

ハントラストホウカラミタアメリカイリヨウ : ビョウ ウインノガッペイキセイオテガカリニ

石田, 道彦
金沢大学法学部助教授

<https://doi.org/10.15017/2242>

出版情報 : 法政研究. 68 (1), pp.221-236, 2001-07-09. Hosei Gakkai (Institute for Law and Politics) Kyushu University

バージョン :

権利関係 :



反トラスト法からみたアメリカ医療

——病院の合併規制をてがかりに——

石田道彦

- 一 はじめに
- 二 反トラスト法による病院の合併規制
- 三 バターワース・ヘルズ事件判決
- 四 おわりに ——今後の検討課題

一 はじめに

最近の特別養護老人ホーム経営への営利企業の参入の動きにみられるように、医療・介護サービスの分野において、規制緩和の観点から従来の規制枠組みを見直す動きが近年、活発化している。こうした医療・介護サービスへの競争原理の導入は直感的には反発を招きやすい。しかしながら、今後の高齢社会における医療・介護サービスの供給面での効

論 説

率化やサービスの質の向上といった課題を考えると、こうした動向を簡単に退けることはできないと思われる。

右の動向を医療保障の問題としてとらえた場合、何が必要な規制であるのか、競争を機能させるべき、あるいはさせるべきでない領域はどこにあるのかを明確にしてゆく作業が必要となる。こうした作業をすすめるにあたっては、医療・介護サービスをその特殊性をふまえた上で産業としてとらえる視点が有用であるように思われる。⁽¹⁾

小稿は、アメリカにおける反トラスト法の医療分野への適用という問題を通して、右の課題をすすめる上での手がかりを得ようとするものである。

アメリカにおいては、一九七〇年代半ばに知的専門職 (learned profession) の活動に対して反トラスト法が適用されて以来、⁽²⁾ 従来、反トラスト法の適用対象とは考えられていなかった医療分野についても同法の適用が行われるようになってきている。⁽³⁾ ここでは、元来、競争政策において問題となりやすい医師会や事業者団体による協定や自主規制だけでなく、医師の病院利用権認定制度 (staff privilege) や、マネジドケア、病院の合併、医療機関によるジョイントベンチャーなども同法の適用の対象となってきた。⁽⁴⁾ また、こうした動向を受けて、一九九三年以来、司法省と連邦取引委員会は合同で医療分野における規制方針を公表している。⁽⁵⁾ これらの裁判例や行政実務を通じて、医療サービスは他の産業とどこが異なるのか、医療機関と一般の企業との違いは何か、医療サービスの特質は反トラスト訴訟においていかに考慮されるべきかなどの問題が議論されてきた。

こうした競争政策の視点からの議論の蓄積は、そこでは抜け落ちている視点を明らかにする作業も含めて、さきにあげた課題を検討してゆく上で有用な手がかりを提供するものと考えられる。本稿では、アメリカ医療における反トラスト法上の諸問題の中から病院の合併規制をとりあげて、右の課題をすすめてゆくための予備的な作業を行うことにしたい。

二 反トラスト法による病院の合併規制

1 医療機関の合併に対する反トラスト法の適用

アメリカの反トラスト法とは、シャーマン法、クレイトン法、連邦取引委員会法などの法律の総称である。⁽⁶⁾ 本稿が検討の対象とする病院の合併にはクレイトン法七条が適用される。⁽⁷⁾ 同条は競争を損なう合併を禁止している。⁽⁸⁾ すなわち、商業に従事するあるいはそれに影響を与える活動に従事する者が、直接的または間接的に、同じく商業に従事する者の株式その他の資本の全部または一部を取得し、その結果、競争を実質的に滅殺する、あるいは独占を形成するおそれがある場合に、こうした取得を禁止している。⁽⁹⁾

また一九七六年のハート・スコット・ロディノ反トラスト強化法により、一定額を上回る株式その他の資産の取得については事前届出制が採用されている。クレイトン法七条は司法省と連邦取引委員会（以下、競争当局）の共同管轄であり、同条違反の疑いがある場合、競争当局は、審判開始決定を行うか、または管轄裁判所に差止命令の請求を行う。

2 司法省・連邦取引委員会によるガイドライン

企業間の合併については司法省と連邦取引委員会による水平合併ガイドラインが公表されている。⁽¹⁰⁾ また一九九六年に司法省と連邦取引委員会は「医療分野における反トラスト法施行に関する合同声明」を発表しており、⁽¹¹⁾ 医療機関の合併においては、これらの指針をもとに提訴の判断が行われることになる。水平合併ガイドラインによれば、規制当局は次の手順で判断を行う。

- ① 製品市場および地理的市場の画定を通じて関連市場を画定する。
- ② 現在当該製品を生産・販売している企業および「潜在的競争企業」を含めて関連市場を構成する企業を特定する。
- ③ 当該市場における構成企業の販売額、販売量、生産能力などにもとづき市場占有率を算定する。
- ④ ハーフィンダール・ハーシュマン指数 (Herfindal-Hirschman Index 以下、HHIと記す) を用いて当該市場の集中度を測定する。合併後のHHIとその増加率をもとに、当該合併が競争制限効果をもたらす可能性があると判断される場合には、次の段階へすすむことになる。

⑤ 構成企業が協調行動を行う可能性や一方的価格引上げの可能性について検討する。

- ⑥ 外部からの新規参入が容易であるか、競争制限的市場構造のリスクを上回るだけの効率性が当該合併により生み出されるか、当該合併が経営破綻した会社の救済に該当するかを検討し、いずれかに該当する場合には提訴の対象としない。⁽¹²⁾

また前記の「医療分野における反トラスト法施行に関する合同声明」によれば、二つの急性期一般病院（設立五年以上）が合併する場合において、(1) 一方の病院が最近三年間にわたって平均一〇〇床以下しか許可病床を有していない、かつ(2) 一日の入院患者の平均が最近三年間に四〇人を下回る場合には、当該合併は規制当局が検討の対象としないセーフティー・ゾーン内の事例にあたる⁽¹³⁾としている。

セーフティー・ゾーンに該当せず、右の水平合併ガイドラインの適用により競争制限効果が生じると推定されたとしても、(1) 合併後も強力な競争相手が存在する、または合併当事者である病院の機能がそれぞれ異なっているために、当該合併により市場支配力が行使される可能性は低い、(2) 合併以外の手段では実現できないコストの大幅な節減が可能となる、(3) 合併による影響を受けるのは経営破綻の確実な病院である、などの場合には、当該合併は実質的な競争の制限をもたらさないと判断を規制当局はこれまで示してきた。⁽¹⁴⁾

三 バターワース・ヘルス事件判決

ここでは、病院合併の具体的な事例として、バターワース・ヘルス事件判決をとりあげる。¹⁵⁾ 本件は、ミシガン州ケン
ト郡グランド・ラピッド市にある二つの非営利病院が計画した合併に対して、連邦取引委員会が予備的差止命令を求め
て提訴した事件である。

1 事実の概要

バターワース病院 (Butterworth Health Corporation) とブラジット病院 (Blodgett Memorial Medical Center) は共に非営利法人であり、「一次医療」「二次医療」「三次医療」に分類されるサービスを提供していた。グランド・ラ
ピッド市には、合併当事者であるバターワース病院（病床数五二九床）とブラジット病院（三二八床）のほか、病床
数がそれぞれ一五〇床と一〇一床の小規模の二つの病院が存在していた。一九九五年五月にバターワース病院とブラ
ジット病院の理事会は両病院の合併を決定した。これに対して連邦取引委員会は、当該合併はクレイトン法七条に違反
するとして、予備的差止命令を求めてミシガン連邦地方裁判所に提訴した。

2 判決の内容

〔関連市場〕

連邦取引委員会は、合併後の病院が実質的な市場支配力を有する製品市場として、一般的な急性期入院医療サービス

(general acute care inpatient hospital services) と一次入院医療サービス (primary care inpatient hospital services) という二つの市場を画定した。次に、急性期入院医療サービスの地理的市場をグランド・ラピッド市とその周辺三〇マイルの郡から成る「ケント郡地域」(Greater Kent County area) とし、一次入院医療サービスの地理的市場についてはグランド・ラピッド市近隣とした。裁判所は、連邦取引委員会によるこれらの関連市場の画定について妥当であるとした。⁽¹⁶⁾

〔市場の集中度〕

許可病床数や入院による収入などをもとに、連邦取引委員会は関連市場の集中度を測定しており、急性期入院医療サービスの市場について合併当事者の市場占有率は四七％から六五％、一次入院医療サービスの市場占有率は六五％から七〇％とした。

また、急性期入院医療サービスについて、合併後のHHIは二七六二ないし四五二一であり、合併によるHHIの上昇は一〇六四ないし一八八九となった。一次入院医療サービスについても、合併後のHHIは四五〇六ないし五〇七九、合併によるHHIの上昇は一六七五ないし二〇〇一と同様に高い数値を示した。水平合併ガイドラインによれば、合併後のHHIが一八〇〇以上であれば高度に集中した市場であるとされ、HHIが一〇〇以上上昇する合併は、市場支配力を行使する可能性が高いとみなされる。以上から連邦取引委員会は当該合併の違法性を推定させる「一応有利な事件 (prima facie case)」を立証した。⁽¹⁷⁾

〔病院の非営利性〕

これに対して、合併当事者であるバターワース病院とブラジット病院は、鑑定人であるリンクの証言をもとに、非営

利病院による高い市場集中度は、価格の上昇ではなく引き下げに結びつくとする主張を行った。⁽¹⁸⁾ この点について裁判所は次のように述べた。

「合併当事者によれば、前記の事実認定から、非営利病院は利益の最大化を目的とする事業とは同様の活動をしないことが示されるとする。そして、合併を予定している両病院の理事会が地域の企業のリーダー達から構成されており、かれらが良質で安価な病院サービスの維持に関心を寄せているような場合には特にこのことは当てはまると主張する。リンク博士はカリフォルニアの病院の研究においてこの現象についてふれ、次のように述べる。〈非営利の病院組織が、一定の住民に対する病院サービスの提供をその唯一の機能としており、その理事会がこれらの住民をうまく代表したものである場合、このような組織は、独占によって誤った資源配分を行う組織ではなく、消費生活協同組合（consumer cooperative）にかなり近いものであるし、おそらくそのように活動している。〉⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾」

「両病院が非営利組織であるという事実は決定的な判断材料ではないが、リンク博士による実証的な所見にもとづいた重要なものである。これらの所見によれば、非営利病院間で市場集中度が実質的に増加するために価格の上昇が生じるとはいえない。加えて、地域社会や実業界の著名なリーダーたちがこれらの病院の理事会に参加しており、価格の設定にあたっては、とくに以下で論じる「地域社会への約束（Community Commitment）」の観点から責務を誠実に果たすことが期待できる。⁽²¹⁾」

「市場における競争」

ミシガン州にはCON法による参入規制があるため、新規参入によって競争制限的な市場支配力の行使を抑制することは期待できない。⁽²²⁾ また、合併当事者が高い質の医療サービスを幅広く提供できることを考慮するならば、他の二つの病院が合併当事者と競争し、価格の引き上げを阻止するだけの能力はもたないと裁判所は判断した。⁽²³⁾

「地域社会への約束」

価格の引き上げなどで地域社会に悪影響を与える市場支配力の行使を合併後の病院が行わないという付加的な根拠として、合併当事者は「地域社会への約束」を提示している。これは、合併の目的がコストの削減であること、かつ、これによって生じた節約分を消費者へ還元することを、合併当事者がミシガン西部の地域社会に対して正式に保証したものであり、次の五点からなっている。①リストに掲載した価格や料金を凍結する。②合併前の水準でマネジドケアプランとの契約価格を凍結する。③病院の粗利益を限定する。④低所得者へ医療サービスを提供する。⑤合併後の病院の運営に地域社会の関与を求める。この「地域社会への約束」は、非営利病院が反トラスト法において異なった扱いをうけるべきだとする他の証拠を補強し、さらには連邦取引委員会の主張を覆すものであると裁判所は判断した。²⁴⁾

「マネジドケアに与える影響」

連邦取引委員会は、当初の主張に加えて、合併当事者が市場支配力を有するために、マネジドケアは値引き (discount) を行えなくなり、消費者の利益が実現されないと主張した。しかし、マネジドケアによる値引きの恩恵を受けるのは一部の消費者であること、値引きの結果、合併当事者が従来行っていた施設やサービスの改善ができなくなるなどとして裁判所は連邦取引委員会の主張を退けた。²⁵⁾

「効率性の抗弁」

当該合併により、余分な資本的経費が節約されるとともに運営面での効率性が高められるため、総体として一億ドルを超える費用の節約となり、相当な効率性が達成されると裁判所は判断した。合併当事者が非営利病院であり、地域社会への還元を約束していることに鑑みれば、この節約された費用は消費者の利益となるとした。²⁶⁾

以上の理由にもとづいて、裁判所は、連邦取引委員会による予備的差止命令の請求を棄却した。なお、本判決にあたって裁判所は、合併当事者が「地域社会への約束」を内容とした同意判決案に合意することを請求棄却の条件としており、病院側はこれに同意している⁽²⁷⁾。これに対して、連邦取引委員会は連邦控訴裁判所に上訴したが、請求は棄却された⁽²⁸⁾。

3 本判決に対する評価

本件では、合併当事者の非営利性にもとづいて合併の違法性が否定されており、これまでの病院合併に関する判決の中で最も革命的と評されている⁽²⁹⁾。本件以前の病院合併事件においても非営利性を理由とした抗弁がなされていたが、これを認めた裁判例はみられなかった⁽³⁰⁾。

本判決では、リンクの鑑定に依拠しながら、集中度の高い市場の中にあっても非営利病院の場合には、競争制限的活動するわけではないとの判断が導かれている⁽³¹⁾。その際、病院の運営理事会の構成（外部のメンバーから構成され、一種の消費生活共同組合に近いとする）にまで言及している点が注目される。

しかしながら、このように本判決で重視された病院の理事会の機能については次のような疑問が示されている。理事会のメンバーは病院に対して忠実義務（fiduciary duty）を負うことになるため、地域社会の利益よりも病院の利益を優先してしまうのではないか⁽³²⁾、病院外から選ばれた理事会のメンバーが日々の病院運営に関与し、医療サービスの価格を管理できるのか⁽³³⁾、理事会のメンバーが新たに選出され、競争制限行為が行われた場合にそれを防ぐ制度的歯止めがないのではないかなどである⁽³⁴⁾。

また、本件において、裁判所は合併により節約された費用を地域社会へ還元するという「地域社会への約束」を同意

判決案の内容として実行するように命じており、この点が判決に影響を及ぼしたと考えられる。⁽³⁵⁾

これに関連して本判決について次のような批判がなされている。連邦議会が反トラスト法の制定を通じて、競争の制限は消費者の利益を損なうと判断した以上、裁判所の役割は、当該合併によって競争が制限されるか否かを判断することである。それにもかかわらず、本判決では、競争制限による損害、病院産業の特殊性、合併当事者の動機や組織的構造といった問題まで考慮に入れてしまっている。換言すれば、裁判所は市場による資源配分を病院理事会によるコントロールへと置き換えた、と。⁽³⁶⁾

四 おわりに — 今後の検討課題

医療機関の合併事件についての反トラスト法学における位置付けや評価は、筆者の能力を超えた作業である。しかしながら、こうした裁判例やそれに対する学説上の反応は、医療サービスにおける市場のあり方（いかなる条件の下で競争的な仕組みが選択されるべきか）を検討するという問題関心からみても、参照に値する検討材料を提供していると考えられる。以下では、病院合併規制に関する議論を参考に、今後のわが国の医療制度を検討するにあたって考慮すべき点について概観し、むすびに代えることとしたい。

(1) 医療保険制度が市場に与える影響

医療保険の存在により、医療サービスの市場においては他の市場とくらべて価格競争が生じにくいとされてきた。国民すべてを対象とした公的医療保険制度をもたないアメリカにおいても、民間保険を含めた医療保険が普及しているため、反トラスト法の適用にあたって、他の市場と同様に独占による弊害を問題にできるのかという疑問が生じることに

なる。

この点について、病院合併に関する初期の事件であるホスピタル・コーポレーション事件の審決は次のように述べている。⁽³⁷⁾ アメリカでは近年、医療費抑制の圧力が高まっており、病院産業においては従業員の福利厚生として医療保険を提供する企業や保険会社に対する価格競争がみられるようになってきている。⁽³⁸⁾ このように、何らかの価格競争が存在する限り、反トラスト法は、価格競争の促進を擁護すべきという立場に立つ。⁽³⁹⁾ また、医療機関は価格競争だけでなく、非価格競争（サービスの質、設備など）を抑えるために競争制限行為を行う可能性がある。⁽⁴⁰⁾ この点からも反トラスト法は適用されるべきだとしている。

社会保険制度により診療報酬が一律に定められているわが国の場合はどうであろうか。地域独占が生じても、市場を通じて価格が決定される余地はないため、たしかに価格の引き上げの問題は生じない。しかし、医師誘発需要の発生や、⁽⁴¹⁾ 差額ベッド、待ち時間、医療の質などに問題が転化している可能性が指摘されている。⁽⁴²⁾ 独占状態が価格以外の要素（サービスの質など）に与える影響については、医療経済学における研究成果をふまえた検討が必要となる。

(2) 参入規制のあり方

水平合併ガイドラインが示すように、合併が行われる関連市場への参入が容易であれば、競争制限効果が生じる可能性は低い。逆に市場の集中度が高く、参入障壁が存在する場合には、競争制限効果が生じる可能性は高いということになる。⁽⁴³⁾ こうした参入障壁には、政府による規制だけでなく、市場への参入に高い費用がかかること（埋没費用）も含まれる。

このような合併規制の考え方を医療サービスの分野に当てはめてみた場合、施設の開設許可や病床規制などの参入規制が存在していることに加えて、病院の建設や設備の導入には高い費用がかかることから、医療サービス市場は新規参

入の困難な市場と位置付けられることになる。そして、競争政策の観点からは、このような参入規制はできるかぎり少ない方が望ましいということになる。事実、連邦取引委員会は一九八〇年代に各州で採用されていたCON規制に対して批判的な立場をとっていた。⁽⁴⁴⁾

しかしながら、医療施設に対する規制は、安全性の確保や医療支出の抑制といった競争政策以外の重要な政策目的のもとづくものである。わが国の医療制度を検討するにあたっては、これらの規制の有効性をふまえた慎重な検討が必要となる。⁽⁴⁵⁾ また、出来高払制と定額払制が与える影響の相違も含めて、医療保険制度が市場にもたらす影響も考慮に入れる必要がある。⁽⁴⁶⁾

(3) 非営利組織の分析

アメリカの合併規制において病院の非営利性を違法性の判断に組み入れることについては評価が分かれている。しかし、バターワース・ヘルズ事件判決など最近の裁判例では、非営利病院には営利企業と同様には評価できない側面があることを認めるものがあらわれており注目される。

従来、わが国では医療・介護サービス分野への営利企業の参入は認められていなかったため、営利企業の参入の是非を論ずるという問題設定が多かったように思われる。これに加えて、今後は、市場での非営利組織や営利企業の行動特性をふまえた規制のあり方や、その利点を発揮できる法整備のあり方を検討の対象とする必要があると考える。⁽⁴⁷⁾ とくに営利企業の参入が進むと予想される介護サービス分野においては、こうした視角が必要と思われる。

また、本稿で取り上げたようなアメリカの非営利病院とわが国の医療法人を比較するならば、かなり異質の組織であることが確認できると思われる。⁽⁴⁸⁾ 右の検討課題とあわせた非営利組織の分析にあたっては、組織の構成や運営方式（理事会の選出方法、構成など）にまで立ち入った考察が必要となる。

- (1) こうした視点にもとづく研究書として、参照、国立社会保障・人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』（東京大学出版会、二〇〇〇年）。
- (2) Goldfarb v. Virginia State Bar, 421 U.S. 773 (1975).
- (3) National Gerimedical Hospital and Gerontology Center v. Blue Cross, 452 U.S. 378 (1981) において、連邦最高裁は反トラスト法が医療分野にも適用されると述べた。
- (4) 一九八六年には同僚審査に従事する医師たちを反トラスト訴訟から保護する Health Care Quality Improvement Act が制定されたほか、一九九九年以来、連邦議会には医療機関の共同事業を反トラスト法の免責の対象とする法案 (the Quality Health Care Coalition Act) が提出されるなど、反トラスト法への対応はアメリカの医療システムを理解する上で欠かせない要素となつてゐる。
- (5) U.S. Dept. of Justice & FTC, Statements of Antitrust Enforcement Policy in Health Care (1996) (hereinafter Health Care Policy Statements).
- (6) 以下は、経済法の研究者にとって周知の事柄かもしれないが、ここでは叙述の必要上、簡潔に記すことにしたい。反トラスト法に関する概説書として、佐藤一雄『アメリカ反トラスト法』（青林書院、一九九八年）、村上正博『アメリカ独占禁止法』（弘文堂、一九九九年）。J・M・シェネフィールド・J・M・ステルツァー（金子晃他訳）『アメリカ独占禁止法』（三省堂、一九九九年）。
- (7) 利潤の追求を目的としない病院などの非営利法人はクレイトン法の適用対象とはならないとする主張もかつて存在したが、裁判所はこれを認めていない。武田邦宜『合併規制と効率性の抗弁』（多賀出版、二〇〇一年）一四頁以下参照。
- (8) 会社法上の合併 (merger) と株式や資産の取得 (acquisition) を含めて企業結合の用語が用いられることがあるが、本稿では従来の用語法に従い、これらを含めた広義の意味で合併の語を用いる。
- (9) 15 U.S.C. § 18.
- (10) U.S. Dept. of Justice & FTC, Horizontal Merger Guidelines (1992) [hereinafter Merger Guidelines]. 水平合併ガイドラインについては、佐藤・前掲注(6)三二六頁以下、村上・前掲注(6)一八八頁以下参照。
- (11) Health Care Policy Statements, supra note 5.
- (12) 合併規制における効率性の抗弁は、反トラスト法研究における重要な検討課題となっている。参照、武田・前掲注(7)、谷原修身『反トラスト法における合併規制基準——『効率性の抗弁』の検討』正田彬先生古稀祝賀論文集刊行委員会編『独占禁止法と競争政策の理論と展開』（三省堂、一九九九年）二二九頁以下、富樫明美『アメリカ反トラスト法合併規制における効率性の抗弁』北

大法学研究科ジュニア・リサーチ・ジャーナル五号（一九九八年）一七五頁以下。

- (13) Health Care Policy Statements, *supra* note 5.
- (14) *Id.*
- (15) Federal Trade Commission v. Butterworth Health Corp., 946 F.Supp. 1285 (W.D.Mich. 1996), *aff'd*, 121 F.3d 708 (6th Cir. 1997).
- (16) Butterworth, 946 F.Supp. at 1293.
- (17) *Id.* at 1294.
- (18) *Id.* at 1295-6.
- (19) Lynk, "Nonprofit Hospital Mergers and the Exercise of Market Power", 38J. of L. & Eco. 458 (1995).
- (20) Butterworth, 946 F.Supp. at 1296.
- (21) *Id.* at 1297.
- (22) CON法は、病床数を含めた医療機関の設備投資に対する規制である。CON規制については、参照、拙稿「病床規制の『必要性』—アメリカ医療計画の「側面」社会保障法一四号（一九九九年）一六二頁以下。
- (23) Butterworth, 946 F.Supp. at 1297-8.
- (24) *Id.* at 1298.
- (25) *Id.* at 1299.
- (26) *Id.* at 1301.
- (27) *Id.* at 1303.
- (28) Federal Trade Commission v. Butterworth Health Corp. 121 F.3d 708 (6th Cir. 1997), 1997-2 Trade Cases 71,863.
- (29) Greaney, "Nigh Landings on an Aircraft Carrier: Hospital Mergers and Antitrust Law", 23 Am.J. L. & Med. 191, 212 (1997).
- (30) Hospital Corp. of Am. v. Federal Trade Commission, 807 F.2d 1381 (7th Cir. 1986); United States v. Carrillon health systems, 707 F.Supp. 840, *aff'd* without opinion 892 F.2d 1042 (4th Cir. 1989); United States v. Rockford Memorial Corp., 717 F.Supp. 1284 (N. D. Ill 1989), 898 F.2d 1278 (7th Cir. 1990); Federal Trade Commission v. University Health, Inc., 938 F.2d 1206 (11th Cir. 1991); Federal Trade Commission v. Freeman Hospital, 69 F.3d 260 (8th Cir. 1995); United States v. Mercy Health Services, 902 F. Supp. 968 (N.D. Iowa 1995).
- (31) Lynk, *supra* note 19. ただし、このリンクの研究に対しては批判がある。Dranove & Ludwick, "Competition and Pricing

- by Nonprofit Hospitals”, 18 J. Health Econ. 87 (1999); Keeler et al., “The Changing Effects of Competition on Non-Profit and For-Profit Hospital Pricing Behavior”, 18 J. Health Econ. 69 (1999).
- (32) Greaney, *supra* note 29, at 217.
- (33) *Id.*
- (34) United States v. Long Island Jewish Medical Center, 983 F.Supp. 121, 146 (E.D.N.Y. 1997).
- (35) 一九九七年のロング・アイランド事件判決注³⁴⁾においても、合併当事者が合併により節約された費用を消費者に還元し、貧困者の医療などに用いる旨の協定をニューヨーク州の司法長官と結んでいることなどを理由に当該合併を認めている。ただし、同判決では、司法省の主張する関連市場ではそもそも競争制限効果が生じないとして差止請求が棄却されている。*Id.* at 146-9.
- (36) Note, “The Use of Nonprofit ‘Defense’ under Section 7 of the Clayton Act”, 52 Vanderbilt L. Rev. 557 (1999).
- (37) Hospital Corporation of America, 106 F.T.C. 361 (1985).
- (38) *Id.* at 479-80.
- (39) *Id.* at 484.
- (40) *Id.* at 496-7.
- (41) 漆博雄編『医療経済学』（東京大学出版会、一九九八年）四五頁。
- (42) 中泉真樹・鶴田忠彦『ミクロ経済学理論と応用』（東洋経済新報社、二〇〇〇年）四一六頁。
- (43) Merger Guidelines, *supra* note 10, at § 3.
- (44) 連邦取引委員会による報告書と「K.Anderson & D.Kass, Certificate of Need Regulation of Entry into Home Health Care (1986); Federal Trade Commission, The Effects of State Certificate-of-Need Laws on Hospital Costs (1988). なお、バスターワース・ヘルス事件の鑑定人であるリンクは、合併規制における市場集中度の考え方を病床規制にも用いて、市場集中度を高める増床よりも市場集中度を低くする増床を優先させるなど競争政策と適合的なCON規制の運用が可能であるとする。Lynk, “Antitrust Analysis and Hospital Certificate-of-Need Policy”, 32 Antitrust Bull. 61 (1987).
- (45) 遠藤久夫「医療における規制体系の再構築」『一九九九年版医療白書』（日本医療企画、一九九九年）一八頁以下は、わが国の医療システムには公的医療保険制度と情報の非対称性が存在するため、病床規制の廃止には疑問が多いとする。
- (46) 中泉真樹「医療機関の競争と規制—非営利企業による市場競争と参入規制について」医療と社会九巻一号（一九九九年）二三頁以下は、医療保険の存在により医療サービス市場においてみられる過剰参入に拍車がかかるとし、慎重な判断が必要であるとしながらも、参入規制（病床規制）には一定の意味があるとする。なお同論文では、定額払制をモデルに分析がなされており、出来

高払制と病床規制の関係についてはさらに検討が必要であるとする。

(47) 医療法人のあり方については、参照、小島晴洋「社会福祉法人と医療法人の統合について―法人の『公益性』と『営利性』から」国立社会保障・人口問題研究所編・前掲注(1)一八七頁以下、新田秀樹「社会保障改革の視座」(信山社、二〇〇〇年)五七頁以下(初出一九九八年)、遠藤久夫「医療・福祉における営利性と非営利性―民間非営利組織とサービスの質」医療と社会五巻一号(一九九五年)二七頁以下。

(48) 開業医の診療所が拡大したケースの多いわが国の病院とくらべて、アメリカの伝統的な民間の非営利病院は公共的な施設としての性格が強いとの指摘がある。参照、広井良典『アメリカの医療政策と日本』(勁草書房、一九九二年)一五八頁。

(付記) 本稿は、二〇〇〇年度・二〇〇一年度科学研究費補助金(奨励研究A)による研究成果の一部である。

河野正輝先生の還暦をお祝いするために、ささやかですが投稿させていただきました。先生のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。