

## 第7章

### 病院の資金調達手段に係る考察

株式会社 安田総合研究所

客員研究員 鈴木一行

— 抄録 —

わが国においては、医療機関の資金調達手段のあり方に関する検討の必要性が3、4年前から議論されているが、病院債等の具体化までは至っていない。そこにおける主な論点は、医療の非営利性（公共性の確保）とその資金調達における市場メリットの調和である。療養環境の向上のための経費（イニシャルコスト）については、社会福祉・医療事業団による融資及び医療施設近代化整備事業による補助制度があるものの、診療報酬という事後的な償還によってまかなわれるものと一般に考えられている。米国においては、1970年代以降、営利病院においては株式等、非営利病院においては、非課税病院債等による資金調達が行われている。また、最近ではREITという不動産投資信託的手法も活用されており、資金調達マーケットへのアクセスが可能となっている。ただし、米国においてもいくつかの課題が顕在化しており、それらを踏まえた上で今後のわが国における望ましい病院の資金調達のあり方を検討すべきであると考えられる。なお、その際、市場性ある病院債もしくはSPC等の活用によるCP等の発行は、医療機関の資本市場への参加を意味し、スキームの組み方によっては、投資家による病院経営の監視、効率経営の要請を伴う可能性が生じるという点についても勘案することが必要と考えられる。いずれにしても、医療の非営利性と資本の論理との融合をどのような形で手当するかがわが国における最大の課題となろう。

キーワード：病院債、資金調達、REIT、非営利性、資本の論理

## 1. はじめに

わが国においては、医療機関の資金調達手段のあり方に関する検討の必要性が3、4年前から議論されているが、病院債等の具体化までは至っていない。そこにおける主な論点は、医療の非営利性（公共性の確保）とその資金調達における市場メリットの調和である。療養環境の向上のための経費（イニシャルコスト）については、社会福祉・医療事業団による融資及び医療施設近代化整備事業による補助制度があるものの、診療報酬という事後的な償還によってまかなわれるものと一般に考えられている。しかし、米国においては、1970年代以降、株式又は病院債による資金調達が行われている。本稿では、米国における病院債の現状と直面している課題について検討を加え、わが国における導入可能性についても併せて分析する。

## 2. 米国の状況

### 2.1 概要

米国においては、1990年の全米病院協会の調査によれば、国内全病院の半数強（約51%）が非営利機関によるものである。また、公立病院（連邦、州、地方政府）によるものは約32%となっている。病院分野で営利企業・団体が担っている役割は比較的小さく、病院数では全体の約17%、ベッド数では11%に止まっている<sup>1)</sup>。

資金調達手段としては、医療機関の種類ごとに表7-1のとおりとなっているが、総論として、1965年にメディケア、メディケイドによるコスト・ベースの償還制度が創設されて以降、米国のヘルスケア産業は、信用力の非常に高いセクターとして位置づけられている。こうした中で、わが国に比較した資金流通市場の発達、資金調達の多様性を背景として、1970年代から病院債(Hospital Revenue Bond)の発行が行われている他、最近では、一種の不動産投資信託といえるREIT (Real Estate Investment Trust)やBOA( Beneficial Occupancy Agreement)などによる資金調達がなされている。

表7-1 米国医療機関の種類と資金調達手段

設立主体の種類	公的セクター	宗教・慈善（米国税法第501項(c)(3)該当 <sup>i)</sup> ）	営利（投資家）
医療機関例	City of New York Charity Health System California District Hospitals	Community Church sponsored Foundation(Mayo)	Humana Hospital Corp of America American Medical International
資金調達手段	税収（公費） 地方債	寄付 診療報酬 非課税／課税病院債	株式 診療報酬 課税病院債／リース

出所：Cain Brothers, Shatluck & Company Inc., The U.S. Health Care Market—Financing Demands and Opportunities in the 1990's

i) 米国税法（内国歳入法）第501項(c)(3)により「宗教、慈善、教育」団体は、非営利団体として連邦所得税の免除を申請できる資格があり、この中に大規模な総合病院が該当する。

上述のように米国の医療機関は多様な資金調達手段を保持しているが、その主なものは、下表のとおりである。これらは米国の金融技術の発達と多様性を背景としている。

本稿では、上記のうち、いわゆる病院債とREITに焦点を当て、その仕組みと最近の状況および課題を以下に述べることにする。

## 2.2 病院債

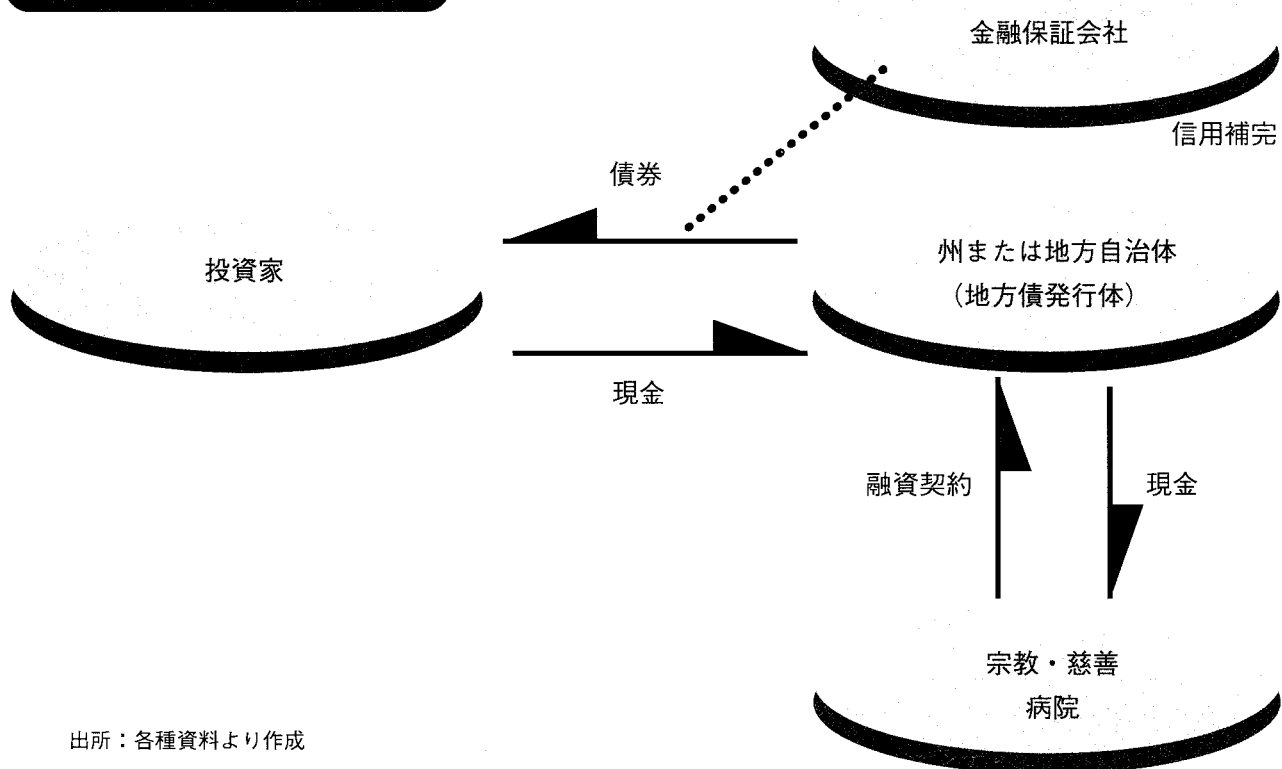
米国の公的医療機関およびHealth Care Facilityの資金調達手段として、非課税病院債が最も有効な手段となっている。この場合の仕組みは、図7-1のとおりであるが、その最大の特徴は、金融保証(Bond Insurance)による信用補完がなされているものが多いところである。1994年のカリフォルニア

表7-2 米国医療機関の資金調達手段の全体像

主な資金調達手段
銀行借入(Loan)
病院債(Bond)
Liquidity Facility
CP (Commercial Paper)
株式発行 (病院経営株式会社に限る)
合併、買収、不動産活用手段の組み替え(Merger / Dissolution)
REIT など

出所：各種資料をもとに作成

図7-1 非課税病院債の仕組み



出所：各種資料より作成

表7-3 米国の金融保証会社による地方債の保証実績（1996年）

会社名	件数	保証総額（100万ドル）
MBIA	1,198	33,780.0
AMBAC	948	23,557.0
FGI	636	16,259.4
FSA	1,094	10,426.9
その他	65	1.2

出所：American Banker, The Bond Buyer 1997 Yearbook

州オレンジ郡の破産などを契機として、投資家は、地方債の安全性をますます求めるようになってきており、1970年代にAMBACが地方債の保証を引き受けて以来、保証付き地方債の割合は増加を続け、1996年には、新規発行長期地方債の47%に保証が付与されている（詳細は表7-3）。なお、1991年において、米国の病院が発行した非課税病院債は150億ドルに上る。

ただし、非課税病院債については、内国歳入法(IRS Tax Code)により、その用途が公共に資するものに限定されており、具体的には、医療設備、土地購入、病院設備などであり、運転資金や事務所の建設等には使用できないこととされている。

病院債の投資家(Investor)は、企業シンジケート、病院の経営者または経営者グループおよび通常の投資家による。通常の投資家によるもののうち、15%が個人投資家によるものであり、他の85%は、投資ファンド、保険会社などが主となっている。

なお、米国の一部金融関係者は、この非課税病院債による低利の資金調達が可能であり、かつ、コスト・ベースの償還がメディケアよりなされるために歴史的に病院の経営者は財務（バランス・シート）上の経営戦略に対する関心が低かったのではないかと指摘している。

この点については、後述するREITによる資本市場へのさらなる近接化の動きの中で、財務上のインセンティブが変化しつつある。過去10年間程度に亘って、他の産業は、不動産資産のマネジメントに焦点を当て始めてきていたが、医療機関は、その流れの中では遅れる形となっていた。しかし、最近になって、病院においてもREITが発行されるようになり、その流れのただ中に置かれるようになってきている。

## 2.3 REIT

米国では1970年に政府抵当金庫(Government National Mortgage Association : GNMA = Ginnie Mae)<sup>ii)</sup>が投資家向けにパス・スルー証券ii)を発行したのを端緒として、不動産証券市場が発達してきている。このうち、REIT (Real Estate Investment Trust) は、一種の不動産投資信託と考えることができ、不動産投資の専門株式会社という形態をとる。ただし、一般の株式会社の配当は税引後に行われるのに

ii) パススルー証券は、プールしたモーゲージからの元利返済をそのまま投資家に対するキャッシュフローとし（パス・スルーし）、投資家が期限前償還のリスクを負担することとした商品である。

対し、REITは一定の適格要件を満たせば法人税は課されず、税引き前の段階で配当が行われ株主段階で初めて課税されるという二重課税の回避策が設けられていることが大きな違いである。

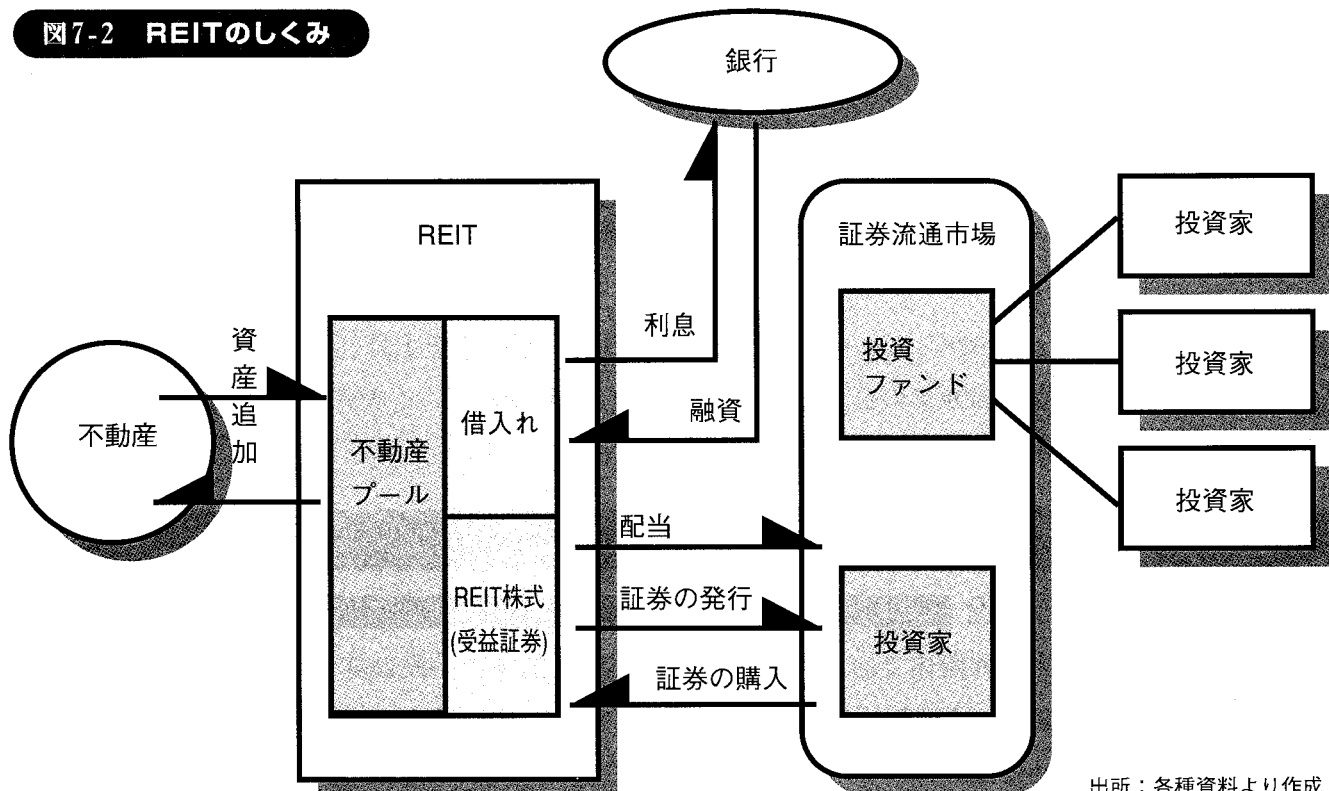
REITは1960年に米国議会により導入されたが、その理念は「投資家に魅力ある条件を提示することにより、できるだけ多くの国民に大規模不動産投資への機会を与える」こととされており、1960年代末からモーゲージ融資を中心に運用するREITがオフィスビル建設向け融資を増加させ、その後1993年頃からREITの株式公開ブームが起り、オフィス、賃貸住宅、大規模店舗、工場、ホテル、Health Care Facilityなど様々なタイプの物件に特化したREITが登場し、現在に至っている2)。

その仕組みは図7-2のとおりとなっている。

米国の非営利病院は、the Center for Healthcare Industry Performance Studiesによれば、1995年において総額9億100万ドルの資産を保有しているが、このうち、3億9,900万ドルが固定資産である。通常の病院において、その貸借対照表上、35～50%を不動産資産が占めるとされる。3)しかし、従来、米国医療機関の経営者(CFO)は、この不動産資産を効率的・競争的に使用し、その効用を最大化しようという考えは持っていなかったと一般に指摘されている。しかし、REITを発行し、資本市場に直接アクセスするようになり、投資家からの投資収益（内部収益率）上の要請から、病院の経営者は、不動産を有効活用するために、コストを低減し、収益力を高めるというインセンティブを持たざるを得ない状況になりつつある。

投資家は、従来のように不動産資産を医療サービスを提供するために抱える単なるコストと捉えるのではなく、戦略的に活用することにより最大限の収益を上げることができると主張する。最近の医療機関買収の動きもあり、病院の経営者は、より不動産資産を有効活用するために収入を最大化するだけでなく、不動産資産を保有するためのコストを低減することを考慮に入れることを迫られ

図7-2 REITのしくみ



出所：各種資料より作成

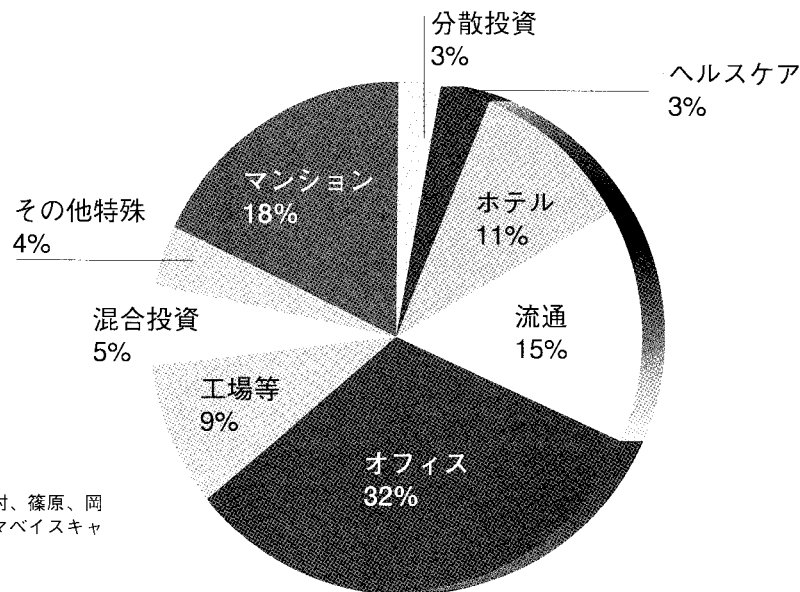
ている。REITのような戦略的不動産資産活用プランの基本的な3つの目的は以下のとおりである：

- 不動産資産活用のコスト効率性を最適化すること
- 運営コストを低減すること
- 不動産資産の最適配分・配置により追加的キャッシュフローを生み出すこと

したがって、以上のような資本の論理が前提となるREITを非営利病院が活用することが必ずしも好ましいことであるとは考えられない側面がある。また、1999年8月時点において、REITによる資本調達コストが9~10%であるのに対し、非課税で借り入れることができる借入金利が6%を下回る状況にあるという事実もある。

ただ、REITによって、病院の貸借対照表から、オフバランスへと不動産資産を移し、病院の経営者は本来業務である医療業務の運営へと専念できるという意義は有するものと考えられる。ただし、上記のような不動産資産の効率利用については、投資家の指示に従い、それにまかせるという前提のもとである。

図7-3 REITが取得した不動産のタイプ別シェア(1997年)



出所：ニッセイ基礎研究所 松村、篠原、岡共著「不動産証券化入門」シグマベイスキャピタル、1999年

なお、「病院」産業は、1997年において、全体で5.4%の資本収益率を上げ、財務的に健全な状況に止まっているが、一方で、1998年の公共部門の病院のREITは、ロジック／リゾートの-52.8%に次いで低いパフォーマンスである-25.7%となっている4)。

### 3. わが国の現状と考察

#### 3.1 わが国における状況

わが国においては、非営利団体である病院や診療所の資金調達の手段は非常に限定的であり、また、現在の医療保険制度では診療報酬に病棟新築や設備更新などの明示的な支払が含まれておらず、資金調達を銀行借りに頼っている状況にある。診療報酬債権は、通常収入になるまでに請求か

ら2か月かかることに加え、公的介護保険制度下における施設サービスを担うための施設整備の必要性など資金需要・供給のミスマッチの中で、医療機関の資金調達方法の多様化を望む声が強い。

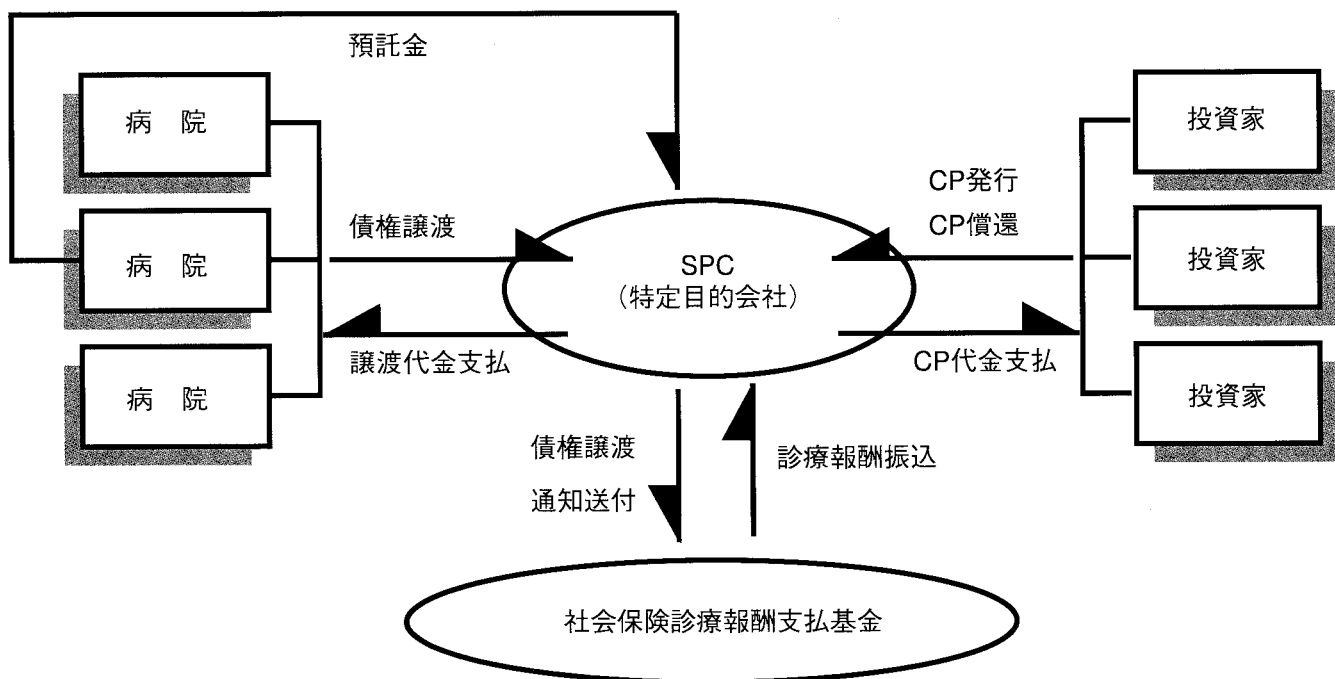
そうした中で、新しい動きが生じつつある。

京都の武田病院（京都市下京区）は、98年9月から銀行と組み診療報酬債権の流動化を開始した。診療報酬債権は医療機関が有する優良な債権であり、これを信託方式により流動化したものである。また、特定目的会社（SPC）が診療報酬債券を買い取り、コマーシャルペーパー（CP）などの債券を投資家向けに発行する仕組みの形態で診療報酬債権の流動化を行う動きがある（仕組みは図7-4参照）。

また、最近では、政府の行政改革推進本部規制緩和委員会（委員長・宮内義彦オリックス社長）が99年7月に公開した57の論点の一つとして「病院債の起債を検討する」との内容が盛り込まれた。

わが国における不動産の証券化については、不動産信託の共有持分権や信託受益権を活用した手

図7-4 診療報酬債権の流動化スキーム



出所：株式会社 法研「週刊社会保障」'99.10.4 P7

法による不動産小口化商品が1987年からみられるほか、1998年のSPC法（「特定目的会社による特定資産の流動化に関する法律」）施行による手法がある。これは、特定目的会社（SPC）を活用して、不動産資産（他の資産も可能）を流動化し、社債（特定社債）や株式（優先出資証券）などの受益証券を発行することにより資本市場からの投資を可能とするものである。

なお、99年7月の通常国会でPFI法（民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律）が成立し、10月から施行されており、この活用も考えられるが、1992年にPFIが導入されたイギリスにおいても、給食、清掃、施設警備等の医療周辺や非関連サービスがほとんどであり、医療

サービスそのものについてこの方式をとる例はないとされている。わが国においても民間事業者に医療サービスを委ね、公共主体がそのサービスを購入するという手法については医療の非営利原則から困難と考えられる。

### 3.2 考察

今後は、消費者たる患者にとっても有益となる医療機関の環境維持・改善のための長期安定資金調達を可能とするため、市場性ある病院債の発行をできるだけ早く具体的に検討し、整備を図ることが求められる。その際は、米国の信用補完のスキームを範として、金融保証の導入も検討すべきであり、また、地方自治体や社会福祉医療事業団が保証することなども併せて検討すべきであろう。なお、直接、病院が発行体となる場合には、証券市場に対する発行体たる参加者としてのディスクロージャー（財務内容の公開）等の社会的責任を負うことを自覚する必要がある点にも留意しなくてはならない。

同時に、市場性ある病院債もしくはSPC等の活用によるCP等の発行は、医療機関の資本市場への参加を意味し、スキームによっては、投資家による病院経営の監視、効率経営の要請を伴う可能性がある。この点は、米国におけるREITの事例が参考となる。また、その際は、REITの投資家の目的は、投資資産の成長にあり、他方、債券、CPの投資家の関心は、専ら元利金の保全にあるため、REITの投資家とは違った視点が必要になることも考えられるという点にも留意する必要がある。

医療の非営利性と資本の論理との融合、または折り合いをどのような形で手当するかがわが国における最大の課題となろう。

#### 参考文献

- 1) レスター・M・サラモン著、入山映訳「米国の「非営利セクター」入門」、1994年
- 2) ニッセイ基礎研究所 松村、篠原、岡共著「不動産証券化入門」シグマベイスキャピタル、1999年
- 3) Keren Pallarito, A Capital Offense; CFOs Overlook the Value of Hospitals' Real Estate Assets, Modern Healthcare October 07,1996 Pg.71
- 4) Keren Pallarito, Proposed REIT Merger Causes Stir, Modern Healthcare August 16,1999 Pg.44





## 第8章

### 医療における情報の非対称性に対する考察

#### — 医師患者関係再考 —

慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科 田中研究室

真野 俊樹

#### — 抄録 —

情報の非対称性とは、ある財の需要側と供給側との間に、保有する情報の質や量に差異がある状態のことである。現在、医師患者間の情報の非対称性解消という観点に立ち、診療録の開示、広告規制の緩和の議論がなされている。もちろん、適度の情報は必要であり、現在の医療において患者側に与えられている情報量が少ない事は事実である。この点に関しては、医師側のさらなる努力が必要なことは言うまでもない。しかし、情報の非対称性の枠を広げて考えると、医師患者関係を損なっている原因は情報の非対称を作り出す権威ではないであろうか？ そう考えると、医学知識を持ちかつ患者側にたった代理人の活用、あるいはセカンドオピニオンを利用した方が、単なるデータ主義に陥るより賢明であろう。その意味では、かかりつけ医が患者側にたった代理人・コンサルタントになりうると考えられる。

キーワード：情報の非対称性、医師患者関係、医療の不確実性、権威、かかりつけ医

## 1. はじめに

医療に関する経済学を学ぶと、情報の非対称性、医療の不確実性という二つの特徴が、医療という財を他の財との比較する際においてよく持ち出される。

情報の非対称性とは、ある財の需要側と供給側との間に、保有する情報の質や量に差異がある状態のことである。もちろん多かれ少なかれどんな財にでも需要側と供給側との間に情報の差はあるのだが、患者と医師間における情報の非対称性は、一般に患者側に発生し、患者が不利益を被る可能性があるが故に問題とされる。現在は、患者が情報の非対称性による不利益を被らないように、主として医師側の情報公開による解決策が考えられている。

また、医療という財においては、例えば年代別、職業別などに、罹患しやすい病気を統計的に知りえても、各個人がいつ、どのような病気にかかるかは予測できない不確実性が存在する。

つまり、情報の非対称性は主に患者側の不利益を起こす特質であり、医療内容の開示、医療広告規制の緩和などで対策が考えられているわけである。一方、医療の不確実性は医師側患者側ともにリスクを発生する医療の特徴である。

## 2. 情報の非対称性

情報の非対称性は程度の差こそあれ、どんな財でもみられる性質である。例えば、車を購入するに当たって、購入者は車についてのすべての情報を必要とするであろうか、あるいは求めるのであろうか？ また、消費者はお米について完全な情報を持ってから購入するであろうか？

元来、情報の非対称性が望ましくないという考え方は、完全競争市場においてパレート最適が達成されるという考え方に立脚している。当然これは理想的な環境における考え方にすぎない。

この意味で、情報の非対称性をなくすためと称する最近の医療情報開示論には若干の行き過ぎがあると思われる。実は、情報の非対称性解消論には単にデータとしての情報の開示しか触れられていない事に一番の問題がある。情報には、事実の集積にすぎないデータ、知識、知恵の三段階が存在するのだが、いままでの議論で扱われているのは単にデータの部分のみにすぎないように見受けられる。

さらに、医療における情報の非対称性には、理解力、実行力、権威など単なるデータ以外の側面も重要であり、この部分が抜け落ちた議論は無意味なものであると考える。なぜなら、医療という財において情報の非対称性を減らす最終の目的は、治療における患者満足に他ならず、単に患者の知識欲を満足させることではないからである。

この点において医療という財は際立った特徴を持つ。一般の消費財においてはその効用を増やすためには、その財についての知識が増える事が役立つ可能性が大きい。しかし、医療という財においては好き好んで病気になり、医療サービスを消費しようという消費者はいないため、病気についてのデータを増やし、知識欲を満足させる事は、少なくとも一般の消費者（患者）においては何ら意味をもたないと考えられる。

以上の議論を踏まえると、理解力、実行力格差に対する問題意識の伴わない、情報の非対称性の解消にのみ焦点を絞った論議は無意味であろう。

### 3. 医療の不確実性

ルネ・フォックスは医学教育の分野で考え出された不確実性を医療問題にも適応した。医学教育の分析で、医学生が膨大な医学知識を前にして「個人の学問の限界」と「医学そのものの限界」をはじめ混同するが、しだいに区別して考えられるようになっていくという考え方である。医療に関する不確実性は、後者の「医学そのものの限界」に起因するもので、例えば、年代別、職業別などに、罹患しやすい病気を統計的に知りえても、各個人がいつ、どのような病気にかかるかは、医療供給者、保険者、その当事者である個人ともに予測できないことを指す。

フォックスはさらに、「医師にとっても患者にとっても痛烈なパラドックスは、この20世紀の医科学と技術の偉大なる進歩が、健康や病気、生命と死についていかに我々が無知であり、当惑させられ、また誤っているかをいろいろな形で明らかにするのに役立っているということであり、しかも現にそうであるということであるという事実である。」と述べている。

この不確実性は、医学の対象が19世紀的な疾患である感染症から、慢性の生活習慣病に移った事でも助長されている。つまり、医師が一元的な病因を除去すれば治癒させえた疾患から、多因子疾患で患者とのいわば共同作業で病気と付き合っていく考え方の疾患への移行である。これは、科学的な要素還元主義では解決できない事態、すなわち不確実性が増すことを意味する。

以上の議論からわかるように、明らかに医師の不注意に起因するもの以外にも、医療あるいは医師に対する不信から、本来医師の責任でない、医療の不確実性に起因する事象まで、医師の責任のようにみなされる傾向があることは間違いであり、この点は注意を要する。

この特徴は、医療という財にかなり特徴的である。したがって、このような不確実性を極力排除するために、医師は医業を行うために6年間にわたる勉学の期間と医師国家試験合格を義務化され、そのかわり業務独占が認められているのである。

### 4. 医学の限界とそれに対する対処

医療の不確実性と、医師が得られる患者情報の不足（情報の非対称性の一部をなす）がある中で、現実に患者を前にした時、これがどう補われているのか。実は、この部分が医療のアートの部分に他ならない。言い換えれば個別性の強い、テーラーメイドの部分である。当然これは、各医師の研鑽、経験によって身につく部分であり、単なるデータの集積の部分にはおきかえられない。

いいかえれば、医業を行うための6年間という勉学の期間、医師国家試験合格は骨格の部分であり、その骨組みの上で各医師はみずからの医療を形成しているのである。

### 5. 医師患者関係について

現在、医師患者間の情報の非対称性解消を目的として、診療録の開示、広告規制の緩和の議論がなされている。もちろん、適度の情報は必要であり、現在の医療で患者側に与えられている情報量が少ないことは事実である。この点に関しては、医療提供側のさらなる努力が必要なことは言うまでもない。

しかし、繰り返しになるが、医学医療にはかなり個別性が強い部分があり、この部分は医師の経験が

補っている。つまり、医療経験のない消費者が単なるデータの集積で理解することが極めて難しい。この点は医療という財の特殊性を考えると、単に情報の非対称性の解消だけで解決がつく問題ではない。むしろ、患者側が中途半端なデータを振りかざすと、医師患者関係を損なう結果にもなりかねない。実は、上述したように情報の非対称性の枠を広げて考えると、医師患者関係を損なっている原因は権威ではないであろうか？ そう考えると、医学知識を持ち、かつ患者側にたった代理人の活用、あるいは医師からのセカンドオピニオンを利用した方が、単なるデータ主義に陥るより賢明であろう。また、何より、かかりつけ医のように権威主義でない医師を身近な代理人・コンサルタントとして活用し、データを知識、知恵の領域に昇華することが肝要である。

## 6. Primary Care Physician (PCP) 充実の必要

米国、英国などの医療システムにはPCPが存在している。PCPは日本における無床診療所開業医にかなり近い概念<sup>i)</sup>であるが、英国では法制上、米国では保険者からの強制で、PCPを受診しないと専門医の受診ができないシステムである点が異なっている。また、普通、日本の開業医が同じ専門科（例えば内科）のなかで一般医、専門医が区別される<sup>ii)</sup>のに比し、英国、米国では日本という標榜科をまたがっての一般医であることが大きな違いとして指摘できる。

近年、医師会を中心にかかりつけ医機能の充実が提案されている。現在の医療機関受診においては、現実に機会損失が多く発生していることは、大病院外来での待ち時間を考えれば明らかである。また、大病院には専門医としての訓練を受けた専門医が多いにしても、この機能を持った医師群は、必ずしもPCPに要求される機能の一つである患者の振り分け作業は得意でないとみなした方がよい。それどころか、自分の専門性によるバイアスがかかり、自分の専門であり得意な分野を最初に考える傾向があるので、患者にかえって危険なケースもありえる。例えば、慢性膵炎による腰痛を、整形外科医が骨粗鬆症として診断・治療するなどがこの例である。あるいは専門性故に、過剰検査に陥るかもしれない。

こうした問題を回避するために、最近、一部の大学病院では総合診療科を導入している。しかし、この制度は、医師の教育としてPCPとしての考え方を早期に刷り込むためには適当であるが、高度医療の場としての大学病院の性格を考えると、診療科としては余りふさわしくない。むしろ、大学病院ではPCPで振り分けされた患者を専門的に、高度医療を使って診断、治療すべきであろう。

やはり、PCPが中心になって、基本的な診断を行い、Common DiseaseについてはPCPが治療し、難治性疾患については専門医に任せるスタイルが分業という観点からは効率的であると考えられる。また、医師患者間における情報の非対称も、Common Disease・慢性疾患に比して、高度医療・急性期医療にかかれる方が大きい。いいかえれば、PCPが扱うCommon Diseaseについての情報の非対称はそれほど大きくはない。これは、患者はかかりつけ医に対しては、情報の非対称が小さく取引費用が少ないことを意味する。

i) 専門性を強く打ち出している場合は除く

ii) いろいろな科目を標榜している開業医も多いが真に得意である分野は限られている。

## 7. 結語

これまで、医療における情報開示の議論は、いわゆる市場の失敗の原因を情報の非対称に求めることが立脚点であった。しかしながら、医師患者関係は、単に知識としての情報を患者に流せば改善されるといった単純なものではない。また患者は、取り引き費用が少ないかかりつけ医を患者側代理人として積極的に活用すべきで、かかりつけ医も、医学知識を使うこと以外にも患者側の代理人・コンサルタントとしての意識を持つ努力が肝要である。



## 第9章

### 広告規制の緩和と消費者利益

名古屋市立大学 経済学 専任講師

余田拓郎

— 抄録 —

医療法第69条では、医療機関が行うことのできる広告の内容について厳しい制限が設けられている。消費者の適切な選択という視点で広告規制の緩和を考えた場合、広告規制の緩和によって消費者の得る情報は増えるが、適切な判断ができるかどうかは別問題である。広告を分類すると、①情報提供的広告、②イメージ広告、③説得的広告に分類することができる。医療法上の「広告」は、広報を含んだ広義の意味に用いられているので、情報提供的広告に含められ、消費者の医療サービス選択を助けるという点で、規制を緩和していくことが望ましい。一方、イメージ広告や説得的広告は、選択に際しての知識を補完する効果はなく、規制緩和の必要はないであろう。なお情報提供的広告であっても、提供される情報が事実を反映したものであるかどうかについては何らかの規制が必要であることは言うまでもない。

消費者の評価属性には、探索属性、経験属性、信頼属性が存在する。医療サービスの評価属性はいくつかの側面があり、広告による情報提供によって患者にとって望ましい選択がなされるかどうかは、一概には言えない。情報提供的広告の緩和によって、患者が医療機関を選択する際に必要な探索属性を得ることができるが、経験属性や信頼属性では、必要な情報が提供されとは限らない。消費者が選択に際して容易には入手できない種類の属性については、広告に掲載できる客観的情報の提供機関(第三者機関)を設置するとともに、その情報を効率的に広める仕組みも必要である。

キーワード：広告規制、広告の分類、過剰広告、消費者の評価属性、広告媒体

## 1. はじめに

本稿では、消費者利益という視点で考えた場合の医療機関に対する広告規制緩和のあり方について論ずる。医療機関の行う広告は医療法によって、診療科名、診療日、入院施設の有無、予約に基づく診療の実施、訪問看護の実施等に限定されていたが、第三次医療法改正に伴って大幅に規制が緩和された。たとえば、医療スタッフの数、病床種別ごとの病床数・病室数、あるいは入院患者に提供するサービスの内容など大幅な広告規制の緩和が実現された。けれども、他産業と比べて依然として厳しい広告規制が存在するのは事実であり、医療審議会でも引き続き規制緩和に向けての審議が進められている。本稿では、さらなる規制緩和に向けての方向性を患者の適切な選択という視点から議論する。

## 2. 医療機関の広告

医療法第69条では、医療機関が行うことのできる広告の内容について厳しい制限が設けられている。医療法上規制の対象となる「広告」とは、「不特定多数に知らせる方法により、一定の事項を告知することであって、書面によるか否かを問わない」ものとされている<sup>i)</sup>。特定の患者に対してサービス内容を説明したり、あるいは出版社や新聞社から取材を受け、それに回答を与えることは、医療法における広告規制の対象ではない。問題となるのは、(広告)宣伝活動であっても広報活動であっても、それが不特定多数に対するものであるかどうかである。そして、その不特定多数に対して提供可能な情報についての制限が、医療法第69条で規定されていると考えることができる。

一般に、消費者が製品やサービスを選択するに際しては、「認知」→「情動」→「意図」というプロセスを経る<sup>ii)</sup>。広告はこのそれぞれの状態に到達させることを目的として、それぞれの目的に沿った内容をもっている。このようにプロセス上の目的に基づいて、広告を分類すると次のように分類することができるであろう<sup>iii)</sup>。ひとつは、1)情報提供的広告(informative advertisement)もしくはハード・インフォメーションと呼ばれるものである。これは、製品やサービスの存在、場所、価格、サービスの内容(品質)に関する情報を消費者に提供することによって製品・サービスの認知や理解を促

- 
- i) 医療法の中で広告についての定義が行われているわけではないが、厚生省「平成9年医療監視等講習会」疑義応答において、ここに示される意味内容が広告に付与されている。
  - ii) 消費者の行動については、たとえば、Peter and Olson(1999)を参照のこと。
  - iii) 広告の類型化はさまざまに行われている。たとえば、小林(1983)を参照。
  - iv) 客観的事実の伝達を広報、主観的なイメージの形成を目的とした情報の伝達を広告とすることもあるが、これは広告を狭義に捉えすぎている。歴史的にみて広告の本来的な役割は、その存在、場所、客観的特性を伝達することであり、イメージ広告や説得的広告は比較的近年に生じてきたものである(たとえば、二瓶1988参照)。
  - v) 説得的広告をイメージ広告を含め情報提供的広告と対照的に用いることもある。また、イメージ広告と対比させて、理性に訴えるという側面を強調する場合に用いられることもある。
  - vi) 一般に広報と広告は、コストと管理権によって区別できるが(たとえば、徳永・マクラクラン・タムラ1989参照)、医療法では、コストや管理権に言及しておらず、「広く一般に知らしめる」ことを広告としていることから、広報も広告の一部として捉えていると考えることができる。

進するものであるiv)。2つ目は、イメージ広告(image advertisement)もしくはソフト・インフォメーションと呼ばれるもので、主としてテレビやラジオなどの媒体を通じて、好ましいイメージの形成を目的とするものである。そして3つ目は、消費者の行動(意図)を直接誘引するための説得的広告(persuasive advertisement)であるv)。

なお、医療法における広告規制の緩和に関連して行われる議論は、「宣伝」を意味する狭義の意味の広告と、客観的情報を広く一般に知らしめることを意味する広報という分類のもとに行われることが多いが、医療法上の「広告」は、広報を含んだ広義の意味に用いられているので、ここでは広報は情報提供的広告に含めることができるであろうvi)。

情報を提供することによって、入手できる製品やサービスの性質を潜在的な消費者に伝えることができる。価格がコントロール変数である場合、より高い需要の価格弾力性をもたらし、また、統制価格の場合、より高い質の製品や提供されるサービスの売り手に対する需要を拡大する。医療分野では保険適用サービスが統制価格であるため、広告が高品質を提供する誘因になる。一方、供給側に価格決定権のある医療サービスについては、広告制限は価格の高騰を招くため望ましくない。寡占市場では、広告を制限すると、情報の偏在による差別化を生み、価格上昇が生ずるからである。

けれども、これは提供される情報が、サービスの存在、価格の内容などの場合、すなわち情報提供的広告の場合である。イメージ広告の場合、実際には存在しない差異をあたかも存在するかのごとく差別化する効果をもっているためvii)、競争を緩和し価格を高める。あるいは、価格が統制されている場合には、提供されるサービスの低下を伴うものとなる。また、説得的広告では、消費者の選択を歪めたり、真に欲しない欲求を刺激するという点では、社会的に有害にもなりうる。医療サービスにおいて、広告規制緩和の対象として議論されてきたのは情報提供的広告であり、消費者の医療サービス選択を助けるという点で、規制を緩和していくことが望ましい。一方、イメージ広告や説得的広告は、選択に際しての知識を補完する効果はなく、規制緩和の必要はないであろう。

### 3. 過剰広告

情報提供的広告を緩和する上で、いくつかの課題がある。まず、情報提供的広告であっても、社会的に望ましい広告水準がもたらされるかどうかという問題があるviii)。とりわけ、寡占のもとでは相殺的な広告を生み一般に過剰広告となりやすいため、何らかの規制も必要であるとの指摘もある(Dixit and Norman 1978)。すなわち、広告制限をなくすと、サービス向上の誘因となる一方、顧客獲得のための広告競争を生みコスト上昇要因となりうる。また、独占的競争における広告水準は、社会的に望ましい広告水準と等しくなるといわれるが(Butter 1977)、その前提は、消費者が他の広告を重複して受け取らない場合であり、過剰広告にはならないとは言えない。

vii) この点については、たとえば、Solow(1967)を参照のこと。

viii) 広告と競争という点では、政策上の合意が得られるほどの研究は存在していない。非寡占市場における広告が競争促進効果を持ちうるという研究(Benham 1972; Cox 1982; Steiner 1973)がある一方、広告が参入障壁の重要な形成要因であり、広告売上高比率と利潤率との間に正の相関がみられるという研究(Comanor and Wilson 1967; Miller 1969)もある。



過剰広告を防ぐ方法としては、広告の総量規制と中立的な機関による情報提供がある。広告の総量規制は、課税によって行うことが可能であるが、非営利企業には馴染まないであろう。むしろ、後者の中立的機関による情報提供が望ましい。これは、公共的もしくは中立的な機関によって医療サービスの内容や価格について情報提供させるものであり、消費者は医療機関による広告に依存することがなくなるので、医療機関広告の役割が低下し、過剰広告を是正する方向に誘導することになる。

もう一つの課題は、広告が情報提供的であっても、提供の仕方によってはイメージの形成や過剰な説得に結び付きうるという点である。たとえば、広報的な位置づけによって行われる医療機関のパンフレットも、立派な装丁や建物の外観写真を掲載することによって、好意的なイメージを形成しうる。また、客観的情報それ自体によって心を動かされ、欲求が顕在化する場合、それは十分説得的広告となりうる。イメージ広告と説得的広告を原則禁止にするにしても、情報提供的広告とこれらの広告の境界は明確ではなく、具体的なガイドラインの設定を注意深く行う必要がある。

## 4. 広告規制緩和に向け

### 4.1 広告の監視

情報提供的広告であっても、提供される情報が事実を反映したものであるかどうかについては何らかの規制が必要であることは言うまでもないことである。虚偽広告、誇大広告、比較広告については、一般の広告と同様に規制対象となる。とりわけ医療の効果に関わる広告では、消費者による監視を期待しにくいを考慮すると、こういった広告の監視は欠かせない。

### 4.2 診療所と病院

これまでの議論は、診療所であっても、病院であっても同様にあてはめることができる。一時、医療審議会では診療所は原則自由、病院はポジティブ方式もしくはネガティブ方式での緩和が検討された<sup>ix)</sup>が、医療機関の規模によって、広告規制のあり方を変えることは正当化できない。消費者の医療機関選択という視点でいえば、むしろ、患者にとってスイッチング・コスト(医療機関をかえるためのコスト)が大きい病院の場合にこそ、選択の際の判断材料とする情報提供的広告は必要になってくるのではないかと考えられる。少なくとも、患者の評価属性が多様化し、病院と診療所が機能分化していく中で、広告規制を医療機関の規模によって変えることの正当性は見いだせない。ただし、テレビやラジオなど規模の経済性をもつ広告媒体では、資金力に勝る病院に有利であり、両者の健全な機能分化が進まない懸念もある。けれども、情報提供的広告に限定して原則自由にするならば、(規模の経済性が生じにくい)活字媒体の広告が中心になると考えられ、診療所と病院で規制の水準をかえる理由付けにはならないであろう。

### 4.3 医療サービスの評価属性と広告規制

消費者の評価属性には、探索属性(search qualities)、経験属性(experience qualities)、信頼属性

ix) 厚生省によって公開されている「医療審議会総会議事要旨」による。

(credence qualities)が存在する(Nelson 1970; Darby and Karni 1973)。消費者はこれらの属性に関する評価を行いながら、製品あるいはサービスを選択する。探索属性は、サービスの提供を受ける前に評価できる属性であり、医療機関の存在、距離、診療科、予約診療の有無などである。経験属性は、購入後あるいは消費中にのみ、評価可能な属性である。医療サービスでは、看護婦の対応や医師の接し方、居心地、食事の内容などである。一方、信頼属性は、購入後であっても評価が困難なものであり、診療のパフォーマンスは、診療後であっても患者には評価できない側面をもっており、広告による情報提供とはなじまない。このように、医療サービスの評価属性はいくつかの側面があり、広告による情報提供によって患者にとって望ましい選択がなされるかどうかは、一概には言えない。

情報提供的広告の緩和によって、患者が医療機関を選択する際に必要な探索属性を得ることができ、経験属性や信頼属性では、必要な情報が提供されとは限らない。代替的な判断要素として「医師の経歴」「使用する医療機器」「他の病院・診療所との連携」等に関する情報提供が必要になってくる。こういった情報内容のいくつかは第四次医療法改正によって広告が認められることになったが、現状ではポジティブリストでの緩和であり、整理された姿であるとはいえない。消費者が選択に際して容易には入手できない種類の属性については、広告に掲載できる客観的情報の提供機関(第三者機関)を設置するとともに、その情報を効率的に広める仕組みも必要である。

#### 4.4 媒体と広告規制の緩和

広告媒体として、テレビ、ラジオ、新聞、雑誌、ダイレクトメール、折込チラシ、屋外広告、交通広告、そしてインターネットなどを挙げることができる。広告媒体別に広告機能を分類することは困難であるが、相対的にはテレビやラジオの電波媒体は、一過性のものであり、イメージ広告や説得的広告に適しているx)。一方、新聞、雑誌、折込チラシといった活字媒体は、詳細の情報を伝達することができ、情報提供的広告に適している。情報内容と媒体にはある程度の対応が可能のため、媒体による規制は情報内容による規制よりも監視が容易であることから、情報内容に関する規制に対応させる形で媒体の規制を行うことも一案である。けれども、規制すべきは情報内容であって、媒体ではない以上、規制した情報の内容に関する監視を強化する努力が欠かせない。

監視の強化が必要であるという点は、最近利用が拡大しているインターネットに関してもあてはまる。インターネット広告は、現在全広告の0.1%程度(98年度広告費換算)の規模ではあるが、広告コストの低いホームページを通じての情報提供であるだけに、情報が提供される対象の範囲や情報量という点で、影響力は急速に拡大しており、何らかの検討が必要である。これまでは、インターネット上のホームページは消費者側の自発的な意志に基づいて検索されており、医療法の規制対象とはならない(「平成9年医療監視等講習会」疑義応答における厚生省見解による)とされてきたが、インターネットでも極めて容易にアクセスできるようになった現状を鑑みると、他の媒体と同様のアクセシビリティが確保されつつある。つまり、特段の自発的な意志がなくとも、医療機関の提供する情報にアクセスできるようになりつつあり、不特定多数に対する情報提供媒体として医療法の

x) ネットワークテレビによる広告は、存在以上の情報はほとんどないといわれる(Nelson 1974)。

規制に含めた議論が欠かせない。

けれども、インターネットでは、情報提供主体が多すぎる(その結果提供される情報量も多い)ことや、情報発信者を特定できないなどの媒体上の特徴から、現状では医療法による管理、罰則適用が困難である。従って、当面は情報提供主体を特定し、情報量を限定するという目的のために、オフィシャル・ホームページ上もしくは第三者機関の認定を受けたコンテンツに限り広告可能とするなど、インターネット上の広告には制約を設けて運用することが必要であろう。

## 5. おわりに

消費者の適切な選択という視点で広告規制の緩和を考えた場合、広告規制の緩和によって消費者の得る情報は増えるが、適切な判断ができるかどうかは別問題である。広告は基本的にスポンサー(広告主)の管理下にあるため、スポンサーに不利な情報は提供されえない。したがって、患者は広告のみを頼りに適切な選択を行うことはできず、なんらかの中立的な情報が必要となる。このような情報を提供する中立的な機関の充実が必要不可欠であり、またこういった情報を広告を通さずに入手できるようにすることが、過剰な広告費支出への歯止めにもなりうる。

## 参考文献

- 1) J.P. Peter and J.C. Olson, *Consumer Behavior and Marketing Strategy*, Irwin/McGraw-Hill, 1999, p.545.
- 2) 小林太三郎、現代広告入門、ダイヤモンド社(東京)、1983、349頁。
- 3) 二瓶喜博、広告と市場社会、創成社(東京)、1988、225頁。
- 4) 徳永豊・D.マクラクラン・H.タムラ編、詳解マーケティング辞典、同文館(東京)1989、419頁、274頁。
- 5) R. Solow, *The New Industrial State or Son of Affluence*, *Public Interest*, 1967, 9, pp.100-108.
- 6) L. Benham, *The Effects of Advertising on the Price of Eyeglasses*, *Journal of Law and Economics*, 15, 1972, pp.337-352.
- 7) S.R. Cox, *Some Evidence on the Early Price Effects of Attorney Advertising in the USA*, *Journal of Advertising*, 1982, 1, pp.321-331.
- 8) R. Steiner, *Does Advertising and Competition*, *Journal of Marketing*, 1973,37, pp.19-26.
- 9) W.S. Comanor and T.A. Wilson, *Advertising and Market Power*, Harvard University Press (Cambridge, Mass), 1967.
- 10) R.A. Miller, *Market Structure and Industrial Performance: Relation of Profit Rate to Concentration, Advertising Intensity, and Diversity*, *Journal of Industrial Economics*, 1969, 17, pp.104-118.
- 11) A. Dixit and V. Norman, *Advertising and Welfare*, *Bell Journal of Economics*, 1978,9,1-17.
- 12) G.Butter, *Equilibrium Distributions of Sales and Advertising Prices*, *Review of Economic Studies*, 1977, 44, pp.465-491.
- 13) P. Nelson, *Information and Consumer Behavior*, *Journal of Political Economy*, 1970, 78, pp.311-329.
- 14) M. Darby and E. Karni, *Free Competition and the Optimal Amount of Fraud*, *Journal of Law and Economics*, 1973, 16, pp.67-88.
- 15) P. Nelson, *Advertising as Information*, *Journal of Political Economy*, 1974, 81, pp.729-754.

## 第10章

### 消費者契約法の医療への適用の是非

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 田中研究室

武久麻理

— 抄録 —

消費者契約法（仮称）は、「消費者契約における契約締結過程及び内容の適正化を図ることにより、消費者利益を確保し、もって国民の消費生活の安定及び向上に資すること」を目的として国民生活審議会で審議されてきた。医療は法の適用外に残されそうな状況であるが、なぜ医療は適用外であるべきなのかを改めて整理検証する。

医療の場合、事業者（医師）と消費者（患者）の契約に相当する「診療」は、契約以前の説明が不可能である。診療を進めていく過程で医師は専門的知識を元に患者の状態を把握し、はじめて診療（＝契約）に対する説明が可能となるのである。消費者契約法が医療に適用された場合には、訴訟を回避するための医師の防衛手段が、かえって患者の治療の妨げとなるともいえる。情報提供と合意を追及するあまり、診療行為の萎縮が起る可能性も禁じ得ない。

キーワード：消費者契約法、情報提供、不確実性、契約解消、  
インフォームド・コンセント

## 1. はじめに

消費者を取り巻く環境が急速に多様化・複雑化し、契約を中心とした消費者取引におけるトラブルが大幅に増加している。そうした中、消費者契約法（仮称）は、「消費者契約における契約締結過程及び内容の適正化を図ることにより、消費者利益を確保し、もって国民の消費生活の安定及び向上に資すること」を目的として国民生活審議会で審議されてきた。すなわち、消費者契約の締結過程と契約内容の両面にわたって適正化をはかり、情報、知識、交渉力において事業者に格差をつけられている消費者の利益を確保しようとするものである。

現時点では医療は法の適用外に残されそうな状況であるが、なぜ医療は適用外であるべきなのかを改めて整理検証する。

第2節では消費者契約法の論点を整理し、第3節で消費者契約法の医療への適用とその問題点を指摘し、第4節で医療を適用除外とする理由をまとめ結論とする。

## 2. 消費者契約法の論点と具体的内容について

消費者の契約への自己責任は、消費者が十分な情報の下で自発的な意志決定をすることができて初めて可能となる。消費者と事業者が自己責任に基づいて行動できる環境整備の観点からも、契約段階において事業者から消費者へ必要な情報が提供されていなければならない。しかしながらこれまでは、消費者と事業者の間に情報の面で大きな格差が存在しており、必要な情報が迅速かつ適切に消費者へ提供されているとは必ずしも言い難い状況となっている。近年大幅に増加しつつある消費者トラブルは、消費者と事業者の間に情報や交渉力等において格差が存在するため、消費者が契約を締結するに当たって主体的な判断ができず、結果として不当な内容の契約を締結してしまうことにより生じている。

そのような状況を鑑み、消費者利益を確保し、消費者契約に係る問題を防止・解決するためには、契約締結過程及び契約内容についての具体的かつ包括的な民事ルールの立法化が必要である。以上のことから、民商法の特別法として、消費者と事業者の間に締結される全ての契約（＝消費者契約）を対象とする消費者契約法（仮称）の立法化が進められることとなった。

消費者契約法（仮称）には具体的に以下のことが含まれる予定である<sup>i)</sup>。

・ 契約締結過程の適正化のためのルールの内容

(情報提供義務違反・不実告知の場合の契約の取消)

消費者契約において、事業者が、契約の締結に際して、契約の基本的事項その他消費者の判断に必要な重要事項について、情報を提供しなかった場合又は不実のことを告げた場合であって、当該情報提供があった又は当該不実の告知がなかったならば消費者が契約締結の意思決定を行わなかった場合には、消費者は当該契約を取り消すことができる。

(威迫・困惑行為があった場合の契約の取消)

---

i) 以下消費者契約法(仮称)の引用は、国民生活審議会消費者政策部会中間報告による

消費者契約において、契約の勧誘に当たって、事業者が消費者を威迫した又は困惑させた場合であって、当該威迫行為又は困惑行為がなかったならば消費者が契約締結の意思決定を行わなかった場合には、消費者は当該契約を取り消すことができる。

(不意打ち条項)

交渉の経緯等からは消費者が予測することができないような契約条項（不意打ち条項）は、契約内容とならない。

・ 契約内容の適正化のためのルールの内容

(不当条項の無効)

消費者契約において、不当条項は、その全部又は一部について効力を生じない。

(不当条項の定義)

不当条項とは、信義誠実の要請に反して、消費者に不当に不利益な契約条項をいう。

(個別的ケースにおける不当条項の評価方法)

不当条項の評価は、契約が締結された時点を基準としたすべての事情を考慮して判断する。

(不当条項の評価の対象外となる事項)

契約の主要な目的及び提供される物品又は役務の価格若しくは対価とその反対給付たる物品又は役務との均衡性については、不当条項の評価の対象としない。

(不当条項リスト)

不当条項リストを作成し、当然に無効とされる条項をブラック・リストとして、不相当と評価された場合にのみ無効とされる条項をグレイ・リストとして、それぞれ列挙する。

(リストに揚げるべき不当条項)

[事業者の責任を不相当に軽くする条項]

[事業者に一方的な権限を与える条項]

[その他事業者に有利な条項]

[消費者の権利を不相当に制限する条項]

[消費者に過重な義務を負わせる条項]

[契約の解除・解約に関する条項]

[損害賠償額の予定、違約罰等に関する条項]

[紛争解決に関する条項]

[その他]

(契約条項の明確化等)

契約条項は、常に明確かつ平易な言葉で表現されなければならない。

(契約条項の解釈原則)

契約条項の解釈は合理的解釈によるが、それによっても契約条項の意味について疑義が生じた場合は、消費者にとって有利な解釈を優先させなければならない。

### 3. 消費者契約法の医療への適用とその問題点

消費者契約法とは情報、知識、交渉力等において事業者に格差を付けられている消費者の利益を確保しようとするものである。医療提供側（医師）を事業者とし、患者を消費者とする前提そのものへの反論もあるii) が、ここでは議論を簡潔にするため医療提供側（医師）を事業者とし、患者を消費者として消費者契約法を医療へ適用した場合の問題点を検証していく。

消費者契約法（仮称）を簡潔に述べるなら、

- ・消費者の判断に重要な事項について事業者が情報を提供しなかったり、うそをついた（情報提供義務違反・不実告知の場合の契約）
- ・消費者に予測できない条項がある（不意打ち条項）
- ・契約書の中に消費者に一方的に不利益な条項がある（不当条項）

などの場合、消費者は契約を取り消すことができるとしている。これは一見インフォームド・コンセントのように、元来医師が取り組むべきことを述べているに過ぎないようにもとることができるが、それらが権利義務関係となって実際の医療に当てはめられるとどうであろうか。

#### 3.1 契約開始時期の情報提供の不可能

物品や一般サービスの売買ならば、消費者も十分な説明を受けた後購入を決定する（＝契約をする）ことが可能であるし、事業者も商品について理解をしてもらってから販売する（＝契約をする）ことができる。しかし医療の場合、事業者（医師）と消費者（患者）の契約に相当する「診療」は、契約以前の説明が不可能である。診療を進めていく過程で医師は専門的知識を元に患者の状態を把握し、はじめて診療（＝契約）に対する説明が可能となるのである。したがって、消費者契約法の求める「契約時の事業者からの情報提供の必要性」を医療に求めることはできない。

#### 3.2 情報提供証明の困難さ

現在インフォームド・コンセントはかなり実施されているが、それはほとんどが口頭での実施となっている。実際医療現場で一人一人の患者の診療方法について書面での説明は不可能である。しかし、口頭説明の場合、それが為されたのか為されなかったのかを、証明することは困難となろう。インフォームド・コンセントのもとに診療をした（している）といった診療契約書の取り交わしも現実からはかけ離れた方策である。

また、医療という高度な専門知識が必要な分野では、患者がどこまで理解したかを正確に判断することは難しい。医学的専門知識を1から10まで並べ立てて説明をするよりも、その患者の理解度に合った十分な説明をし、同意（インフォームド・コンセントの実施）を得ることがより重要な

ii) 日医石川副会長：「事業者」、「消費者」概念を医療のなかに持ち込むことは、医療現場の混乱と悪しき影響を招くだけである。

国民生活審議会消費者政策部会第12回消費者契約適正化委員会議事要旨より：医療は営利目的の事業ではない。医師が事業者であり、患者が消費者という考え方は、現場としては理解しにくい。



のである。

このような状況から医療とは、消費者契約法にのっとった診療がなされたことの証明が極めて困難な分野であると言えよう。

### 3.3 情報提供範囲決定の困難

患者自身が自分の状態を理解し、治療に万全の体制で取り組むためにも、インフォームド・コンセントは診療の一部としても大切な要素となり得る。しかし、消費者契約法で必要とされる情報提供の範囲とはどのようなものなのであろうか。

患者の状態によっては情報提供をしない方が望ましいと考えられる場合や、情報提供が不可能な場合もある。救急治療の場合などは、情報提供をして患者からの合意をとるよりも、医師としてのプロフェッショナルな決断が要求される。その決断が結果として治癒という方向に向かわなかった場合、消費者契約法に基づき訴訟の対象とするわけにはいかない。

医療には、結果の不確実性や患者の病状の変化等、医師（事業者）にも予測不可能な状況が発生する可能性が一般商品より高いといえる。重要事項だと思われる事項が刻々と変化する可能性が高いのである。時間が経ってから重要事項が見えてくるケースもある。不意打ち条項・不当条項を適応すれば、医療過誤がなくとも、医療本来の特性である予測不可能性が「患者の予測し得なかった状況が起こった」として訴訟対象となり得てしまう。

また医師にとって予測可能な状況ではあるが、発生の可能性が著しく低い場合なども存在する。そのような可能性までもも含めてあらゆる情報を患者（消費者）に提供することがはたして重要なのであろうか。場合によっては情報過多が患者の判断を狂わせることもある。また、情報提供をして患者（消費者）の自己決定を促すよりも、治療方法の決定自体が医師の役割の一部とも考えられる。しかし消費者契約法が重要事項に関する情報提供を事業者に求めることから、重要事項が刻々と変化する可能性のある対象を扱っている限り、医師は訴訟から身を守るためには、あらゆる可能性についての情報提供をする必要が生まれてくるであろう。

このように消費者契約法が医療に適用された場合には、訴訟を回避するための医師の防衛手段が、かえって患者の治療の妨げとなるともいえる。情報提供と合意を追及するあまり、診療行為の萎縮が起る可能性も禁じ得ない。

### 3.4 契約解消の不適切

消費者契約法では、定められた事項が守られていない場合は契約を取り消すことができるとしている。しかし、医療において契約を取り消す過程はある意味で存在しない。医者（事業者）の変更は可能であるが、それまで行ってきた診療・治療を無しにすることは不可能であるし、人の体という不可逆なものを取り扱っている以上、治療費の返済で済む問題でもない。

治療前と治療後でその治療に対する患者の意見が変化する場合もある。例えば、乳がんで乳房を失った時など治療前は、命>乳房であったものが、命の保証がされるやいなや、命<乳房と意識が変化する事態はよく聞く話しである。しかし失った乳房は元には戻らない。そこで、消費者契約法

を厳密に適用していくなら、「乳房を失う非効用に対する重要事項の事前説明が欠落していた」として訴訟が起こる可能性も出てくる。

契約の取り消しが意味を持たないのであるのならば、あとは消費者契約法に基づいた訴訟が消費者利益を守るとの帰結になる。しかし訴訟を起すのであれば、民事上のルールとしては、インフォームド・コンセントをしなかったら損害賠償責任を負わされる判例はほぼ確立している。しかし、先ほどの例のような場合では、消費者契約法で求められているだけの情報提供を医療現場で実施することは不可能である。医療の現状に沿ったかたちでのインフォームド・コンセントがすでに訴訟において求められている中、「重要条項における情報提供をしておかなければならない」という医療現場に対し、事前に100%満たすことの出来ない状況を義務付ける消費者契約法をそのまま医療へ適用させる方向は、現場での混乱を招き不都合を生じさせる可能性を多く含んでいる。

## 4. まとめ

上述した理由をあわせて考えると、現在の状況で医療に消費者契約法をそのまま適用させ、医療現場での萎縮や混乱を招くより、医療現場にあった情報提供体制の確立を促す方が良いのではないかと思われる。

では、現実の医療の情報提供体制はどのようなのであろうか。医療契約は民法上の準委任契約（求められた仕事の完成が義務付けられていない性質の契約）とする解釈が通説である。医師の主たる義務は、診療業務を行う際に「善管注意義務」という最善をつくすことと判例ではなっている。そのような中で、インフォームド・コンセントを含めて、診療情報の開示を求める声が急速に高まりつつあり、医療法第1条の4第2項医師の努めとして「医師、歯科医師等の医療の担い手は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならぬ」との努力規定が設けられている。訴訟においては民事上のルールとして、インフォームド・コンセントをしなかったら損害賠償責任を負わされる判例はほぼ確立している。

このように、これまでも医療現場にあった体制での情報提供体制に向けた努力がなされてきており、今後さらに整備が進むものと思われる。消費者契約法は消費者へ必要な情報提供が確保されることを基本として、消費者の利益を守る法律である。医療においてその目的を達成するには、医療現場での萎縮や混乱を招くおそれのある消費者契約法の適用よりも、医療現場にあった情報提供体制の整備確立の方が適当だと考える。したがって、医療は消費者契約法の適用除外とすべきである。