができそうである。だとすれば、その方向は修正する必要がある。つまり、医師供給はドクターバンク事業や地域医療支援センターなどの市場を介さないシステムに委ねた方が、日本の医療にとっては望ましそうである。

取引を行おうとする人々をして、つねに取引費用の低下をもたらすような慣行に従うように導く。」述べている。

⁵⁷ 詳しくは、田中・矢澤（2013）「都道府県医師会等のドクターバンク事業等の現状と課題」日医総研 WP、No.311 を参照のこと。

【参考文献】

- Baker,L.C.,et al.(2014) “Vertical Integration:Hospital Ownership Of Physician Practices Is Associated With Higher Prices And Spending” *Health Affairs*,vol.33,No.5,pp.756-63.
- Bevan,G.,& Janus,K.(2011), “Why Hasn’t Integrated Health Care Developed Widely in the United States and Not at all in England?” *Journal of Health Policies,Policy and Law*,vol.36,No.1,pp.141-64.
- Busse,R.&Stahl,J.(2014) “Integrated Care Experiences And Outcomes in Germany,The Netherlands,And England” *Health Affairs*,vol.33,No.9,pp.1549-58.
- Coase, R. H. (1988),*In The Firm, the Market, and the Law*. Chicago and London: University of Chicago Press. [宮沢健一・後藤晃・藤垣芳文訳 (1992) 『企業・市場・法』 東洋経済新報社]
- Cueller,A.E.,& Gerter,P.J.(2006), “Strategic integration of hospitals and physicians” *Journal of Health Economics*.25, pp.1-28.
- Culter,D.M.,&Morton,F.S.(2013) “Hospitals,Market Share,and Consolidation” *JAMA*,vol.310,No.18, pp.1964-70.
- Gaynor,M.,&Town,R.(2012) “The Impact of Hospital Consolidation-Update” Robert Wood Johnson Foundation,
<http://www.rwjf.org/en/research-publications.html>
- Kautz,C.M.,et al.(2007), “Patient benefits from participating in an integrated delivery system:Impact on coedination of care” *Health Care Management Review*,vol.32,No.3, pp.284-94.
- Laugesen ,M.J.,& France,G.(2014), “Integration:the firm and the healthcare sector” *Health Economics,Policy and Law*7,pp.295-312.
- North,D.C.(1981),*Structure and Change in Economic History*: New York:W.W.Norton.
[大野一訳 (2013) 『経済史の構造と変化』 日経 BP]
- Schmid,A.,&Ulrich,V.(2013), “Consolidation and concentration in the German hospital market:The two sides of the coin” *Health Policy*109,pp.301-10.
- Tsai,T.C.&Jha,A.K.(2014) “Hospital Consolidation,Competition,and Quality:Is Bigger Necessarily Better?” *JAMA*,vol.312,No.1, pp.29-30.

- Williams,C.H,et al(2006) “How has hospital consolidation affected the price and quality of hospital care?” Robert Wood Johnson Foundation,
<http://www.rwjf.org/en/research-publications.html>
- Williamson,O.E.(1975),*Markets and Hierarchies*, New York: The Free Press. [浅沼萬里・岩崎晃訳 (1980)『市場と企業組織』日本評論社]
- 岡部陽二 (2014)「医療改革を成長戦略の柱に (上)」『金融財政ビジネス』第 10381 号
- 川上武・小坂富美子 (1991)『医療改革と企業化』勁草書房
- 菊澤研宗 (2006)『組織の経済学入門』有斐閣
- 権丈善一(2006)a「勿凝学問 21 医療経済の分析視覚と現世御利益—生産性本部『医療制度改革の論点』に対するコメント—」『医療年金問題の考え方 再分配政策の政治経済学Ⅲ』慶應義塾大学出版会, pp.306-317
- (2006)b「第 7 章 総医療費水準の国際比較と決定因子をめぐる論点と実証研究」西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『講座医療経済・政策学第 1 巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房
- (2014)a「医療提供体制の再構築」『社会保険旬報』, No.2571, pp.12-23.
- (2014)b「医療は『競争から協調へ』医療施設整備が量的飽和を迎える時代の医療経営の方向性」『2014-2015 年度版医療経営白書』, pp.1-4.
- 島崎謙治 (2011)『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- 二木 立(1989)a「わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?①」『病院』48 巻, 10 号, pp.964(58)-969(63).
- (1989)b「わが国の私的病院チェーンはどこまで進んでいるか?②」『病院』48 巻, 11 号, pp.1066(72)-1071(77).
- (1998)『保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測』医学書院
- (2001)『21 世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房
- (2005)「日本の介護保険制度と病院経営-保健・医療・福祉複合体を中心に」『大韓リハビリテーション医学誌』掲載予定原稿(2005.10.25(火)執筆), 総研いのちとくらしホームページより
- (2012)「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と「地域包括ケアシステム」」『分化連情報』408 号, pp.28-35
- (2014)「大きいことは良いことか?—『メガ医療事業体』論の虚構」『日本医事

新報』, No.4725, pp.16-7.

松山幸弘 (2003) 「新しい統合医療事業体の創造」『Economic Review』 Vol.7, No.4,
pp.84-101.

—— (2010) 『医療改革と経済成長』 日本医療企画

—— (2011) 「IHN 統合ヘルスケアネットワーク日本版の可能性」『竹日本医業経営
コンサルタント協会広報誌 JAHMC』 2011 年 6 月.

—— (2012) 「医療産業集積ピッツバーグのビジネスモデル UPMC」『竹中工務店広
報誌 approach』 2012 年秋号.

堀真奈美・印南一路 (2001) 「米国医療市場の環境変化とマネジドケア」『医療経済研究』
vol.10 , pp.53-87.