

## ■ 研究論文

# 医療・介護ビジネスの特殊性と経営戦略

## *Particularities and Strategic Management of Healthcare Business*

新潟大学大学院経済学研究科, 早稲田大学大学院アジア太平洋研究科・  
ビジネススクール 高山 誠

Graduate School of Economics, Niigata University; Graduate School of Asia Pacific Studies,  
Waseda University Makoto TAKAYAMA

千葉県健康福祉部 梅田 勝

Health and Welfare Department, Chiba Prefectural Government Masaru UMEDA

### 1. 医療・介護ビジネスの特殊性

医療・介護ビジネスは、提供される製品とサービスの特殊性の故に、他の自由競争ビジネスと同様に市場原理に基づく完全な自由競争に委ねるわけにいかないことは自明である。もしも医療・介護に関し、診療も価格も自由競争としたら、顧客は適切な価格で自己負担可能な範囲で、必要な治療・介護を受けることができるであろうか？競争は効率化と提供されるものの質を高め、経済的付加価値も向上することを期待できるが、これは供給者と受給者が対等の交渉力をもつような自由競争ができる場合に限り成り立つことである。医療・介護で、需要者が供給者に対等の交渉力をもつことはありえないのであるから、規制なくして自由競争はあり得ないのである。

自由競争と規制というと米国対日本という対比がされるが、医療・介護に関しては、両国の姿勢が際立って対立している。米国式自由経済は、主体的に行った選択や行為に関して責任を負うといった自己責任原則に基づく経済である。国民一人

一人の安全や幸せについて何から何まで国家が保障するのではなく、個人も相応のリスクを負うことから、自己責任原則は社会全体として効率化を促進すると主張されている。このような一般的経済原則を医療・介護ビジネスへも適用することは可能であろうか？

ところで、わが国においても、本格的な高齢社会を迎え、国や地方公共団体の財政逼迫に対する懸念が高まる中、規制緩和、地方分権の進展など、さまざまな場面で自己責任経済の必要性が叫ばれるようになってきた。医療・介護においてもそのような議論がされる理由は、医療費配分が実際にはいわゆるゼロサムゲーム型の「分捕り合戦」でパイが限られている(1)ために、自由競争にして規制を撤廃して全体のパイを増やそうという狙いが各業界の主張の背景にある。医療・介護業界のみならず、それを囲む関連業界がそれぞれに都合が良い議論を誘導しようとしているのが現状である。

医療・介護ビジネスの特殊性として、しばしば公共ビジネスが引き合いに出されるが、公共性は

特殊性の原因では無い。事実、米国では、許認可以外の可能な限りを自由化してしまっている。医療・介護ビジネスが特殊である理由は、情報の非対称性、つまり需要者が供給される財やサービスの中身をわからないためであると説明される(2)。具体的には次のようにまとめられる。

- ① 供給者側に高度な専門性乃至熟達が必要である。
- ② 需要者側にとって、必須なものでありながら日常的に必要なものではない。
- ③ 急性期では緊急にサービスの提供を受けることが必須であり、需要者が中身の判断能力をもち得ないどころか、選択・交渉する時間はない。
- ④ 一度、需要者が供給を受け始めれば、緊急度或いは必須度が高ければ高いほど交渉力は行使できない。
- ⑤ 提供される製品・技術・サービスの特殊性として、時には「生と死」さえも含む生命倫理や人間の尊厳やモラルに関わる。

すなわち、供給者と需要者との間に情報の非対称性がありながら、需要者側の緊急性・必須性が存在するのがこのビジネスの他にはない特殊性である。従って、自由経済で完全自由競争によれば、自由と言う名の絶対不公平を生むことは必至である。寧ろ、規制下で適切な競争を誘導することにより、生産性・経営効率と社会的効用の最大化が可能となることが予想される。このような理由で発生する規制下での自由競争における経営戦略のあるべき姿を論じる。

## 2. 日米の医療・介護ビジネスの現状

近年の日本の医療・介護ビジネスは、医療保険財政の逼迫や健保組合の財政破綻、7割の病院が赤字であるといった経営の非効率に加え、情報開示や選択性など医療に対する国民の意識やニーズの変化に対応しきれないなど、大きな規制側の制度疲労が生じ始めてきたためにビジネス形態を見直さなければならないという議論が始められている。政府により規制される一方で保護されてきた

医療・介護ビジネスも自由価格制への移行が討議されるなど、経営のあるべき姿が模索され始めている。

表1 医療費の対GDP比の主要国との国際比較  
(1995-1999年の平均値)

医療費の対GDP比	
アメリカ	12.9%
ドイツ	10.5%
フランス	9.3%
イタリア	8.2%
スウェーデン	7.9%
日本	7.2%
イギリス	6.9%

(出所) 総務省統計局「世界の統計2003年」

そのような世間での議論とは裏腹に、国民皆保険とフリーアクセスを特徴とする我が国の医療制度は、表1に示すように他の先進諸国と比して医療費が対国民所得比で低いにも関わらず、比較的少ない本人負担で医療サービスを国民にあまねく提供することを可能とした優れた制度である(3)。

それでは、医療費削減の必要性が取りざたされる日本の医療費規模は実際に大きいのであろうか？世界中で最も自由競争原理を貫いている為に、最も効率的であろうと思われる米国の実態と比較すると、表2のように、国民一人当たりの医療費の対GDP比は日本6.02%に対し、米国13.0%と医療費全体が国の経済力に占める規模が米国の方が桁外れに多額である。

日本の国民1人当たり医療費を各国と比較すると、米国は日本の2.46倍と突出し、世界でも一番高い。表3に示すように、日米欧の主要国中、日本の一人当たり医療費は最も低い部類に属す。

ところで、米国ではこれほど世界に冠たる高額な医療費が支払われているのであるから、需要者に十分に満足される手厚い医療が行われていると想像されがちである。ところが実際には、アメリカでは医療費が増えた上に、差別的なビジネスが公然と行われている。クリームスキミングと例え

表2 日米医療費の比較

(99年度)		日本	米国
医療費規模	医療費総額	309,337 (億円)	10,577 (億ドル)
	対GDP比 (%)	6.02	13.0
	国民1人当たり 医療費	244.2 (千円)	4,358 (ドル)
財源別 百分比 (%)	公費	32.9	43.3
	うち国庫	24.9	32.8
	地方自治体	8.0	10.5
	保険料	52.5	33.6
	うち事業主	22.5	—
	被保険者	30.0	—
	患者負担	14.6	17.6
その他	0.0	5.5	

資料:日本:厚生労働省「国民医療費」

米国: Health Care Financing Administration  
“Health Care Financing Review”表3 一人当たり医療費の主要国の国際比較  
(2001年度)

	一人当たり医療費 (US\$)	対日倍率 (倍)
米国	4,887\$	2.46
ドイツ	2,808\$	1.42
フランス	2,561\$	1.29
イタリア	2,212\$	1.11
イギリス	1,992\$	1.01
日本	1,984\$	1

(出所) OECD Health Data 2003

られるように、支払能力の高い所に選択的に施設立地をし、支払能力が無ければ面会もしないということは日常のごく普通のことである。不採算の医療を抑制することが公然と行われているのは当然として、支払能力が低い無保険者、あるいはメディケイド(医療費の公的被扶助者)の患者を入院させることに対して抑制的になっているのが米国医療の実態である。保険に加入できない弱者は自助努力が足りないとされて満足な治療どころ

か、受診さえできない。保険代が非常に高額となってしまったため、保険に加入できない低所得者層には政府が援助する結果となり、競争の自由主義化前よりも公費の支出額が増加した。これが自由競争で効率が良いはずの米国の実像である。

このようにして利益を最大化することに成功した上にM&Aにより巨大化した米国の巨大企業は自由競争の名目の下に、日本への門戸開放・市場制覇の口実を探っているのが実態である。

ところで、日本で行われている規制は、次のような要点に集約できる。

- ① 金の流れが特殊であり、税金が30%強使われている。
- ② 値段が決められている。
- ③ 業の形態が決められており、病床数に応じた必要な医師数が規定されている等、国が決定した範囲で運営されている。
- ④ 医師・看護師、薬剤師等の業をする上での資格要件が決められている。

我が国では戦後、すべての国民に平等に医療を受ける機会を保障するという観点から、医療提供体制の整備が上記規制を道具として進められてきた。また、国民皆保険制度を採用し、すべての国民はいずれかの医療保険制度に加入し、いつでも、どこでも、平等に医療機関にかかり、医療技術の進歩を享受することができる。その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準が実現した。世界保健機関(World Health Organization: WHO)が発表した「2000年版世界保健報告(The World Health Report 2000)」においても、保健医療システムを総合的に評価して我が国の医療制度は世界第一位とされている。

### 3. 自由競争での経営戦略

米国流の完全な自由競争は、(完全に自由競争であるならばだが)通常の財・サービスでは、社会的効率と社会的効用を最大化するとされているが、医療・介護ビジネスを完全競争にすると社会全体の効率も効用も低下し不要な出費を発生することが先述のように実証できる。自由競争では、

満足な財やサービスの提供を受けることができなくなり全体経済での非効率と不公平が発生するのである。経営自体が非効率となって需要者側に立った努力をしなくなると推測されるが、そうなる理由は経営戦略の意思決定をゲーム理論から考えると明らかとなる。

我が国の医療ビジネスの基本的な方向として、「規制による質と量の確保」から「患者による選択を通じた質と効率の確保」への転換が求められるという議論がされている(3)。しかし医療・福祉ビジネスでは、情報の非対称性が問題だからと言って、情報を公開したとしても、需要者が対等な交渉力をもつことは現実的にはありえない。例えば、治療や介護を受けている患者が飛び出たって医師や介護人を変えることは実際にはできない。従って、自由競争では、供給側が何をするかを決定できる絶対優位の状況となる。交渉がありえなくとも、無言であるし、供給者の一人勝ち状況を生む。需要者の対抗手段は情報収集による選択だが、それさえも緊急医療では無意味である。

このように情報が非対称で交渉力が不均衡な状態での自由競争では、次のようなメカニズムで価格が高騰し、購買力の乏しい一般消費者の排除が発生する結果となる。医療・福祉の現場は人気のある高度医療施設とボランティア施設は超多忙だが、患者が街に溢れているのが米国の実態である。

- ① もしも完全に情報が非対称であるならば、自由競争は必ず市場の失敗をもたらす。需要者は供給されるものの質の良い、悪い(レモン)を分からないので、悪いものを提供する供給者が利益を得て生き残り、良いものが市場から消えてなくなる。その結果、粗悪品(レモン)が市場に出回る結果となる。(レモンの法則)
- ② 絶対に必須な治療薬や治療方法がある場合、供給側は需要が多いほど、価格を高騰させることができる。これは土地のように供給量が限られた資源(レント)に対し需要が増える場合の経済法則である。(レントの法則)
- ③ 最善の経営戦略は最も利益率の多いところへ参入することである。その結果、儲かるところ・儲かるビジネスへの偏りと参入競争が起こり全体最適のための資源配分を達成できないこととなり、必要だが治療しない患者が発生することとなる。(囚人のジレンマ状態での参入バブルと不公平の発生)
- ④ それぞれの経営主体にとっての最適化戦略は業界全体の非効率を生み、その結果として必然的に国民負担と国家負担を増加させる。(部分最適による全体非効率)

このような状態で生き残るために取り得る経営戦略は、最終的にはアメリカで実現されたように、M & Aによる企業の巨大化による独占的交渉力をもつことを目指すことになる。ここでは差別化により参入障壁を築いて生き残ろうとしても、参入者が模倣できる限りは同じ状態を引き起こす。従って、自由競争で差別化を築くためには巨大化による便益提供による差別化以外には取り得る戦略がない。

- ① 儲かる需要者を優遇する経営戦略を全供給者がとる場合、同じことをしなければ自分だけが損する。囚人のジレンマ状態では、相手に負けないためには皆が同じことをせざるをえなくなるのと同じ状況が発生する。この結果として、全員が同じ競争に参加する全員参加型のゼロサムゲーム型の分捕り合い競争が起こる。ゼロサムゲームに陥ると、はまり込んだが最後、止めることができない状態を作り出す。マキャベリが言うように、「戦争は始めたいときに始められるが、やめたいときにやめられない」状態となる。その結果、医薬品業界で起こっているような投資回収効率と成功率が極めて低い過剰競争が市場で発生する結果となる。(4, 5) (囚人のジレンマ状態でのゼロサムゲーム型過剰競争)
- ② ゼロサムゲームでは、失敗を最小化する戦略(ミニマックス戦略)がベストである。あえて違う経営戦略をとることは損する。その結

果として、先述の米国医療のように、保険の無い人は救急車も放置して利益の高い需要者のみを相手しようとする状況が発生することとなり、経営資源の不均衡投入とモラル危機を招く。(クリームスキミング戦略)

- ③ 業界全体が同じ戦略を取るならば、一時的に競争が起こり競争のメリットがあるように見えるが、規模が大きなもの交渉力が強くなるために、最終的に米国で医療福祉が行ったような巨大化が起こり、利潤の最大化を行う。(吸収合併戦略)

結論として、完全な自由競争では、不平等な権利獲得競争が起き全体効用と効率が低下する。

#### 4. 規制下での競争：経営戦略の目指すべき姿

画期的新薬開発力のある医薬品大手や外資系企業が、企業会計基準のアメリカ標準化を推進するための道具であるオープン化とセットにした議論展開をすることにより、規制を撤廃しオープンな市場でオープンな自由価格制度を導入すべきだとの圧力を、ビジネスチャンスとして捉えたコンサルタント業界・金融証券業界・学を使い、産官に仕掛けた時期がある。これは将来に米国流の濡れ手に粟の高利益状態を作ることを目指したものである。因みに自由競争になれば、日本で医療・介護業界の独占を容易に作れるだけの企業規模が米国の業界にはある。事実堂々と買収の打診をしてるのは日常茶飯であるので、病院介護施設も吸収合併が起こり肥大化することは自明である。

他には真似ができない特殊技能や高度医療技術を差別化訴求点としてもつ大病院にとっては、自由化により遥かに高い価格を設定できる。

表4にまとめたように、自由競争と規制競争では目指す方向が全く異なってくることになる。自由競争では、お金を積みばいくらでも良い医療・介護を受けることができる一方で、供給側に利益の少ない顧客は、後回しにされるために、予約待ちの列を作ることになる。

表4 自由競争と規制競争の対比

	自由競争	規制競争
質	質の劣化	質の保証
量	供給不足	供給適正化
価格	価格上昇	価格一定
高度技術	高価格化	基準価格
経営規模	巨大化	規模に応じた差別化
顧客	高利益顧客層	平等

このように、自由競争制度の下では、差別化による競争的独占を築けば高利益をもたらすため、経営資源は利益の大きいところに偏って配分されることとなる。医療・福祉経済においても、インドのノーベル経済学者であるアマルティア・センがいうように「自由と平等は両立し得ない」(6)というならまだしも、不公平が不可避的に発生するのである。

ところで、全体最適するように、医療・福祉ビジネス全体の生産性を高めるためには、経済合理性の追求と経営資源の効率的集約化(これが最適資源配分になる)を両立させることを志向しなければならない。経営戦略論の見地からすると、経済合理性と経営資源の効率的集約化を志向する場合、産業が成熟した時の均衡状況が、寡占状態か分散状態かで、とるべき戦略は二つに分けられる。

寡占市場を志向する経営戦略の場合は、競争する事業ドメインを決めた上で、市場シェアを獲得して競争相手に対するコストリーダーシップを取り競争相手を減らした後に、寡占均衡では、価格決定権をもち高価格を維持するように戦略を策定する。しかし、寡占状態ではサービスが画一化され改良努力をしなくなるので、寡占モデルは全体の効用最大化にはならない。

医療・福祉ビジネスは、大学や教育ビジネスのサービス提供と同様に、一つ或いは少数の場所だけに企業が残ることはありえず地域毎に分散均衡した状態がいつまでも続く。

従って、大手には高度な治療技術があり高度医療技術戦略がある一方で、中小にはそこまでを必要としない顧客層に対するサービス提供のエク

パートとなることの方が、分業によるそれぞれの専門性・コア能力を深耕させることが可能となる。

医療・福祉ビジネスのように、参加者が多い場合、ゼロサムゲームから脱却するための最善の経営戦略は、信用を築くことにより顧客を勝ち取る戦略である。これにより、やめれば負ける状態を脱却し、競争の土俵を変えることが可能となる。供給側にも需要側にも価値を最大化させるためには、供給者同士がモラルある競争をすることが最善手となる。

医療・福祉ビジネスにおいて規制をする目的は、全体最適を誘導することである。目先の効率性のみを追求するための規制は、必要な顧客サービスが提供できない上に、かえってコストが増加する結果となってしまふ。規制が必要である以上は、コア能力を深耕させるような規制作りをすることが理想である。従って、このような規制下で競争をするための経営戦略が目指す「あるべき姿」は、それぞれの経営主体のコア能力を深耕できるような経営資源の最適投入をすることである。

表5にまとめたとように、医療・福祉ビジネスにおいては、自由競争と規制下競争とでは、競争ゲームの根本が転換しているために、あるべき経営戦略が異なる。自由競争では非協調戦略を取り、少しでも安いコストで（つまり質を落としてでも）利益の上がる顧客獲得をすることが勝ち残り戦略の基本である。一方、規制下競争では、一人当たり利益は規定されているので、顧客獲得が最大の戦略目標となる。ゼロサム型の分捕り競争から棲み分け戦略に転換することにより、規模と得意領域（事業ドメイン）に応じた分担が可能となり、共存・共栄状況が業界全体の利益最大化となる。更に、財政投入面からも企業経営効率からも、最大の社会効用を生み、全体経済も効率性と効用が高まる。如何に得意なコアを深めて分担するか、如何に棲み分け協業するかが経営戦略の目指す「あるべき姿」であるということになる。

具体的には、大規模病院・施設と中小規模病

表5 自由競争と規制下競争でのあるべき経営戦略の比較

	自由競争	規制下競争
競争様式	非協調戦略	協調戦略
対立様式	分捕り競争戦略	棲み分け戦略
事業ドメイン	拡大戦略	コア深耕戦略
同業者との関係	排他的競争	分業と協業

院・施設とでは、事業ドメインと必要なコア能力が違うため、実際の経営戦略でのあるべき姿が異なって当然である。従って、両者が助け合う相互依存関係（分業と協業）が両者の利益最大化をもたらす。

医療・福祉ビジネスのように価格が決められている規制下での自由競争での最善の戦略は、品質追求を達成できたものが最終的な勝ち組みとなる。何故ならば、全体効用最大化をする規制下競争では、情報の提供が進めば進むほど、品質以外に差別化できる要素がないからである。

## 付記

分担 高山 執筆と総括

梅田 医療・介護ビジネスに関し総括

## 参考文献

- (1) 梅田 勝, 高山 誠 (2003), 「医療経営における小児医療」, 医学の歩み Vol.206 No.9, pp.675-680.
- (2) 西田在賢 (2001) 「医療・福祉の経営学」 薬事日報社.
- (3) 経済産業省 (2002), 「医療問題研究会報告書」
- (4) 高山 誠 (2002), 「新製品開発の失敗の本質」 東京図書出版会.
- (5) Makoto Takayama and Chihiro Watanabe (2002), "Myth of market needs and technology seeds as a source of product innovation", Technovation 22, pp.353-362.
- (6) アマルティア・セン (2000), 「不平等の経済学」, 東洋経済新報社.