

平成12年4月

# 経済学による医療政策の分析

規制改革論を受けて

**日医総研**

日本医師会総合政策研究機構

# 経済学による医療政策の分析

—規制改革論を受けて—

## ヘルスエコノミクス研究会

|      |        |    |      |
|------|--------|----|------|
| (代表) | 慶應義塾大学 | 教授 | 田中 滋 |
|------|--------|----|------|

|      |          |     |      |
|------|----------|-----|------|
| (委員) | 東海大学短期大学 | 助教授 | 佐川和彦 |
|------|----------|-----|------|

|      |          |     |      |
|------|----------|-----|------|
| (委員) | 明治大学短期大学 | 助教授 | 塚原康博 |
|------|----------|-----|------|

|      |        |     |      |
|------|--------|-----|------|
| (委員) | 慶應義塾大学 | 助教授 | 中村 洋 |
|------|--------|-----|------|

|         |           |      |      |
|---------|-----------|------|------|
| (研究補助者) | 慶應義塾大学大学院 | 博士課程 | 石川 勝 |
|---------|-----------|------|------|

|         |         |        |      |
|---------|---------|--------|------|
| (研究補助者) | 安田総合研究所 | 客員 研究員 | 鈴木一行 |
|---------|---------|--------|------|

|         |             |  |      |
|---------|-------------|--|------|
| (研究補助者) | 慶應義塾大学田中研究室 |  | 武久麻理 |
|---------|-------------|--|------|

|         |          |             |      |
|---------|----------|-------------|------|
| (研究補助者) | 医療経済研究機構 | 研究副部長・主任研究員 | 野口一重 |
|---------|----------|-------------|------|

|         |          |      |      |
|---------|----------|------|------|
| (研究補助者) | 医療経済研究機構 | 調査部長 | 前浜隆弘 |
|---------|----------|------|------|

|         |                 |     |      |
|---------|-----------------|-----|------|
| (研究補助者) | 明治生命フィナンシャルズ研究所 | 研究員 | 松原由美 |
|---------|-----------------|-----|------|

|         |             |  |      |
|---------|-------------|--|------|
| (研究補助者) | 慶應義塾大学田中研究室 |  | 真野俊樹 |
|---------|-------------|--|------|

|         |           |       |      |
|---------|-----------|-------|------|
| (研究補助者) | 日本能率協会研究所 | 主任研究員 | 深代達也 |
|---------|-----------|-------|------|

|         |         |      |      |
|---------|---------|------|------|
| (研究補助者) | 名古屋市立大学 | 専任講師 | 余田拓郎 |
|---------|---------|------|------|

五十音順

## 目次

---

|  |     |
|--|-----|
| 第1章 「患者一部負担増大策と混合診療論」批判                        | 2   |
| 第2章 保険者の選択に関する考察                               | 8   |
| 第3章 医療制度と支払方式について                              | 18  |
| 第4章 大病院における外来患者の集中解消のための<br>別料金方式と紹介状方式の経済分析   | 32  |
| 第5章 補助金の支給と大規模公立病院のコスト<br>— パネル分析による考察 —       | 46  |
| 第6章 病院経営への営利法人の参入について                          | 56  |
| 第7章 病院の資金調達手段に係る考察                             | 64  |
| 第8章 医療における情報の非対称性に対する考察<br>— 医師患者関係再考 —        | 72  |
| 第9章 広告規制の緩和と消費者利益                              | 78  |
| 第10章 消費者契約法の医療への適用の是非                          | 86  |
| 第11章 ISO9000シリーズ品質保証モデルの<br>医療サービス分野への活用について   | 92  |
| 第12章 医療の質の評価に関する一考察                            | 102 |
| 第13章 薬価制度改革の提言<br>— ハイブリッド型薬価制度への計画的移行と段階的施行 — | 110 |

# 第1章

---

## 「患者一部負担増大策と混合診療論」批判

慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科  
教授 田中滋

— 抄録 —

「患者一部負担増によるコスト意識」を通じて受診をコントロールすべきだとの主張が存在する。本稿では、「医療費抑制のために患者が払う保険の一部負担割合を増加させる方策」、および「混合診療論」を取り上げ、必要な批判を加える。受療のしやすさは健康水準と将来の医療費に影響する。受診時の患者一部負担割合増加策は、私保険によって拡大される価格弾力性の所得階層別の違いを通じ、貧しい人ほど大きな影響をこうむる逆進性を伴う以上、医療費抑制手段として用いる選択は誤りである。

第2に、「混合診療」という言葉の指す対象が拡大し、これまでの「保険診療と保険適用外横出しサービスとのセット」だけでなく、「公的保険の定める報酬に対する上乗せ価格」の意味を含める用法が一般的となった。しかし、診断・治療・手術・処方・看護などは、科学的に判断されるニーズに応じて提供されるべきであって、支払能力による差の許容は理念に反する逆行策以外の何物でもない。加えて、「上乗せ価格」型の混合診療導入は、医療の階層化を許すか否かを超え、資源配分効率の低下をもたらす危険性も高い。

キーワード：患者負担とコスト意識、私保険、混合診療、混合看護、階層医療

## 1.はじめに

医療ニーズ発生の不確実性からもたらされるリスクへの対処方法は…公費で広くカバーするのではなく…保険しかない。日本では、社会連帯を具現化する応能負担保険料を課すため、また逆選択とクリーム・スキミングおよび無保険者の発生を防止するため、強制加入の公的保険体制が先人によって築かれ、発展の努力が重ねられてきた。皆保険の理念は「公平な負担と平等な給付」に他ならない。しかし、このところ、「患者一部負担増によるコスト意識」を通じて受診をコントロールすべきだと主張する向きがみられる。そこで、本稿では、「医療費抑制のために用いられる、患者が払う保険の一部負担割合増加策」およびいわゆる「混合診療論」を取り上げ、必要な批判を加える。

## 2.患者一部負担

### 2.1問題提起

「一部負担の多寡が受診コントロールに効果をもつ医療の分野と患者」「効かない医療の分野と患者」の双方が存在することは、価格弾力性が家計や各種医療サービスの費目ごとに異なる以上、経済学から見ればあたりまえである。たとえば、米国における高齢者医療保障制度発足（1965年）や日本における老人医療費無料化（73年）では高齢者受診率の急増、逆にわが国被用者保険への保険本人1割負担導入（84年）、同2割負担への増加（97年）では受診抑制効果がみられた。

しかし、ここで訴えるべきは、「負担割合変化に強く反応した患者、医療の分野」と「反応が弱かった患者、医療の分野」の区分は、「受療を経済的インセンティブでコントロールしてよい患者、医療」と「経済的判断に左右されず診療を受けるべき患者、医療」の違いとは必ずしも一致しないので、抑制策として一部負担率を使う選択が好ましからざる帰結を生むとの理解である。

一般論で表せば、医師は、症状から考えられる診断候補のうちもっとも確率の大きい病名をあてはめ、(治療を加えるとともに)経過観察から当初の診断を確認するはずである。もし第一候補ではないと判断した場合は、第二に確率の高い診断を適用して治療を開始する。「風邪と診断された」初回の医療費が少ないからといって、必ず軽症のまま終わるかどうかは事後でなければ分からない。後日の重症化につながる可能性は確率分布に従うためである。すなわち、軽医療費と軽医療は同一ではない。

ゆえに、受療のしやすさは健康水準と将来の医療費に影響する。外来受診率が高い日本では入院受診率がきわめて低く、反対に外来受診率が低いアメリカでは入院率が世界でもっとも高い事実から分かるように、医療システムへのアクセスを阻害する要因はできるかぎり小さい方がよい。米国で医療費上昇を抑制する切り札と言われているHMOでは、加入者の総医療費を減らすために、外来受診の自己負担をほとんどゼロに近い値にとどめている。

関連して言えば、「軽医療については患者負担」主張者は、こういった医療なら将来のリスクに係する確率が低いかを科学的に証明した上で例示しなければならない。別な言い方をすれば、「自己負担させてよい軽医療（上述のように軽費医療とは異なる）」とは何かを定義する義務がある。もし不可能なら、安全サイドを取った方が社会全体のQOLは高い。

## 2.2. 私保険の機能

実際には、日本人のリスク回避選好から予測すると、一部負担割合増の帰結は受療抑制ではない。公的保険からの給付率削減が著しいほど、患者負担分をカバーする私保険が普及するだろう。私的医療保険が本当に購入者の期待に沿って機能すれば、公的保障制度が医療費の大部分を給付する場合と同じく、「消費者の費用負担を通ずるコスト意識」は生じようがない。つまり、「公的保険給付切り下げによる医療費上昇抑制策」は、規制緩和の時代に私保険購入を禁止するわけにはいかない以上、ひどく甘い論理展開にすぎない。公的保険の給付率が低く、多くの人が非営利私保険を追加購入しているフランスの医療費対GDP比が10%近い事実が示す通りである。

ただし、「一部負担金額に反応せずに済む消費者は、患者負担分をカバーする私保険購入者だけ」となる点が、公的保険給付との大きな違いとなって現れる。私保険の保険者には加入希望者の所得を調査する権限はなく、保険料を（社会連帯のための）所得比例にするわけにはいかない。疾病の発生確率には先天的要因や仕事上あるいは家庭内のストレスなども大きく影響する。よって「不健康なら保険料が上がる＝保険料が下がるよう“努力”させる」期待が、実際には「さまざまな理由で体の弱い人や困難な環境に直面している人を差別する結果につながってしまう」帰結が明白な設計はとりえない。結局のところ…既往症条項は禁止できても…リスクを年齢で代替させた保険料が適用されるだろう。だから自動車保険と違い、加齢は保険料を増やす。

また大企業や官庁などでは、公的保険給付割合が切り下げられた場合、労働組合との交渉等を通じ、私保険に関しても保険料の…たとえば…半分を負担する可能性がある。すなわち、若く、相対的に収入の多い組合健保と共済組合加入者が守られ、国保加入者、とりわけ貧しい層が取り残される結果も想定される。したがって、自己負担を受診のコントロール策として使うと、所得分配の格差が疾病の重症化率に反映する恐れを否定できない。こうした階層医療の出現は、「尊厳ある自立」の支援を目指す時代の理念に反している。

## 2.3. 一部負担増に関する結論

受診時の患者一部負担割合増加策は、（私保険で拡大される）価格弾力性の所得階層別の違いを通じ、貧しい人ほど大きな影響をこうむる逆進性を伴う以上、医療費抑制手段として用いる選択は誤りである。他方、「軽費医療ゆえに他分野の医療費を削っている」との誤解が見られるが、日本の医療費の分布は1件あたり月100万円を超えるような高額医療で費消されており、軽費医療の金額ベースでのシェアは微々たる割合にすぎない。医療費の適切なコントロールのためには、供給側に対する政策をとるべきだとの知識は、医療経済学者の多くによって共有されている。

とはいえ現実の制度論議においては、「医療費用を利用者にも応分に負担してもらおう」との観点から、高額療養費以下の一定割合の負担は…高齢者を含め…止むをえないし、高額療養費の金額は所得別に何段階かに分けられるべきである。また、他の損害保険分野では一般的ながら、日本の医療保険制度に導入されていない年間一定額の免責額も、費用分担のためにはあってもおかしくない。しかし、子供は一部負担の適用からできるかぎり外すべきであるが。

## 3.混合診療について

### 3.1混合診療の意味拡大

「混合診療」は、もともとは保険診療と自由診療の組み合わせを指して使われてきた。現在の制度では、特定診療費として掲げられた例外的な事項のみ、保険診療との「混合」が許される。代表例は、高度先進医療、差額室料、特別の食材などである。歯科の特定材料も混合診療の対象となる<sup>i)</sup>。リスト外の項目を自由診療で受ける場合は、保険診療との混合は認められず、(自由診療と組み合わせなければ保険給付対象となる医療サービスも) 全額を自費で支払わなければならない。

ところで最近、「混合診療」という言葉の指す対象が拡大し、これまでの「保険診療と保険適用外“横出しサービス”とのセット」だけではなく、「公的保険の定める報酬(保険給付+患者一部負担)に対する上乗せ価格」の意味を含める用法が一般的となった。新しい意味の「混合診療」については、尊厳ある自立の支援を目指す理念から見て「受診機会の平等性を阻害する最悪の選択だ」という反対と、「価格メカニズムによって医療資源の配分を適切な方向に導ける」と見る賛成の立場の対立が極めて鮮明である。

前者の立場をやや誇張して表現すれば、「急性期医療・慢性期医療とも、また入院・外来とも、診断・治療・手術・処方・看護などは、科学的に判断されるニーズに応じて提供されるべきであって、支払能力による差の許容は理念に反する時代逆行策以外の何物でもない」となる。

もちろんこの立場にとっても、療養環境のうち食事や病室などは別である。これらは生活の延長であって情報の非対称性もなく、しかももともと各人の衣食住の水準は異なっている。だから公的給付は、病室が清潔で人権が保て、かつ栄養学的にチェックされた食事が食堂で摂れる療養環境を提供できればよい。医療保険給付にとって個室は人権を充たす条件を超える。さらに、医療と異なり回数ベースでのサービス量の上乗せに危険を伴わない介護に関しては、第三の意味、つまり訪問回数等の上乗せの意味なら「保険給付+自費」の混合形態は問題なからう。

### 3.2. ありえぬ“混合看護”

一方、入院中の看護サービス量を上乗せ料金で買う「混合」は、よほど後進状態の経済でないかぎり、まったく想定しにくい選択である。看護は医療の根幹サービスの一つであり、医学、看護学から見て必要な看護量が提供されなければ治療成果に影響してしまう。そればかりか、看護婦(看護師を含む、以下同)の過労や過重責任を通じて医療事故の原因になりかねない。こうした事態は、「上乗せ金額を支払える人だけが避けられる」という種類の問題とは違う。したがって入院看護にかかわる混合形態は、自由経済の国アメリカでも考えられない。

ただし、日本の入院診療にかかわる看護婦不足は深刻な事実である。濃沼によれば、OECD26ヶ国

i) 歯科の特定材料は“美容上”の理由によって希望する患者が選ぶ。これに対し、医科材料のほとんどは治療上の必要性に基づいて用いられるため、高度先進医療段階の実験的なものを除けば、公的保険給付の対象となる。なお、美容整形はもともとすべてが自由診療なので、そこで使われる材料も患者負担で賄われる。

の1患者当たり職員数は平均2.47人、同看護婦数は0.95人であったii)。一方、日本の値はそれぞれ1.15人と0.53人にすぎない。ちなみに米国は5.50人と2.39人とわが国の4倍半以上の水準に達している。

特に、「急性期入院医療に対する看護人員配置は日本の医療の大きな短所の一つ」といっても過言ではない。新看護体系でも未だに最大で患者2対1にとどまっている。1日三交代制の場合、看護婦が各シフト均等に配置されれば、患者6人に1人の割合になる。現実には昼間の配置が厚いので、夜は本当に少ない看護婦しかおかれていない。ではどうしてそのような数で病棟運営が成り立っているのか。それは、急性期ではない患者も同じ病棟に入院しているからである。

ここまで低い看護水準での上乗せ料金化導入は、医療の改革を阻害し、今後のチーム医療の進展を妨げる、とんでもない政策選択に他ならない。こうした状態の解決は、病床の機能区分、亜急性期病床と医療療養型病床の活用による急性期病床の在院日数短縮など、供給側に対する誘導策によって図るべきである。さらにその根本に、看護体制の不備を医療費不足の象徴と捉える視点も忘れてはならないと思われる。

居宅でも同様に、在宅医療推進のためには、必要量の訪問看護が保険から給付される体制の整備が求められる（前述のように介護ニーズに対する公的保険給付水準とは異なる）。

### 3.3. 混合診療と効率的資源配分

「上乗せ価格」型の混合診療導入は、医療の階層化を許すか否かを越え、資源配分効率の低下をもたらす危険性も高い。

医療サービスに対しては、財の性質上、消費者は（第三者払いを含めて）費用を負担しうるかぎり、安さよりも技術進歩と高い質を望むだろう。医師・看護婦をはじめとする医療従事者もまた、「少しでも安い医療」よりは「新しい技術、高い質の医療」へのインセンティブをもつように訓練を受けた専門職が中心となっている。この前提の下で、広義の「混合診療」を許す規制緩和が導入されると何が起きるか。

前項で指摘した理由によって、広範な混合診療導入に対し、消費者は私保険購入によって安心感を求めようとするだろう。その際、私保険を上乗せで購入する所得層の人々への訴求ポイントは、「安さ」ではなく「質」となると思われる。医療機関がそうしたニーズに応えると、質の向上と共に医療に要する費用と自由な部分の価格が上がっていく。米国の医療が典型例で、先進国でもっとも自由な競争と私的医療保険体制の下、医療技術とサービスの質が他国の追随を許さぬほど高まり、同時にマクロでもミクロでも医療費が著しく高騰していった。他方、医療従事者の職業倫理および訓練、ならびに切り替えコストから、患者ごとに経済力や支払方法に応じた治療に切り替えることをせず、自分のもつ技術を隔てなく患者に適用する方が普通である。

したがってアメリカ合衆国の医療機関経営者は、低い料金しか徴収できない患者（高齢者医療制度〈メディケア〉と医療扶助制度〈メディケイド〉の適用者、および無保険者など）に対する診療で発生する赤字を補填するよう、私費患者と私保険患者の中で交渉力の弱い層へのコストシフトを

ii) 濃沼『医療のグローバル・スタンダード』社会保険旬報No.2015-2032、1999

行ってきた。その結果、コストの「最適な付け回し戦略」を練る医療供給者側と、それを（少なくとも自分だけは）防ごうとする各支払者側の双方において、この問題に特化したコンサルティング企業への支払いを含め、実に莫大かつ無駄な管理費用を生じさせている。その結果、むしろ一律給付よりもずっと非効率で非合理的な、膨大な経営管理コストがかかるシステムができ上がってしまった。

ゆえに規制緩和の論旨を一貫させるためには、質の上昇に加え、①個々の医療行為の費用上昇、②総医療費の増加、③階層医療、④非効率化（少なくとも管理費用の増大）を受け入れる必要がある。日本の公的病院の場合は、効率性からもっとも遠い費用補填手段たる公的補助金への依存度を増してしまう可能性も想定される。

ではそうした展開を避けるべく、上乘せ医療機関を許可制にする案はどうか。これは明らかにより非効率な規制に他ならず、当局の裁量権と既得権を発生させるだけだろう。以上のように医療保険給付をめぐる規制緩和＝混合診療は、公正で効率的な医療の実現に役立つ政策の方向とは言い難い。

### 3.4. その他の論点

「高所得層は自由診療を自由に選べるのに、中所得層にふさわしい上乘せをなぜ許されないのか」という…誤解に基づく…質問に答えよう。日本の医療費統計に現れる「自由診療」は、大部分が正常出産と労災保険ならびに自賠責保険関連で占められ、それ以外は美容整形、ごく一部の性病治療などからなると言われている。つまり「大金持のフリー・アクセス」はほとんどなく、自由診療の存在は、中流層と貧しい層を分離させる混合診療導入の論拠とはなりえない。

そもそも、「価格による財の配分が常に最善」との理解は誤謬である。世の中にはさまざまなトリアージュ（何らかの基準による優先割り当て）が行われる。供給者の客観的判断、抽選、先着順、あるいは試験などの方が公正な配分手段となる状況も多数存在する。大学教員の時間配分は、研究の知的価値や学生のニーズに応じて行われ、金銭的な理由で研究時間を割り振ったり、大学院生への指導時間を決めたりはしない。医療も同様に、患者のニーズに応じた「名医の手腕」や「先端的治療」の配分が期待される分野である。その任務を受け持つ委員会（院外のメンバーや非医師を含む）を各病院がもち、主要な議論を患者プライヴァシーに触れないように開示すればよい。

「医師への謝礼など階層医療が不明瞭に存在するのではないか」については、「だから拡大する」ではなく、「解消すべき」が正しい選択肢である。民間企業でも、会社の売上以外にある部課ないし社員がリベートを受け取って特定顧客の便宜を図れば、厳しく追及されるのみならず、当事者は解雇されてもおかしくない。教員が学生から謝礼を受け取って特別の扱いをする大学はまさか存在しないだろう。医療も同じでなければならないiii)。

---

iii) 事後的に、たとえば治療終了後しばらくしてから、その医療機関に感謝をこめて寄付するなら、卒業生による学校への寄付と同様まったく構わないが。もっとも、医療法人や個人立医療機関への寄付は贈与税がかかってしまう。

## 第2章

---

### 保険者の選択に関する考察

明治生命フィナンシャルランス研究所

研究員 松原由美

— 抄録 —

本研究は、保険者の選択に関する議論の一助とすることを目的に、文献調査を基に、保険者の選択を導入しているドイツとオランダにおける医療制度の概要について紹介を行った。そして、保険者間競争がもたらした功罪をまとめ、そのメリットとして、保険者の統合の促進、デメリットとしてクリームスキミングの可能性を挙げた。また、わが国の保険者と比べ、競争条件が整った場合に保険者が競争し、規模の拡大を目指す理由として、保険者自身が国や市町村直営ではない法人であり、倒産リスクを負っている点を示した。

一方、上記で保険者競争のメリットとして挙げた保険者の統合については、管理された競争を導入した結果、民間の自発的な行動のみによってもたらされたのではなく、依然、公的セクターの果たした役割も大きい点を明らかにした。最後に、ドイツ・オランダの経験より、医療への競争導入が医療費削減には直接結びついていないこと、ただし住民にとっては選択肢が増えたというメリットがある点を示した。

キーワード：保険者の選択、競争の導入、リスク構造調整、クリームスキミング、保険者の統合

## 1.はじめに

医療改革が議論される中、保険者機能の強化の必要性が説かれ、健保連などからは今後の検討事項として保険者による保険医療機関の選択が挙げられている。例えば南部は、常に独占的である保険者が、顧客である被保険者のニーズに忠実なサービスを、医師の監視という形で実現するインセンティブが働くか疑問であるとし、日本で保険者がエイジェントとして機能していない点を問題視している<sup>1)</sup>。

ただし、保険の加入先が強制的に決められている以上<sup>i)</sup>、医療機関へのアクセスが保険により異なるようになるのであれば、保険者の選択についても、今後検討されるべき項目であると言えよう。そこで本研究では、保険者の選択を許した場合の功罪について、つまり保険者間の競争が促進された場合の功罪について、公的保険において保険者の選択を認めているドイツ、オランダの事例の紹介を試みる。また保険者が競争する目的—規模の拡大を目指すインセンティブ—について考察し、日本における保険者の統合の前提条件を探る。

## 2.調査方法

文献調査を中心に、ドイツ、オランダの実態を調査し、理論研究を行った。

## 3.ドイツの医療保険制度

### 3.1. 医療保険の概要

1883年、ドイツにおいて世界最初の社会保険が宰相ビスマルクによって創設された。当時のドイツでは労働運動が激しく展開され、社会主義思想が勢力を持ち始めていた。そこで社会主義者鎮圧法を制定し、社会的暴挙を押さえる反面、労働者の福祉を増すために社会保険を立法化するという、「飴と鞭」の政策が採られ、世界初の社会保険としての医療保険が施行された。

ドイツでは、所得の高い層や自営業者などは公的医療保険加入の義務が免除されており、国民の公的医療保険加入率は約90%に留まる。

医療保険法の実施の際、1883年の社会保険成立前から存在していた労働者の相互扶助としての共済組合がそのまま再編されたため、ドイツの医療保険制度は、地域、産業、職業、企業等を基盤とする多数の疾病金庫から成る。そしてこの共済組合の既得権を認めたという歴史的背景から、自主管理の原則が確立されている。そのため疾病金庫の裁量範囲は広い一方、収支相当の原則が厳しく維持されており、ドイツの医療保険では国庫からの補助はほとんどないと言える<sup>2)</sup>。

ドイツの公的医療保険の被保険者は、強制被保険者、任意被保険者に分けられる。

---

i) 唯一、国保において国保組合と市町村組合との間でのみ選択の余地が認められる。

強制被保険者には、年収が保険加入限度額（1999年旧西ドイツ地域で月額6,675マルク：約44.1万円 ii)、旧東ドイツ地域で月額5,400マルク：約35.7万円）以下の被用者や公的年金受給者iii)の一部、失業者などが含まれる3)。

任意被保険者は、収入が上記の保険加入限度額を超えている被用者や公務員、自営業者などであり、公的医療保険への加入は任意である。

強制被保険者、任意被保険者の配偶者および子は、被扶養者に該当する家族被保険者と位置づけられる。

公的医療保険制度としては、地域、企業等のカテゴリーにより8種類の公法上の法人である疾病金庫が重層的に存在する。

上昇し続ける医療費の費用抑制を狙った抜本的な医療改革が相次いで実施され、効率化を余儀なくされた各疾病金庫が統合・合併に走った結果、疾病金庫数は急速に減少している4) (表2-1参照)。

**表2-1 疾病金庫数の推移**

| 分類             | 金庫数<br>(1980) | 金庫数<br>(1990) | 金庫数<br>(1997) | 金庫数<br>(1998) |
|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 地区疾病金庫 (AOK)   | 272           | 267           | 12            | 12            |
| 企業疾病金庫 (BKK)   | 855           | 692           | 406           | 367           |
| 同業組合疾病金庫 (IKK) | 156           | 152           | 29            | 29            |
| 農業疾病金庫 (LKK)   | 19            | 19            | 18            | 18            |
| 連邦鉱夫金庫 (BKN)   | 1             | 1             | 1             | 1             |
| 海員疾病金庫 (SEKK)  | 1             | 1             | 1             | 1             |
| 労働省代替金庫 (EAR)  | 8             | 8             | 7             | 6             |
| 職員代替金庫 (EAN)   | 7             | 7             | 7             | 7             |

出所：医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ」、原出典：Bundesarbeitsblatt

### 3.2 保険者の選択

従来、被保険者が加入できる疾病金庫は、勤務先などによって制約があった。その上、疾病金庫の選択の制約には、職員 (Angestellte ホワイトカラー) と労働者 (Arbeiter ブルーカラー) の間で格差が見られたiv)。例えば職員には自分が属する企業の企業疾病金庫、各代替疾病金庫、地区疾病金庫という選択肢がある他、所得が一定以上であれば公的医療保険の加入義務を免除された。しかし労働者は自分が勤める会社に企業疾病金庫がある場合、必ずそこに加入しなければならなかったv)。

ii) 1DM=66.11円 (1999年3月31日時点)

iii) 年金受給者のうち、強制被保険者となるのは、現役期間の90%以上が強制被保険者であった者のみである。その他の年金受給者が任意で加入する場合、任意被保険者の要件が適用される。

iv) わが国には職員、労働者という区分けはなじみがないが、ドイツでは職員とは主に知的な労務を提供する者、労働者とは主に肉体的な労務を提供する者と捉えられている。

v) 労働者は従来所得に関わらず公的医療保険への強制加入が義務づけられてきたが、1989年の医療保険改革法により、所得が加入限度額を超える場合は職員と同じ条件で加入義務が免除されることとなった。

かつ、各疾病金庫のリスク構造の違いにより、保険料率に大きな格差が見られた。このような職員と労働者の疾病金庫に対する選択の幅や保険料率の格差が、「法の下での平等」に反するとして、被保険者による疾病金庫の選択を自由にする必要性が指摘されてきた。

また、1980年代後半からの一連の医療改革において、保険者機能を強化し、医療供給側に対する疾病金庫側からの費用抑制圧力を持たせるためには、疾病金庫間の競争が必要であると考えられた。疾病金庫の選択が自由になれば、被保険者はより安い保険料率で給付内容の良い保険者に移ることが予想される。疾病金庫は加入者数が多いほど規模のメリットを享受できるので、被保険者獲得を狙って保険料率を下げ、加入者を獲得するための経営努力がなされることが期待される。そしてそのような競争を生じさせるには、被保険者が疾病金庫を自由に選択できる必要があるとの理由から、1996年より全被保険者が、勤務地または居住地にある疾病金庫を自由に選択できるようになった（1993年の医療保障構造法により、1996年から実施）。

ただし、企業疾病金庫と同業組合疾病金庫については、その金庫の被保険者が勤務する母体企業が、金庫の人件費や地代などを負担するなど（他の金庫では金庫自体が保険料より負担）、母体企業と金庫との関係が特別であることから、加入者の自由な受入れを行うかどうかは、当該金庫の意思に任されている。このため、現在のドイツにおける医療保険の特徴として挙げられる「保険者の選択の自由」は、あくまで制限付きの自由であると言える。一方、母体企業に勤務する被保険者が、他の疾病金庫を選択することは許されている。

### 3.3. リスク構造調整

被保険者に疾病金庫の選択の自由を与えるためには、保険者間のリスク構造を調整する必要があった。そのため、年金受給者以外の被保険者についても、所得、被扶養者数、年齢、男女構成などを考慮した「リスク構造調整」が実施されることとなった<sup>5) vi</sup>（調整金の算出方法は図2-1参照）。この「リスク構造調整」の目的は、疾病金庫の運営努力ではカバーしきれない加入者の属性に由来するリスク負担の差に対する是正にある。これにより、調整後の財政責任が全て疾病金庫にあり、疾病金庫間の保険料格差は、金庫の運営方針や経営努力に依るものとされている。

図2-1 リスク構造調整の仕組み（算式）

調整金＝所要保険料－財政力

所要保険料（標準化された給付費総額）

＝全金庫の性別・年齢別加入者（家族被保険者含む）1人当りの平均給付費  
に当該金庫の性別・年齢別加入者数をそれぞれ乗じて得た額の合計額

出所：松本 勝明「社会保障構造改革」

vi) 年金受給者は高い医療費がかかることより、従来から財政調整が行われていた。

被保険者のリスクが的確に反映されたリスク構造調整が実現すれば、より有利なリスク構造となるよう若い被保険者や所得が高い被保険者を集めるよりも、1人当り給付費の水準を抑えることに主眼がおかれるようになる。そして疾病金庫の選択が可能になれば、被保険者はより安い保険料率で給付内容の良い保険者に移ることが予想される。疾病金庫は加入者数が多いほど規模のメリットを享受できるため、被保険者獲得を狙った保険者間の競争が生じることによって、疾病金庫が事務効率化を図る他に、より安い費用で質の高い医療を提供するよう医療供給機関へ働きかける。

このように、リスク構造調整によって、保険者間の移動の自由や保険料率の公平化だけでなく、保険者の競争を可能にすることで経営効率や費用対効果の高い医療の供給を目指した医療機関への働きかけを促す仕組みを作ることが期待されている。

## 4. オランダの医療保険制度

### 4.1 医療保険の概要

オランダでは、原則として1年未満の医療については短期保険で、1年以上に亘る医療や介護については長期保険（特別医療費保険）で賄っている6）。

オランダの医療費全体の財源内訳を見ると、短期保険と特別医療費保険は、それぞれ全体の1/3ずつを賄っている7）（表2-2）。

表2-2 オランダの医療費の財源内訳

|             | 1990 | 1995 | 1996 |
|-------------|------|------|------|
| 特別医療費保険     | 32%  | 42%  | 33%  |
| 疾病基金保険      | 33%  | 28%  | 35%  |
| 私的保険        | 16%  | 12%  | 15%  |
| 国からの助成金     | 10%  | 10%  | 10%  |
| その他（主に患者負担） | 9%   | 8%   | 7%   |

出所:HealthCare and Cost Containment in the European Union 原出典:Ministry of Health,1996

#### 4.1.1. 短期医療保険

短期医療保険は、一般医（GP）や専門医による診療サービス、病院における最初の365日間までの医療・看護サービスなどに対し給付を行う。

短期医療保険の場合、年収が60,750ギルダー<sup>vii</sup>（約356.4万円<sup>viii</sup>）以下の被用者は疾病基金保険へ強制加入させられる。疾病基金保険の加入者の合計は1994年で958万人であり、全人口の約60%にあたる。疾病基金保険の加入者は、所得比例の保険料の他に、定額の保険料負担がある。また、自分が加入している保険者が赤字になった場合、追加の均一保険料を支払わねばならない。

公務員は公務員保険へ強制的に加入させられる。全人口の約6%（86万人）が公務員保険によりカ

vii) 1997年時点の年収制限（年により変化）

viii) ギルダー＝58.67円（1999年3月31日時点）

バーされている。保険料は所得比例である。

上記疾病基金保険と公務員保険いずれにもカバーされない者の場合、私的保険へ任意に加入する。全人口の約32%（約474万人）がこの私的保険でカバーされている。保険料は定額である。

#### ■4.1.2. 長期医療保険（特別医療費保険）

長期に亘る医療・介護をカバーするのが、特別医療費保険である。これは全国民強制加入の皆保険であり、病院での365日を超える入院、ナーシングホーム、精神病院でのケアや入院、在宅サービスなどをカバーする。

上述のように、オランダにおける医療保障の特徴の一つは、特別医療費保険が日本やドイツの介護保険に該当し、その中で長期に亘る医療も給付している点、つまり、医療と介護を同一の保険から給付している点にある。

特別医療費保険の運営責任者は国であるが、実際に運営しているのは各地域における疾病基金保険、私的保険、公務員保険である。疾病基金保険とは、短期医療保険を給付する保険者であり、各地域毎に設置されている。特別医療費保険制度は、加入者の所得比例の保険料と政府の補助金で賄われ、これら財源を一括して中央基金にプールし、各疾病金庫へ支出した費用に応じて償還するシステムとなっている。

#### ■4.1.3. 医療供給体制

ドイツでは開業医については一般医・専門医を問わず自由にアクセスできるのに対し、オランダでは、患者は医療サービスを受ける際、まず自分が登録しているGPを受診する。また、患者が利用できるのは、自分が登録している保険者が契約しているGPと病院のみである。救急の場合を除き、患者がGPの紹介状なしに病院にアクセスすることはできない。

保険者にはGPや病院が契約を申し出ても断る権利があり、それが保険者側の医療供給機関との交渉力を高めていることが予想される。

### ■ 4.2. 保険者の競争

1987年にデッカーが医療制度改革に関する報告書「Willingness to Change」をまとめ、それに基づき様々な医療改革が漸次的に実施されていった。それらはデッカープラン、シモンズプランと呼ばれている。その骨子は、保険者機能を強化し、医療に競争原理を導入することで医療費の抑制を図るというものである。

しかし、それらのプランはあまりにも医療に競争を導入しすぎていることや、競争導入の結果が医療費抑制に結びついていないことなどから1995年、時の厚生大臣ボースの提案により、中断されているが、それでも強制保険に民間の参入を許し、保険者間の競争を促進するなど大胆な試みが実施されている。

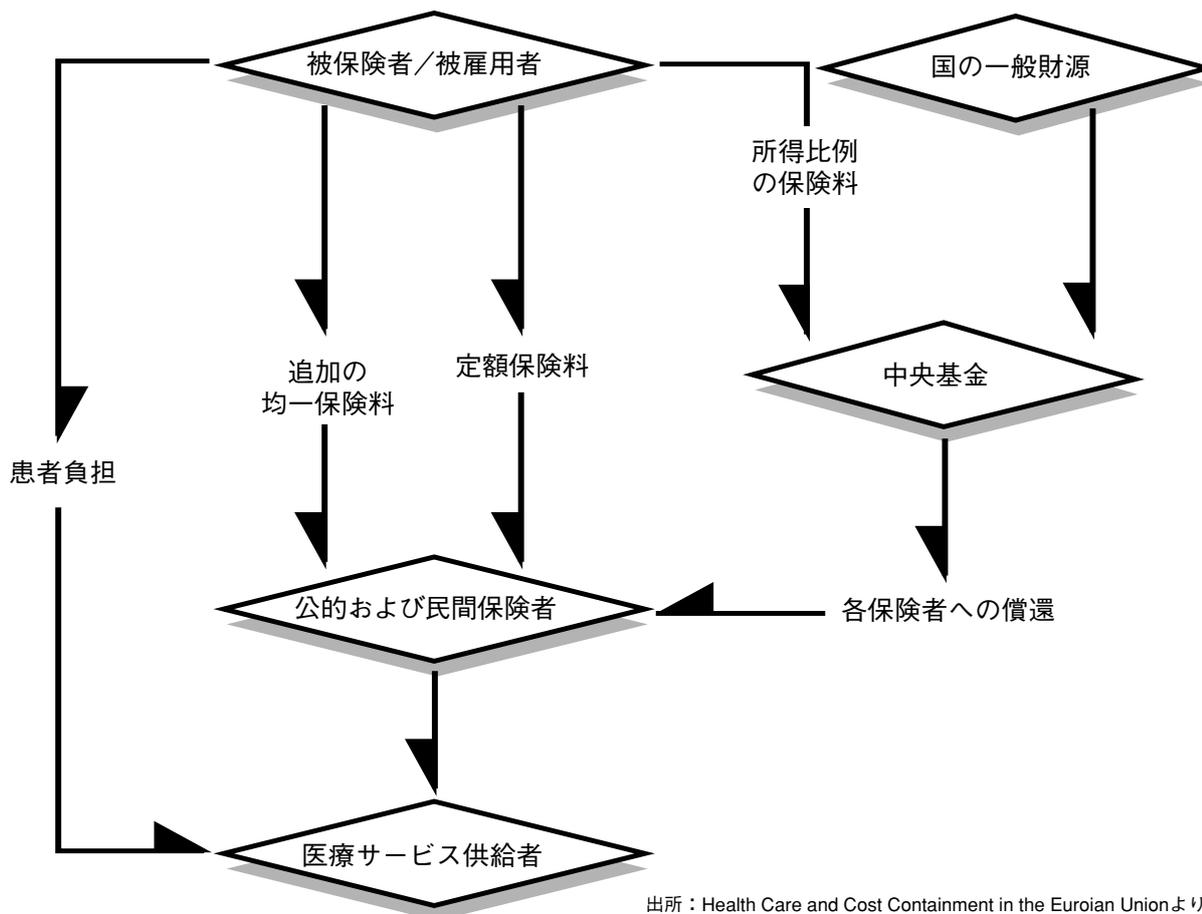
従来、強制被保険者の加入する保険は、地域独占的であり、かつ費用のかかった分だけ償還されるため、効率化のインセンティブに欠けていた。また、保険料や医療サービスの価格が国によって

決められていることから、保険者は消費者にアピールするような低価格で高品質なサービスを提供することは無理であったし、地域独占であるため、そのような努力をする必要もなかった。

そこで1989年より、短期医療保険である疾病基金保険、公務員保険について、与えられた予算を超過した場合、加入者からの追加の均一保険料<sup>ix)</sup>か、自ら積み立てた準備金によって補填しなければならなくなった（図2-2参照）。また、特別医療費保険においても、1992年より、実費と予算の差の85%は中央基金によって補填されるが、残りの15%については、短期医療保険と同じく加入者からの追加の均一保険料か、自ら積み立てた準備金によって補填しなければならなくなった。

そして、1992年には、短期医療保険の疾病基金保険の地域独占が解除され、この疾病基金保険サービスへの私的保険会社の参入が認められた。そして従来、私的保険のみに限られていた消費者による保険者選択の自由が、公的保険においても認められることとなった。国民皆保険がいきなり保険者選択制度に移行したのではなく、ドイツ同様、従来から一部の者に保険者選択の自由という素

図2-2 オランダの短期医療システムにおける金銭の流れ



ix) 追加の均一保険料は、保険毎に違うが、同じ保険内においては加入者毎に異なることを禁じられており、保険料が均一でなければならない。1995年の疾病基金保険の均一追加保険料は、会社によって差があるが、平均1人当たり約200ギルダー（約12,000円）/年であった。

地があった点は、特筆すべきことであると言えよう。これ以降、各保険会社は国が定める医療サービス価格よりも低い価格で医療供給者と契約を結んで良いこととなり、国の定める医療サービスの価格は固定価格ではなく、上限価格となった。

これにより、より安く良質なサービスを求めて、消費者が保険を選択することが可能となり、公民の保険者が競争する土台がつけられた。そして、この保険者の競争によって、さらにより安くより良質なサービスを提供する医療機関が選別されるという医療機関の競争を促すことが期待されている。

### 4.3. リスク構造調整

オランダでは、1993年より短期医療について、中央基金から疾病保険会社への資金配分方法として、部分的に患者のリスクに合わせた人頭払い（Prospective risk-adjusted capitation payment）が採られるようになった。ドイツではリスク構造調整に所得、被扶養者数、性、年齢が考慮されているのに対し、オランダでは、性、年齢のみがリスク指標として用いられている。

## 5. 保険者間競争の功

### 5.1 保険者間競争のメリット

ドイツ、オランダとも、保険者の選択を実施したことにより、リスク構造調整を通じ、保険料率の格差が是正された。例えばドイツでは、全疾病金庫の最高保険料率と最低保険料率の格差が93年7月の9.0%から、96年秋には3.4%へと縮小した。

ただし、この保険料率格差の是正は、競争導入によって直接的にもたらされたものではなく、競争を導入するための前提条件として公的介入でリスク構造調整が行われた結果である。

一方、競争導入は常に医療費の削減が期待されるが、ドイツ・オランダにおいて保険者の競争が医療費の上昇率を下げたという実証的報告はまだないようである。今後の経緯を見なければまだわからないが、少なくともドイツ・オランダともに医療費は伸びており、競争導入が直接、医療費の削減にはつながっていない。

保険者間競争のメリットとしては、保険者の大再編が挙げられよう。ドイツ、オランダともに、保険者数は激減している。例えばオランダでは1985年には53あった疾病保険が、1993年には26に減少し、公務員保険では14から4へと減った8)。ドイツにおいては、94年当時223あった地区疾病金庫が96年には12へと激減したx)。

この合併によって、規模拡大による経営の改善や効率化が期待されている。ただし、劇的な合併を行なった地区疾病金庫において、今のところ人員削減は行なわれていない。まずは乱立していた地区疾病金庫を再編することが先で、合併による効率化は、長期的に考えるべきという意見が連邦保健省内にあるということである9)。

x) 表2-1参照

## 5.2 保険者間競争のデメリット

保険者間競争は、リスク構造調整という基盤の上で初めて成り立つ。だが、性、年齢や収入にリスク指標を頼る点に対し、患者のリスクを十分に反映していないという批判がある一方で、これ以上のリスクを考慮することの技術と費用面での問題もある。そして、これらの問題が解決しないことから、保険者がより費用のかからない（リスクの低い）被保険者を選択し、費用のかかる（リスクの高い）被保険者の加入を拒否するというクリームスキミングが発生するのではないかという懸念が生じている。

だが、そもそもドイツの企業疾病金庫において、異なった業種や企業の者を受入れるかどうかは、各企業疾病金庫に委ねられており、多くの企業疾病金庫では外部からの加入者を受入れていない（オープンにしていない）。日本に例えていえば、保険者選択の自由が国保間に認められただけで、国保加入者だった者が健保組合に加入することは、外部受入れを公表した一部組合を除き、不可能ということになる。選択の自由という問題があるが、この点については立法で合法としたということより議論から外すと、上記の企業疾病金庫以外は、保険への加入拒否が厳しく法で禁止されている。そのため、クリームスキミングが行われるとしても、加入受入れがオープンかどうかをあえて宣伝しないと、保険の窓口を1階から外部から分かりずらい10階に移すような程度であるとのことである<sup>10)</sup>。

このように、加入拒否権が保険者にないため、保険者によるクリームスキミングは、社会的に問題となるほどのメジャーな事象にはならない可能性がある。

## 5.3. 保険者の競争インセンティブ

ドイツやオランダにおいて、保険者の合併が繰り返され、規模の拡大が図られている様子を上述したが、そのように保険者の競争インセンティブが働く原因として、保険者自身が国や市町村直営ではない法人であり、倒産リスクを負っていることが挙げられよう。これはわが国で保険者間競争を導入すると仮定した際の、国保などとの決定的な条件の違いと思われる。また、ドイツでは非営利法人の保険者のボーナスが高いことが問題視され、役員給与にも何らかの州法の規制が必要ではないかとの意見が出ている<sup>11)</sup>。

一方、ドイツでは93年の医療構造改革法により、州政府や地区疾病保険の上位団体である連邦連合会や州連合会に、地区疾病金庫の保険者合併の権限が与えられた。これにより、合併による規模拡大などに興味のない経営意識が乏しい保険者でさえも、大合併の波に飲み込まれざるを得ず、保険者大再編が進んだと言えよう。

これより、上記で保険者競争のメリットとして挙げた保険者の統合においては、公が管理された競争を導入した結果、民間の自発的な行動のみによってもたらされたのではなく、そこでは依然公的セクターの果たした役割も大きいと考えられる。

## 5.4. まとめ

上述のように、ドイツ、オランダともに、保険者の競争は医療費削減に直接結びついていない。ただし、保険者選択の導入は、住民に選択の自由を与え、住民の選択肢が増えたというメリットがある。また保険者の統合が進んだことで、今すぐには効率化の効果が出ていないが、長期的に見れば保険者の効率が進むと予想される。このように、保険者間競争は、長期的にはメリットが多いと思われる。ただし、保険者間競争以外にも、供給者間に価格競争を導入したオランダでは、過度な競争導入が医療費削減に結びつかずに弊害が多いという判断を下し、競争導入を途中で中止している。今後わが国でどのような競争導入が最も医療の質を高め、効率をもたらすか考察する際に、ドイツ・オランダにおける実験を検証することは、多大な示唆をわが国に与えると思われる。

### 参考文献

- 1) 南部 鶴彦、「保険者の役割の再検討」、『社会保険旬報』、No1934、21-24、1997年
- 2) 厚生省保険局企画課、「欧米諸国の医療保障」、法研、1994年、345
- 3) 古瀬 徹・塩野谷 裕一編、「ドイツ」、東京大学出版会、1999年、396
- 4) 医療経済研究機構編、「ドイツ医療関連データ集 1998年版」、1999年、91、82-84、
- 5) 松本 勝明、「社会保障構造改革」、信山社、1998年
- 6) 大森 正博、「オランダの医療制度改革と規制された競争」、『医療と社会』、Vol.7、99-129、1998
- 7) Mossialos E. and Grand J.L.、「Health Care and Cost Containment in European Union」,Ashgate Publishing Ltd.,1999,795,573-603
- 8) 大森 正博、「オランダの医療制度改革と規制された競争」、『医療と社会』、Vol.7、99-129、124、1998
- 9) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、61、148
- 10) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、150
- 11) 国民健康保険中央会 編、「ドイツ医療保険制度調査報告書」、国民健康保険中央会、1988年、247、619

## 第3章

### 医療制度と支払方式について

財団法人 医療経済・社会保険福祉協会 医療経研究機構  
研究部副部長・主任研究員 野口一重

— 抄録 —

我が国では近年、厚生省の主導によるPPSの試行調査など、医療制度改革の一環として医療費の支払い方式に関する検討が行われている。そこで本研究においては、PPSなどの新たな支払システムが我が国にどのような影響を及ぼすかについて、他の先進国の医療システムを例示的に分析することにより考察したものである。本論においては、各国共通の医療システムにおける構成要素を「患者」「医療供給者」「支払制度（保険者）」として抽出する一方、各構成要素に働く医療費適正化への「インセンティブ」の発生が医療費のコントロールパワーとなっているとした。さらに、「インセンティブ」を「経済的インセンティブ」と「非経済的インセンティブ」に分類し、それらインセンティブの保持者と混合割合が各国の特徴を説明するとした。これらの前提における分析によると、我が国の医療制度（支払方式）には各構成要素は存在するものの、それぞれが医療費適正化へのインセンティブを持たない（に等しい）という点で、他の先進諸国の類型には当てはまらない特徴があった。今後、PPSの導入などによって「医療供給者」に医療費適正化のインセンティブを持たせることは可能であるが、部分的なPPSはコストシフティングなどの不具合を生じさせる可能性が考えられた。また、他国に見られるような医療制度の正常的な進化を考えるのであれば、まず第一に保険者に医療費適正化のインセンティブを持たせることが望ましく、そのためには、インセンティブ発生のために保険者に「権利と責任」を同時に与えることが必要であると考えられた。さらに、いずれの方策を採るにせよ、情報を管理・分析するシステムとそのためのDRG（あるいは同様のもの）を喫緊に整備する必要があると考えられた。

キーワード：医療制度、DRG、PPS、医療費適正化、インセンティブ

## 1.はじめに

ある新しい医療関連システムがその国に根づくかどうかを予測することは重要なことである。なぜなら、強引な制度変更は頻回の制度変更をもたらし、そういう状況は国民の混乱を招く。その結果、住民の健康に悪影響を与えかねないからである。つまり、ミスマッチなシステムを選択しないことは重要なことである。では、理想的な医療関連システムは1つであろうか。ところが、現在の数々の国々を見る限り、医療システムには個性があるのは周知のとおりである。もちろん、それらのシステムは発展途上のものと考えることが可能であるから、本当の理想のシステムは1つしか存在しないのかもしれない。

しかし、いずれの先進国においても、医療関連システムについては相応の変革の歴史を持ち、現在のシステムは何らかの理由により国民が選択したものである。国により医療システムが異なるのは、そのシステムを支持する理由が異なるからであり、その理由の一部はその国の国民性や文化・経済状況、あるいは医療に対する考え方が反映されているはずである。そういった理由を一口に「新システム導入の環境」ということができるなら、そういう環境が他と異なる国においては、他と異なる医療システムが最適であって当然である。では、システムそのもの、あるいはシステムを成り立たせる条件に各国の共通性はないのであろうか。近年、我が国においてはPPSの試行的調査が行われているが、政府がどのような目的から行なっているかはともかく、PPSがどのような条件下でいかなる効果を及ぼすものであるかを考察することは重要である。そのためには、各国によって異なる医療制度を整理するための概念を抽出し、普遍的な構成要素の関係について論ずることが必要である。本稿においては、我が国と諸外国の医療システムに含まれる各種構成要素の関係とその成立要件を比較することにより、医療システムに含まれる共通点を抽出し、各国の医療システムの特徴と、我が国が今後新たな支払いシステムの改変を行う際の留意点についてまとめることとした。特に英国については、米国と対照的な医療システムを運営する国の例として医療制度を含めて詳説した。

## 2.英国の状況

### 2.1 医療制度概要

英国は基本的にNHS (National Health Service)システムを取り入れている。NHSシステムというのは一言で言うと「国が提供する医療制度」であり、「税金によって医療費がまかなわれる制度」に等しい。したがって、「NHS」という場合には英国の制度を指すものではなく、同様に「税金によって医療費がまかなわれる制度」を採用している国は「NHSである」といえる。英国におけるNHSは1964年に制定された国民保健サービス法を根拠としているがこの法律の基本理念は1942年のベバレッジ報告にまで遡る。この報告書の中では医療に関して様々な提言がなされているが、NHSに最も大きく影響を与えている医療の目的に関する内容は「労働不能状態の回復」である。つまり、労働力の確保というきわめて実際的な問題から医療の必要性について論じられ、根拠が与えられている。このことは英国政府の医療に対する考え方を理解するうえで非常に重要なことである。本来、医療は

特定の個人に対するメリット性があり、また、競争性・排除性を備えているので警察や消防などとは異なり、公共財ではないとされている。しかし、英国においては「労働不能状態の回復」という社会全体に対するメリット性、すなわち価値財としての性質が認められているので、我が国における考え方よりは医療を公共財として捉える傾向が強い。このことは我が国や米国などと英国との根本的な差である。

では、きわめて現実的な根拠に基づいて作られたNHSの理念はいかなるものであろうか。大きく分けてその特徴は4点に絞られる。第1点目は「医療サービスの給付は国の責任」ということである。ここで、米国のように民間保険や市場システムを基本としないことを宣言している。そして、第2点目に「医療サービスの提供は原則無料」としており、第1点目と合わせて「税金」による医療の運営を明確にしている。しかし、ここではあくまで原則を言っているのであって、現実には医療費の一部自己負担などは導入されている。さらに、第3点目として「1次予防～3次予防まで」を包括的に医療システムがカバーすることを目標として掲げており、NHSの理念として定義されていることは画期的なことである。また、第4点目として「医療サービス提供の計画性」についても言及されており、これらのサービスが計画的に一貫して行われることを保障している。

英国のNHSを具体的に理解するためには、システムを構成する組織関係について理解するのが手取り早い。そういった組織のうちでもっとも英国のNHSに特徴的なのがGPs（General Practitioners）である。これは一般家庭医と訳されることが多く、イメージ的には我が国の診療所と似たものである。ただし、我が国の診療所とはその機能が異なっており、患者が高度医療（専門医）に進むべきか否かを判断する「ゲートキーパー」としての役割が強いことが特徴である。また、GPsは登録住民に対して健康全般に対して責任を持つことになっており、このあたりにNHSの理念が大きく反映されている。ただし、GPsについては基本的に1999年の4月をもって廃止になる予定である。この代替となるのがPCGという組織である。

GPs以外の全体的な組織についてはきわめて縦割りの系列が出来ている。その頂点がDoH（保健省）であり、最高責任者は保健大臣である。NHS政策の大枠を策定し、そのための予算確保を行うために財務省と折衝するのが大きな役割である。また、NHS関連の下部組織の活動状況について査定し監督する役割と責任を持っている。

NHSに関する次の下部組織がNHS Executiveであり、NHS管理運営部と訳される。NHSに関するほぼすべての詳細はここで決められており、後述するHRGなどの疾病分類の運用方法についても決定する。本部は組織上DoHの内部に位置するが、地理的なロケーションは、予算経済的な理由からイングランド中部の都市Leedsに置かれている。その他に8個所の地方事務局から構成されており、NHS政策のプラクティカルな調整や予算配分の決定、またNHSやHRGなどについての教育や研修を行っている。さらに、HRGシステムなどを使って収集した情報を分析して監督する業務をになっており、大変重要な組織である。全国に8個所ある地方事務局はROsと称され、従来のRHAs（地方保健当局）が1996年4月に改組されたものである。主な機能としてはNHSトラストの業務内容の監視や設備投資などについての認可を行っている。NHSトラストというのは元々はROsに属していた国営病院で、現在では独立採算の公立病院として業務を行っている。独立採算ではあるが様々なROsの監督・監視を

受けており、HRGシステムの導入についても半ば強制的な参加が行われている。ROsはこのほかにGPFH（GP fund holder：GPよりも広範な予算と予算執行の自由な裁量が与えられている。後述）の審査・認可を行っている。認可を行う行政組織としては最も末端に位置している。

ROsのさらに下にはHAsという組織が存在しており、保健当局と訳される。この組織は1996年4月にDHAs（地区保健当局）とFHSAs（家庭保健サービス当局）が統合されたもので全国に100局ある。HAsはNHSシステムを含む医療・保健行政の末端に位置する最前線の組織として、ニーズの把握とそれを満たすためのサービスの購入（実際には専門医やGPsとの個別の契約）を行う。購入する医療サービスの種類は家庭保健サービスと専門医療サービスである。この中には一般医療、歯科医療、薬剤、眼鏡が含まれ、それぞれGPs、歯科医、薬剤師（薬局）、眼鏡士と契約を結ぶ。一般医療、歯科医療は人頭報酬、薬剤は処方箋による出来高払いを基本とした報酬、眼鏡は検査に対する報酬である。専門医療サービスはGPsから紹介された患者が受ける医療サービスで、GPFHと専門医との間は契約関係で結ばれている。このため、GPFHによって紹介される専門医に差が生じることがあり、GPsの選択に自由度が生じてからはGPFH間の提供するサービスの格差がますます拡大したと考えられる。このこともNHS改革の一因となったと考えられるが、NHS改革については後述する。地域保健サービスは入院から在宅への促進を図られるように作られているシステムであり、中核となるのは地区看護婦・訪問保健婦・助産婦などである。これらの職種はHAsに属しているが、GPsと連携をとることによって健康管理・健康増進などの関連業務を遂行している。

ここまでの行政組織的な系統をまとめると図3-1のようになり、きわめてシンプルなたて系列になっている。しかし、医療サービス費用を賄うための系統は図3-2のように契約形態・支払方法が様々で複雑である。

- A：住民→政府：税金
- B：政府→保健省：予算交付
- C：保健当局→GPs：契約に基づく人頭報酬
- D：保健当局→GPFH：契約に基づく人頭報酬+請負予算
- E：保健当局→NHSトラスト：契約に基づく支払
- F：保健当局→薬局：処方箋による出来高報酬+利潤
- G：住民→薬局：一部自己負担
- H：GPFH→NHSトラスト・民間専門医：契約に基づく支払
- I：住民→民間保険：契約に基づく保険料
- J：住民→民間専門医：合意に基づく私費診療費あるいは差額費用
- K：民間保険→民間専門医：患者（住民）との契約に基づく支払

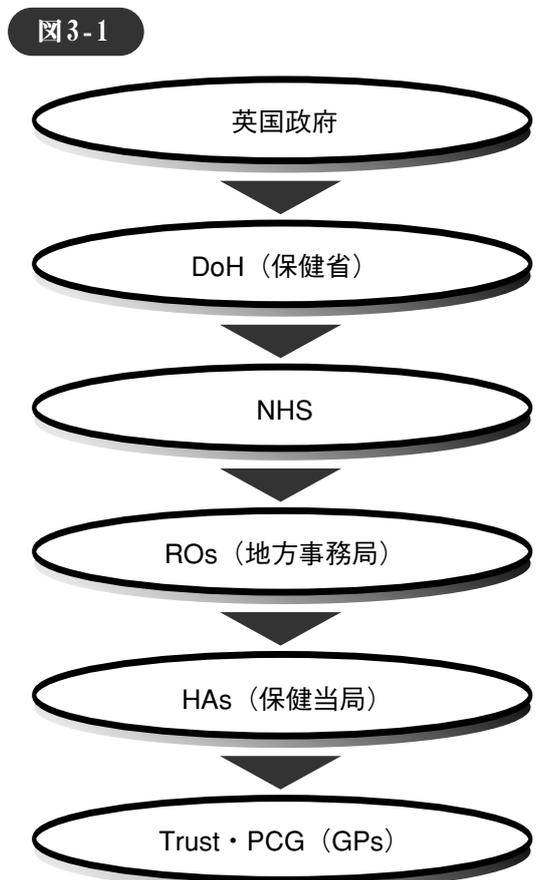
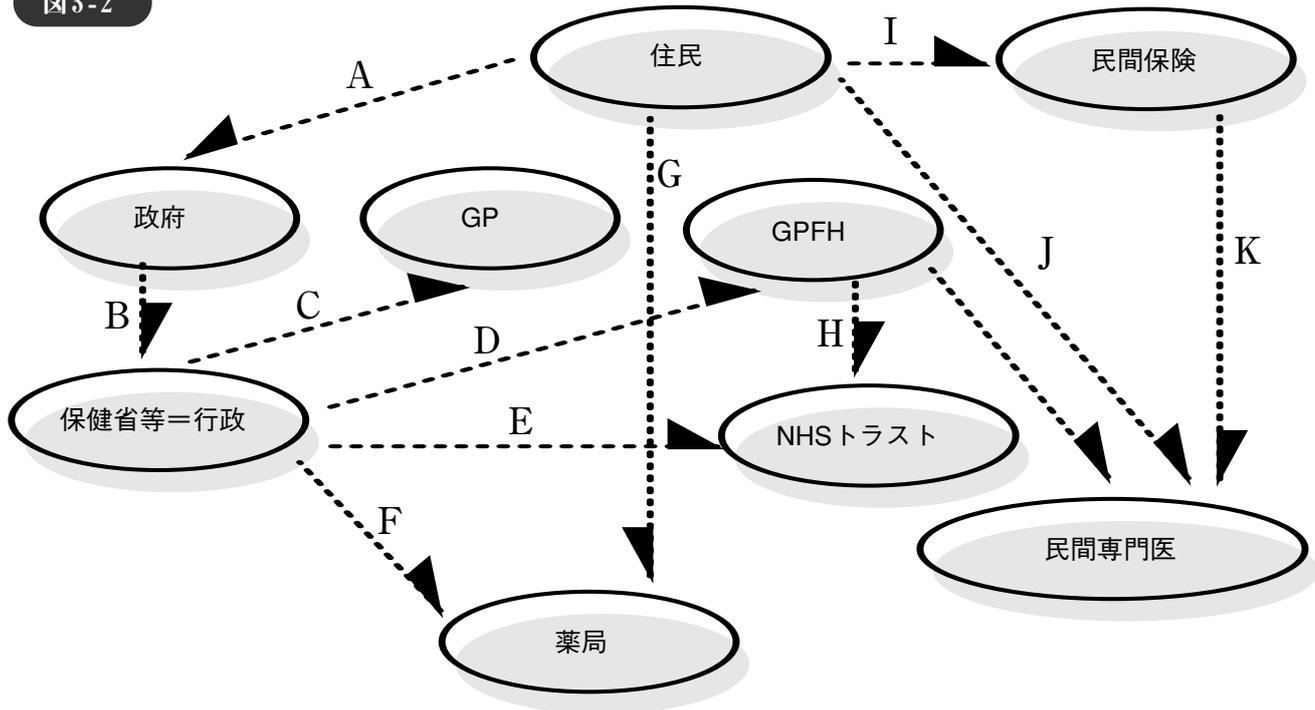


図3-2



## 2.2 NHS改革

英国においては1980年代にはいり医療費抑制策が取られたが、その主たる策は予算としての支払いを単純に絞るものであった。そのため、医療サービス提供量が減少することによって、入院・手術患者のウェイティングが増加し、社会問題となった。また、年度末の予算不足から病院の一時的な閉鎖も起こるようになった。そこで、当時のサッチャー政権は医療に関する種々の白書を作成し、医療の改革について世に問う形で、ついに1990年6月に「NHSサービス・コミュニティケア法」を制定した。この法律に基づく改革によりNHS創設以来の大きな改革が行われることとなった。NHSという非常に普遍性を重んじるシステムの運営に競争の概念を持ち込んだことがその理由である。具体的には、第1にGPsの住民による選択を認めたことであり、第2にGPFHを創設したことである。GPFHはGPsが集合したものであり、その特徴として、通常の人頭報酬額以外に専門医療サービスや薬剤費用などを含めた包括的な報酬を支払い、予算の繰越しや設備投資への流用が認められていることがあげられる。また、GPsよりも登録住民の数が大きいことなどがGPFHの許可条件となるため、予定される患者数の大きさなどを背景に専門病院との契約を有利にすすめたりすることが可能である。したがって、医療サービスの提供にあたって、少ない資源の投入を行おうとするインセンティブが働くこととなる。同様に、それまで国立病院として財政的に行政に従属していた医療機関をNHSトラスト病院として、独立会計にしたことにより、GPsやGPFHとの自由な契約環境を整えた。その他、GPsの処方する標準的な薬剤費用を定めたり、末端の医療行政組織を統合することによりHAsを発足させたことなどがあげられる。

次のNHS改革は現ブレア政権になってから行われた。ブレア政権は1997年12月に新NHS白書、1998年2月にグリーンペーパーを発表した。新NHS白書では行き過ぎた競争状態への反省から、財政的・組織的な協調を図ることによって、資源の無駄を省こうという方針が示された。また、グリー

ンペーパーにおいては具体的な健康目標を掲げることによって、国民の健康増進に弾みを付けようとするものである。具体的な方策として、GPFHが廃止され代わりにPCGが創設された。これは共同予算管理の規模を大きくすることによって、これまで非効率であった部分を是正しようというものである。たとえば、GPFHからPCGになったことによって登録住民数も増加し、それまで雇用できなかった特殊な専門家を内部に雇用することが可能となり、アウトソーシングするよりも全体としてのコストを安くすることが出来るなどである。また、PCGは包括的な巨額の予算を管理する反面、地域住民への包括的なケアを提供する義務と責任を負い、長期的な医療費の削減効果が期待されている。標準的なサイズのPCGは50人のGPに対して10万人の地域住民であるとしている。PCGのシステムはGPFHが廃止される1999年4月より順次実施されている。1999年12月現在では、全国がPCGの形態で運営できているわけではない。

## 2.3 HRG

英国においては1981年から1991年にかけてNHSにおける病院サービスの購入に際してDRGを用いることに関するfeasibility studyが行われた。この試行の結果、NHSにDRGを用いることの有効性は確認されたものの、DRGにおける分類方法が英国の臨床家の診療活動にあっていないために、それをNHSにおいて継続的に使用していくことは困難であると結論された。英国における医師の診療活動に適合したCasemix分類として開発されたのがHRG（Healthcare Resource Group）である。HRGは1991年にNHSに導入され、1994年以来NHSにおける費用算出に当たって義務化されている。資料としてHRGのリストを添付した。

HRGの分類数は米国のHCFA-DRGとほぼ同じであるが、それ以外は異なる特徴・性質を有している。HRGはどのようなケースにも当てはめることが可能な疾病分類として、全年齢・全疾患を対象として作成されている。この点で高齢者を主な対象としたHCFA-DRGとは異なっている。したがって、分類数が同様であることを考えると、HRGのほうが全体として分類が粗いとも言える。また、DRGとは異なり、資源消費状態の類似したものを区分の基準としたわけではなく、あくまで現場における病理学的・医学的な受け入れやすさを重視している。開発に際しても臨床医の意見が大きく反映されている。そのため、逆に分類毎に資源消費量のばらつきが小さくなっている保証はなく、したがって、PPS（Prospective Payment System）のような包括的なケース毎の個別支払いには向いていないと考えられる。残念ながら、この点についてデータに基づいて検証した報告は得ていない。

英国政府やNHS ExecutiveがHRGに期待している機能は支払いのためのツールではない。また、NHS Executiveによれば今後もその予定はない。HRGが期待されている機能は第1にNHS Executiveが各NHSトラストの業務内容を評価する際の情報収集ツールである。前述したように、NHSトラストは基本的に独立採算制であるが、民間の病院とは異なり、完全に独立しているわけではない。NHSトラストは次年度の予算をもらうためにHRG分類に基づいた在院日数およびコストについてデータを提出しなければならない。NHS Executiveではそれらのデータを集計し、他の病院や標準値などと比較を行うことによって、病院の評価を行う。こういった分析は各病院内部でも積極的に、より詳細に行われ、病院経営のためのマネジメントツールとして活用されている。病院の成績によって

は、資金の貸し付けや補助金の配布などに響くからである。

しかし、こういったHRGの特徴とそれに基づく有用性にもかかわらず、HRGの使用動向は必ずしも英国全土に統一的ではない。周知の通り英国は連合王国であり、イングランド・ウェールズ・スコットランド・北アイルランドの4つの国から成り立っている。これら4つの国においてはウェールズが英語とは異なる言語を用い、スコットランドが別のデザインの通貨を用いていることに代表されるように、独立性が強く、自国の伝統を保存しようとする傾向が大きい。また、様々な面で実際に国毎に独自の政策が取られてきている。HRGにおいてはウェールズがそれに該当し、現在今後の取るべき策について選択を迫られている。ウェールズでは英国政府がHRGを検討するずっと以前から米国のHCFA-DRGおよびAP-DRGについて研究を行ってきており、HRG導入より以前に、HRG導入と同様の目的でAP-DRGによる情報収集システムを構築してしまっていた。したがって、HRGシステムの導入に際しては、既存のAP-DRGシステムの運用を存続してHRGとの併用を行うか、AP-DRGの運用を停止するか、中央政府に反旗を翻すかの選択に迫られている。現在はHRGとの併用が行われているようであるが、2つのシステムを同じ目的で併存させておくのは管理コストがかさみ無駄が多い。ManchesterにあるCasemix OfficeではAP-DRGが運用面で支障が無く使用実績があること、AP-DRGのほうが分析等の面において優位性があることを強調しており、さらにAPR-DRGについても検討を行っていた。しかし、ウェールズでは近い将来HRGのみを採用すると言われている。理由は、英国のRoyal Colleges（医学会）がHRGを支持しているためであり、政府の積極的なバックアップもあって、ウェールズが今後独自路線を続けていくことにメリットが余り無いこともある。また、Casemix Officeによると、すでにAP-DRGの運用実績があり、HRGの移行に際してはそれほどコストがかかるものではないとのことである。必要なのは、HRGのコーディングに関係する事務官の教育と、HRG取り扱い用のソフトのインストールのみである。関係者の教育研修はCasemix Officeにて極めて低価格で行われており、ソフトの配布についても同様である。基本的にソフトそのものは無料で、説明書のみ有料である。いずれにせよ、現場の医療機関に対しては極めて負担の少なくなるような措置が取られており、HRGへの移行を促進している。

## 2.4 国民性との関係

前項目までの内容にあるように、英国の医療制度の改変についてはTry and Errorの繰り返しである。一方でサービスなどの財の安定的供給を他国民と同様に望みながら、もう一方ではそのための度重なる制度的試行を受け入れる国民性が読み取れる。この根底にあるものはまさしく連合王国としての英国の成り立ちであろう。異なる伝統を持った4つの国を束ねるためには強力なPolicyが必要であつたろうことは想像に難しくなく、現在においてもPolicy（＝政府）がPractice（＝行政）に対して絶対的に優位である状況は残っているようである。したがって、今回記した内容がいつまたドラスティックに変化するかは予測がつかない。政権の交代によってPolicyが大きく変化する可能性が無いわけではないからである。今回の調査では、こうした伝統に基づく国民性の特徴を疫学的に調査することは不可能であったため、Evidence Basedとはいえないが、おそらく我が国の国民よりも「飴と鞭」「権利と義務」の関係について、深く考えざるを得ないような環境が英国にはあつたし、現在もあると考えられる。

### 3. 保険者機能と医療システムの関係

#### 3.1 構成要因と成立条件

図3-3

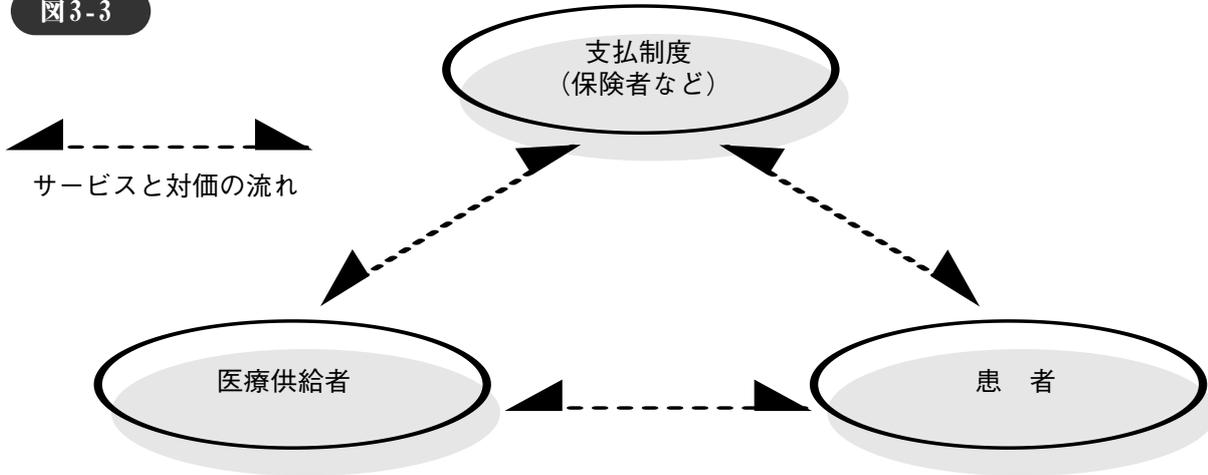
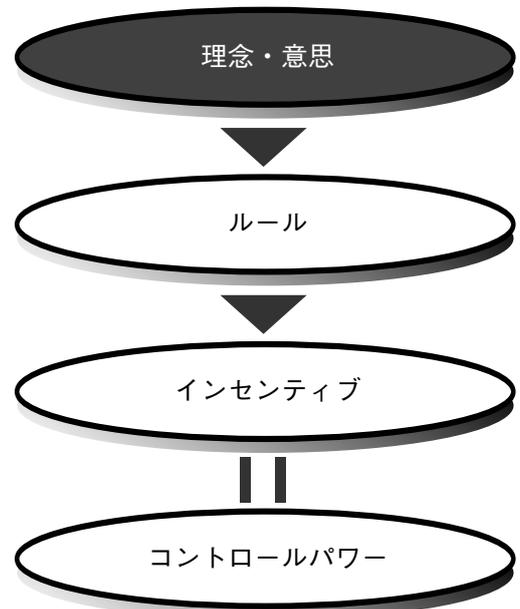


図3-3は医療保険システムに登場するプレイヤー（構成要素：患者、医療供給者、支払制度）とその関係について模式的に示したものである。これらの構成要素間においてはモノや技術などの医療サービスや、それに伴う対価としての金銭などの授受が行われている。この図では当該国の医療サービス供給において医療保険制度が中心的な役割を果たしている国を想定しているが、英国やポルトガルなどNHSを中心としている国についても「保険者→制度（あるいは国家）」と読み替えることが可能である。しかし、この図はある一時的な構成要素間の定性的な状況（構造）を示しているのみであり、当該国の医療保険システムの構造的な特徴や新たなサブシステムへの適応性を十分に検討できない。なぜなら、この図においては各構成要素が時系列的に活動を存続するためのインセンティブとそれを規制するルール、また、ルールを作成する意思などが表現されていないためである。さらに、ルールやそれに基づいて発生するインセンティブが行使されることによって、結果として生じているコントロールパワーについても触れることができない。そこで、図3-4にあるような多段階の階層を仮定することにより、図3-3の構造とあわせて各国の特徴を抽出することとする。この図においては、上位のものが下位の環境や行動の発生を規定する関係になっており、このラインが明確に機能していることがシステム存続の条件である。「理念・意思」極めて国家的なものであり、国家を

図3-4



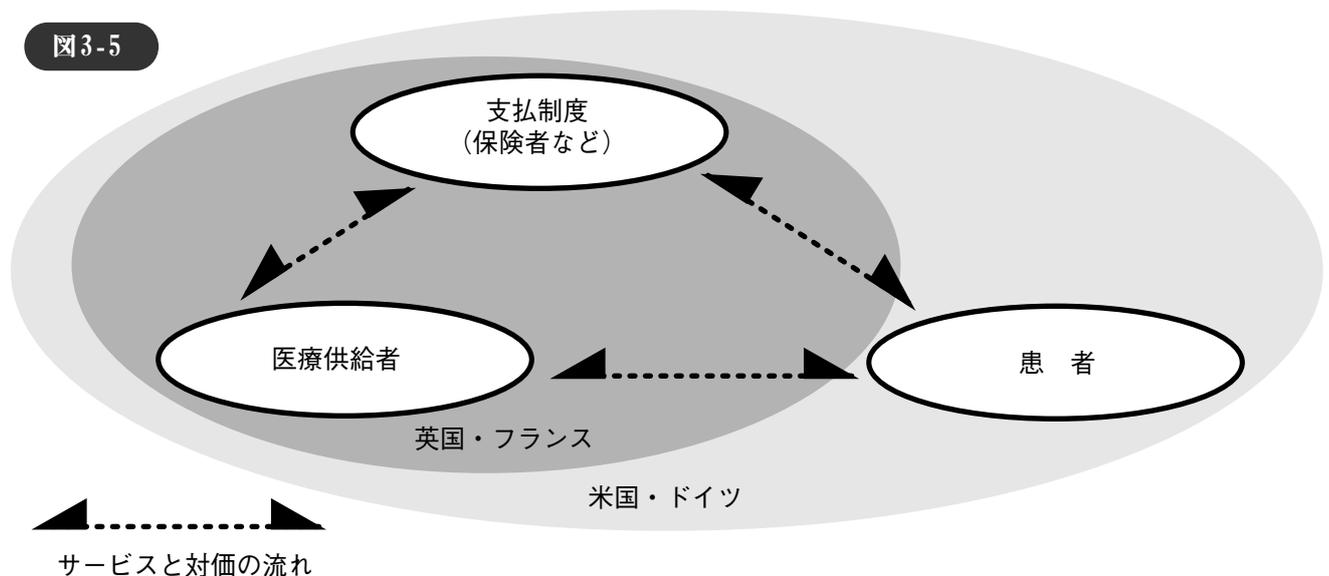
医療システムの単位として考えた場合には最も上位に位置するものである。次に「ルール」は国家的な医療に対する理念に基づいて定められる具体的な制度や方法そのものであり、NHSや競争原理、管理手続主義などがこれに相当する。さらに、そういった各国に定められたルールの基に図3-3の各構成要素が所有するものが「インセンティブ」であり、一定のルール下における「責任」と表裏一体の関係でもある。いずれの解釈においても、ルールに対して感覚的に距離の近い構成要素ほど、そのルール下における利益最大を狙うインセンティブを持つ。そして、そのインセンティブこそが他の構成要素からは「コントロールパワー」となって解釈されることとなる。したがって、結果として生じているこのコントロールパワーが各要素の間で期待通りに発生していない場合は、インセンティブや責任の相対的な量を発生させているルールそのものの設定が不適切である。

### 3.2 諸外国における状況

各国においては図3-4の各階層と流れが明確である。理念そのものは前項で説明した英国の例や広く知れ渡っているところの米国の例において特に明確である。しかし一方では、コントロールパワーとなりえるインセンティブ発生の適正化のためにルールの小変更を繰り返している状況である。一般に、米国のメディケアの場合のように、DRGのような疾病分類をPPSのような個別性の高い支払に結び付ける度合いが強いほど医療供給者における適正化の経済的インセンティブは大きくなり、逆に、英国のように支払とほぼ無関係にすれば経済的インセンティブは減少する。英国の場合は特に、医療機関はほぼ全てが国立であり、医師などの医療従事者もサラリー制で事実上の国家公務員であるので、現場レベルではなおさらである。その分を他のインセンティブで補っているわけである。1つが医療従事者としての使命感であり、もう1つが職を失うことに対する恐怖感であるとされる。これらのインセンティブを発生させるために用いられているのがHRGであり、パフォーマンスを測定して比較するツールとして用いられているわけである。ただし、職を失うことはそう頻繁に発生しているわけではないので、どちらの場合も緩やかなインセンティブの発生であると考えられる。このことが、これまでの英国の医療システム上のいくつかの不都合（ウェイティングリストや働かない医師の問題）を生じさせてきたのではないと思われる。ただし、英国の場合も全く経済的インセンティブが発生していないわけではない。近年の医療制度改革はその点を考慮して取り組まれてきた。1つは医療機関への（医療機関予算の）最大年4%の補助金の交付であり、もう1つがトラスト病院とPCGとの契約制度である。前者については、必ずしも大きな額とは言えないが、緊縮予算を強いられている中ではそれなりの効果があるとされている。後者については1つの医療圏内にトラスト病院の数とPCGの数がバランス良く配置されている場合には、PCGとの契約を勝ち取るためにトラスト病院は医療サービスコストの低減に努め、結果として医療費の適正化を実現する。なぜトラスト病院が医療コストの低減努力をするかといえば、PCGとの医療サービスの提供契約の際のサービス価格は自由であり、自分の病院の医療コストが低い方が価格を低く設定でき契約に有利だからである。もちろん、契約は価格だけで決まるものではないので、ここで生じる経済的インセンティブが絶大なコントロールパワーとなっているわけではない。いずれにせよ、英国においては、多くの病院が国立であるという特殊性とこれまでの医療に対する国民意識を生かしたルール作

りとそれに基づくインセンティブの発生に成功しつつあるように見える。ところで、ドイツやフランスは、医療提供者に対してPPSを適用しているかどうかということでは、米国や英国の中間に位置すると考えられる。ドイツは一部の限定された疾病についてはPPSを適用しており、今後適用範囲を拡大するためと思われるが、FP/SEからAP-DRGへの転換の準備をしているようである。また、フランスでは現在もPPSはもちろんのこと、GHMを支払には反映させていないが、今後、経済的インセンティブが強まるような方向に改革されるようである。これらの動向は、英国の場合を含め、図3-3の構成要素である「支払制度（保険者）」と「医療提供者」の2つに、それぞれ医療費適正化のためのインセンティブを経済的に生じさせようとするものである。そういう点では、ドイツが最も先行しており、「患者」も巻き込んでインセンティブの輪を完成させようとして、米国のマネージドケアに近づいているといえる。ただし、ドイツの場合は他の部分（DRGなどの情報システム導入のインフラ整備）で大きく遅れているとされる（図3-5は医療費適正化のインセンティブが働く範囲を図示したものである）。

図3-5



### 3.3 我が国における状況

我が国においては図3-5のように医療費適正化のインセンティブが働く範囲を図示しようとしてもできない状況である。少なくとも「医療提供者」と「患者」についてはそのような経済的インセンティブは皆無に等しいことがこれまで報告されている。また、「支払制度（保険者）」についても、本来の使命感は存在しているかもしれないが、経済的インセンティブは小さい。特に、保険者が市町村である国保については、赤字分を税収入（一般財源）の中から補填できるためその傾向が強いといえる。我が国の特徴の第1はこのように、医療システムに登場する構成要素のどれにも明確な医療費適正化のインセンティブが無いことであり、特に経済的インセンティブについては皆無に等しい。また、非経済的インセンティブについても強力なものは見当たらない。では、我が国の医療システムを支えている要因は何であろうか。1つの仮説として、図3-3や図3-5には登場しない構成要素としての行政の役割が存在するのではないだろうか。経済的インセンティブを大蔵省が、

非経済的インセンティブを厚生省が受け持ち、実際の「支払制度（保険者）」「患者」「医療提供者」はそれぞれが極めて日本的な「良識」をもってそれらインセンティブを満たす手助けをしている。「良識」とは社会全体を崩壊させまいとする緩やかなインセンティブであるとも言えるが、医療システム独自のものとは言い難いので、図3-5のように図示するのが難しい。ある意味、我が国の医療システムは各構成要素の「医療に限定されないインセンティブ」によって成り立っているが、行政のインセンティブに支配されているという、極めて特異なシステムである。この特徴は前項の先進諸国とは類似していないが、旧ソ連や中国などの社会主義国家、あるいは、医療について極めてプリミティブな状況にある発展途上国の医療システムの成り立ちに類似しているといえる。我が国には「全国民に平等な医療を」という理念もあり、管理手続主義的なものを中心としたルールも存在しており、特に前述の社会主義国と類似性がある。ただし、我が国の場合、多くの割合を占める民間病院において、人口密度に対する医療施設の密度が高い時には競争原理が働くという特徴を有している部分は異なっている。その点を除けば、医療資源消費量を適正化しようとするインセンティブは国（行政）>>（病院）>>住民・保険者（病院は医療施設の密度が高い時にのみ）となっていて、本来国が医療をコントロールしようとするインセンティブ・責任ともに最も大きい。これらの特徴は、医療ニーズが供給を大きく上回っているという状況の違いはあるが、アジアの多くの発展途上国にも当てはまる特徴ではないかと考えられる。我が国の医療システムは社会主義的・アジア的ともいえるが、おそらくは医療密度がこれだけ高くなったにもかかわらず、医療の場を市場化できないでいるとも考えられる。そういう状況でPPSを導入することは、大きな変化であるので概念の変容を伴うため極めて注意深く進めるべきである。少なくとも、PPSは米国の例（メディケアにおけるコストシフティングの例や短期的で過剰な利益の追求の例など）からも現場における総合的・長期的資源配分の視点を阻害する可能性があるため注意が必要であろう。むしろ、我が国においてはPPSのように「医療供給者」に対してのみ医療費適正化のインセンティブが働くようなシステムを導入するより、他の先進諸国がこれまで医療システムを発展させてきたときと同様に、まず「支払制度（保険者）」を強化して医療費適正化のインセンティブを持たせるべきではないだろうか。本来、支払者が監査を行うことは順序としては理に適っていることでもある。そのためは、我が国の場合は医療費適正化の経済的インセンティブ・非経済的インセンティブをそれぞれ保持している大蔵省および厚生省が保険者に対して責任と権利を委譲する策を検討すべきであり、両者は「社会保障制度が崩壊しないようなルール作り」という側面からのみ医療制度を支援すべきである。もちろん、現状では保険者には責任と権利を受け取る能力は備わっているとは考えられないが、中長期的な計画の中では不可能なことではないはずである。いずれにせよ、現状において医療システムの中で何が起きているのかを誰かが定期的に分析していく必要があり、そのためのデータベース作りと分析の方法については確立すべきである。現状では他の先進諸国と肩をならべる水準のデータベースシステムが存在しておらず、そのためにレセプト情報をもとにした、医療を正確に把握するためには極めて不正確で手間のかかる分析が主流な状態である。したがって、全国統一的なルールに従って情報を管理・分析するシステムと、そのために使用する我が国に適したDRG（あるいは同様の疾病分類）を喫緊に整備する必要があると考えられた。

### 3.4 我が国へのDRGやPPSの適用可能性

表3-1はスイスのシンクタンクZIM社のDRGに関する総括的な資料に筆者の修正を一部加えたものである。この表からも分かるように、DRGあるいはDRGに関する研究は欧州の各国を中心に盛んであり、潮流であるとも言える。しかし、現在はDRGをPPSなどの支払いに結び付けて全面的な活用を行っている国はきわめて少数であり、潮流であるとは言えない。我が国においてはDRGという疾病と診療行為を組み合わせた分類をPPSなどの「支払い」と一体にして考えてしまう傾向があり、そういう意味でDRGが語られる場合、DRGは世界的な潮流では全くなく、そのことを理由に我が国

表3-1

| 国名          | DRGを支払いに<br>使用しているか | 疾病分類（数字はバージョン） |        |                 |                  |
|-------------|---------------------|----------------|--------|-----------------|------------------|
|             |                     | HCFA-DRG       | AP-DRG | その他             | 参考               |
| Austria     | ○                   |                |        |                 | BMAGS            |
| Belgium     | ?                   |                | 15     | APR-DRG         |                  |
| Bulgaria    | ×                   |                | 検討中    |                 |                  |
| Czechia     | ?                   |                | 12     |                 |                  |
| Danemark    | ×                   |                | 検討中    | NordDRG         |                  |
| Finland     | ?                   |                |        | NordDRG         |                  |
| France      | ×                   | GHM 4.5        |        |                 | PMSI             |
| Germany     | F P / S E<br>一部疾病   |                | 検討中    |                 | BMG<br>DKG       |
| Greece      | ×                   | 検討中            |        |                 |                  |
| Hungary     | ○                   |                |        | HBC 3.0         |                  |
| Iceland     | ×                   |                |        | NordDRG         |                  |
| Ireland     | ○                   | 12             |        |                 |                  |
| Italia      | ?                   | 14             |        | 検討中:<br>APR-DRG |                  |
| Norway      | ○                   | 12             |        | NordDRG         |                  |
| Portugal    | ○<br>予算・現2割         | 15             |        |                 |                  |
| Rumania     | ×                   |                | 検討中    |                 |                  |
| Spain       | ×                   | 一部             | 一部     | 検討中<br>RDRG     |                  |
| Sweden      | 一部地域                | 一部             | 一部     | NordDRG         |                  |
| Switzerland | ×                   | 検討中            | 検討中    |                 | APDRG<br>-Suisse |
| U.K.        | ×                   |                |        | HRG 3           | HBG              |
| Wales       | ×                   |                | 13     | HRG 3           |                  |

資料) スイスZIM社の資料を一部改変

○: 医療機関に対する支払いの計算に用いている

?: 医療機関に対する支払いに一部あるいは一時的に用いているが詳細不明

×: 直接的には反映していない

にDRGを導入すべきであるとする意見には根拠が無い。ポルトガルは最も米国のDRG/PPSシステムに忠実にDRGを導入しているが、それまでのポルトガル医療制度の個性があつてこそ実現したことが分かる。まして、そのポルトガルにおいてさえPPSシステムとは切り離してDRGを考えており、導入当初においては支払いとは全く関係が無かった。英国においても直接的な支払いにはHRGは関係しておらず、コストの管理という名目で分析が行われ、その結果の一部が政策や予算調整に反映されているのみである。これは英国の行政が支払いだけでなく他の面においても医療機関に影響力を持っているために可能なことであり、我が国の医療行政と公立医療機関の関係に似ている。我が国においては医療に対して様々な規制があり、民間医療機関についても十分に行政が影響力を発揮できる立場にあり、米国のようにことさら「ヤードスティック・コンペティション」の効果に頼る必要はないように思える。したがって、医療行政の目的が医療費用の適正化や低減だけであるなら、PPSである必然性の理由は見当たらない。米国にしてもDRG/PPSはメディケアのパートAに用いられているだけであり、全体の医療（費）から見ればきわめて部分的である。また、米国の場合は情報流通とそれをもとにした質の管理という強力な環境のおかげがあつたからこそ効果があるとされたのであろう。しかし、DRG/PPSも万能なシステムではなかつたことは周知のとおりである。

おそらく、我が国にDRGあるいは同様のシステムを導入するにしても、やはり始めはPPSとの関連を強くしないほうが良いのではないだろうか。ポルトガルの例にもあるように、支払いとの結びつけは後からでも可能だからである。むしろ現在のDRG反対論者はDRGそのものによるマネジメントツールとしての機能的側面に反対しているのではなく、支払それも価格付けが極めて低レベルになった場合のみを想定して反対しているのではないだろうか。もしも、DRGが世界的潮流であるとすれば、コストや質の管理のツールとして導入を検討するのが正しい方策である。そういう側面だけでは医療費低減効果や適正化の効果などは望めないのではないかという意見もあるが、英国などの先進国を見る限りコストや質の管理のツールとしてDRGを導入した結果、緩やかかあるいは二次的ではあつても効果が全く無いということはないようである。経済学の分野においては「ヤードスティック・コンペティション」の効果として、DRGがPPSと併用された場合の効果についてのみ言及しているが、DRGによる分析の結果が直接的な支払ではなくとも、政策やシステムのどこかにフィードバックされれば相応の効果が期待できるであろう。その場合の効果はかなり間接的で緩やかなものであろうが、我が国の現在の状況からは、統一的な情報システムの整備の目的も兼ねて当初は疾病分類のみの導入、あるいは一部の公的病院を予算制にする際のツールとして導入するのが現実的であると思われる。

## 参考文献

- 1) John R. Kimberly 他, *The Migration of Managerial Innovation*, Jossey-Bass Pub., 1993, 377頁
- 2) 川渕孝一, *DRG/PPSの全貌と問題点*, 薬業時報社, 1997, 212頁
- 3) 松田晋哉 他, *欧州主要各国のDRG導入実態に関する調査研究*, 医療経済研究機構, 1999, 141頁
- 4) 野口一重, *早わかり図解でみるDRG*, 日本医療企画, 2000, 170頁
- 5) 川渕孝一 他, *米国における疾病分類の妥当性に関する研究*, 医療経済研究機構, 1998, 280

## 第4章

---

### 大病院における外来患者の集中解消のための 別料金方式と紹介状方式の経済分析

明治大学短期大学  
助教授 塚原康博

— 抄録 —

本研究では、大病院の医療サービスと中小病院および診療所の医療サービスに代替性がない場合とある場合における別料金方式、紹介状方式、両方式とも採用しないという方式の3つの経済効果の比較を総余剰、医療サービス量、医療費の3つの指標を用いて行った。代替性がある場合をしてみると、3つの方式のどれが望ましいかについては、医療サービスにおいても、社会的な純便益を減らさないような効率的な資源配分を重視するならば、両方式とも採用しないという方式が望ましい。他方で、医療サービスは人命や健康に関わる特別な財なので、社会に対して費用をかけたとしても、医療サービスの量を増やし、医療サービスへの患者のアクセスを拡大すべきという考えという考えを重視するならば、紹介状方式が望ましい。そして、両方の価値判断をバランスさせたような位置にあるのが、別料金方式である。どのような方式が望ましいかは、その社会の価値判断によるだろう。

キーワード：外来患者の大病院志向、医療サービスの代替性、社会的純便益、別料金方式、紹介状方式

## 1. はじめに

外来患者が診療所よりも病院を志向し、さらに病院の中でも大病院を志向するという傾向が長期にわたりみられる。知野<sup>1)</sup>は、1970年頃まで病院と診療所のいずれにおいても外来患者数が増加していたが、それ以降、病院では外来患者数は増加を続けているものの、診療所の外来患者数は減少に転じていることを示し、外来患者の病院への集中を指摘した。広井<sup>2)</sup>は1970年と1991年を比較し、一般病院の外来患者数が病床数300未満の病院で減少し、病床数300以上の病院で大きく増加していることを示し、外来患者の大病院への集中を指摘した<sup>3)</sup>。

このような外来患者の大病院志向に対し、1990年代前半から、病院の機能を分化し、それぞれの機能に応じて患者の流れを誘導するための施策がとられてきた<sup>4)</sup>。具体的には、1992年の医療法改正で、病院は「特定機能病院」、「一般病院」、「療養型病床群」に分けられ、高度医療を提供する大学病院などから成る特定機能病院は、初診外来患者の紹介率を30%以上とするように規定された。1993年には、特定機能病院における紹介患者の比率を引き上げるために、外来初診患者に占める紹介患者の多寡により初診料の加算制度が設けられ、紹介状を持たない患者からは初診料にかかわる費用として特定療養費の徴収も認められるようになった。

1996年には、特定機能病院以外の病院でも、病床数200以上の病院であれば、外来初診患者に占める紹介患者の多寡により初診料の加算制度が設けられ、紹介状を持たない患者からは初診料にかかわる費用として特定療養費の徴収も認められるようになった。

このような一連の政策は、紹介状を持っている患者も持っていない患者も、大病院での受診を認めるものであるが、紹介状を持たない患者に別料金を課すことで、大病院での受診を控えさせようとするものである。したがって、大病院への外来患者の集中を排除するためになされている現実の政策は、紹介状方式と別料金方式の混合型と考えられる。

このように、現実の政策は2つの方式の混合型と考えられるが、本研究では、別料金方式を採用した場合と紹介状方式を採用した場合の経済効果をそれぞれ明確にするために、それぞれの方式のみを採用した場合の分析を行うことにする。本研究では、単純な経済モデルを使い、大病院における外来患者の集中解消のために別料金方式と紹介状方式を採用した場合の経済効果を総余剰、医療サービス量、医療費の3つの指標の観点から分析する。

この3つの指標のもつ意味を確認しておく。第1に、総余剰は、社会的純便益を示すものであり、医療サービス量を動かしたとき、その量の下で総余剰が大きくなるほど、そこから得られる便益と費用との対比から、社会的にみて医療サービスという資源が無駄なく有効に使われていることを意味している。第2に、医療サービス量は、その需給量が大いほど、患者が医療サービスを受ける機会が増し、健康水準が高まる可能性が大いことを意味している。日本の場合は、公的な医療保険の導入によって患者の直面する価格を本来の価格よりも低下させることで、医療サービスの需要を喚起している。これは、たとえ医療サービスが総余剰を最大化する水準を越え、社会全体の純便益が減ったとしても、健康には特別な価値が与えられるので、医療サービス量を拡大すること、言い換えれば、健康な人から不健康な人へ所得を再分配することが望ましいという価値判断を政府

がもっていることによる。第3に、医療費は、それ自体に経済的な意味合いがあるわけではないが、社会が医療サービスを得るために直接投入した金額を示すものとして、しばしば引き合いに出される指標なので、ここで取り上げた。

## 2. 初期モデル

ここでは、医療サービスの市場として、大病院が医療サービスを提供する市場と中小病院および診療所が医療サービスを提供する市場の2つを考える。図4-1は、前者を示したものであり、図4-2は、後者を示したものである。いずれの図とも、横軸は、医療サービス量を示しており、縦軸は、金額を示している。P0は1単位の医療サービスを受けるときに、医療サービスの需要者である患者が医療機関の窓口で支払う自己負担金であり、患者が直面する価格である。MCは医療サービスを提供する際の限界費用であり、一定と仮定している。MCには、新たに1単位の医療サービスを提供する際の薬代や医師や看護婦による労働サービスの機会費用などが含まれる。

Iは1単位の医療サービスを提供したときに医療機関が受け取る収入の総額、言い換えれば、医療サービスの供給である医療機関が直面する価格であり、その水準は政府が政策的に決定する。IとP0の差額は公的な医療保険からの保険給付部分であり、Iの水準は政府が決めるので、IとMCの差額は一種のレント、すなわち医療サービスという特別な技術に対する社会的な評価とみなすことができる。図4-1と図4-2の市場とも、医療サービスの供給量は短期的には際限なく増やせるわけではないので、供給制約としての上限があるものとする。医療サービスの供給量の上限はSCで示され、DCは医療サービスの需要曲線である。ここでは、単純化のために、大病院も、中小病院や診療所も、医療サービスの限界費用は同じと仮定する。

図4-1 大病院の医療サービス市場

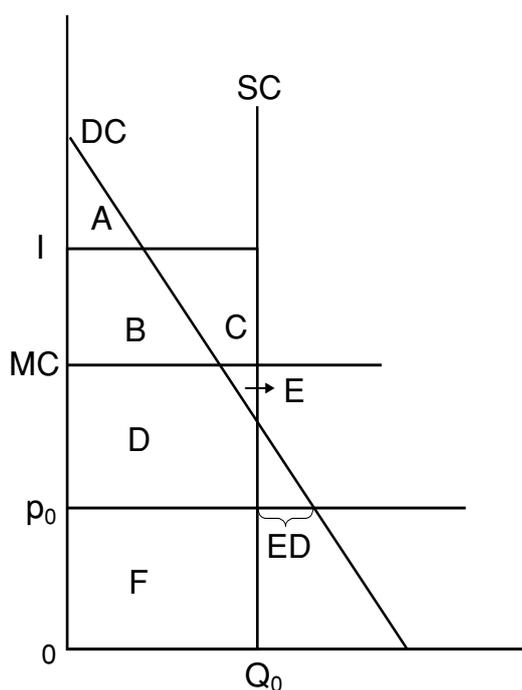
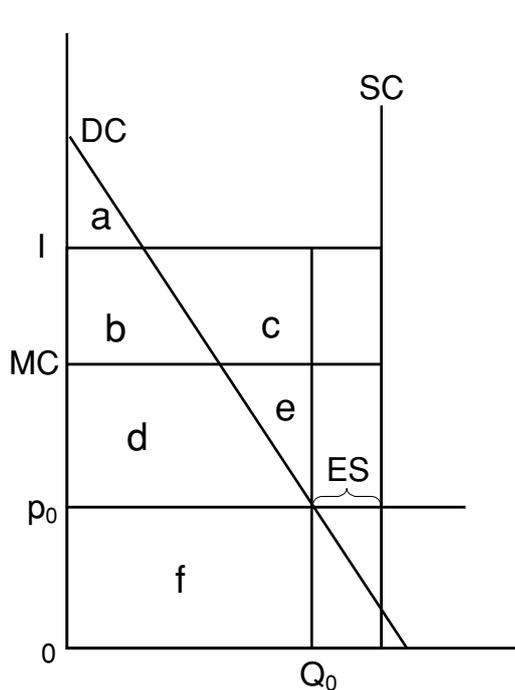


図4-2 中小病院および診療所の医療サービス市場



まず、大病院の医療サービス市場を示す図4-1をみると、政府が決めた自己負担金の水準 $P_0$ では、需要が供給を上回るため、EDの大きさだけ超過需要が発生している。このEDが、大病院における外来患者の混雑を示している。この場合に、 $B+C+D+E$ の面積に相当する医療保険料を除いた外来患者の余剰（消費者余剰）と医療機関の余剰（生産者余剰）を示してみると、前者は $A+B+D+F$ から $F$ を引いた $A+B+D$ の面積で示され、後者は $B+C+D+E+F$ から $D+E+F$ を引いた $B+C$ の面積で示される。総余剰は $(A+B+D) + (B+C) - (B+C+D+E) = A+B-E$ の面積で示される。限界費用曲線 $MC$ と需要曲線 $DC$ の交点で決まる医療サービス量のときに総余剰は最大化されるが、医療保険の導入で生じる患者の直面する医療サービスの価格引き下げ効果によって、総余剰を最大化する水準以上に医療サービスの需要量が拡大したため、 $E$ の面積に相当する余剰の損失が発生している。ただし、この場合は、医療サービスの供給制約によって、その価格の基で希望する需要量すべてが満たされていない。ここでの医療サービス量は $Q_0$ で示され、医療費は $B+C+D+E+F$ の面積で示される。

超過需要が発生している場合は、ある基準によって供給に見合った量を外来患者に割り当てなければならないが、待ち時間の長い順に医療サービスを割り当てるとすると、待ち時間の長さに対応する機会費用を外来患者が余計に負担することになる。待ち時間当たりの機会費用が大きい人ほど、医療サービスの価格が上昇することを意味するから、機会費用が大きい人は、他の条件が同じならば、診察をあきらめるであろう。したがって、待ち時間の機会費用の小さい人に医療サービスが割り当てられる可能性が高い。

次に、中小病院および診療所の医療サービス市場を示す図4-2をみると、 $P_0$ では、需要が供給を下回るため、ESの大きさだけ超過供給が発生している。このESが、中小病院および診療所における外来患者のすき具合を示している。この場合の医療サービス量は $Q_0$ で示され、総余剰は $a+b-e$ で、医療費は $b+c+d+e+f$ の面積で示される。

患者の直面する価格は、2つの市場で同じであるにもかかわらず、大病院の医療サービス市場では、超過需要が発生し、中小病院および診療所の医療サービス市場では、超過供給が発生している。その理由の1つとして、医療機関のパフォーマンスに関する情報の不完全性が考えられる。大病院なら安心というイメージが、一種のブランド効果となり、患者の行動に影響している可能性がある。医療機関のパフォーマンスに関する正確な情報がない状況下で、医療機関の規模が医療サービスの質のよさのシグナルになっている可能性がある。この場合の解決策は、患者が医療機関の正しい選択をできるように医療機関のパフォーマンスに関する情報を提供することである。もしこれが実行困難な一方で、医療機関の規模によるパフォーマンスにさほど差がないのであれば、大病院から中小病院や診療所へ患者をシフトさせる政策が正当化されるだろう。

他方で、医療機関のパフォーマンスに関する情報が完全な状況の下で、大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所の医療サービス市場で対照的な受給ギャップが発生している理由としては、以下のものが考えられる。第1に、医療機関に行くまでに交通費や時間がかかるという費用、すなわちアクセス費用が、大病院より中小病院や診療所において高いという場合である。ただし、これが現実に当てはまるとは考えにくい。第2に、患者の病気に見合った検査や治療が大病院でなけれ

ば、受けられない場合である5)。この場合は、大病院と中小病院および診療所で種類の違う医療サービスを供給していることになる。第3に、大病院と中小病院および診療所で、同じ種類の医療サービスを供給しているが、大病院のほうが医療機器や医療スタッフが充実している等の理由により、大病院のほうが医療サービスの質が高い場合である6)。これらの理由による場合は、中小病院および診療所の供給を減らし、大病院の供給を増やすことが正しい政策的な対応であろう。

### 3. 大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がない場

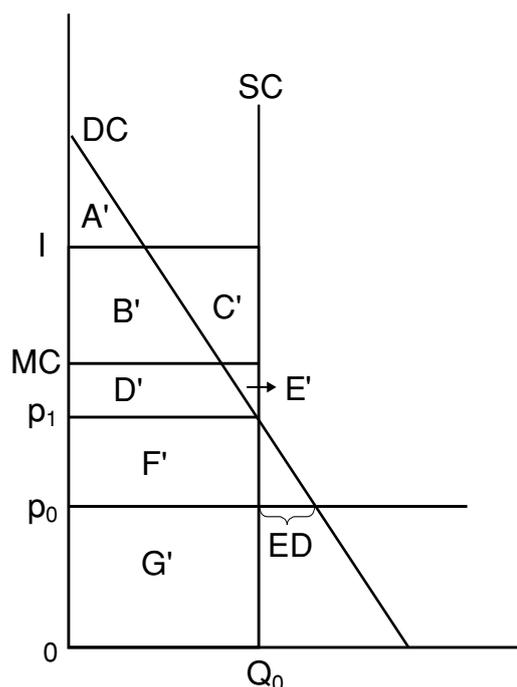
#### 3.1 別料金方式

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がない場合に、大病院の外来患者の集中解消のための別料金方式について、その経済効果を検討する。代替性がない理由としては、前節でみたように大病院と中小病院および診療所の間で医療サービスの質が違うなどの理由が考えられる。

図4-3は、大病院の医療サービス市場を示したものであるが、大病院の場合は、別料金方式の採用によって患者の自己負担金がP0からP1に引き上げられたものと仮定する。患者の直面する価格がP1のときには、医療サービスに対する超過需要は解消されている。このときの総余剰と医療費は、それぞれ $A' + B' - E'$ 、 $B' + C' + D' + E' + F' + G'$ の面積で示され、医療サービス量は $Q_0$ である。別料金方式を採用せずに、超過需要が発生している図4-1の場合と比べて、総余剰、医療費、医療サービス量のいずれも変化しておらず、同じである。違いは、医療サービスを楽しむ患者は、以前より高い料金を支払う意志のある人という点である。したがって、経済的に余裕のある人や大病院の医療サービスに大きな価値を置く人が需要者になるであろう。ただし、別料金方式がうまく機能するためには、医療サービスに対する超過需要を解消するような価格水準P1をどのように見つけ出すかという制度運営上の問題を解決する必要がある。価格水準の引き上げが不十分な場合は、別料金方式の効果はあまりないだろう。

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がないと仮定しているので、相対的に価格の高くなった大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトは生じていない。したがって、大病院への別料金方式を採用せずに、超過需要が発生している場合と比べて、その方式を採用する場合の経済効果は、大病院の医療サービス市場と中小

図4-3 大病院の医療サービス市場



病院および診療所のそれを合わせた全体の医療市場において、総余剰、医療費、医療サービス量のいずれも同じであり、違いは、大病院で治療を受ける患者が待ち時間の機会費用の小さい人から経済的に余裕のある人に変わるという点であろう。

### 3.2 紹介状方式

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がない場合に、大病院の外来患者の集中解消のための紹介状方式について、その経済効果を検討する。

紹介状方式とは、大病院の診察を受けるためには、紹介状が必要であるというものであり、紹介状の発行量は超過需要が解消する水準に制限される。大病院の医療サービス市場を示した図4-1を使って説明してみると、患者の直面する価格は、 $P_0$ であるため、潜在的にはEDの大きさに相当する超過需要が存在する。ただし、紹介状を持っている患者に実現できる需要を割り当てているので、EDの大きさに相当する超過需要は、大病院における混雑としては現れない。このときの総余剰と医療費は、それぞれ $A+B-E$ 、 $B+C+D+E+F$ の面積で示され、医療サービス量は $Q_0$ である。紹介状方式を採用せずに、超過需要が発生している場合と比べて、総余剰、医療費、医療サービス量のいずれも変化しておらず、同じである。違いは、医療サービスを楽しむ患者は、紹介状を持っている患者に限られるという点である。したがって、重要なことは、どのような基準の下で患者に紹介状を発行するかである。基準としては、大病院で診察を受けるのが適当であると考えられる病状の患者に優先的に紹介状を発行するというのが考えられるだろう。ただし、紹介状方式がうまく機能するためには、誰がどのような基準で紹介状を発行するのかという問題や、紹介元の医療機関が紹介先の医療機関に関する正しい情報を得ているかという問題、さらに、どのようにして紹介状の発行量の総計を超過需要が発生しない水準にコントロールするのかという問題などの制度運用に関わる問題を解決する必要がある。

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がないと仮定しているので、大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトは生じていない。したがって、大病院への紹介状方式を採用せずに、超過需要が発生している場合と比べて、その方式を採用する場合の経済効果は、別料金方式をと対比させたとき、大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所のそれを合わせた全体の医療市場において、総余剰、医療費、医療サービス量のいずれも同じであり、違いは、大病院で治療を受ける患者が待ち時間の機会費用の小さい人からおそらく大病院で診察を受けるのが適当であると考えられる病状の人に変わるという点であろう。

## 4. 大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がある場

### 4.1 別料金方式

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がある場合に、大病院の外来患者の集中解消のための別料金方式について、その経済効果を検討する。ここでは、外来患者が、それが事実か否かはともかくとして、大病院のほうが中小病院および診療所より医療サービスの質がよいと思いこんでいる、もしくは実際に大病院のほうが医療サービスの質がよいので、大病院に超過需要が発生しているが、大病院に別料金方式を採用するとき、患者の直面する価格が相対的に上昇した大病院から相対的に価格が低下した中小病院や診療所へ需要がシフトすると想定する。

図4-4は大病院の医療サービス市場を示したものであり、図4-5は中小病院および診療所の医療サービス市場を示したものである。図4-4における $D_0C$ は、別料金方式を採用せず、患者の自己負担金が $P_0$ に設定されているときの需要曲線であり、超過需要が発生している。ここで、大病院に対する別料金方式の採用によって患者の自己負担金が $P_0$ から $P_1$ に引き上げられたものと仮定する。患者の直面する価格が $P_1$ のときには、大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトが生じるため、需要曲線が $D_1C$ へシフトし、超過需要が消滅する。中小病院および診療所の医療サービス市場を示した図4-5において、大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトが生じる前の需要曲線は $D_0C$ であり、需要のシフトが生じた後の需要曲線は $D_1C$ である。中小病院および診療所に対しては、別料金方式は採用されないので、患者の自己負担金は $P_0$ のままである。

ここで、別料金方式の経済効果を明確にするために、別料金方式が導入される以前と以後で総余剰、医療サービスの需給量、医療費のそれぞれがどのように変化するかを検討してみよう。まずは

図4-4 大病院の医療サービス市場

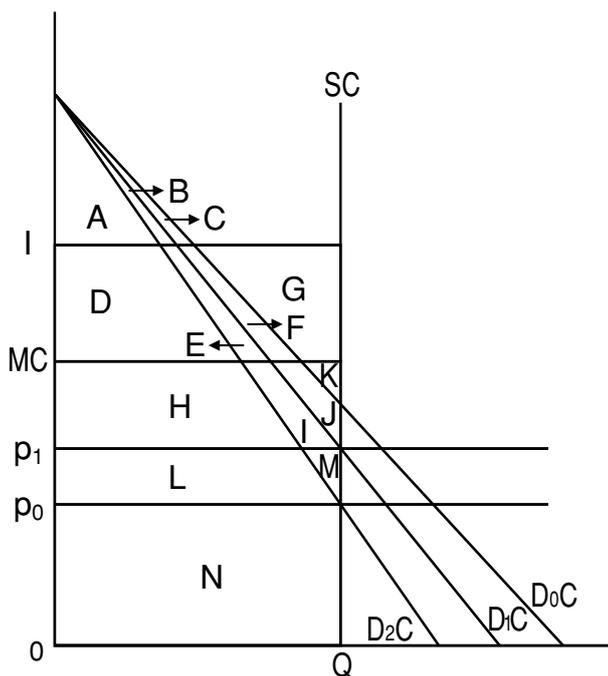
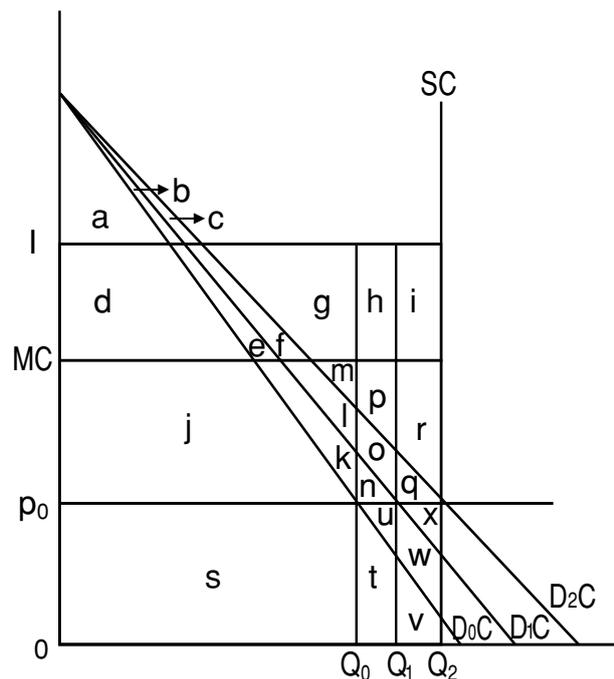


図4-5 中小病院および診療所の医療サービス市場



じめに、別料金方式が導入される前の大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費からみていくと、その大きさはすでに先に示してあるが、それを図4-4と図4-5に対応させて示してみると、大病院の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $A + B + C + D + E + F - K$ 、 $Q$ 、 $D + E + F + G + H + I + J + K + L + M + N$ であり、中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $a + d - k - l - m$ 、 $Q_0$ 、 $d + e + f + g + j + k + l + m + s$ である。次に、別料金方式が導入された後の大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費の大きさを図4-4と図4-5で示してみると、大病院の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $A + B + D + E - J - K$ 、 $Q$ 、 $D + E + F + G + H + I + J + K + L + M + N$ であり、中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $a + b + d + e - l - m - o - p$ 、 $Q_1$ 、 $d + e + f + g + h + j + k + l + m + n + o + p + s + t + u$ である。

別料金方式の導入の前後で総余剰が、どのように変化するかをみるために、導入後の2つの医療サービス市場の総余剰の合計から導入前の2つの医療サービス市場の総余剰の合計を引いた値を求めてみると、 $b + e + k - C - F - J - o - p$ である。 $b + e + k$ は、中小病院および診療所の医療サービス市場への需要の流入による総余剰の増加分であり、 $C + F + J$ は、大病院の医療サービス市場からの需要の流出による総余剰の減少分である。そして、 $o + p$ は、中小病院および診療所の医療サービス量が $Q_0$ から $Q_1$ へ増加することで、総余剰を最大化するという意味での最適な医療サービス量 $Q_1^*$ からの医療サービス量の乖離が拡大することによる総余剰の減少分である（ $Q_1^*$ の位置については、図4-5を転記した図4-7を参照されたい）。これら3つの要因の大小関係により、別料金方式の導入の前後で総余剰が増えるか減るかが決まる。

ここで、 $b + e = C + F$ とし、 $k$ は近似的に $o + p$ に等しいとみなすと、総余剰は $-J$ となり、導入前より導入後のほうが $J$ だけ総余剰が減少する。このことは、図4-6と図4-7を用いて説明できる。総余剰を最大化するという意味での最適な医療サービス量 $Q^*$ は、限界費用曲線 $MC$ と需要曲線 $DC$ の交点で決まる医療サービス量のときに達成されるが、大病院の医療サービス市場を示す図4-6からわかるように、別料金方式の導入の後の最適な医療サービス量 $Q_1^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q$ との乖離は、別料金方式の導入の前の最適な医療サービス量 $Q_0^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q$ との乖離より大きいので、その分、総余剰の損失が発生する。

大病院の医療サービス市場では、別料金方式の導入で需要者の直面する価格は上昇するので、需要の一部は中小病院および診療所の医療サービス市場へシフトする。このとき、大病院の医療サービス市場では、より高くなった価格と新たな需要曲線 $D_1C$ との交点で、実現する医療サービス量が決まる。これは、超過需要が消滅する水準であり、供給制約の水準と同じである。大病院の医療サービスに対する需要曲線が左下方へシフトした結果、需要曲線と限界費用曲線との交点で決まる最適な医療サービス量は減少する。他方で、需要曲線がシフトした後も、実際の医療サービス量は

供給制約の水準のままなので、最適な水準からの乖離は拡大し、余剰は減少する。これがJの大きさで示されているのである。

他方で、中小病院および診療所の医療サービス市場を示す図4-7においては、別料金方式の導入の後の最適な医療サービス量 $Q_1^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q_1$ との乖離は、別料金方式の導入の前の最適な医療サービス量 $Q_0^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q_0$ との乖離とほぼ等しいとみなせるので、中小病院および診療所の医療サービス市場では総余剰の損失が発生していない。

中小病院および診療所の医療サービス市場では、超過供給状態なので、供給制約は生じない。需要が医療サービス量を決める状態にあるので、需要のシフトにより、限界費用曲線との交点で決まる最適な医療サービス量と需要者の直面する価格との交点で決まる実際の医療サービス量が同じように動くので、最適な水準からの乖離幅はほぼ不変であり、総余剰もほぼ不変である。

ここで、2つの市場を総合して考えると、大病院の医療サービス市場で発生するJの損失が、別料金方式の導入による総余剰の損失になる。それゆえ、総余剰の指標からみると、別料金方式は導入しないほうが望ましい。

次に、別料金方式の導入の前後で医療サービス量がどのように変化するかをみると、大病院の医療サービス量は別料金方式の導入の前も後も、図4-6のQの水準のままである一方で、中小病院および診療所の医療サービス量は別料金方式の導入前の水準すなわち図4-7の $Q_0$ から導入前の水準すなわち図4-7の $Q_1$ へと増加している。したがって、2つの市場全体の医療サービス量は、別料金方式の導入前よりも後のほうが増加する。医療サービスへの患者のアクセスの改善という点からは、別料金方式の導入が望ましい。

図4-6 大病院の医療サービス市場

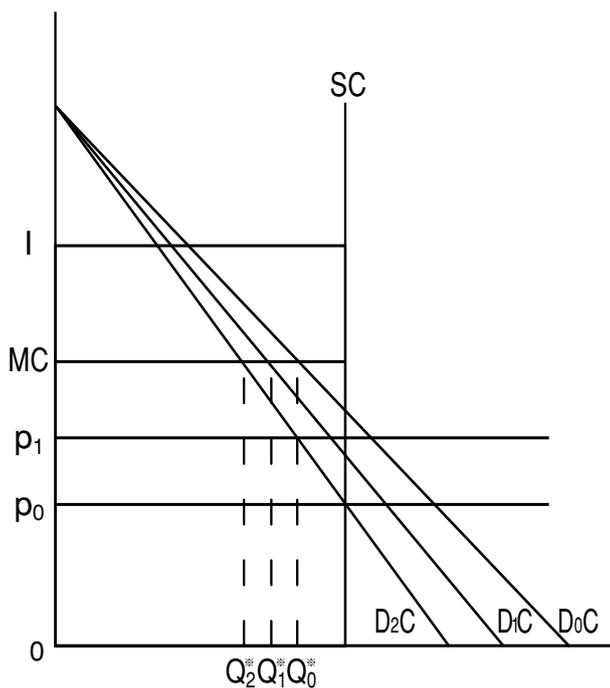
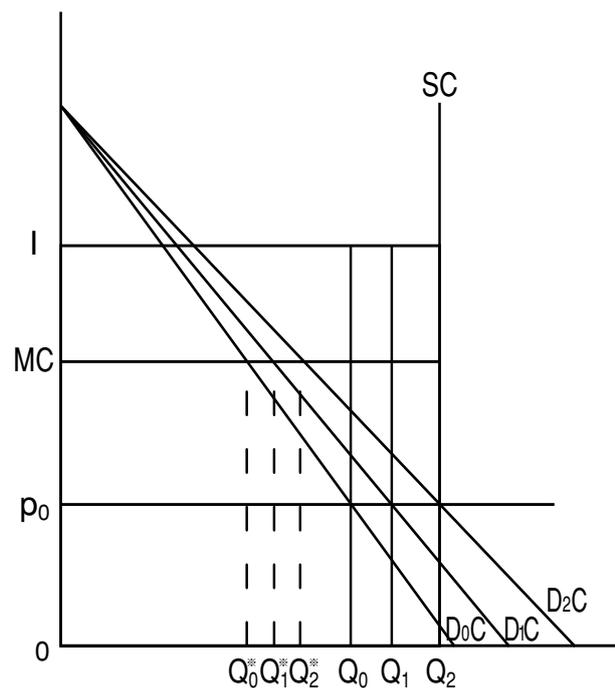


図4-7 中小病院および診療所の医療サービス市場



第3に、別料金方式の導入の前後で医療費がどのように変化するかをみると、大病院の医療費は別料金方式の導入の前も後も不変であるが、中小病院および診療所の医療費は導入前よりも導入後のほうが図4-5の $h+n+o+p+t+u$ に相当する大きさだけ増加している。したがって、2つの市場全体の医療費は、別料金方式の導入前よりも後のほうが増加する。これは、医療サービス量が別料金方式の導入前よりも後のほうが増加するためである。

## 4.2 紹介状方式

ここでは、大病院の医療サービスと中小病院および診療所のそれに代替性がある場合に、大病院の外来患者の集中解消のための紹介状方式について、その経済効果を検討する。ここでは、外来患者が、それが事実か否かはともかくとして、大病院のほうが中小病院および診療所より医療サービスの質がよいと思いこんでいる、もしくは実際に大病院のほうが医療サービスの質がよいので、大病院に超過需要が発生しているが、大病院に対する紹介状方式を採用するとき、紹介状のない患者は大病院での診療をあきらめ、中小病院や診療所へ需要をシフトさせると想定する。

図4-4は大病院の医療サービス市場を示したものであり、図4-5は中小病院および診療所の医療サービス市場を示したものである。図4-4における $D0C$ は、紹介状方式を採用せず、患者の自己負担金が $P0$ に設定されているときの需要曲線であり、超過需要が発生している。ここで、大病院に対する紹介状方式の採用によって、大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトが生じるため、需要曲線が $D2C$ へシフトし、超過需要が消滅する。中小病院および診療所の医療サービス市場を示した図4-5において、大病院から中小病院や診療所へ需要のシフトが生じる前の需要曲線は $D0C$ であり、需要のシフトが生じた後の需要曲線は $D2C$ である。

ここで、紹介状方式の経済効果を明確にするために、紹介状方式が導入される以前と以後で総余剰、医療サービスの需給量、医療費のそれぞれがどのように変化するかを検討してみよう。まずはじめに、紹介状方式が導入される前の大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費からみていくと、その大きさはすでに先に示してあるが、それを図4-4と図4-5に対応させて示してみると、大病院の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $A+B+C+D+E+F-K$ 、 $Q$ 、 $D+E+F+G+H+I+J+K+L+M+N$ であり、中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $a+d-k-l-m$ 、 $Q0$ 、 $d+e+f+g+j+k+l+m+s$ である。次に、紹介状方式が導入された後の大病院の医療サービス市場と中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費の大きさを図4-4と図4-5で示してみると、大病院の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $A+D-I-J-K-M$ 、 $Q$ 、 $D+E+F+G+H+I+J+K+L+M+N$ であり、中小病院および診療所の医療サービス市場における総余剰、医療サービスの需給量、医療費は、それぞれ $a+b+c+d+e+f-m-p-r$ 、 $Q2$ 、 $d+e+f+g+h+i+j+k+l+m+n+o+p+q+r+s+t+u+v+w+x$ である。

紹介状方式の導入の前後で総余剰が、どのように変化するかをみるために、導入後の2つの医療

サービス市場の総余剰の合計から導入前の2つの医療サービス市場の総余剰の合計を引いた値を求めてみると、 $b + c + e + f + k + l - B - C - E - F - I - J - M - P - r$ である。 $b + c + e + f + k + l$ は、中小病院および診療所の医療サービス市場への需要の流入による総余剰の増加分であり、 $B + C + E + F + I + J + M$ は、大病院の医療サービス市場からの需要の流出による総余剰の減少分である。そして、 $p + r$ は、中小病院および診療所の医療サービス量が $Q_0$ から $Q_2$ へ増加することで、総余剰を最大化するという意味での最適な医療サービス量 $Q_2^*$ からの医療サービス量の乖離が拡大することによる総余剰の減少分である（ $Q_2^*$ の位置については、図4-5を転記した図4-7を参照されたい）。これら3つの要因の大小関係により、紹介状方式の導入の前後で総余剰が増えるか減るかが決まる。

ここで、 $b + c + e + f = B + C + E + F$ とし、 $k + l$ は近似的に $P + r$ に等しいとみなすと、総余剰は $-I - J - M$ となり、導入前より導入後のほうが $I + J + M$ だけ総余剰が減少する。このことは、図4-6と図4-7を用いて説明できる。総余剰を最大化するという意味での最適な医療サービス量 $Q^*$ は、限界費用曲線 $MC$ と需要曲線 $DC$ の交点で決まる医療サービス量のときに達成されるが、大病院の医療サービス市場を示す図4-6からわかるように、紹介状方式の導入の後の最適な医療サービス量 $Q_2^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q$ との乖離は、紹介状方式の導入の前の最適な医療サービス量 $Q_0^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q$ との乖離より大きいので、その分、総余剰の損失が発生している。

大病院の医療サービス市場では、別料金方式を採用する場合と比べても、価格が上昇しない分だけ、需要者の直面する価格はさらに低いが、この価格では供給制約の影響で大きな超過需要が発生する。ここで、紹介状方式が導入されると、紹介状を得られなかった外来患者が中小病院および診療所の医療サービス市場へ流れるため、大病院の医療サービス市場では、需要曲線の左下方へのシフトが生じ、需要曲線と限界費用曲線との交点で決まる最適な医療サービス量も減少するが、実際の医療サービス量は供給制約の水準のままなので、最適な水準からの乖離は拡大し、余剰は減少する。別料金方式を採用する場合と比べても、需要曲線の左下方へのシフトの幅が大きいので、その分、最適な水準からの乖離幅も拡大し、余剰の減少も大きい。余剰の減少の大きさが $I + J + M$ で示されるのである。

他方で、中小病院および診療所の医療サービス市場を示す図4-7においては、紹介状方式の導入の後の最適な医療サービス量 $Q_2^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q_2$ との乖離は、紹介状方式の導入の前の最適な医療サービス量 $Q_0^*$ とそのときに実際に実現する医療サービス量 $Q_0$ との乖離とほぼ等しいとみなせるので、中小病院および診療所の医療サービス市場では総余剰の損失が発生していない。

中小病院および診療所の医療サービス市場では、超過供給状態なので、供給制約は生じない。需要が医療サービス量を決める状態にあるので、需要曲線のシフトにより、限界費用曲線との交点で決まる最適な医療サービス量と需要者の直面する価格との交点で決まる実際の医療サービス量が同じように動くので、最適な水準からの乖離幅はほぼ不変であり、総余剰もほぼ不変である。

ここで、2つの市場を総合して考えると、大病院の医療サービス市場で発生する $I + J + M$ の損

失が、紹介状方式の導入による総余剰の損失になる。それゆえ、総余剰の指標からみると、紹介状方式は導入しないほうが望ましい。

次に、紹介状方式の導入の前後で医療サービス量がどのように変化するかをみてみると、大病院の医療サービス量は紹介状方式の導入の前も後も、図4-6のQの水準のままである一方で、中小病院および診療所の医療サービス量は紹介状方式の導入前の水準すなわち図4-7のQ0から導入前の水準すなわち図4-7のQ2へと増加している。したがって、2つの市場全体の医療サービス量は、紹介状方式の導入前よりも後のほうが増加する。医療サービスへの患者のアクセスの改善という点からは、紹介状方式の導入が望ましい。

第3に、紹介状方式の導入の前後で医療費がどのように変化するかをみてみると、大病院の医療費は紹介状方式の導入の前も後も不変であるが、中小病院および診療所の医療費は導入前よりも導入後のほうが図4-5の $h + i + n + o + P + q + r + t + u + v + w + x$ に相当する大きさだけ増加している。したがって、2つの市場全体の医療費は、別料金方式の導入前よりも後のほうが増加する。

## 5. 結論

最後に、これまでに得られた結論を使って、大病院の医療サービスと中小病院および診療所の医療サービスに代替性がない場合とある場合における別料金方式、紹介状方式、両方式とも採用しないという方式の3つの経済効果の比較を総余剰、医療サービス量、医療費の3つの指標を用いて行う。

まずはじめに、大病院の医療サービスと中小病院および診療所の医療サービスに代替性がない場合からみていく。これまでの分析からも明らかなように、総余剰、医療サービス量、医療費は、別料金方式を採用するにせよ、紹介状方式を採用するにせよ、いずれの方式も採用しないにせよ、変化しない。

重要な違いは、3つのいずれを選ぶかで、大病院で診断を受けられる人の属性が異なるということである。別料金方式を採用した場合に診断を受けられるのは、より高い価格を負担できる経済的に余裕のある人になり、紹介状方式を採用した場合に診断を受けられるのは、大病院で診察を受けるのが適当であると判断される人になろう。そして、別料金方式も紹介状方式も採用しない場合に診断を受けられるのは、待ち時間の機会費用の小さい人になろう。いずれの方式が望ましいかは、制度実行上の費用の大きさとどのような人を受益者とすべきかの価値判断によるだろう。

次に、大病院の医療サービスと中小病院および診療所の医療サービスに代替性がある場合における別料金方式、紹介状方式および両方式とも採用しないときの比較を総余剰、医療サービス量、医療費の3つの指標を用いて行う。

第1に、総余剰からみていくと、これまで分析から明らかなように、総余剰は図4-4のJの面積の大きさだけ、両方式とも採用しないときのほうが別料金方式よりも大きく、さらに、I+Mで示される面積の大きさだけ、別料金方式のほうが紹介状方式よりも大きい。それゆえ、総余剰の指標からは、両方式とも採用しないという方式、別料金方式、紹介状方式の順に望ましい。

第2に、医療サービス量をみてみると、図4-5のQ1-Q0で示される量だけ、別料金方式のほうが両方式とも採用しないときより大きく、Q2-Q1で示される量だけ、紹介状方式のほうが別

料金方式よりも大きい。それゆえ、医療サービスへの患者のアクセス拡大という観点からは紹介状方式、別料金方式、両方式とも採用しないという方式の順で望ましい。

第3に、医療費は、医療サービス量と連動しているので、図4-5の $h+n+o+p+t+u$ で示される面積の大きさだけ、別料金方式のほうが両方式とも採用しないときより大きく、 $i+r+q+v+w+x$ で示される面積の大きさだけ、紹介状方式のほうが別料金方式よりも大きい。

なお、紹介状方式と別料金方式の経済効果の違いの理由を考える上で、決定的に重要なことは2つの方式の間で、需要曲線のシフト幅の大きさが違うことである。紹介状方式の場合は、価格を上げていないので、大病院の医療サービスに対する需要は減少していない。したがって、超過需要も減少していない。その減少していない超過需要を中小病院や診療所へシフトさせるので、結果として、医療サービスの量を大きく拡大する。別料金方式の場合は、価格を上げているので、大病院の医療サービスに対する超過需要が減り、その減少した超過需要を中小病院や診療所へシフトさせるので、結果として、医療サービスの量を大きく拡大しないのである。

紹介状方式、別料金方式、両方式とも採用しないという方式のどれが望ましいかについては、医療サービスにおいても、社会的な純便益を減らさないような効率的な資源配分を重視するならば、両方式とも採用しないという方式が望ましい。他方で、医療サービスは人命や健康に関わる特別な財なので、社会に対して費用をかけたとしても、医療サービスの量を増やし、医療サービスへの患者のアクセスを拡大すべきという考え、言い換えれば、健康な人から不健康な人へ所得の再分配を行うべきという考えを重視するならば、紹介状方式が望ましい。そして、両方の価値判断をバランスさせたような位置にあるのが、別料金方式である。どのような方式が望ましいかは、その社会の価値判断によるだろう。

謝辞：本研究における資料の収集に当たり、慶應義塾大学の田中滋教授に便宜を図っていただいた。ここに、感謝申し上げたい。

## 参考文献

- 1) 知野哲朗「タイムコストと受診行動」『医療と社会』、第4巻、第1号、1-25ページ、1994年.
- 2) 広井良典『医療の経済学』日本経済新聞社、1994年.
- 3) 二木立「わが国の大病院の構造と発展の実証的分析」『医療と社会』、第7巻、第3号、1-24ページ、1997年.
- 4) 寺崎仁ほか「大学病院と地域医療機関との施設連携に関する研究」『病院管理』第34巻、第3号、5-14ページ、1997年.
- 5) 中島孝子「不確実な状況における患者の病院選択行動の経済分析」『医療と社会』、第8巻、第3号、39-51ページ、1998年.
- 6) 吉岡恵美子ほか「医療提供システムの策定に関する研究」『病院管理』第33巻、第1号、5-17ページ、1996年.
- 7) 濃沼信夫「特定機能病院と紹介外来」『病院』第51巻、第12号、24-27ページ、1992年.

## 第5章

### 補助金の支給と大規模公立病院のコスト — パネル分析による考察 —

東海大学短期大学 商経学科  
助教授 佐川和彦

#### — 抄録 —

大規模公立病院は、地域の中核病院として高度な医療サービスを提供することが期待されている。この経営をささえるために、例外的に補助金の支給が認められている。しかし、補助金の支給があるからといって、経営の効率化をおろそかにすることがあってはならないのである。本稿では、補助金の支給が大規模公立病院の費用構造に及ぼす効果について検証した。実証分析にあたっては、パネルデータ（期間は1995年度、1996年度、1997年度）を用いた。モデルの特定化に関係なく、推定結果からは、補助金の支給が大規模公立病院の可変費用を増大させる傾向があるということがわかった。補助金が非効率的な病院経営を助長し、費用を増大させているとしたら、補助金はカットされるべきであろう。しかし、病院の経営は効率的であり、補助金がより高度な医療サービスの供給にあてられているとすれば、補助金の増額はわれわれの福祉をさらに向上させることになるであろう。

キーワード：大規模公立病院、独立採算制、補助金、費用関数、パネル分析、

## 1. はじめに

地方公営企業法によって、公立病院には独立採算制が課せられている。独立採算制のもとでは、公立病院は医療サービスの生産に必要な経費を独自の収入で賄わなければならないのである。独立採算制がうまく機能すれば、公立病院の経営の効率化につながるはずである。しかしながら、独立採算制が意図された成果をあげないこともある。というのは、公立病院の経費の一部が補助金という形で地方公共団体によって負担されているからである。公立病院のうちには、へき地にある小規模病院や地域の中核病院として高度な医療サービスを供給することが期待されている大規模病院などのように当初から採算がとれないことが明白なものがある。これらの公立病院の経営をささえるために、例外的に補助金の支給が認められている。しかし、補助金の支給があるからといって、経営の効率化をおろそかにすることがあってはならない<sup>i)</sup>。

本稿では、補助金の支給が公立病院の費用構造に及ぼす効果について検証するが、そもそも立地条件が異なる小規模病院と大規模病院を同列で扱うことはできないであろう。そこで、今回は大規模病院に焦点を絞って実証分析をおこなうことにする。以下においては、まず、パネルデータを用いた分析方法について説明する。次に、大規模公立病院の費用関数を推定し、補助金の効果を検証する。最後に、本稿の結論について述べる。

## 2. 分析方法

ここでは、パネル分析の方法について説明をおこなう<sup>ii)</sup>。まず、パネル分析には、個別効果を確率変数として扱う変量効果モデルと非確率変数として扱う固定効果モデルがある。固定効果モデルはかなり長い時系列データを含むパネルデータを用いる際に有益である。一方、変量効果モデルは特定時点の標本数が多く、異時点間の時系列データの数がそれほど多くはない場合に有益である。

本稿で用いるパネルデータの特徴からして、変量効果モデルを採用することが望ましいであろう。しかしながら、採用にあたっては注意が必要である。それは、通常、このモデルにおいては、個別効果と説明変数とは無相関であると仮定されているからである。実証分析では、このような仮定が満たされない場合も多いのである。本稿で扱う病院の費用関数の推定でも、個別効果と説明変数との間に相関関係がある可能性は高いと考えられる。そこで、以下においては、個別効果と説明変数との間の関係を考慮に入れた変量効果モデルについて説明しておくことにする。

次のようなモデルを考える。

$$y_{it} = \beta_1 x_{it} + \beta_2 x_{i,t-1} + \dots + \gamma_t \alpha_i + \mu_{it} \\ i = 1, 2, \dots, N \quad t = 1, 2, \dots, T \quad (1)$$

i) 公立病院の現状については、知野<sup>1)</sup> pp.232-236を参照。

ii) パネル分析の説明は、和合・伴<sup>2)</sup> 第4章とCarey<sup>3)</sup>に依拠したものである。

ここで

$y_{it}$  : t期における病院iの可変費用

$x_{it}$  : t期における病院iの観測可能な特徴

$\alpha_i$  : 病院ごとに異なる観測不可能な効果

$\mu_{it}$  : 確率的誤差項

$\mu_i = (\mu_{i1}, \mu_{i2}, \dots, \mu_{iT})$  は平均0、分散 $\sigma^2$ の正規分布にしたがうとする。また、

$x_i = (x_{i1}, x_{i2}, \dots, x_{iT})$  とは独立であり、かつ $\alpha_i$ とも独立であるとする。

さらに、個別効果と観測可能な説明変数との関係を定式化すると、

$$\alpha_i = \lambda_1 x_{i1} + \lambda_2 x_{i2} + \dots + \lambda_T x_{iT} \quad (2)$$

となる。 $\alpha_i$ が $x_{it}$ と無相関の場合には、 $\lambda_1, \dots, \lambda_T$ は0である。(2)式を(1)式に代入すれば、

$$y_{it} = \beta_1 x_{it} + \beta_2 x_{i, t-1} + \dots + \gamma_t \lambda_1 x_{i1} + \gamma_t \lambda_2 x_{i2} + \dots + \gamma_t \lambda_T x_{iT} + \mu_{it} \quad (3)$$

となる。

さて、次に示すT本の方程式は、(3)式の制約のない形（誘導形）である。

$$y_{i1} = \pi_{11} x_{i1} + \pi_{12} x_{i2} + \dots + \pi_{1T} x_{iT} + \mu_{i1}$$

$$y_{i2} = \pi_{21} x_{i1} + \pi_{22} x_{i2} + \dots + \pi_{2T} x_{iT} + \mu_{i2}$$

⋮

$$y_{iT} = \pi_{T1} x_{i1} + \pi_{T2} x_{i2} + \dots + \pi_{TT} x_{iT} + \mu_{iT} \quad (4)$$

$\Pi$ を(4)式の係数行列とすると、(3)式の制約より、

$$\Pi = B + \gamma \lambda' \quad (5)$$

ここで

Bは下三角行列

$\gamma$ と $\lambda$ は $T \times 1$ のベクトル

となる。(5)式のような制約を誘導形パラメータ推定値に課すためには、最小距離法が用いられる。

### 3. 推定結果

本稿では、300床以上の大規模公立病院について分析をおこなう。ただし、一般病床のみを有する病院（不採算地区以外）が対象であり、産院、ガンセンター、リハビリテーションセンターなどは除いてあるiii)。対象となった病院の数は85であり、期間は1995年度、1996年度、1997年度である。分析に用いるすべてのデータの出所は、地方公営企業経営研究会編『地方公営企業年鑑（病院）』の各年度版である。データの記述統計については、表5-1に示してある。

実際に推定をおこなう短期費用関数は、(1)式を次のように特定化したものであるiv)。

$$C = P e^{f + \alpha + \mu} \Rightarrow \ln C - \ln P = f + \alpha + \mu \quad (6)$$

iii) このような標本の純化については、西村4)と知野1)を参照。

iv) 短期費用関数の特定化については、Carey3)を参照。

ここで

$$f = a + \delta_1 IP + \delta_2 IP^2 + \delta_3 IP^3 + \delta_4 OP + \delta_5 OP^2 + \delta_6 OP^3 + \delta_7 (IP \times OP) + \delta_8 B + \delta_9 S + \delta_{10} E \quad (7)$$

ここで

C：医業費用のうち可変費用v)      P：全職員の平均給与月額  
IP：1日平均入院患者数      OP：1日平均外来患者数      B：病床数vi)  
S：他会計繰入金対医業収益比率      E：全病床数に占める救急告示病床数の割合

添字は省略してある。

推定結果は、表5-2から表5-5に示してあるvii)。表5-2は、1995年度、1996年度、1997年度、それぞれについてのクロスセクション分析の結果である。これはパネル分析の結果との比較を可能にするためにおこなったものである。表5-3は、固定効果モデルを用いた場合と、さらに、個別効果と説明変数とは無相関であると仮定した変量効果モデルを用いた場合のパネル分析の結果である。ここでは、固定効果モデルによって推定されたパラメータと変量効果モデルによって推定されたパラメータを比較して、モデルの特定化に誤りがないかどうか検定したviii)。その結果、特定化の誤りなしを帰無仮説としたカイ2乗統計量（自由度はパラメータの数）は、40.758であり、有意水準1%で帰無仮説は棄却された。すなわち、モデルの特定化に誤りがある可能性が高いのである。そこで、個別効果と説明変数との間の相関関係を考慮に入れた変量効果モデルについても推定をおこなうことにした。まず、上述の(4)式のような制約のない形で、SUR推定（見かけ上無相関な回帰分析）をおこなったが、その結果については表5-4に示したix)。次に、制約をおいたパネル分析（SUR推定）をおこなった。ここでは、個別効果と1日平均入院患者数との間に相関があると想定しているが、この場合のII行列は次のようになる。

$\gamma_7 = 1$ と仮定して、これ以外のパラメータについて推定した結果は表5-5に示した通りである。

$$\Pi = \begin{vmatrix} \beta_1 + \gamma_7 \lambda_7 & \gamma_7 \lambda_8 & \gamma_7 \lambda_9 \\ \beta_2 + \gamma_8 \lambda_7 & \beta_1 + \gamma_8 \lambda_8 & \gamma_8 \lambda_9 \\ \beta_3 + \gamma_9 \lambda_7 & \beta_2 + \gamma_9 \lambda_8 & \beta_1 + \gamma_9 \lambda_9 \end{vmatrix}$$

さて、これらの推定結果からは、大規模公立病院の費用構造について、いくつかの重要な情報がえられるのである。しかし、本稿では、補助金の効果だけに焦点を絞って、結果の解釈をおこなうことにする。補助金の効果を表す変数として採用したのは、他会計繰入金対医業収益比率である。

この変数に対応するパラメータをみると、モデルの特定化に関係なく、すべての推定におい

v) 本稿の分析では、可変費用として職員給与費を含めてある。

vi) 固定的生産要素の代理変数として病床数を用いることについては、漆・中西5) p.121を参照。

vii) 計算にあたっては、TSP 4.4を利用した。また、和合・伴2)のパネル分析に関するプログラムも参考にした。

viii) 和合・伴2) pp.89-90。

ix) 推定にあたっては、年度ごとにデータの平均をとり、各データからこれを引いたものを用いている。

て符号がプラスで、しかも有意となっている。よって、医業収益に対する補助金の比率が高く（低く）なると、大規模公立病院の可変費用が増大する（減少する）傾向があるといえる。この分析結果については、次のような厳しい解釈が可能である。すなわち、公立病院は補助金の支給をあてにした経営をおこなっており、自らの努力によって費用を削減し、経営を効率化するという動機が弱くなっている。これは、補助金のマイナス面の効果が強くでて、独立採算制の機能を妨げているということである。

ところで、このような批判的な解釈で、すべてが説明できるわけではないかもしれない。本稿の冒頭でも述べたように、大規模公立病院は、地域の中核病院として高度な医療サービスを提供するという役目を担っている。補助金の支給が費用の増大を招いているとしても、これがより高度な（補助金がない場合には実現できないような）医療サービスを供給するためにあてられているという可能性も否定できないのである。

## 4. むすび

ータを用いた実証分析をおこなった。推定結果は、補助金の支給が大規模公立病院の可変費用を増大させるということを示している。このような結果については、2通りの解釈が可能である。一方は、補助金が非効率的な経営を助長し、費用を増大させているという解釈であり、他方は、費用の増大はより高度な医療サービスの供給にともなうものであるという解釈である。これら2つの解釈は、まったく異なった政策的含意をもっている。もし、補助金が非効率的な病院経営の付けを払うためだけに使われているとしたら、補助金はカットされるべきであろう。しかし、病院の経営は効率的であり、補助金がより高度な医療サービスの供給にあてられているとすれば、補助金の増額はわれわれの福祉をさらに向上させることになるであろう。残念ながら、本稿の分析だけでは、いずれの解釈が妥当であるかを見極めることは難しいのである。この点については、今後の研究で解き明かしていくつもりである。

### 参考文献

- 1) 知野哲朗「医療サービスと公立病院の選択行動」『季刊社会保障研究』vol.29, no.3, pp.232-244, 1993.
- 2) 和合肇・伴金美『TSPによる経済データの分析 [第2版]』東京大学出版会,1995,257pp.
- 3) Carey, K. “A Panel Data Design for Estimation of Hospital Cost Functions,” *The Review of Economics and Statistics*, vol. LXXIX, no.3, pp.443-453, 1997.
- 4) 西村周三「わが国の医療制度と公立病院」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障 2 医療』第10章, 有斐閣, pp.199-220, 1992.
- 5) 漆博雄・中西悟志「民間病院の費用分析」『医療と社会』vol.3, no.2, pp.118-132, 1994

表5-1 データの記述統計

1. 1995年度

|                       | 平均値     | 標準偏差    | 最小値     | 最大値         |
|-----------------------|---------|---------|---------|-------------|
| 医業費用のうち可変費用（千円）       | 6790931 | 2412435 | 3018650 | 1.52841D+07 |
| 全職員の平均給与月額（千円）        | 590.115 | 46.678  | 504.134 | 746.955     |
| 1日平均入院患者数             | 351     | 105     | 36      | 617         |
| 1日平均外来患者数             | 1028    | 345     | 232     | 2182        |
| 他会計繰入金対医業収益比率（％）      | 12.9    | 12.7    | 0.5     | 69.0        |
| 病床数                   | 403     | 102     | 300     | 810         |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合（％） | 2.5     | 2.6     | 0       | 16.4        |

2. 1996年度

|                       | 平均値     | 標準偏差    | 最小値     | 最大値         |
|-----------------------|---------|---------|---------|-------------|
| 医業費用のうち可変費用（千円）       | 7077271 | 2602583 | 2685101 | 1.69687D+07 |
| 全職員の平均給与月額（千円）        | 606.042 | 47.752  | 517.879 | 768.837     |
| 1日平均入院患者数             | 359     | 110     | 38      | 707         |
| 1日平均外来患者数             | 1075    | 358     | 234     | 2343        |
| 他会計繰入金対医業収益比率（％）      | 12.1    | 10.3    | 0.6     | 63.5        |
| 病床数                   | 406     | 103     | 300     | 810         |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合（％） | 2.4     | 2.6     | 0       | 16.4        |

3. 1997年度

|                       | 平均値     | 標準偏差    | 最小値     | 最大値         |
|-----------------------|---------|---------|---------|-------------|
| 医業費用のうち可変費用（千円）       | 7192841 | 2628732 | 2638513 | 1.69912D+07 |
| 全職員の平均給与月額（千円）        | 618.899 | 46.987  | 532.914 | 781.128     |
| 1日平均入院患者数             | 359     | 111     | 37      | 720         |
| 1日平均外来患者数             | 1078    | 360     | 246     | 2351        |
| 他会計繰入金対医業収益比率（％）      | 11.7    | 9.0     | 0.9     | 53.6        |
| 病床数                   | 409     | 103     | 300     | 810         |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合（％） | 2.4     | 2.6     | 0       | 16.4        |

表5-2 クロスセクション分析の結果

| 変数名                   | 1995年度                             | 1996年度                      | 1997年度                      |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 定数項                   | 7.14531<br>(28.8071) <sup>a)</sup> | 7.08811<br>(29.3406)        | 7.12700<br>(28.6988)        |
| 1 日平均入院患者数            | 0.663384E-02<br>(4.32489)          | 0.569199E-02<br>(4.40724)   | 0.564308E-02<br>(4.31074)   |
| 1 日平均入院患者数の 2 乗       | -0.903839E-05<br>(-1.95204)        | -0.516543E-05<br>(-1.48243) | -0.443409E-05<br>(-1.28817) |
| 1 日平均入院患者数の 3 乗       | 0.836263E-08<br>(1.93123)          | 0.503786E-08<br>(1.60528)   | 0.462030E-08<br>(1.48114)   |
| 1 日平均外来患者数            | 0.875350E-03<br>(1.84375)          | 0.110081E-02<br>(2.56408)   | 0.109940E-02<br>(2.42602)   |
| 1 日平均外来患者数の 2 乗       | 0.786024E-07<br>(0.158224)         | 0.169640E-07<br>(0.039428)  | 0.156038E-07<br>(0.033893)  |
| 1 日平均外来患者数の 3 乗       | 0.112831E-10<br>(0.093019)         | 0.334227E-10<br>(0.342862)  | 0.507663E-10<br>(0.493986)  |
| 1 日平均入院患者数×1 日平均外来患者数 | -0.164761E-05<br>(-1.52913)        | -0.206837E-05<br>(-2.00034) | -0.233774E-05<br>(-2.01073) |
| 病床数                   | 0.151770E-03<br>(0.359995)         | 0.131881E-03<br>(0.326725)  | 0.989351E-04<br>(0.264258)  |
| 他会計繰入金対医業収益比率         | 0.942972E-02<br>(8.19544)          | 0.010012<br>(7.67621)       | 0.948117E-02<br>(6.28416)   |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合    | 0.703929E-02<br>(1.60335)          | 0.891757E-02<br>(2.02194)   | 0.011042<br>(2.35874)       |
| R <sup>2</sup>        | 0.909543                           | 0.916643                    | 0.907230                    |

注 a) ( ) 内の数値は t 値。

表5-3 固定効果モデルと変量効果モデル<sup>a)</sup>による分析の結果

| 変数名                   | 固定効果モデル                                 | 変量効果モデル                      |
|-----------------------|---|------------------------------|
| 定数項                   |   | 7.41075<br>(45.0662)         |
| 1 日平均入院患者数            | 0.348502E-02<br>(1.93296) <sup>b)</sup> | 0.543864E-02<br>(5.71963)    |
| 1 日平均入院患者数の 2 乗       | -0.355412E-05<br>(-0.821367)            | -0.456593E-05<br>(-1.87578)  |
| 1 日平均入院患者数の 3 乗       | 0.145904E-08<br>(0.451029)              | 0.417700E-08<br>(2.09458)    |
| 1 日平均外来患者数            | -0.699336E-03<br>(-1.57732)             | 0.536973E-03<br>(1.90709)    |
| 1 日平均外来患者数の 2 乗       | 0.742126E-06<br>(2.10014)               | 0.375076E-06<br>(1.48880)    |
| 1 日平均外来患者数の 3 乗       | -0.144624E-09<br>(-1.76740)             | -0.414665E-10<br>(-0.702935) |
| 1 日平均入院患者数×1 日平均外来患者数 | -0.349503E-06<br>(-0.476493)            | -0.206384E-05<br>(-3.76283)  |
| 病床数                   | 0.232230E-04<br>(0.132118)              | 0.218670E-03<br>(1.43630)    |
| 他会計繰入金対医業収益比率         | 0.342740E-02<br>(2.73975)               | 0.799962E-02<br>(10.1965)    |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合    | 0.387196E-02<br>(0.621183)              | 0.906006E-02<br>(2.63220)    |
| R <sup>2</sup>        | 0.991738                                | 0.914863                     |

注 a)個別効果と説明変数とは無相関であると仮定。

b) ( ) 内の数値は t 値。

表5-4 制約のないパネル分析 (SUR推定) の結果

| 変数名                   | 1995年度                                  | 1996年度                       | 1997年度                       |
|-----------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 日平均入院患者数            |   |                              |                              |
| 1995年度                | 0.746948E-02<br>(6.20368) <sup>a)</sup> | 0.160372E-02<br>(2.50123)    | 0.122228E-02<br>(1.79518)    |
| 1996年度                | -0.341114E-02<br>(-2.89462)             | 0.303294E-02<br>(2.07348)    | -0.139586E-02<br>(-0.997777) |
| 1997年度                | 0.213071E-02<br>(2.29268)               | 0.163210E-02<br>(1.86462)    | 0.635976E-02<br>(5.46990)    |
| 1 日平均入院患者数の 2 乗       | -0.796697E-05<br>(-2.84366)             | -0.764563E-05<br>(-3.84999)  | -0.719677E-05<br>(-3.96526)  |
| 1 日平均入院患者数の 3 乗       | 0.527079E-08<br>(2.12622)               | 0.547074E-08<br>(3.35475)    | 0.488098E-08<br>(3.14678)    |
| 1 日平均外来患者数            |   |                              |                              |
| 1995年度                | -0.809911E-06<br>(-0.203437E-02)        | -0.342035E-03<br>(-1.13637)  | -0.355138E-03<br>(-0.975032) |
| 1996年度                | 0.330488E-03<br>(0.871558)              | 0.741251E-03<br>(1.82671)    | 0.248751E-03<br>(0.490328)   |
| 1997年度                | 0.132257E-03<br>(0.585652)              | 0.249992E-03<br>(1.09698)    | 0.756454E-03<br>(1.51925)    |
| 1 日平均外来患者数の 2 乗       | 0.152055E-06<br>(0.522711)              | 0.781412E-07<br>(0.326084)   | 0.450346E-07<br>(0.136543)   |
| 1 日平均外来患者数の 3 乗       | -0.287674E-10<br>(-0.424585)            | -0.288288E-11<br>(-0.056090) | 0.134490E-10<br>(0.200278)   |
| 1 日平均入院患者数×1 日平均外来患者数 | -0.748171E-06<br>(-1.14332)             | -0.101870E-05<br>(-1.64943)  | -0.107123E-05<br>(-1.47519)  |
| 病床数                   | 0.375871E-03<br>(1.60509)               | 0.244680E-03<br>(1.42578)    | 0.287436E-03<br>(1.75345)    |
| 他会計繰入金対医業収益比率         | 0.681975E-02<br>(6.47679)               | 0.752859E-02<br>(6.41618)    | 0.742034E-02<br>(4.62970)    |
| 全病床数に占める救急告示病床数の割合    | 0.520235E-02<br>(2.58132)               | 0.603293E-02<br>(2.49672)    | 0.957690E-02<br>(2.96145)    |
| R <sup>2</sup>        | 0.921653                                | 0.927118                     | 0.916078                     |

注 a) ( ) 内の数値は t 値。

表5-5 制約をおいたパネル分析（SUR推定）の結果

|             | パラメータ         | t 値      |
|-------------|---------------|----------|
| $\beta_1$   | 0.553448E-02  | 8.40737  |
| $\beta_2$   | 0.109749E-03  | 0.300988 |
| $\beta_3$   | 0.300705E-03  | 1.24596  |
| $\gamma_8$  | 0.787020      | 8.73344  |
| $\gamma_9$  | 0.475563      | 1.64887  |
| $\gamma_7$  | 0.196809E-02  | 2.19885  |
| $\lambda_8$ | -0.363049E-02 | -3.19119 |
| $\lambda_9$ | 0.231150E-02  | 2.58501  |

## 第6章

---

### 病院経営への営利法人の参入について

医療経済研究機構  
調査部長 前浜隆広

— 抄録 —

病院経営への参入の規制緩和が盛んに論じられているが、参入を希望する産業界と反対する日本医師会等の医療関係者団体や厚生省との議論は平行線を辿っている。

本稿においては、まず、営利病院の参入に対する反対意見を検討する。そして、①医療における情報の非対称性、②資金調達上の不平等、の2点を参入規制の根拠として営利病院参入の規制緩和に疑問を呈する。

次に、病院経営への間接的、部分的な参入実態を検討して、既に実態としての規制緩和は進行していることを明らかにする。さらに、病院経営は低収益事業であることを確認する。

最後に、現実を踏まえて、産業界と医師会等との議論の収束を期待して、参入動機を満足させる2つの代替案を産業界に提言する。1つめは、寄付により財団法人を作り病院を設立すること。2つめは病院業務の委託ビジネスを拡大することである。

キーワード：病院経営、規制緩和、営利病院、情報の非対称性、資金調達

## 1. はじめに

現在わが国では、医療法第7条により、営利を目的とする法人が医療機関を経営することは禁じられている（営利法人の病院開設は、当該法人の職員の福利厚生を目的とするもののみ例外的に認められている）。しかし、1998年8月に日経連が発表した「病院経営参入規制の緩和についての基本的考え方」は、規制緩和を推奨する時流に乗り、議論を起こした。

以来、病院経営の参入規制緩和についての要望が産業界からは盛んに上がっているが、日本医師会をはじめとする医療関係団体や厚生省からの反論も非常に激しく、議論は平行線をたどっている。

この経緯を反映させて、1999年3月末の規制緩和推進3ヵ年計画においては、「企業による病院経営について、幅広く医療審議会等の議論や現在検討が進められている医療保険制度や医療提供体制の抜本的な見直しの状況を踏まえつつ、引き続き検討する。」という表現にとどまっている。

一方、上記の特例以外にも、企業が病院経営に関与しているケースは存在し、かつ増加中と言われている。

本稿においては、営利病院の参入を規制する根拠を分析した後、病院経営参入規制の緩和に対して疑問を呈するとともに、現実を踏まえて、参入規制緩和を希望する産業界への代替案を提言する。

## 2. 営利病院参入規制の根拠

まず、営利病院の参入を規制する根拠が有るのかどうかという観点から検討する。

1998年秋に日経連の「病院経営参入規制の緩和についての基本的考え方」<sup>i)</sup> に対し、日本医師会をはじめとする医療関係団体や厚生省からの意見<sup>1) 2) 3) 4) 5)</sup> は、以下の様な問題点をあげている。

- ① 医療サービスは特殊なので、営利病院でも効率的な医療提供は達成されない。
- ② 営利病院には僻地医療等の不採算医療を期待することが難しい。
- ③ 医療施設の量的整備は全国的には達成されている。
- ④ 営利病院は過剰なコスト削減を行うので質が低下する恐れがある。
- ⑤ 営利病院による医療機関の寡占化や新商品の開発等により、医療費が高騰する。
- ⑥ 医療サービスには情報の非対称性があり、かつ公益性、公共性という社会的役割を有しているので、営利病院はそぐわない。
- ⑦ 民間企業と病院では資金調達手段に格差がある。

---

i) 「病院経営参入規制の緩和についての基本的考え方」（日経連 1998年8月）では①現在例外的に認められている企業立病院において、利潤優先による医療の質の低下や低収益の医療の切り捨てなどの弊害は生じていない。②医療機関もコスト意識を持って経営の効率化を考えるべきである。③医師等への高額な報酬の支払いやトンネル会社からの薬剤購入などの形態をとることによって、剰余金が外部に流出しているケースがあるので、医業非営利の原則は形式的すぎる。④諸外国で民間企業の病院経営による弊害は見られない。という観点から病院経営参入規制緩和ないし撤廃を主張している。

これらのうち、まず、①～③は、営利病院が不要という意見である。効率的な医療提供がされなくても、僻地医療を期待できなくても、また、量的には充足されていても、営利病院の参入を規制する理由とは言えない。

④⑤については、営利病院参入による医療の質とコストに関する問題指摘であるが、日本の医療は公的医療保険により適用範囲が決まっており、さらに医療行為・人員配置も診療報酬により制御されている。つまり、日本においては、医療内容、及び費用は診療報酬でコントロールされるので、営利病院であるから医療の質が低下したり、価格が高騰することはない。従って、この指摘も営利病院参入規制の根拠とはならない。

以上より、結局、参入規制の根拠として残るのは⑥と⑦である。

### 3. 営利病院参入の規制緩和に対する考え方

ここでは参入規制の根拠として残る⑥と⑦について検討する。

#### 3.1 情報の非対称性

まず、「⑥医療サービスには情報の非対称性があり、かつ公益性、公共性という社会的役割を有しているので、営利病院はそぐわない」という指摘を検討する。

医療サービスにはよく言われる情報の非対称性があると同時に、「国民の健康保持のために不可欠なもので、その業務は直接国民の生命の保全、身心の健康等公衆衛生に深いかかわりをもつもの」6)である。この情報の非対称性と公益性を持つ医療サービスを利潤獲得を目的とする営利企業が病院を経営することはシステムの的に問題が有ろう。つまり、営利企業には、患者自身が必要な医療サービスを選択することはできないことを活用して、公益を無視したり、利潤を最優先し暴利を得てしまう危険性があるのである。

もっとも、もう一つの企業の目的である成長を達成するためには、顧客満足の追求が必須である。事実、消費者の役に立たない企業は淘汰される。しかし、資本を運用し、出資者の利益をもたらすという営利企業の本質には危険性が潜む。企業という制度では、企業が医療を提供する際に株主利益の方を優先する可能性を否定できない。

従って、医療サービスに情報の非対称性がある限りは、つまり、消費者が自らサービスを選択できない限りは、公益性、公共性を有する医療を提供する主体は非営利であるべきである。

#### 3.2 資金調達の不平等

ここでは⑦を検討するが、その前に、現在の病院市場を見る。日本では、国民皆保険が実現されており、誰もが病院にフリーアクセスできる。従って、無数の患者と無数の病院が存在する市場で、公正な病院間競争が実施されているかのように見える。しかし、現実には、病院間には経営形態により歴然とした財源差が存在している。非課税、かつ税からの繰入金のある国公立病院、非課税の財団法人病院と社会福祉法人病院、法人税率が軽減されている特定医療法人病院、生協法人病院等、法人税上は普通法人扱いの医療法人、そして、法人税でなく所得税が適用される個人等、それぞれ経営条件に差がある。病院市場は異質なプレイヤーが混在する不完全な市場なのである。

次に「⑦民間企業と病院では資金調達手段に格差がある」という指摘を検討する。指摘の通り、資本市場へ直接アクセスが可能な民間企業と銀行を中心とする間接金融に依存するしかない病院とは資本の集積能力に決定的な違いがある。現在でも不完全な市場に、強力な資金調達力を持つ営利病院が参入すれば、病院市場の不完全さはより高くなる。医療の高度化・機械化を背景に、今後一層の投資が必要になる病院市場において、多様で強力な資金調達力を持つ株式会社を前にしては、特に、これまで日本の医療を支えてきた私的病院は競争の土俵にも上げられなくなる。このような不公平な市場は認めてはならない。

この資金調達という点については、規制緩和推進3ヵ年計画においても問題視しており、医療法人の資金調達手段の多様化について、今後、医療分野における非営利性の趣旨を踏まえつつ、医療機関の健全な経営に資する観点から検討するとしている。

以上、医療における情報の非対称性と、資金調達手段の不平等さがある限りは、病院経営の参入規制緩和を進めるべきではないと考える。

## 4. 産業界への提言

### 4.1 2つの現実

基本的な考え方として、病院経営参入規制の緩和に対して、「情報の非対称性」及び「資金調達の不平等」という視点から反対意見を述べた。ここでは平行線をたどるこの議論の収束を期待して、参入案に対する代替案を提言するが、まず2つの現実を記す。

1点目は、企業が従業員の福利厚生を目的に開設している病院以外にも、企業が病院の経営に関与するケースは多くあるということである。

たとえば、土地と建物を企業からリースしている病院や経営難に陥り銀行に管理されている病院等である。また、部分的な経営関与と言える病院業務の委託サービスも存在する。寝具類洗濯、院内清掃、検体検査、滅菌消毒、給食、患者搬送など、いわゆる医療関連サービスの範囲は多岐にわたっている(表6-1)。

産業連関表によると医療機関のリース・サービス、事業所サービス産業からの購入額は年々拡大しており、1990年度では7,878億円、1995年度では9,832億円となっている<sup>7)</sup>。

また、1997年医療経済実態調査によると医療機関全体では、事業収益を100とした時、委託費は5.2%と増加している(表6-2)。

以上のように、既に病院業務の委託ビジネスは大きくなっており、企業の病院経営への関与は間接的に部分的に拡大している。

2点目は、病院経営は労働集約型事業であり、低収益な事業であることである。これは日経連の企業立病院に対するアンケートを見ても、効率的経営を展開しているはずの企業立病院の45.8%が「厳しい」と回答しており、「やや厳しい」を含めると実に79.2%の企業立病院が困難な経営状況にある(表6-3)。

また、病院経営実態調査報告を見ても、補助金の無い私的病院の40%は赤字病院である(表6-4)。医療経済実態調査によると、ここ近年の病院の経常利益率は非常に低く、平成9年は-3.6%である

(表6-2)。一方、一部上場企業の平均利益率は2.6%である8)。

以上の2つの現実をまとめると、産業界は病院経営には経営主体ではないにせよ、既に間接的には参入しており、企業の最大の目的とも言える利潤獲得の期待は極めて低いということである。

## 4.2 代替案

前節から推察すると、営利法人の病院経営への参入が許可されても、多数の参入者が出現する可能性は低い。何故、産業界は営利病院の参入を正面から主張するのか理解に苦しむが、それでも参入を希望する産業界に対して、その動機を分析して、現状に沿った代替案を提言する。

企業の参入動機は以下の3つが考えられる。

- ① 地域に対して医療分野で貢献したい。
- ② 病院経営により知名度を高めたい。
- ③ ヘルスケアビジネスを拡大する為に、病院経営により医療分野の知識を蓄積したり、展開の核となる自前の病院を所有したい。
- ④ 病院経営を新たな市場として利益を追求したい。

この4つの動機を満足させる代替案を検討すると、まず、①～③の動機は、寄付により財団法人を作り、「〇〇記念病院」を設立すれば満たされる。財団法人による病院経営は、原則的には、医療法人の制度化以降の認可はないが、公益性の高い基礎医学に関する研究事業等を付加すれば都道府県によって認可される可能性は高い。

④の動機は、土地と建物を所有して、医師にリースしたり、あるいは、病院給食、設備管理、院内清掃などの病院業務の委託ビジネスを展開すれば満たされる。病院関連ビジネスは、さらに広く展開できる可能性も高い。また、病院リース事業は、後継者が不足している病院や、不安定な経営に困惑している病院にとっても、歓迎されよう。

表6-1 病院業務代行ビジネスの概要

| 業務の種類       | 開始又は盛んになった時期 | 外部委託率 | 市場規模(億円) | 業界団体(設立)           | 参入企業(社)            | 医療関連サービスマーク認定数(98/6現在) |
|-------------|--------------|-------|----------|--------------------|--------------------|------------------------|
| 臨床検査        | 65年頃         | 90%   | 4,000    | 日本衛生検査所協会(73年)     | 加盟企業457施設          | 330施設                  |
| 病院給食        | 86年          | 25%   | 2,000    | 日本メディカル給食協会(89年)   | 加盟130社             | 110事業所                 |
| 病院向けリネンサプライ | 60年代         | 95%   | 1,700    | 日本病院寝具協会(64年)      | 加盟企業160社、非加盟20~30社 | 222施設                  |
| 医療事務代行      | 80年代後半       | 30%   | 900      | 全国医事業務事業団体連合会(89年) | 加盟16社              |                        |
| 院内清掃        | 60年代         | 75%   | 700      | 全国ビルメンテナンス協会(69年)  |                    | 802事業者                 |
| 滅菌代行        | 85年          | 15%   | 70       | 日本滅菌業協議会(90年)      | 34施設               | 30施設                   |
| 調剤薬局        | 90年代         | 22%   | 12,700   |                    | 13000              |                        |

第35回社会保証基礎講座資料 1999年9月 財団法人 人口問題研究所  
 布施 泰男 日債銀総合研究所産業調査部長 発表資料(1999.9.30)

表6-2 医療経済実態調査 1病院当たり収支 推移表

(百万円)

|        | 1993年 |       | 1995年 |       |       | 1997年 |       |       |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|        |       | 構成比   |       | 構成比   | 増減    |       | 構成比   | 増減    |
| 病院医業収入 | 121.3 | 100%  | 141.3 | 110%  | 116%  | 152.0 | 100%  | 108%  |
| 委託費    | 5.2   | 4.3%  | 6.6   | 4.6%  | 126%  | 7.9   | 5.2%  | 120%  |
| 医業収支差額 | -0.8  | -0.7% | 1.6   | 1.1%  | -202% | -3.8  | -2.5% | -238% |
| 経常利益   | -2.3  | -1.9% | -0.2  | -0.1% | 8%    | -5.5  | -3.6% | 3024% |

中央社会保険医療協議会 「医療経済実態調査報告」(1993年6月、1995年6月、1997年9月)より作成

表6-3 企業病院の経営状況

| 企業病院の経営状況 | 会社数 | 構成比    |
|-----------|-----|--------|
| 順調        | 1社  | 4.2%   |
| 概ね順調      | 4社  | 16.7%  |
| やや厳しい     | 8社  | 33.3%  |
| 厳しい       | 11社 | 45.8%  |
| 回答会社数     | 24社 | 100.0% |

企業による病院経営についてのアンケート結果報告(1998年8月末 日経連)

**表6-4 公私別 病院経営収支実態 推移表**

(軒数)

|      | 1997年6月 |       |       | 1998年6月 |       |       | 1999年6月 |       |       |
|------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|-------|
|      | 総件数     | 黒字軒数  | 赤字軒数  | 総件数     | 黒字軒数  | 赤字軒数  | 総件数     | 黒字軒数  | 赤字軒数  |
| 総数   | 1125    | 342   | 783   | 1188    | 322   | 866   | 1188    | 322   | 866   |
| 構成比  | 100%    | 30.4% | 69.6% | 100%    | 27.1% | 72.9% | 100%    | 27.1% | 72.9% |
| 公的病院 | 887     | 197   | 690   | 933     | 168   | 765   | 933     | 168   | 765   |
| 構成比  | 100%    | 22.2% | 77.8% | 100%    | 18.0% | 82.0% | 100%    | 18.0% | 82.0% |
| 私的病院 | 238     | 145   | 93    | 255     | 154   | 101   | 255     | 154   | 101   |
| 構成比  | 100%    | 60.9% | 39.1% | 100%    | 60.4% | 39.6% | 100%    | 60.4% | 39.6% |

全国公私病院連盟 「病院経営実態調査報告」(1997年度版、1998年度版、1999年度版)より作成

## 5. おわりに

本稿においては、医療の情報の非対称性における危険性と対等な競争条件という視点から病院経営参入規制の緩和に対して反論を呈した。しかしながら、我々は現実を踏まえて、参入規制緩和を希望する産業界への代替案を提言した。我々は顧客の求める多様なサービスを生み出す営利企業の能力を評価している。産業界は平行線を辿る議論に時間を費やすよりも、本稿の提言を早急に検討すべきである。

一方、非営利病院にとっては、営利病院の参入規制は続いても、実質的な参入は増加し、病院間競争のさらなる活発化が予想される。従って、非営利病院は消費者の要求に見合った医療サービスの開発に努め、生き残りを図らねばならない。

## 参考文献

- 1) 「企業による病院経営について」(厚生省 1998年11月17日)
- 2) 「規制緩和に関する意見 企業による病院経営」(日本医師会 1998年11月17日)
- 3) 「企業の病院への参入について」(日本病院会 1998年11月17日)
- 4) 「「企業による病院経営」についての意見」(日本病院協会 1998年11月17日)
- 5) 「「日経連の病院経営参入規制緩和についての基本的考え方」に反論する」(日本医療法人協会 1998年11月17日)
- 6) 東京地裁1971年7月15日判決
- 7) 平成2年産業連関表(1994年3月 総務庁)、平成7年産業連関表(1999年5月 総務庁)
- 8) 「企業経営の分析 平成9年度版」(三菱総合研究所)

## 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（インシヤルコスト）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える。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<br>Charity Health System<br>California<br>District Hospitals | Community<br>Church sponsored<br>Foundation(Mayo) | Humana<br>Hospital Corp of America<br>American<br>Medical International |
| 資金調達手段  | 税金（公費）<br>地方債   | 寄付<br>診療報酬<br>非課税／課税病院債                           | 株式<br>診療報酬<br>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

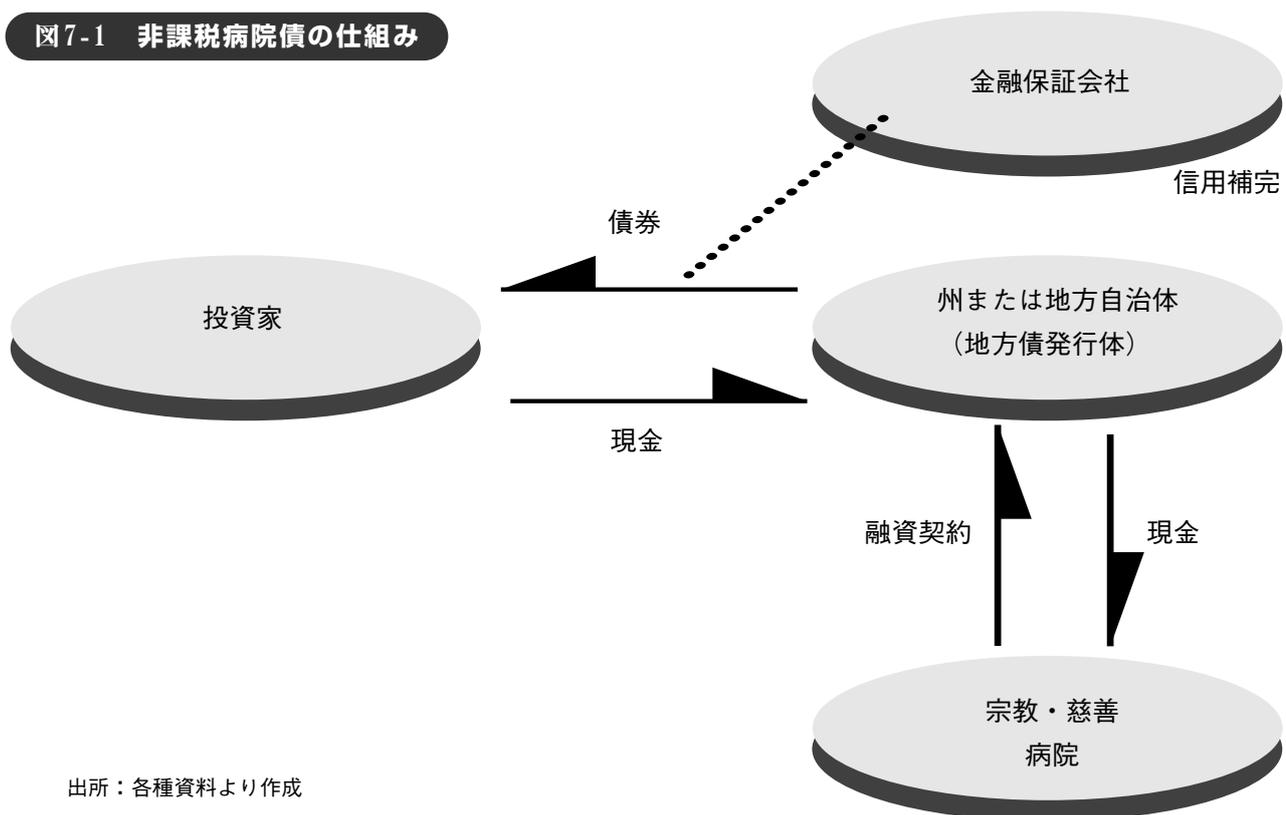
米国の公的医療機関およびHealth Care Facilityの資金調達手段として、非課税病院債が最も有効な手段となっている。この場合の仕組みは、図7-1のとおりであるが、その最大の特徴は、金融保証（Bond Insurance）による信用補完がなされているものが多いところである。1994年のカリフォルニア

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) 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。

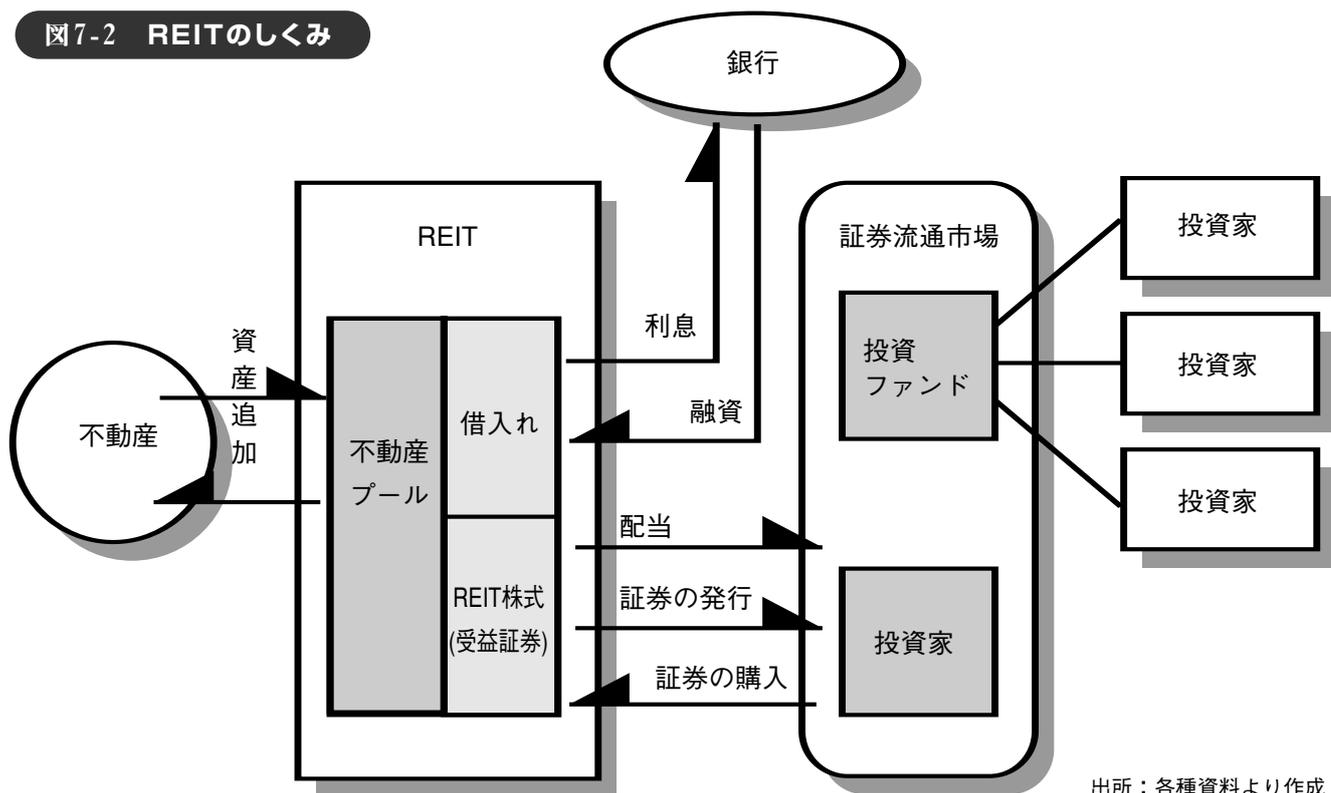
REITは1960年に米国議会により導入されたが、その理念は「投資家に魅力ある条件を提示することにより、できるだけ多くの国民に大規模不動産投資への機会を与える」こととされており、1960年代末からモーゲージ融資を中心に運用するREITがオフィスビル建設向け融資を増加させ、その後1993年頃からREITの株式公開ブームが起これり、オフィス、賃貸住宅、大規模店舗、工場、ホテル、Health Care Facilityなど様々なタイプの物件に特化したREITが登場し、現在に至っている2)。

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

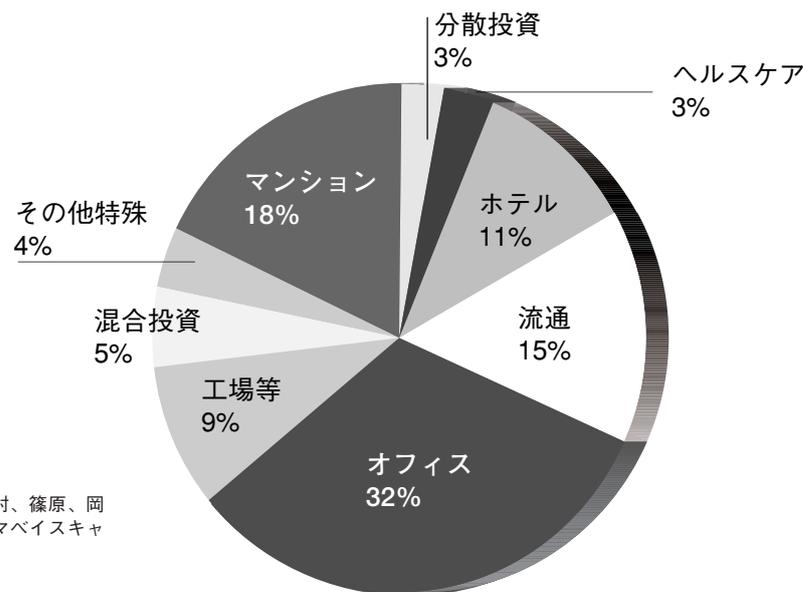
ている。REITのような戦略的不動産資産活用プランの基本的な3つの目的は以下のとおりである：

- 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、資金調達が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。

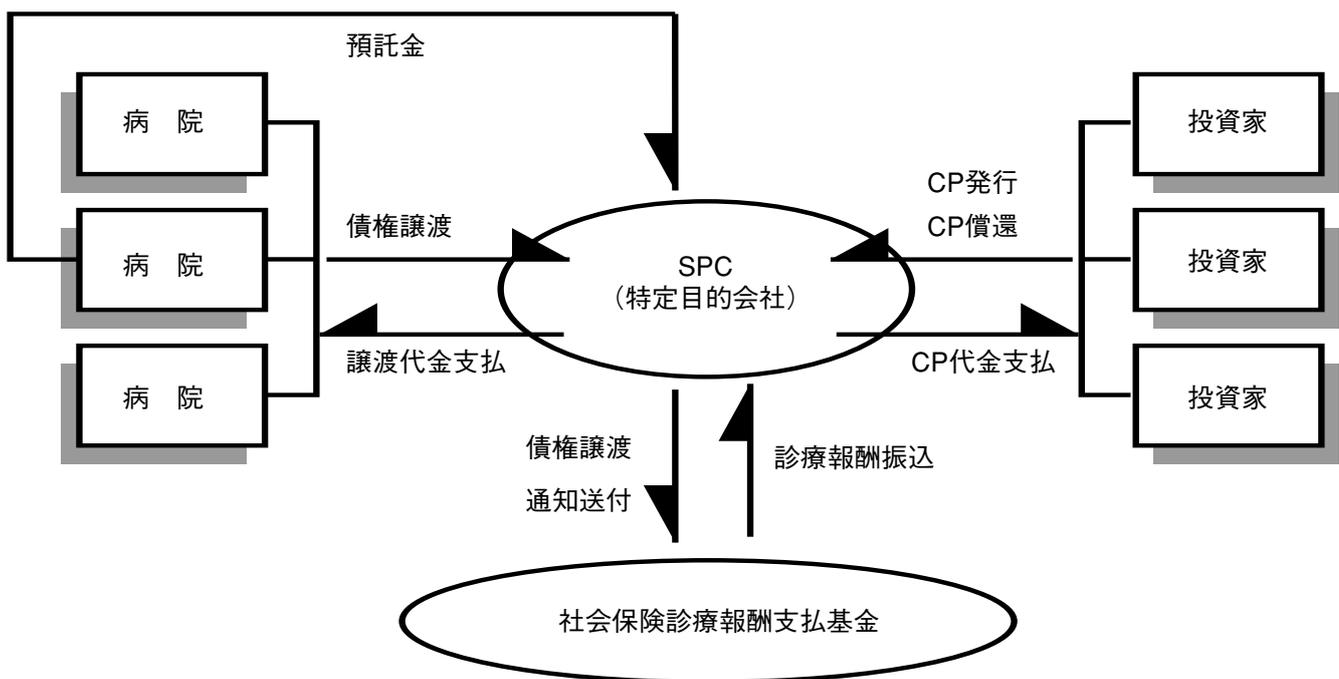
そうした中で、新しい動きが生じつつある。

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見つかる問題ではない。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、米国では日本で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られていたが、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。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るが、経験属性や信頼属性では、必要な情報が提供されるとは限らない。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療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うなっているのでしょうか。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ない」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。

## 第11章

### ISO9000シリーズ品質保証モデルの 医療サービス分野への活用について

株式会社日本能率協会総合研究所 ヘルスケア研究室  
主任研究員 深代達也

#### — 抄録 —

近年、医療分野においても第三者による外部品質保証モデルとしてのISO9000sに関心が高まっている。ISO9000sは、医療分野独自の第三者評価が未確立のスイス等を中心に活用されているが、イギリスでは既に医療分野に特化したKFOA/HQSが英国認証計画のもとでISO9000sの審査登録機関としても始動する予定である。

各病院レベルでの活用傾向としては、ISO9000sの品質システム要求事項を基本とし、内部品質保証のCQI/TQMや臨床面の管理手法であるクリティカル・パスと統合した品質管理システムの構築例が見られる。

ISO9000sは医療サービスに関する専門的水準の高低を評価する仕組みではないが、医療機関に組織体としての品質管理能力向上が求められる今日においては、むしろそれら要求される水準を安定的に満たすための品質システム（組織、責任、手順、工程、経営資源等）が確立し、確実に稼働していることを外部から評価するモデルとして活用しうる。

キーワード：第三者評価、外部品質保証、ISO9000s、内部品質保証、クリティカル・パス

## 1. はじめに

近年欧州を中心として品質保証モデルとしてのISO9000シリーズを医療分野に適用する例が登場し、日本でも関心が高まりつつある。本稿では、ISO9000シリーズ概要をまとめるとともに、海外での活用動向を把握し、ISO9000シリーズのもつ限界及び活用ポイントについて考察した。

## 2. ISO9000シリーズの概要

ISOとは写真フィルムの外箱にISO100とかISO400と表示してあるそのISOと同様のシリーズの1つであり、International Organization for Standardization（国際標準化機構）の略称である。

ISO9000シリーズ（以下ISO9000sと略）は、供給者が提供する製品・サービスについての品質システムi)が十全に機能していることを、購入者に代わって第三者の審査登録機関が検証（審査・認証登録）し、公表するための、全産業を通じた国際標準規格である。

この規格の第一のねらいは、供給者が、顧客のニーズに応じた製品・サービスを提供するための全てのプロセスにおける不適合（プロセス上の誤り等）を防止することによって、顧客の満足を得ることであるii)。

製品・サービスの不適合を防止するために、ISO9000sでは、①製品・サービスに対する顧客のニーズ（品質要求事項）を明確化し、②供給者としての品質に関する目標、品質についての責務等（品質方針）を文書により表明し、③品質管理を実施するために必要となる、組織、責任、手順、工程、経営資源等（品質システム）を具体的に文書化（品質マニュアル、品質システム手順書、品質文書）し、④かつ、文書化された仕組みが実際の製品・サービスの生産の場面で十分に機能しているか否かを、内部監査及び外部監査を通じて評価検証（認証）する。

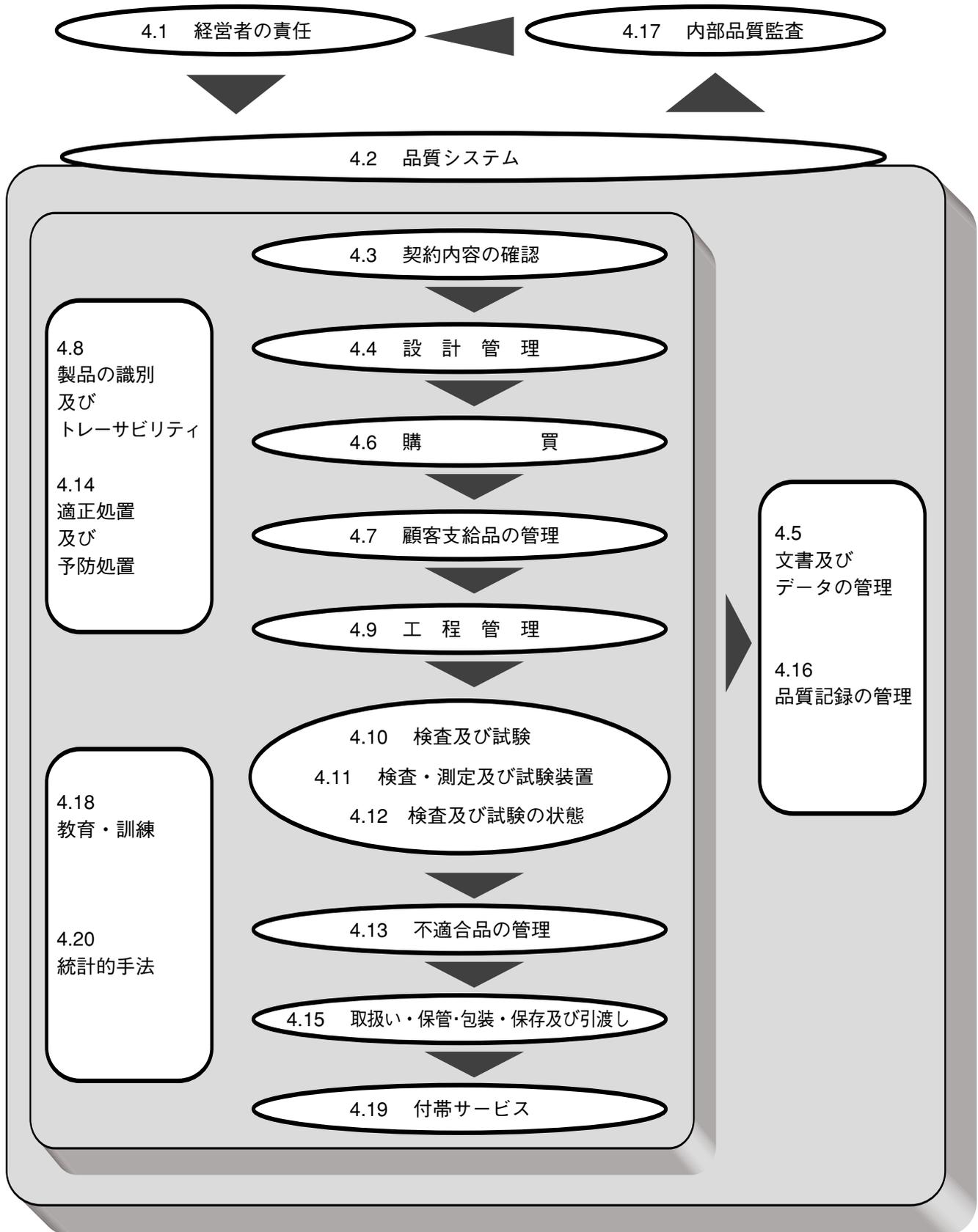
企業が自分勝手に「弊社の品質保証システムは素晴らしいぞ」と訴えたとしても、世間的には通用しない。ISO9000sは、当該企業の品質システムの確実性を第三者から保証する仕組みである。

ISO9000sでは品質システムの要素として20の項目（図1 1-1 品質システム要求事項参照）を掲げ、それら品質システムの文書化の整合性を監査するだけでなく、文書化された品質システムの運用面での有効性（品質システムが確実に稼働しているか否か）についても監査を行うiii)。

- 
- i) ISO8402によれば、品質システムとは「品質管理を実施するために必要となる組織構造、手順、プロセス及び経営資源」と定義されている。
- ii) 例えば、ISO9001-1994では規格のねらいとして以下のように記述されている。「JIS Z 9901-1994 1.適用範囲、この規格は、要求事項に適合する製品を設計し、供給する供給者の能力を実証することが必要な場合に用いる品質システム要求事項を規定する。規定する要求事項は、設計から付帯サービスまでのすべての段階での不適合を防止することによって、顧客の満足を得ることを第一のねらいとしている。」
- iii) JISZ 9904-1994 5.4 品質システムの監査、5.4.1 一般、「組織の品質システムの活動及び関連する結果が計画通りかどうかを判定するために、また、品質システムが効果的かどうかを判定するために、監査を計画し、実施する」

図11-1 品質システム要求事項

※9002規格では4.4設計管理は要求されない



### 3. 海外でのISO9000sの活用動向

海外の医療機関のISO9000s 認証取得は、1992年にスイスにおいて始めて行なわれ、その後ヨーロッパ、アメリカ、東アジアなどの各国で認証取得例が登場している。

ヨーロッパでの活用の傾向としては、医療費の上昇や患者の権利意識の向上とあいまって、政府や保険者が医療機関に対して何らかの医療の質を担保する管理システムを要求する方向にあり、その対応の一つとして外部評価としてのISO9000sが活用されている。個々の病院レベルではISO9000sの要求事項を品質管理システムの基本とし、臨床面の管理手法であるクリティカル・パス（以下CPと略）と統合した品質管理システムを構築している例が見られる。

医療の質に関する第三者評価の先進国であるアメリカでも、わずかであるが医療機関がISO9000sを認証取得する動きがある。アメリカにおける医療の質の第三者評価の代表例はJCAHOであり、その認定結果はメディケア等公的保険対象者に対する医療費支払機関認定の要件となっているが、JCAHOの監査を優秀な成績で認証を得た医療機関からISO9000sの認証を取得する機関が登場した。その理由としては、医療を他のサービス産業とは違うものとみなし特別視してきた結果生じたマネジメント能力の格差をISOの活用により強化すること、及び内部の自発的な改善（CQI/TQM）の促進等である。

以下、スイス、イギリス、台湾の動向について若干詳しく紹介してみたい。

#### 3.1 スイス

スイスでは1996年の新疾病保険法（KVG Art.56&Art.58/KVV Art.77）に伴い、保険者と医療供給者の間の質の要求とコントロールが明文化された。こうした中で例えばZurich州の新法(1998)では、医療機関が品質システムを有することおよび質のアウトカム指標を毎年報告することが義務づけられ、これが総枠予算給付の条件とされた。そこでISO9000sは品質システム構築を証明するための手段として活用されている。

ISO9000sが活用される背景には、スイスには医療に特化した第三者評価システムが存在しなかったことも指摘できるが、現在スイス全国ヘルスケア品質協会（NAQ）は、スイス認定機構（SAS）との協力のもとに、治療と看護（アウトプットの品質）の測定と比較が可能になるように各種の指標を定義するなど医療機関向けのISO9001の解釈ガイドを作成している。

また、スイス全国ヘルスケア品質協会(NAQ)とスイス医師会(FMH)は、ISO9000s認証を医師の卒後研修病院の認可に活用する予定とされている。

既にISO9001の認証を取得したサニタス病院（Stiftung Krankenhaus Sanitas, Kilchberg、149床、顧問医師制度による病院）へFax調査を実施したところ、ISO9000sの長所として、①二重取引の減少、②サービス品質および顧客・患者等に対する好ましくない対応がもたらす効果に関するより良い理解、③プロセスでの手抜きの消失とプロセス上のベスト・プラクティスの確立、④戦略と運営の柔軟性の向上（市場ニーズに対する迅速な対応）、⑤スタッフの動機付け向上、⑥TQMおよびKaizenを確立する基礎等が、また、短所として、①ペーパーワークの増加（但しこれは要求事項4.5の読み違いのために初期段階のみ発生したもの）、②日々の業務に加えてシステムを構築する時間上の制約等が指

摘された。ISO9000sは全ての部門と経営的側面のニーズを包括できる規格であると評価されている。

## 3.2 イギリス

イギリスでは第三者評価の仕組みとしてKFOA (King's Fund Organization Audit) / HQS (Health Quality Service)とISO9000sが普及しており、他にHAP (主に小規模病院を対象とする認証プログラム)等がある。

特に主流となる第三者評価は医療分野に特化したKFOA/HQSであり、98年12月現在、99機関が認証を受けている。KFOA/HQSではAccreditation UKと呼ばれるプログラムによる監査が行われているがiv)、特徴として監査は組織全体を対象とし、部門だけの評価は行わないこと、構造・プロセスを監査することがあげられる。また基準は3年毎に改訂、NHS政策の変化にも対応している。

一方、ISO9000sは、民間病院を中心に活用され、NHS病院での活用はさほど多くないといえる。例えば、認証機関の1つであるBSI (英国規格協会) の認証件数は1998年4月時点で、病院全部門取得が14件、病院部分取得が86件、一般開業医取得が5件となっている。この理由としてイギリスでは既にKFOA/HQSという医療分野でのスタンダードが存在することがあげられる。

但し、近年の動向として注目されるのは、KFOA/HQSがISO9000sの審査機関登録を行う点であるv)。ISO9000sの審査機関登録は英国認証計画(UK Accreditation Scheme)のもとの活動であるが、KFOA/HQS担当者によれば、その理由として、①顧客からKFOA/HQS自身の審査の質の適切性や審査の質の継続的な維持に関する明示を求められてきたため (ISOでは審査機関自体も監査を受け、その審査の適合性が第三者評価を受ける)、②審査事業として既存の認証ツールを活用するとともに、国内・国外双方の顧客を拡大するため、という指摘があった。また、双方の審査を並行して行うことで、単独審査を行うよりも審査費用が節約でき付加価値の高い認証が可能だということである。またその背景には、医療用具分野におけるGMPがISO9000適用の際の特別要求事項 (ISO13485 JISQ 13485) として規格化されたように、イギリスが医療の質に関する国際規格の推進を目指し、その覇権を確保するという意図もあるかも知れない。

病院全体でISO9000sの認証を取得したNHS病院は少ない中で、1例としてカステア病院 (The State Hospital at Carstairs, Carstairs, Lanarkshire, Scotland、250床、公立精神病院、9002取得)へFax調査を実施したところ、病院の方針やサービス手順を管理し公示すること、及び、従来から存在するケアの標準化 (CP等) や臨床監査の概念を超えた病院トータルとしての品質保証の概念をスタッフに根付かせるために認証を取得したということであり、ISO9000sの長所として、①業務の均一性、②ミスの減少、③経営上層部の質への取り組みの増加等が、一方、短所として、①規格の医療への読み替えの困難さ、②内部監査者が監査に時間を割くことの困難さ等が指摘された。なお、ISO9000s品質システムと臨床面でのCPを連動させる例は民間病院グループ (BUPA) でも見られる。

---

iv) Accreditation UKの監査項目は、①経営管理、②資源管理、③患者の権利 (患者憲章に合致した内容)、④患者の移動 (紹介からサービス終了までの医療プロセスを対象とする内容)、⑤特定サービス (看護、薬剤、ケータリング等)、の5点により構成される。

v) 1998年末に筆者が調査した際には1999年末を登録予定としていた

### 3.3 台湾

台湾は国民皆保険制度（1995～）のもとで医療計画（病床規制）と医療施設分類を伴う医療サービスへのフリーアクセス制を採用している点で日本と共通点が多い<sup>vi)</sup>。また、国主導で質の保証システムの構築をめざしており、保険者の医療監査も質の保証を念頭にしている。

一方、医療機関においては皆保険の導入に伴う収入の相対的減少や、競争の激化、消費者保護法（1994）に伴う患者意識の高まり等から、質の向上、担保の必要性が生まれてきた。しかし全般的には品質保証と第三者認証との関係についての理解は十分でなく、また診療行為・アウトカムの評価・ピアレビューのシステムに関する包括的で系統だった手法は不在であることが指摘されている。

従って医療関係者の中ではまだISO9000sに関する理解は十分ではないが、近年、TQMなどの品質管理手法の採用が増加し、ISO9000s(9002が中心)の認証取得を行う病院が登場している。行政院衛生署/Department of Healthによれば1999年2月現在、ISO9000s認証取得病院は5院である。

既にISO9002の認証を取得した埔里基督教医院（南投県、218床、総合病院）と戸書田医院（台北市、20床、専門病院）へのFax調査を実施したところ、①ISO9000sは国際的な品質管理の専門家により開発され認められた規格であり、産業界で品質管理システムを確立するのに有用であり、日常業務の品質管理に役立たせる（埔里基督教医院）、②顧客満足とサービスの標準化（戸書田医院）、が活用の目的であり、その長所として、①スタッフ間のより良いコミュニケーション、患者のニーズのより良い理解、向上へのより良い動機づけ、サービス品質の安定性の向上（埔里基督教医院）、②スタッフ間のより良いコミュニケーション、問題がより詳細に明らかにされ、素早く正すことが可能となる（戸書田医院）、という回答であった。又、短所としては、埔里基督教医院より、①時間の消費が大きい、患者と社会からの要求をより勘案する必要がある、③書類が多くなる、との指摘がされている。

また、ISO9000sと臨床インディケータの併用について質問したところ、臨床インディケータは結果の善し悪しは提示するが、どの工程が悪い結果の原因となったかを示すことはできないため、ISO9000sの規格が併せて有効であると指摘された（埔里基督教医院）。

なお、双方の事例ともISO9000s品質システムと臨床面でのCPを連動させている。

## 4. ISO9000sの限界と医療分野への活用可能性について

### 4.1 ISO9000sの限界

ISO9000sは顧客の満足を得ることを第一の狙いとし、また、品質システム要求事項として、「経営者は、品質方針を定め、文書にすること。品質方針には、品質に関する目標及び品質についての責務を含むこと。品質方針は供給者の組織の到達目標及び顧客の期待・ニーズに対応するものであること。（4.1.1品質方針）」、「供給者は、品質要求事項<sup>vii)</sup>をどのように満たすのかを定め、文書化する

vi) 但し供給主体は公的・民間（総病床の6割、総医師の8割）の混合であり、かつ民間営利法人も存在する。

vii) 品質要求事項は顧客の明示又は暗黙のニーズを十分反映していることが重要とされる。また、品質要求事項を定める際に、すべての社会的要求事項（法律、規制、規則、基準、法規等）を考慮することが望ましいとされる。

こと。(4.2.3品質計画)」と要求してはいるが、その審査自体は品質システムの確実な稼働に関する評価であって、法律を遵守しているか否かを評価する仕組みでも、また医療サービスに関する専門的水準の高低を評価する仕組みでもない。

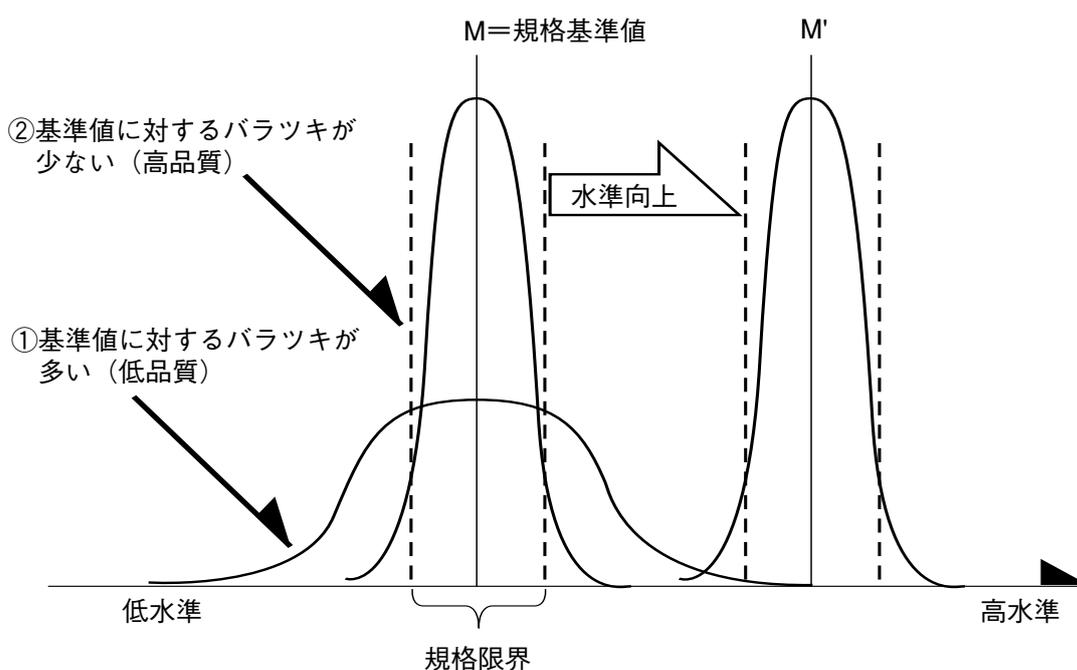
これは「品質システム要求事項は、技術的な（すなわち製品に関する）規定要求事項にとって代わるものでなくこれを補うものであることを強調しておく」と規格の序文において書かれているように、ISO9000sが特定の業界を意識して制定されたものではなく、あらゆる産業分野で適用できる汎用的な体裁を整えていることに起因する。

この限界は他産業においても同様である。例えば写真用フィルムにおいては、感度に関するISO100・ISO400等が製品／技術規格(viii)として存在する一方で、ISO9000sは、製品／技術規格（品質要求事項）を満たす製品を供給するための品質システム（組織、責任、手順、工程、経営資源等）が組織体に確立され、かつ確実に稼働しているか否かを外部評価するための仕組みという位置づけとなる。

従って、ISO9000sは各産業分野の製品／技術規格と組み合わせられることでその効果が高まるものであり、逆に、場合によっては医療の水準そのものの担保が十分でない不適切な活用がなされる可能性がある点に留意する必要がある。他産業の製品／技術規格に該当するような医療分野に特化した学術的基準等との併用が望ましいと考えられる。

なお参考までに、以上で述べた製品／技術規格とISO9000sとの関係をイメージで示した（図11-2）。

図11-2 製品／技術規格とISO9000sとの関係について



viii) なお、一般製造業等においては、共通の製品／技術規格が存在しない場合、企業独自の適用規格を採用するか、あるいは顧客の指定する規格を採用することとなる。

ここで製品／技術規格の基準値はMで示される。フィルムでいえば感度に関するISO100・ISO400等が該当する。また、現実には規格基準値と同一の製品は存在し得ないことから一般的にM±nの規格限界が設定される。

一方ISO9000sは、製品特性値のバラツキが、基準値Mを中心とする規格限界を満たすような品質システム（組織、責任、手順、工程、経営資源等）が確立し、かつ稼働しているか否かを外部評価することとなる。

なお、医療分野ではCQI/TQM等の品質保証手法が存在するが、それらは内部品質保証（組織内において経営者に対して信頼感を供することが目的となる）であり、第三者による外部品質保証（契約又はその他の状況において顧客又はその他に対して信頼感を供する）を目的としたISO9000sとは目的が異なることに留意されたい。

#### 図11-1

- ・ 医療サービスに関わる技術が高度化・専門化する中で、それら専門家集団を統合し、リスク管理及び患者指向の一貫したマネジメントシステムが確立していない
  - 【ISO 4.1経営者の責任】 【ISO 4.2品質システム】
- ・ 患者に対して十分な説明と同意が徹底されておらず、その結果、例えば無用のクレーム等も発生し易い
  - 【ISO 4.3契約内容の確認】
- ・ 医療事故（患者取違え、誤用等）防止のための識別やトラブルが発生した場合のトレーサビリティが十分稼働していない
  - 【ISO 4.8製品の識別及びトレーサビリティ】
- ・ 個別部門内のみならず縦割り組織のために部門間連携において標準化が十分でなく、人的側面に依存しがちであり、業務の重複が発生し易い
  - 【ISO 4.9工程管理】
- ・ できて当たり前の工程については確実に行ったか否かの検証が十分でなく、業務の重複やニヤミス等を顕在化させる体制が弱い
  - 【ISO 4.10検査、測定及び試験装置の管理】
- ・ トラブルが顕在化しなければ製造業でいう「不良」も発生せず、再発防止体制が十分でない
  - 【ISO 4.13不適合品の管理、4.14是正処置及び予防処置】
- ・ 個別部門ではPDCAの管理サイクルは存在しても、組織体全体としてみると計画に対する実績のレビュー活動を行う体制が不十分である
  - 【ISO 4.17内部品質監査】

## 4.2 医療分野での活用ポイント

いままで述べてきたようにISO9000sは分野に特化した外的尺度・基準で測定することに中心を置く外部評価ではなく、むしろ測定される測定値の背後にある仕組み、組織体自身の内的な品質管理能力の確実性に関する外部評価である。いってみれば、組織が決めたPDCAサイクルが回っていることを第三者が保証する動的評価という特徴がある。

そこで、今日の医療機関で想定される一般的課題へのISO9000s品質システム要求事項での対応について主なものを表1 1-1に整理してみた。

こうしてみると、ISO9000s品質システム要求事項を遵守することにより解消できそうな課題は少ないと思われる。組織体としての品質管理能力の向上が求められる今日において、ISO9000sは医療に特化した水準を評価する仕組みと併せて、品質管理上の課題を解決するための品質システムの確立と、組織体自身の内的な品質管理能力の確実性に関する外部評価モデルとして役立つ道があるのではないかと考える。

なお、ISO9000sの活用は組織体の柔軟性を弱め、組織を硬直化させるという懸念が一部指摘されているが、規格序文に「品質システムの要求事項は、どのような要素を品質システムに含めるべきかを規定しているが、画一的な品質システムを強要することがこれら規格の目的ではない」とあるように、汎用性と修整（tailoring）の思想を根本としている。逆に、いかに柔軟で効果的な品質システムを構築するかは、品質システムを構築する側の事業体如何による面もあると考えられる。

#### 参考文献

- 1) 太田圭洋、英国民間病院の品質保証システム（Quality Assurance System）の現況、病院管理、Vol.36 No2、57-62、1999.4
- 2) 太田圭洋、英国民間病院におけるISO9000s、病院管理、Vol.36 No3、5-15、1999.7
- 3) John Ovretveit、Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services、Blackwell Science Ltd、1992、186頁

## 第12章

---

### 医療の質の評価に関する一考察

慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科  
博士課程 石川勝

#### — 抄録 —

近年における医療機関の評価制度の本格的導入に伴い、医療の質は最終的には患者の効用によって評価されるべきであるとの認識が高まりつつある。本稿では、はじめに現在の評価制度の拠って立つ基本的立場と医療評価の視点の変遷を概観する。次に医療の質の評価方法として提案されているいくつかの代替案のうち、患者の効用を直接顕示させることができると思われるCVM（仮想市場評価法）を取り上げ、医療の質の評価方法としての適用可能性について検討を加える。ここではCVMが医療機関の経営改善目的に対して他の方法では得られない有用な情報をもたらす反面、いくつかの固有の問題点を内包していることを指摘する。更に、それらの医療評価によってもたらされる情報を患者の合理的選択に資するには制度的環境が制約要因となり、またその情報を医療サービスの市場化あるいは政府の政策誘導による医療資源の効率的配分のために利用する際にはおのずから限界が存在することが示唆される。

キーワード：医療の質の評価、CVM、経営改善目的、市場メカニズム、制度的補完性

# 1. はじめに

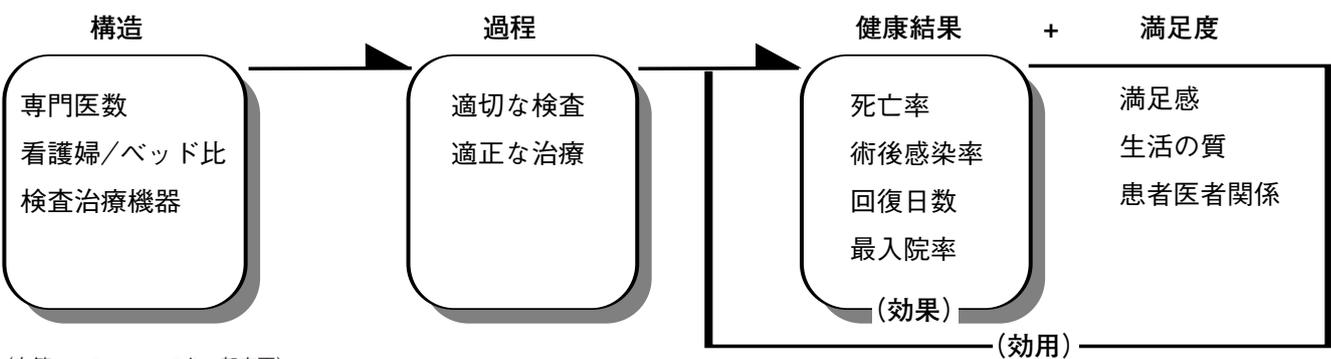
1996年わが国において日本医療機能評価機構が発足し、翌97年よりその活動を開始した。近年このような医療機能評価の重要性が強く認識されてきた背景には、患者が消費者としての意識を高めてきたことや高齢化に伴う医療費の高騰によって、単なる医療費の抑制に留まらない効果的・効率的な医療の提供に対する社会的要請が高まってきたという状況の変化がある。2000年初頭現在の日本医療機能評価機構による病院評価システムでは、評価結果の公開は前提とされていない<sup>i)</sup>。

これは少なくとも2000年初めの状態では同機構の行う評価の目的は市場メカニズムによる医療サービスの選択と競争を志向するものではないことを意味しており、あくまでも医療機関の経営を医療の質の側面から支援する、いわば経営コンサルタント機能を担うことにあると見なすことができる<sup>1)</sup>。また、今後わが国でDRG/PPSが本格的に導入された場合、非効率な経営体質の医療機関における相対的な赤字が更に大きくなる可能性があることはアメリカの過去の経験からも予想されるところであり、医療機関の健全な経営に有用な情報の提供が強く求められてきている<sup>2)</sup>。本稿では以上のような我が国の実状に鑑み、医療の質の評価を医療機関の経営改善に役立てるという観点から、医療の質の評価手法の一つとして近年注目されつつあるCVMの有用性と問題点を検討し、更に医療の質及び医療機関の評価が医療サービス市場において果たす役割に関して若干の考察を加える。

# 2. テクノロジー・アセスメントと評価指標の変遷

医療機関の経営環境の変化に伴い、医療提供の効率を高めるための医療のテクノロジー・アセスメントやその監視段階としての医療の質の評価に関わる焦点も変化しつつある。テクノロジー・アセスメントの視野は、従来の安全性、効能から効果、費用・便益、更に生命倫理や社会文化的影響へと焦点が移り、最終的な監視段階としての質の評価に関する基準も「構造」基準から「過程」基準へ、そして近年は「健康結果」「患者満足度」等の「結果」基準へとその重点が移行しつつある<sup>3)</sup> (図12-1)。医療の最終目的はそのまま結果を改善することにあるが、構造や過程の改善が必ずしも常に結果の改善には直結しないという問題や、前述の消費者主権の高まりから医療資源の効率的利用

図12-1 医療の質の評価指標



(久繁、1995, pp.16-17を一部変更)

i) なお第四次医療改正法により、評価結果が「広告できる事項」に追加される見通しである。

が厳格に求められるようになってきたことが結果評価重視への志向をもたらしている。

結果基準としては有病率、死亡率、合併症発生率、医療過誤、在院日数などの「臨床的有効性」とともに、その効果を患者の価値観で評価した効用に基づく「費用・効用比」、あるいは効果の金銭的評価と費用に基づく「純便益」などが経済的効率性の指標として考えられている。臨床的有効性は健康結果の指標であり、純便益はその経済的評価を示すものである。費用・効用比における効用の指標としては「生活の質を調整した生存年(QALY: quality adjusted life years)」等が提唱されているが、特に近年、医療のもたらす効用として患者の満足度が重視されつつあるii)。

費用・効用比は医療機関が新たな治療法の採用や機器、設備への投資を行う場合に、患者の効用によってウェイト付けした健康結果を評価指標とすることによって代替案のコスト・パフォーマンスを明らかにしようとするものであるが、更に患者の効用を貨幣的に評価し、経済的効率性をより明確に把握することを目指す方法としてCVM(contingent valuation method: 仮想市場評価法)の適用が試みられてきているiii)。

### 3. CVMの概要

CVMは仮想的な市場を想定することによって、市場の存在しないサービスの便益を評価しようとする方法で、コンジョイント分析などとともに表明選好法の一つであるiv)。CVMは、消費者の価値観や文化を反映した非利用価値をも評価することができる点でその利用範囲は極めて広範であり、特に外部性の大きい公共財の評価にこれまで多く適用されてきた。

CVMの基本的概念は、サービスの顕在的あるいは潜在的な消費者が状況の変化に対して受ける効用の変化を補償変分と等価変分として把握し、それらをWTP(willingness to pay: 支払意志額)とWTA(willingness to accept: 受入補償額)によって評価するものであるv)。補償変分とは変化が生じる以前に享受していた効用と同じ水準の効用に戻すために消費者から奪う(与えられる)貨幣の最大額(最少額)を指し、等価変分とは変化が生じた後の効用と同じ効用を享受するために消費者に与えられる(奪われる)貨幣の最少額(最大額)のことをいう。これらの効用尺度を実証的に推定する場

---

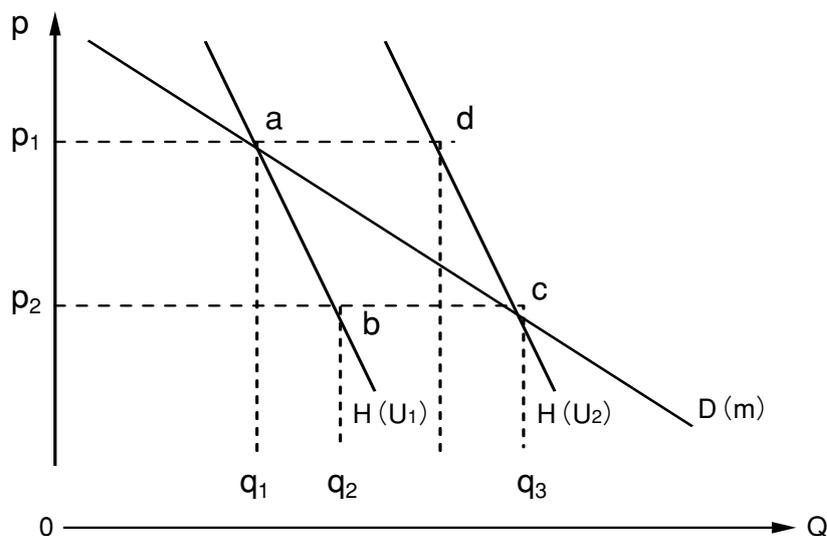
ii) 古くはDonabedian (1966)4)によって、患者の満足が医療の質の究極目的であることが主張されたが、近年の我が国でも患者の満足度を質の指標とした実証研究が見られる。例えば、今中・荒記・村田・信友(平成5年)5)、大和田・郡司・今中(1995)6)等を参照。

iii) たとえば、八巻・田村・池田(1999)7)によれば、未破裂脳動脈瘤を発見するMRAとアルツハイマー病の予防治療に関してCVMが適用され、測定されたWTPは関連要因に関して解釈可能であり、その妥当性が認められたと結論している。

iv) コンジョイント分析の医療分野への適用も見られる。例えば、福田・木下・武村・八巻(1999)8)。コンジョイント分析に関する詳細については、例えば片平秀貴(1997)9)等を参照。

v) 消費者の効用はマーシャルによって導入された余剰概念によって評価されることが多いが、厚生尺度としての余剰概念は複数の変化が生じた場合、各サービスが同一の価格効果を及ぼしあい、かつ各サービスの所得効果が等しいという条件が満たされない限り、変化が生じる順序に依存して効用の貨幣的評価が変わるという経路依存性の問題を内包している。この経路依存性の問題を回避するためにヒックスによって補償変分と等価変分という厚生尺度が導入された。

図12-2 等価変分と補償変分



合、WTPは効用の改善に際して補償変分の、効用の低下に対して等価変分の推定値を与え、WTAは効用の改善に対して等価変分の、効用の低下に対して補償変分の推定を与えるvi)。

図12-2において、 $H(U_1)$ と $H(U_2)$ はそれぞれサービスの価格が $p_1$ から $p_2$ へ下落した前後の効用を基準としたヒックスの補償需要曲線であり、 $D(m)$ はマーシャルの需要曲線を示す。このときの補償変分は $p_1abp_2$ 、等価変分は $p_1dcp_2$ となり、消費者余剰は $p_1acp_2$ で表されるvii)。

実際のCVMの適用においては、WTPやWTAは当該医療機関の利用者へのアンケートによって把握する。たとえば、設備改善のWTPを把握するには「このA設備を導入することによって検査期間が現在の半分になりますが、このためにあなたは最大いくらまで支払うつもりがありますか？」という質問がなされるviii)。このアンケートによって表明された回答者のWTPは設備改善がもたらす効用の変化分（補償変分）であり、その効用変化の貨幣評価額はインタンジブルなサービスの一つの貨幣評価額と見なされる。得られたWTPやWTAのデータをロジット・モデルやプロビット・モデルなどを用いて統計的に処理し、回答者全体の平均値あるいは中央値が求められ、特定の医療サービスに対する利用者の総効用額の基礎とする。様々な（効用の）貨幣評価額が特定のサービスに対して表明され、集計されることから仮想的な市場を形成することによる評価方法といわれる。

vi) 同一の変化に対してWTPはWTAより一般に低く評価されることが知られている。その理由としては、WTPはWTAと異なり所得による無意識の制約を受けているため、乖離の大きさは当該サービスの所得弾力性や代替の弾力性に依存するというものである10)。CVMの実施にあたっては状況の改善、悪化いずれの場合も便宜的にWTPを用いる場合が多いが、筆者の見解としては状況の悪化のケースにおける補償額の評価の観点から、いずれのケースにおいても等価変分による評価が望ましいものと思われる。

vii) vi) Randall=Stoll(1980)11)において数量変化のケースに拡張された補償変分と等価変分の関係が示されている。

viii) 質問形式にはいくつかの方法がある。この例のような自由回答方式のほか付値ゲーム方式、支払カード方式など、評価対象の属性、評価のバイアスを考慮して選択される。

## 4. CVMの適用可能性

適切に実施されるCVMは医療の質の評価に際し、患者の価値観を含めた効用を便益として評価することにより、貨幣的な文脈において投資意思決定等に対しても有用な費用・効用分析を可能にする。ここで評価される効用は特定の医療機関を利用する患者の満足度が反映される点で、医療の効果の貨幣評価額とは異なることに注目する必要がある。すなわち、QALY等の評価指標には含まれない固有の経済的情報を医療機関に提供することができ、個々の医療機関にとって、より経営効率の改善に役立つ手段となりうる可能性を有している。

しかし、有用性とともにもその適用上の問題や限界にも注意を要する。これまでのCVMの実証結果から様々な実施上のバイアスが生じる可能性が指摘されている。たとえば、自らの負担を回避するために意図的に低い金額を表明する戦略的バイアス、不十分な情報や予算制約の無視、調査対象者の偏りなどのサーベイ・デザインによるバイアス、更に、CVMに限らず患者による評価一般に見られるバイアスとして、健康状態の良否、かかりつけの度合い、医師や看護婦との人間関係などが回答全体に影響を及ぼすこともありうる。これらのバイアスはサーベイ・デザインの改良や内部整合性、再現性の吟味による検討によって克服する他はない<sup>12)</sup>。

また、患者に医療の質に対する効用を表明させるためには、専門家によって適正に行われた個々の技術評価に基づく臨床的有効性に関する情報が与えられなければならない。Donabedian<sup>4)</sup>に従い医療の質を技術的要素、人間关系的要素、アメニティ要素に大別するならば、特に技術的要素においては患者による評価は医師などの専門家の評価に依存することになるため、評価指標が患者の効用を重視する方向へ変化しつつあるとはいえ、依然として医療専門家による技術評価が重要であることに変わりはない。

更にマーケティング理論における期待確認モデルによれば、医療サービスの質（満足度）は患者の期待に大きく依存するものとされるが<sup>ix)</sup>、その期待はコンテキスト・フリーに測定することは不可能である。そのため、CVMによる評価結果を一般的な病院評価や保険支払い等へ適用することは、社会的公正性の観点から好ましくない。調査対象者の属性（地域、世代、文化的背景など）を考慮した上で、医療機関が特定の患者の満足度を経済効率的に高めるための意思決定に有用な情報を提供しうる点にその有効性を見出すべきであろう。

## 5. 効用の評価に関する検討

患者の効用を医療の質の評価指標として用いようとする背景には、第一に医療行為の結果の重視、第二に患者の満足度の重視という観点がある。CVMの適用はこれらの観点から医療の質を評価しようとするための一つの試みである。他方、患者の効用を満足度という観点から非貨幣的に評価する方法として医療サービスをいくつかの評価領域に分類し、それぞれの評点を患者に行わせることに

ix) 島津(1995)<sup>13)</sup>において、医療サービスと一般のサービスとの共通性が指摘されている。

よって効用を顕示させようとする方法も試みられているx)。CVMを含めて、いずれの方法も基本的に患者の効用をアンケートという一種の投票行動によって顕示させようとするものである点に共通の特徴をもっている。従って、4節で述べた方法論上の各種の問題点は両手法に当てはまるものといえる。更に理論的な側面からみると、これらの手法は集計的な選好決定手続きと捉えることができる。そこで数値化された結果に基づく効用水準のランク付けは、社会選択論により提起される選好決定問題における選択ルールの困難性を避けられないxi)。また医療サービスは価値財としての性格を与えられていることから、その改善はプラスの補償変分や等価変分の集計値をとるであろう。しかし、消費者は医療サービスの改善自体にはプラスの効用を持つとしても、その変化によって必ずしもすべての消費者の実質所得がプラスになるとは限らない。すなわち、医療サービスの価格体系の変化が所得分配の変化をもたらす場合があり、新たな消費者間の不公正を生む可能性を否定できないxii)。これらの問題は優れて理論上の分析によるものであるが、効用（満足度）の集計的評価には以上のような困難性が潜在することを認識した上で評価情報を利用するべきであろう。

## 6. 医療評価制度の展望

これまで、第三者機関による医療機関の構造やプロセスに関する評価情報とともに患者の満足度等の結果情報は個々の医療機関の経営改善に役立つ内部情報として期待されてきたが、将来的には政府、支払い機関、その他の公共団体に利用可能な情報として開示され、更に一般消費者への開示も段階的に進められることが展望されている。又、それらの評価情報は医療資源の効率的な利用のための政策誘導に活用される可能性も示唆されている15)。

これらの制度変化を進める際に考慮すべきいくつかの点がある。第一に、評価情報の保険組合や消費者への開示は、消費者の選択と医療機関の競争が適正に行われ、医療サービスの需給を市場メカニズムに委ねることが制度的に補完されなければその意味をなさない。医療の質に関わる十分な情報開示によって消費者の選択上の意思決定が可能になったとしても、大きなスイッチング・コストが存在したり、医療サービスの価格調整機能が不十分であったりすれば、効率的な資源配分が達成されない可能性がある。医療評価制度を医療資源の効率的利用のために機能させるには、選択と競争を補完する関連医療制度の見直しや、新たな制度の導入を考慮する必要があるかもしれない。また、いかなる医療情報の開示が制度化されたとしても、価値財としての特質を有する医療サービスがもたらす外部性を完全に市場に内部化することが可能であると見なすことは非現実的であり、更に市場化が社会的に公平な医療資源の配分に必ずしも資するわけではないことは伝統的な経済学上の議論によって示されているところである。すなわち、情報開示の最終目的を医療サービスの市場化に定

x) 今中雄一(1996)14) 及び第33回日本病院管理学会シンポジウム(1996)12) を参照。

xi) ある特定の個人的選好分布の下での投票による集計的順序の決定は推移律を充たさず、選好決定手続きに失敗することがK.アローにより証明されている。

xii) 補償変分や等価変分の集計値に関わりなく、特定の社会的効用体系下では選好順序の確定が不可能になる。公正性を確保するためにカルドアやヒックスの補償基準を充たしても、この問題が生じる可能性を排除できないことわかっている。

めるとするならば、その制約要因と限界を十分認識した上で進めていくことが求められる。第二に、評価情報を利用し、医療保険の適用や課税、融資条件等を用いた政策誘導によって医療資源の効率的利用を達成するためには、政府が医療資源の賦存量を十分に把握し、医療サービスの効率的な供給水準を適正に決定できることが前提となる。これらは様々な情報上の制約からきわめて実行が困難であり、もし実行しようとするれば、継続的なモニタリングと長期の試行錯誤的なプロセスが避けられないであろう。しかし、短期的には医療機関の効率的経営を促すインセンティブ規制として部分的な有効性は期待できよう。

医療評価制度は医療機関の経営効率化のために有用な情報を提供することができる可能性がある。その情報に基づき、経営効率化の手段として患者の満足度を評価尺度としながらQCやVE等の管理手法あるいはリエンジニアリング等の経営革新手法を導入することも可能であろう。医療資源の効率的利用を進めるにはそのような医療機関の効率的経営の促進が求められるが、それを促すインセンティブとして、医療サービス市場における選択や競争の実現、あるいは政策誘導が必要となる。しかし、上述のように評価情報の開示によって選択と競争を実現するには制度的制約が存在し、医療サービスの外部性や情報上の制約も関わって、結果的に医療資源の効率的利用に直結しない可能性がある。また、そこでは医療サービスの公平な供給が保証されるわけでもない。つまり、医療評価制度によって医療資源の効率的利用を進めるには、補完的な制度の改廃を含めた包括的な検討が不可欠であり、更にその限界を考慮した上で市場メカニズムの利用を図っていく必要がある。

## 参考文献

- 1) 「【インタビュー】医療機能評価の問題点（池上直己慶応義塾大学教授に聞く）」『病院』55巻7号,1996,7,pp.630-633.
- 2) 「第36回日本病院管理学会パネルディスカッション：病院機能評価の可能性と限界」『病院管理』Vol.36,No.2,1999.4, pp.189-213.
- 3) 久繁哲徳「医療のテクノロジー・アセスメント」『医療と社会』Vol.4,No.2, pp.6-39,1995.
- 4) Donabedian, A. ,Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quarterly, 44,1966, pp.166-206.
- 5) 今中・荒記・村田・信友「医師及び病院に対する外来患者の満足度と継続受診意思に及ぼす要因——総合病院における解析」『日本公衆衛生誌』第40巻,第8号,平成5年, pp.624-635.
- 6) 大和田・郡司・今中「患者による入院医療の質の評価に関する研究—患者評価の方法論と評価特性の検討」『病院管理』Vol.32,No.4,1995.8, pp.15-25.
- 7) 八巻・田村・池田「仮想市場法により測定したWillingness to Payの妥当性に関する研究」『病院管理』Vol.36,Suppl. ,1999.8 ,p.155.
- 8) 福田・木下・武村・八巻「患者の医療機関選好に関するコンジョイント分析を用いた調査研究」『病院管理』Vol.36,Suppl. ,1999.8,p.156.
- 9) 片平秀貴『マーケティング・サイエンス』東京大学出版会,1997年,pp.147-166.
- 10) Hanemann,W.M., Willingness to Pay and Willingness to Accept : How Much Can They Differ?, The American Economic Review,June,1991,pp.635-647.
- 11) Randall, A. and Stoll, J. R. ,Consumer's Surplus in Commodity Space, The American Economic Review,June,1980,pp.449-457.
- 12) 「第33回日本病院管理学会シンポジウム：病院医療の質の評価—第三者評価事業の促進と評価研究のパーспекティヴ—」『病院管理』Vol.33,No.3,1996,7,pp.275-301.
- 13) 島津望「サービス・マーケティング理論による患者満足の構造分析」『医療と社会』Vol.4,No.2,1995,pp.111-127.
- 14) 今中雄一「医療の質の評価と改善1」『病院』55巻,7号,1996.7,pp.658-662.
- 15) 今中雄一「医療の質の評価と改善4」『病院』55巻,12号,1996.12,p.1178.

## 第13章

---

### 薬価制度改革の提言

#### —ハイブリッド型薬価制度への計画的移行と段階的施行—

慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科  
助教授 中村洋

#### — 抄録 —

この論文では、現在議論されている薬価制度改革案の問題点を整理する。そして、その問題点に基づき、革新性の度合いに応じて異なる薬価決定方式を適用するハイブリッド型の薬価制度を提唱する。具体的には、革新性の高い新薬に対してより高い価格が付けられるように、革新性の低い新薬あるいは同等とみなされる既存薬グループには価格低下が促されるシステムを導入する。その結果、革新性の高い新薬を開発・上市し続けている企業の収益が高まるようにする。そのシステムへの計画的移行と段階的施行により、製薬企業の研究開発原資に急激な悪影響を与えることなく、革新性の高い新薬への研究開発インセンティブを高め、かつ中長期的に不必要な薬剤費上昇を抑制させる。

キーワード：革新性、ハイブリッド型薬価制度、研究開発インセンティブ、研究開発原資、薬剤費上昇抑制効果

## 1. はじめに

厚生省が提案した「日本型」参照価格制度が1999年4月に白紙撤回されたことにより、2000年度における薬価制度の抜本的な改革は見送られた。しかし、現行の薬価基準制度がもたらした歪みを是正するため、かつ不必要な薬剤費上昇を回避するために、抜本的な薬価制度改革は不可欠である。

本研究には2つの目的がある。第1の目的は、日本医師会が提案した参照価格制度、および他に議論されている代替案の問題点を整理することである。第2の目的は、抜本的な薬価制度改革に向けた提言を行うことである。

薬価制度改革に向けた具体的な提言として、本研究では革新性の度合いに応じて異なる薬価決定方式を適用するハイブリッド型の薬価制度を提唱する。その制度は、革新性の高い新薬に対してより高い価格が付けられるように、革新性の低い新薬あるいは同等とみなされる既存薬のグループには価格低下が促されるシステムである。その結果、革新性の高い新薬を開発・上市し続けている企業の収益が高まるようにする。そのシステムへの計画的移行と段階的施行で、製薬企業の研究開発原資に急激な悪影響を与えることなく、革新性の高い新薬への研究開発インセンティブを高め、かつ中長期的に不必要な薬剤費上昇を抑制させる。

本研究の構成は以下の通りである。第2節では、日本医師会が提案した参照価格制度の問題点を整理する。第3節では、議論されている他の代替案の問題点を整理する。ここでは、代替案として、自由価格制度への（段階的）移行案、現行の基準薬価制度の部分的手直し案を取り上げる。第4節では、抜本的な薬価制度改革に向けた提言を行う。まとめは、第5節で行われる。

## 2. 日本医師会提案の問題点

「日本型」参照価格制度が白紙撤回されたのを受け、日本医師会は新たな提案を行った。その骨子は、表13-1の通りである。この提案は、「日本型」参照価格制度といくつかの共通点がある。最も重要な共通点は、同等医薬品のグルーピングを認めることと、同一薬価上限価格を設定することである。一方、「突き抜け」部分を認めないこととグルーピングを同一成分内の銘柄に限定することに主要な相違点がある。

次に、この医師会提案の問題点を整理する。

### 2.1 同一薬価上限価格以下の医薬品の値上げの可能性

同一薬価上限価格が、同等とみなされる医薬品グループの加重平均あるいは単純平均に設定された場合、同一薬価上限価格以下の医薬品が存在することになる。この医師会案では、同一薬価上限価格以下の医薬品が値上げすることに対する制限が設けられていないことに問題がある。参照価格制度が実施されたドイツにおいては、参照価格以下の医薬品が値上げをしたことにより、その制度の薬剤費上昇抑制効果は限定的かつ一時的であった<sup>1)</sup>。

(1) 既存の医薬品 (既に薬価収載されているもの)

<同一成分内に複数銘柄がある場合>

- 同一成分毎の加重平均値で定める。
- 加重平均値を基本薬価とする。
- メーカーの届出により基本薬価より低い薬価設定を認める。

(2) 新薬 (新たに薬価収載するもの)

① 画期的新薬

- 画期的新薬の開発が促進されるような薬価設定が行えるよう類似薬効比較方式のみでなく、薬剤経済学 (Pharmacoeconomic Study) 的な視点での評価の方法等の導入を検討する。

② 通常の新薬 有用性の高い新薬 市場規模の小さい新薬 新規性の乏しい新薬

- 適正な開発が行われるよう加算方式等の見直しを行う。

(3) 薬価設定期間 (薬価改定のペース)

- 1年とし、薬価調査を毎年実施するとともにその内容を全面的に公開する。

(4) 購入・請求価格

- 医療機関・調剤薬局と卸との間においては、薬価差が発生しないように薬価 = 購入価格 = 請求価格とする。

出所： 医師会ホームページ (www.jmari.med.or.jp) より抜粋。

注： 同一成分内の基本薬価を加重平均とすると明記されているが、後に単純平均を主張。

## 2.2 制度対象外医薬品の補完的値上げの可能性

同様に、制度対象外医薬品が値上げされる可能性がある。ドイツにおいては参照価格制度が導入された1989年9月以降、制度対象外医薬品の価格上昇率が有意に増加した<sup>2)</sup>。このことから、製薬企業が制度対象医薬品の価格引き下げを補填するため、制度対象外医薬品の価格を引上げた可能性が指摘できる。この制度対象外医薬品の価格引き上げは、制度対象医薬品の中で参照価格以上の医薬品の値下げが、薬剤費に与える影響を部分的に相殺する。

## 2.3 制度導入による長期的な価格硬直化の可能性

参照価格制度導入後、制度対象医薬品の長期的価格硬直化が起き、価格低下が阻害されることが指摘されている<sup>3)</sup>。つまり、同等であればより安い医薬品が、医療機関および調剤薬局によって購入されるインセンティブが考えられていない。

## 2.4 異なる成分間の情報の非対称性

医師会提案では、グルーピングを同一成分に限定している。このグルーピング方法では、特許を有しているが他の医薬品と差別化できない医薬品がグルーピングされることはない。たとえ特許期間中の医薬品であっても、単に新規の分子構造を持つだけで有効性・安全性が既存薬と差別化できなければ、同一グループに分類される必要がある。さもなければ、医薬品としては同等であるという情報が、医療機関及び患者に伝わらず、市場メカニズムが機能するのに障害となる。

## 2.5 製薬企業の収益への急激な悪影響の可能性

一方、同一成分内の医薬品をグルーピングし、同一の薬価上限価格を加重平均あるいは単純平均に設定することは、先発品メーカーの収益に悪影響を与える。その収益低下が急激に起れば、研究開発原資への悪影響を通じて、研究活動に支障を与える可能性がある。

同一の薬価上限価格を設定すること自体は、一物一価の法則から否定されるべきではない。しかし、製薬企業の急激な悪影響を避けるために、ある一定の準備期間において実行されるべきである。

## 2.6 情報提供サービスの格差の軽視

同一成分で医薬品の質において同等性が証明された医薬品でも、情報提供サービスには差がある。日本においては、特許の失効後でも先発品メーカーの方が、後発品メーカーよりも情報提供サービスを行っている。この案では、その情報提供サービスの差が考慮されていない。

## 3. 他の代替案の問題点

現在その他に議論されている代替案は、自由価格制度への（段階的な）移行案と現行の薬価基準制度の部分的な手直し案である。以下で、それぞれの問題点を整理する。

### 3.1 自由価格制度への（段階的な）移行

日本の製薬業界は現在の薬価基準制度に代わる制度として自由価格制度（正式には、「市場価格・購入価給付制」）を提案している<sup>i)</sup>。その制度では、製薬企業と卸は医薬品ごとに販売価格を自主的に設定する。そして、医療機関が実際に購入した価格を基準に、保険償還額と患者の自己負担額が決定される。したがって、同一の医薬品が処方されても、医療機関あるいは調剤薬局の購入価格により、保険償還額ならびに患者自己負担額が異なることになる。

この制度は医薬品の価格を国が決めるのではなく、市場に任せようとするものである。また、この制度では、購入価給付制となるため薬価差は事実上解消される。

しかし、市場メカニズムが機能していない市場では、この自由価格制度は医薬品価格を高騰させるのではないかという懸念が存在する。市場メカニズムが機能しない理由としては、患者は処方された医薬品に関する情報（有効性・安全性・価格等）を医師ほどよく知らない（医療機関と患者の

i) その原文は、薬事時報社編集局編「日本型参照価格制度」薬業時報社に掲載されている（185-196ページ）。

情報の非対称性)が挙げられる。このことから、処方医薬品に関する選択を医者に任せきりになっているのが実状である。医薬品の有効性や安全性等に関し、医師が患者の病気に治療に適していると判断した医薬品の処方を、患者が拒否することはまずない。

価格に関しても、処方される医薬品の価格は、あらかじめ医師によって提示されることはない。また、診察後の支払の時にも、診療代と一緒に請求されるので薬の価格の情報が患者に直接伝わらない。さらに、患者のコスト意識も低いので、価格の情報を積極的に得ようとすることはない。患者のコスト意識が低い理由の一つは、医療費の7~8割が保険で償還されることから、患者が直接支払う金額は比較的小さいことである。別の理由として、病気で苦しいときに、患者にお金のことをとやかく言う精神的余裕がないことも考えられる。

アメリカ製薬工業協会は、自由価格制度を部分的・段階的に移行するための提案を99年7月に行った。部分的というのは、2000年度以降に上市された医薬品のみ自由価格制度の対象とし、それまでに上市された医薬品に上限価格を設定するというものである(段階的なプロセスに関しては表13-2を参照)。しかし、この提案にも少なくとも2つの問題がある。第1の問題は価格引下げのメカ

### 図13-2 米国製薬工業協会提案の自由価格制度への段階的移行

- i. 2000年4月1日以前の承認医薬品の薬価は「薬価マイナス薬価差」を上限に企業が設定(すべての既存品に価格の上限を設定)。
- ii. 2000年4月1日以降5年間、新薬は政府監視のもと企業が価格を設定。政府は特定の条件下でのみ価格調整に介入できるが、その介入範囲を年々縮小(移行期は自由価格制度と政府管理制度の混合型)。
- iii. 2005年12月31日以降、2000年4月1日以降に上市されたすべての医薬品に対し、企業が自由に価格を設定する(自由価格制度への移行)。

ニズムが働くシステムが明示されていないこと、第2の問題は新薬ならば革新性の有無に関わらず自由価格制度が適用されることである。

## 3.3 現行の薬価基準制度の部分的手直し

現行の薬価基準制度の手直し案として、R幅縮小、革新的新薬の加算率引き上げが検討されている。しかし、現行の薬価基準制度は、政府による医薬品価格規制に他ならない。現行の薬価基準制度が維持される限り、全ての医薬品の価格形成に政府介入が行われつづけることになる。日本において保険者機能が機能しているとは言いがたい状況において、政府介入はある程度必要である。問題は、政府介入の仕方とその範囲である。

具体的な問題点として、以下の3点を挙げる。第1の問題点は、医薬品の質において同等な医薬品に価格差が存在し、その価格差がどのように決まるのかが不明確なことである。その顕著な例とし

ては、特許切れ医薬品とその後発品との価格差が挙げられる。先発品メーカーは、その差は情報サービスの差であると説明するが、医薬品の質に対する価格と情報サービスに対する価格が明確に分離されていないために、その価格差がどのように決定されるのか不明確である。

第2に、医療機関には医薬品の購入価格引下げインセンティブがあるが、薬価差益獲得のために薬剤が過剰処方される恐れが指摘されている。その過剰処方の恐れがない価格引下げメカニズムが十分機能していない。第3に、革新性の高い新薬の価格決定が、市場において行われていないことである。現在は革新制度の度合いに応じて、加算が行われるシステムが取られている。例えば、画期性があると認められれば40%加算される。しかし、その40%という数字の根拠が不明確である。

## 4. 薬価制度改革案の提示

この節では、これまで整理した代替制度案の問題点を踏まえ、薬価制度改革案を提示する。

### 4.1 基本理念

始めに、薬価制度改革案の基本的な理念を示す。

- ・ 医薬品の質において同等な医薬品をグルーピングし、基本的に同一の薬価上限価格を設定する。薬価上限価格決定の際、同質の医薬品を供給することへの対価と、医薬品の安全性に関する情報サービスを提供することへの対価を考慮し、両者を明確に分離する。情報サービス提供への対価は、公的機関が徴収し、情報サービス提供企業・組織にそのサービス量に応じて分配する。
- ・ 特許期間中で他成分と差別化可能な医薬品に関する情報提供サービスのなかで、メーカー以外が行うサービスを明確にし、そのコストを医薬品薬価に上乗せする。そのコストへの対価は、公的機関が徴収し、情報サービス提供企業・組織にそのサービス量に応じて分配する。
- ・ 革新性に応じて異なる薬価制度を適用し、革新性の高い医薬品にはより高い価格が設定されるシステムにする。その結果として、革新性の高い新薬を開発・上市し続ける企業の収益が高められるシステムにする。
- ・ R幅をゼロに近づけつつ、「逆ザヤ」が発生しないように工夫する。
- ・ 医薬品価格引下げインセンティブが機能するシステムを導入する。
- ・ 新制度への移行準備期間を十分にとり、急激な悪影響が起らないように段階的で計画的な施行を図る。

### 4.2 既存薬のグルーピング

まず、既存薬について述べる。ここでのポイントは、医薬品の質として同等性が証明される医薬品に対するグルーピングの導入と薬価上限価格の設定に関する議論である。

#### 4.2.1. グルーピング

既存薬の中で、他の既存薬と医薬品の質に関する同等性が証明できる医薬品のみをグルーピングする。グルーピングの際に、質以外に医薬品に付随するサービス（例えば、情報提供サービス）の

同質性は考慮されないとする。

グルーピングを適正に行うため、客観的に同等性が証明されない医薬品は、たとえ差別化されていることが証明されなくてもグルーピングされないとする。同一成分に関しては、日本版「オレンジ・ブック」で生物学的同等性が認められた医薬品のみがグルーピングされる。

異なる成分間でどの成分をグルーピングするかについては、医薬品の質の同等性に関して客観的な基準を設ける必要がある。その「同等性」の定義を客観的に明確にして外部に公開する必要がある。逆に言えば、「同等性」に関する客観的な基準が設けられない場合や公表できない場合には、異なる成分間のグルーピングは避けるべきである。不適正なグルーピングが行われると、医薬品の質に関して誤った情報が医療機関と患者に送られることになり、医薬品の価値が正当に評価されなくなる。

一方、同質な医薬品をグルーピングすることで、情報の非対称性が改善する。適正なグルーピングが行われて有効性や安全性等の点で同等な医薬品同士が同一グループに分類されれば、医療機関は、医薬品間の同質性に関して、製薬企業からの情報だけでなく、第3者的な立場からより客観的な情報を得ることができる。

#### ■4.2.2. 「基礎薬価」と「情報サービス単価」の分離

同一グループに分類された既存医薬品は、医薬品の質の点から同一性が証明されたわけであって、その質以外で医薬品に付随するサービスは同質であるとは限らない。質以外の重要なサービスは情報である。例えば、現状において先発品メーカーは、特許期間中かどうかに関わらず、その医薬品の安全性に関する情報収集・分析・フィードバックの情報提供サービスを、後発品メーカーより多く行っているii)。

したがって、同質の医薬品を供給することへの対価と、情報サービスを提供することへの対価を明確に分離する必要がある。「基礎薬価」と「情報サービス単価」を明確に分離することで、両者の価格決定の透明性が増し、価格引下げメカニズムが機能する土壌を形成することにつながる。後発品メーカーが情報サービスの提供を全く行っていない場合には、後者の対価を受取ることはできない。

一方、医薬品の最終的な消費者である患者は、情報サービス提供を全く行っていないメーカーの医薬品が処方された場合でも、先発品が処方された場合と同程度の安全性等に関する情報サービスの恩恵を受けられなければならない。例えば、ある成分の安全性に関する情報を、後発品を処方する医療機関だけが入手・利用できない、あるいは入手・利用に手間がかかるということがあってはならない。

現在でも、副作用等の安全性に関する情報は、インターネットを通じて全ての医療機関が入手することができるiii)。ただ、インターネットからの情報収集の普及が進んでいないこと、提供可能な情報量が限られていること、インターネット以外に情報伝達の手段が整備されていないことに問題がある。

---

ii) 特許が失効してからでも、副作用に関する新たな情報が得られることがある。例えば、ニフェジピンは特許失効後にグレープフルーツとの飲み合わせが副作用を引き起こすことが発覚した。

iii) 医薬品情報提供ホームページ (www.pharmasys.gr.jp)。

したがって、今後検討される抜本的な薬価制度改革では、情報サービス提供格差の解消を前提に、情報提供サービスへの支払を処方医薬品の種類にかかわらず同一に設定しなければならない。その支払に差をつけることには、受益者負担原則から問題がある。なぜなら、同程度の恩恵を受けているのに、先発品を処方された患者の方が情報提供サービスのコストを多く負担することは、患者間の不公平性につながる。

つまり、情報サービス提供において医薬品の供給側に差があるにもかかわらず、最終消費者である患者が受ける情報サービスは、どの医薬品を処方されても同じでなければならない。この点で、医薬品は通常の財と異なる。

この特徴を踏まえ、情報サービス提供格差の解消を前提に、グループ内の医薬品の薬価に関して以下の提言を行う。まず、質において同等な医薬品を供給することへの対価を「基礎薬価」とし、情報サービスを提供することへの対価を「情報サービス単価」とし、明確に分離する。「基礎薬価」は、グループ内の医薬品ごとに異なった値を取ってもよいが、同一の「基礎薬価」上限を設定する。「情報サービス単価」は、上記の受益者負担の原則から全ての医薬品で同一とする。それぞれの価格の設定方法についての詳細は4.2.3節から4.2.4節で説明する。

以下では、初めに同一成分の先発品と後発品に焦点を絞る（4.2.5節では複数成分のグルーピングの場合を考察する）。グループ内の各医薬品の薬価は、それぞれの「基礎薬価」に「情報サービス単価」加えた価格とする。そして、同一成分で同一の薬価上限価格を設定する。同一薬価上限価格は、「基礎薬価」の上限に「情報サービス単価」加えた価格とする。一方、その上限価格より低い薬価は認められる。

$$\begin{aligned}
 \text{ある医薬品の薬価} &= \text{その医薬品の「基礎薬価」} + \text{「情報サービス単価」} \\
 &\leq \text{「基礎薬価」上限} + \text{「情報サービス単価」} \\
 &= \text{薬価上限価格}
 \end{aligned}$$

また、いわゆる「突き抜け部分」が存在しないように、その薬価上限価格より高い価格で、医療機関あるいは調剤薬局が医薬品を購入することは認められないとする。

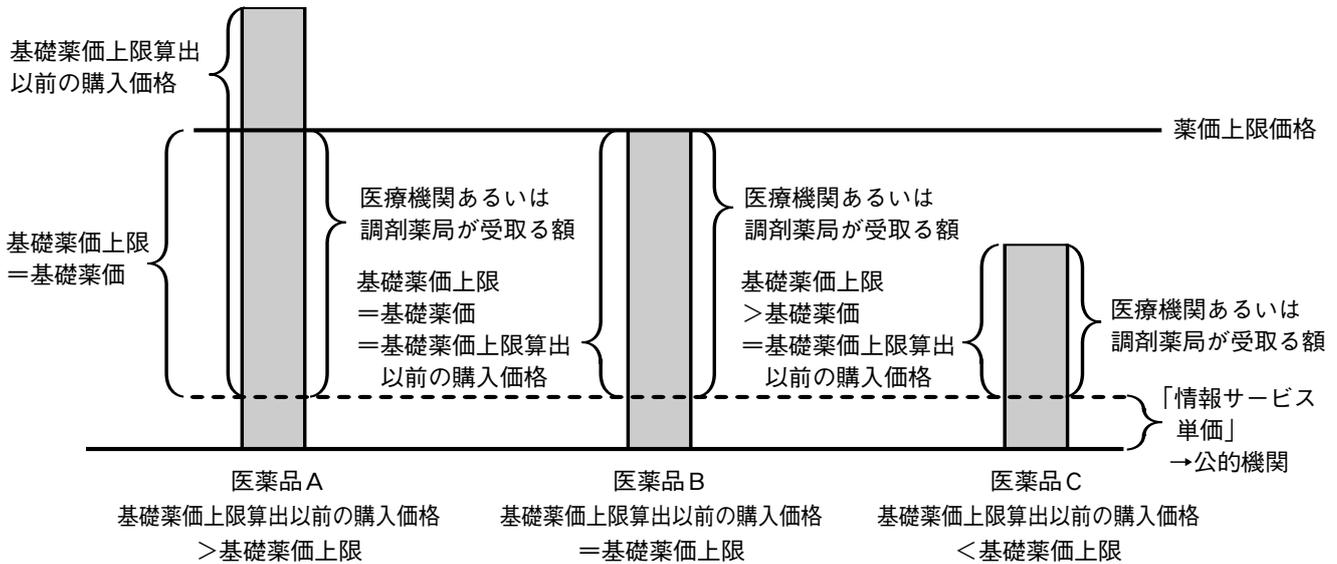
各医薬品の「情報サービス単価」は、公的機関が徴収し、情報サービス提供量によって先発品メーカー、後発品メーカー、卸、医療機関に分配されるとする。情報サービスを提供しない医療機関あるいは調剤薬局が受取る額は、薬価から「情報サービス単価」を差引いた額とする（図13-1）

図13-3 副作用報告数の国際比較

出所：厚生白書(平成11年度)から引用。

|         | 日本<br>(95年度) | イギリス<br>(95年) | フランス<br>(95年) | アメリカ<br>(95年) |
|---------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 医療関係者   | 1,859        | 15,500        | 13,670        | 30,000        |
| 製薬企業    | 14,288       | 2,300         | 14,000        | 120,000       |
| 合計      | 16,147       | 17,800        | 27,670        | 150,000       |
| 製薬企業の割合 | 88%          | 13%           | 51%           | 80%           |

図13-1 「基礎薬価」と「情報サービス単価」の分離



注：全ての医薬品において、基礎薬価上限が決められれば、医療機関及び調剤薬局の購入価格はその上限価格を上回ってはならない。

参照)。

情報サービス単価を公的機関が徴収・分配することは、情報提供サービスに先発品メーカー以外の機関が参加することを促進する。参加することで、その対価が受取られるからであるiv)。本来、情報提供サービスは先発品メーカーに限られるものではない。例えば、欧米では製薬企業からの副作用報告数が全体の報告数に占める割合は、日本における割合より低い（表13-3参照）。また、先発品メーカーが、特許切れの医薬品市場から撤退した場合にも備える必要がある。

#### 4.2.3. 情報サービス単価の算出と分配

情報サービス単価は、全グループの医薬品の情報サービス提供に必要なコスト（予想）に一定の利益率を乗じた額を基に算出する。ここでの情報サービスとは、副作用に関する情報収集と分析、そしてその分析結果の医療機関へのフィードバックである。情報サービス・コストの予想には、過去の例から推定した副作用報告数や報告するためのコスト、副作用に関する分析が必要となる成分数の予想やその分析に必要なコスト、医療機関に新たな副作用情報をフィードバックするコストなどが考慮される。

情報サービス単価の設定は、各グループの市場平均購入価格に一定の割合を掛けた価格を情報サービス単価とする。その割合は上記のコストが賄えるように決定される。そのため、同一グループでは同一の情報サービス単価が設定されるが、グループ間では異なるv)。

iv) 将来的にPEM (Prescription Event Monitoring) やDEM (Dispensing/Drug Event Monitoring) が日本においても実行可能になれば、その資金としても活用可能である。

v) 異なるグループの医薬品に同一の単価を設定する方法も考えられる。ただし、グループ間の価格差が大きい場合、グループ間で同一の単価では低い価格の医薬品における負担感が大きい。

$$\begin{aligned} & \text{全グループの医薬品に対する情報サービス提供コスト} \times \text{一定の利益率} \\ & = \Sigma (\text{情報サービス単価} \times \text{各グループ医薬品販売数量}) \end{aligned}$$

各医薬品の「情報サービス単価」は、公的機関が徴収し、情報サービス提供量によって先発品メーカー、後発品メーカー、卸、医療機関などに分配される。例えば、副作用の報告数、副作用情報の分析の有無などから、その分配額が決定される。より多く情報提供サービスを行っている企業・組織ほど、より多くの分配額が受けられる仕組みとする。

徴収・分配を行う公的機関が受取る情報料が支払う情報料より大きければ、情報サービス単価は引上げられ、逆に小さければ単価は引下げられるとする。その公的機関が健全に運営されているかどうかを、第3者機関がチェックする。

#### ■4.2.4. 「基礎薬価」の算出

一方、医薬品の品質に対する価格である「基礎薬価」は、医療機関・調剤薬局の購入価格を基に計算される。ただし、この制度への移行直後は、先発品の購入価格に情報サービス料が含まれているので、そのサービス料を排除する工夫が必要である（例えば、情報サービス料が含まれている先発品価格の場合、その価格から上記の「情報サービス単価」を先発品の市場シェアで割った値を引く案が考えられる）。

その「基礎薬価」の上限は、当初グループ内医薬品購入価格の中間的な価格に設定し、医薬品企業への急激な悪影響を避ける<sup>vi)</sup>。その上限の「基礎薬価」より低い購入価格の医薬品は、その購入価格を「基礎薬価」とする。「基礎薬価」が上限価格に収束するのを防ぐため、その「基礎薬価」の引上げは認められないとする。このように医薬品としての質において同等な医薬品をグルーピングし同一の「基礎薬価」を設定することは、グループの中で高価格の医薬品の値下げを可能とする。

また、上限の「基礎薬価」は、グループ内の最低価格近傍まで段階的かつ計画的に低下させる。また、段階的に価格を引下げることや十分な準備期間を置くことで、製薬企業の研究開発原資に急激な悪影響を与えることなく、中長期的に薬剤費上昇を抑制させることが可能である。

「基礎薬価」の上限が低下するメカニズムとして、以下の3つのメカニズムが考えられる。それらのメカニズムを説明するために、2つの医薬品AとBを想定し、それぞれの購入価格を100円と90円とする。基礎薬価上限価格算出の際の中間値として、単純平均を想定する。したがって、医薬品Aの基礎薬価は95円（ $100 \times 0.5 + 90 \times 0.5$ ）以下に、医薬品Bの基礎薬価は90円となる。

第1のメカニズムは、医薬品Aの購入価格が低下することにより機能する。基礎薬価以上の購入価格が認められていないことから、その基礎薬価が95円に設定されることは、購入価格が95円以下に低下することを意味する。次期の基礎薬価の上限を設定する際には、低下した購入価格が基になる。もし医薬品Aの購入価格が95円に低下し医薬品Bの購入価格が低下しなければ、次期の基礎薬価の上限は92.5円に設定される。

第2のメカニズムは、医薬品Aの購入価格低下を受けて、医薬品Bの購入価格が低下することで機能す

---

vi) 中間的な価格を加重平均とするか単純平均とするかは、今後の協議に委ねる。

る。上記の例で、医薬品Bの購入価格が85円に低下すれば、次期の基礎薬価の上限は90円に設定される。

第3のメカニズムは、基礎薬価上限価格算出の際における中間値の設定である。上記の例では医薬品AとBの購入価格に同じウェイトをかけて基礎薬価の上限を設定した。より低い医薬品の購入価格に対するウェイトを段階的に高めることで、基礎薬価上限が低下する。例えば、医薬品Aへのウェイトを0.5から0.25に低下させ、医薬品Bへのウェイトを0.5から0.75に上昇させれば、基礎薬価の上限は87.5円( $95 \times 0.25 + 85 \times 0.75$ )となる。

#### ■4.2.5. 複数成分でのグルーピング

特許期間中の医薬品が他成分とグルーピングされた場合でも、基礎薬価と情報サービス単価の分離の原則は維持されるべきである。基礎薬価に関しては、グループ内で同一の上限価格が設定されるべきである。情報サービス単価に関しては、特許医薬品メーカーが受け持つ情報提供サービスとそれ以外の企業・組織が受け持つ情報提供サービスを明確に区別する必要がある(vii)。

その上で、特許医薬品メーカーが受け持つ情報提供サービスに対する対価はメーカーの自己届出額に基づいて設定する。ただし、その額の上限を設定するために、グループの基礎薬価の上限にその届出額を加えた価格が、グルーピング以前の医療機関・調剤薬局の購入価格を上回らないようにする。また、その対価はメーカーが受取る。一方、後者に関する対価は、予想される情報提供サービス量とコストに応じて設定され、提供サービス量に応じて各企業・組織(上記のメーカーを除く)に分配される。

この場合、同一グループでも成分ごとに異なる薬価上限が設定されることになる。したがって、より低い医薬品が医療機関・調剤薬局に選択されるような補完的なシステム(例えば、保険機能強化や、以下で議論する代替調剤制導入)が必要である。

### ■4.3 グルーピングされない既存薬

グルーピングされない既存薬に関しては、薬価改定と情報サービス提供への対価について考察する。

#### ■4.3.1. R幅方式

薬価改定方式については、現行のR幅方式を維持する。ただし、段階的かつ計画的にR幅を縮小する。最終的なR幅をゼロに設定することには、医療機関の購入価格より薬価が下回る「逆ザヤ」が引き起こされるという問題点が指摘されている。一方、市場平均購入価格より高い薬価を設定することは、患者の不利益となる。以下では、R幅を極力ゼロに近づけつつ「逆ザヤ」が発生しない仕組みを考案するという観点から、提言を行う。

「逆ザヤ」の可能性は、R幅変更の周知期間を十分に取ることで、かなりの程度解消させることが出来る。今年度の市場平均価格が次年度の薬価となれば、今年度において市場価格よりも高い医薬品に対しては、医療機関あるいは調剤薬局から価格引下げ圧力が高まる。なぜなら、医療機関あるいは調剤薬

---

vii) 後者に含まれるのは、メーカーを通さない副作用報告や副作用情報分析結果の医療機関へのフィードバックである。

局にとって薬価以上の価格で購入するインセンティブはないからである。さらに、最近4年間で実勢価が毎年3%前後下落していることは、(前年度)平均価格以下での購入が可能であると主張をより補強する(表13-4参照)。

また、医療機関ならびに調剤薬局は取引量が大きいほど低い価格で医薬品を購入できる。したがって取引量の小さい小規模な医療機関や調剤薬局は、グループを組んで大量購入をすることで購入価格を低下させ、「逆ザヤ」を防ぐことが出来る。政府は、コンサルティングの提供等を通じて、グループ購入を政策的に促すことが必要である。

しかし、問題の本質は、購入側の「逆ザヤ」の可能性を完全にゼロとは出来ないことよりも、「逆ザヤ」をなくすために卸・製薬企業(特に卸企業)が利ざやを縮小せざるを得ないことである。以下では、包装単位、流通コストの2点に焦点を当て、上記の問題が軽減されるような仕組みを考察する。

図13-4 購入価格の下落率

|        | R幅①  | 薬価と購入価格の<br>平均乖離率② | 購入価格の下落率<br>(②-①) |
|--------|------|--------------------|-------------------|
| 平成8年度  | 11%  | 14.5%              | 3.5%              |
| 平成9年度  | 9.6% | 13.1%              | 3.5%              |
| 平成10年度 | 3.8% | -                  | 2年間で5.7%          |
| 平成11年度 | 3.8% | 9.5%               | (年平均で2.9%弱)       |

出所：厚生省資料から作成。

第1に、包装単位による価格のバラツキが指摘できる。小包装であるほど一錠当りの単価は高くなる傾向がある。そこで、最も高い一錠単価の主要包装単位と全包装の加重平均値との乖離率から、その包装単位の過去数年間の値下げ率(年平均)を引いた値をR幅に設定する。ただし、その値の下限は0%に、上限は現行のR幅である2%かそれ以下とする。したがって、医薬品によりR幅が異なることになる。例えば、乖離率が3%で値下げ率が2%の場合、「R1」となる：

|               |     |   |       |
|---------------|-----|---|-------|
| 大包装の1錠単価(購入価) | 98  | } | 乖離率3% |
| 小包装の1錠単価(購入価) | 103 |   |       |
| 加重平均1錠単価(購入価) | 100 |   |       |

過去数年間における小包装の  
1錠単価(購入価)の年平均値下げ率 2%

$$R幅 = > (103 - 100) - 2 = 1$$

第2に、過疎地域等流通コストが高い地域では、その流通コストのため「逆ザヤ」が発生する可能性がある。その場合には、例外的にR幅をゼロとしないことが必要である。ただし、上限は現行のR幅である2%かそれ以下とする。

安定供給への懸念に関しては、平均価格以下で購入している医療機関あるいは調剤薬局が存在しているということは、平均価格かそれ以下で当該医薬品の供給が可能であることを示している。つまり、上記の2つの対策以外にも、平均価格以下で納入すれば赤字になる企業が生産・販売体制を効率化することで黒字に転換することが可能である。

最後に、R幅の引下げは段階的かつ計画的で行われなければならない。段階的である理由は、上述のように平均価格以下で納入すれば赤字になる企業に、生産・販売体制の効率化を進めるための時間的な猶予を与え、安定供給に支障がないようにするためである。また、R幅の急激な引き下げによる製薬・卸企業への急激な悪影響を避けるためである。さらに、小規模な購入機関が大量に一括購入することが可能になるようにグループを組むための時間的な猶予も必要である。

計画的である理由は、製薬・卸企業がR幅縮小に向けた経営改革計画が立案・実行しやすいようにするためである。計画性がなくR幅が改定されれば、企業の経営に少なからず混乱をもたらす。なお、どのような段階でR幅縮させるかは、各団体の調整で最終的に決定されるとする。

#### ■4.3.2. 情報サービス提供への対価

情報サービス単価を、グルーピングされない医薬品に賦課することも、医薬品の安全性に関する情報提供サービスを先発品メーカーに頼らないために必要である。ただし、特許を持つ医薬品メーカーが受け持つ情報提供サービスとそれ以外の企業・組織が受け持つ情報提供サービスを明確に区別する必要がある。区別しなければ、情報サービス提供についての責任が曖昧になる。

前者への対価は、医薬品の仕切価に含まれると考え、新たに賦課する必要があるのは後者への対価である。後者に関する対価は、予想される情報提供サービス量とコストに応じて設定され、提供サービス量に応じて各企業・組織（製薬メーカーを除く）に分配される。

### ■ 4.4 新薬の価格決定方式

新薬の薬価決定方式については、革新性の高低に応じて分類する。

#### ■4.4.1. 革新性の高い新薬

革新性の高い新薬は自由価格とし、メーカーの自由な価格設定を可能にし、革新的新薬の研究開発インセンティブを向上させる。自由な価格設定を認める範囲は、革新的新薬の研究開発インセンティブを向上させるために、これまでの原価算定方式の対象範囲だけでなく、それ以外の範囲にも拡大する。拡大する範囲を、画期性加算の対象範囲とするか、有用性加算の対象範囲も含めるかは、今後の協議に委ねる。また、自由な価格設定を認める基準については、客観的で明確な基準を設け公表することが必要であることは言うまでもない。

しかし、保険者機能が十分機能していなければ医薬品の需要の価格弾力性が十分低く、自由価格制度への移行により革新性の高い新薬の価格が高騰する懸念がある。したがって、その高騰を阻止する仕組みを考えなければならない。その仕組みは、同一成分の新薬が海外で上市されているかどうかで異なったものになる。

同一成分の新薬が海外で上市されている場合、保険者機能がより働いている海外の国・地域・団体の価格を上限価格とする。国際比較による円建ての上限価格を設定する際には、消費者物価の購買力平価（PPP）が望ましい<sup>viii)</sup>。その一つの理由は、薬価は消費者である患者が支払う価格であることである。もう一つ理由は、市場為替レートに比べ変動が少ないことである。

同一成分の新薬が海外で上市されていない場合、手術等の代替的な治療方法にかかるコストを基に、革新性の高い新薬の上限価格を設定する。

#### ■4.4.2. 革新性の低い新薬

医薬品の質に関して、既存薬と同等な新薬に関しては、同等の既存薬とのグルーピングが行われ、同一の「基礎薬価」が設定される。一方、「情報サービス単価」に関しては、革新性の低い新薬を開発・上市するインセンティブを低めるために、同等とされる医薬品の「情報サービス単価」と同一水準に設定する。新薬は、安全性に関する情報収集コストが既存薬以上に必要であると考えられるため、実質的に低革新性の新薬の開発・上市を阻止することになる。

#### ■4.4.3. 中間的な新薬

医薬品の質に関して、客観的に同等性が証明されない新薬あるいは同等性が証明されなくても革新性が認められない中間的な新薬に関しては、現行の類似薬効比較方式を維持する。

### ■ 4.5 価格引下げインセンティブ

以下の3つのメカニズムにより、価格引下げインセンティブを機能させる。

#### ■4.5.1. R幅

第1は、R幅を縮小することにより生じる価格引下げインセンティブである。R幅を縮小することで、ある期の価格が次期の薬価を上回るケースが多くなる。その場合、薬価以上の医薬品は薬価以下に価格を引下げざるを得ない。医療機関あるいは調剤薬局にとって、薬価以上の価格で購入するインセンティブは存在しないからである。

#### ■4.5.2. プライス・キャップ制としての給付基準制度

第2のメカニズムとして挙げられるのは、給付基準（医療保険制度としての給付対象の上限額）制度を維持し、薬価は医療機関・調剤薬局の市場購入価との乖離率に応じて定期的に見直すことである。給付基準制度を維持するとともに医薬分業を進めることで、価格引下げインセンティブを作り出す<sup>ix)</sup>。これまで、薬価差益の存在は、薬価差獲得を目的とした薬剤の過剰使用につながると指摘されてきた。しかし、医薬分業の進展により、その薬価差益が医療機関から切り離されることで、

---

viii) PPPはPurchasing Power Parityの略。

ix) 医薬分業率（薬局への処方せん枚数÷外来処方件数）は、97年度において26%にすぎない。

その過剰使用誘因を解消させる。

一方、その薬価差益が調剤薬局に移ることで、調剤薬局側に購入価格引下げインセンティブを持たせる。つまり、調剤薬局により低価格で医薬品を仕入れるインセンティブを与える。したがって、給付基準制度をプライス・キャップ制として活用させる。

#### ■4.5.3. グループ指定（代替調剤）

第3のメカニズムとしては、中期的に医師の処方成分単位、グループ単位で行うようにすることである。医師は、特定銘柄の医薬品を指定できるが、インフォームド・コンセントの観点から「銘柄を指定したことの説明を受けて了承した」という患者の署名を必要とする。同時に、医師が特定の医薬品を指定しなければ、同一グループ内の医薬品の中でより低い薬価の薬が患者に選択されるようにする。例えば、調剤薬局に対して最も薬価が低い医薬品を患者に薦める義務を課すこと、あるいは患者が高い薬価の医薬品を希望する場合には最低薬価との差額を患者の自己負担とすることなどが考えられる。

ただし、このような代替調剤への移行は、以下の3つの理由から中期的にかつ計画的に行う必要がある。第1の理由は、医薬分業を十分普及させる必要があることである。第2の理由は、医師の処方を銘柄からグループ毎にすることを、医療機関、調剤薬局、患者、保険者などへの周知させるための期間と移行のための準備期間が必要であることである。第3の理由は、特許切れ医薬品からの収益に頼っている製薬企業に急激な悪影響を与えないためである。

### ■ 4.6 薬価制度改革案の骨子

この節のまとめとして、薬価制度改革案の骨子を示す。

- ・ 医薬品の質において同等な医薬品をグルーピングする。
- ・ グルーピングされた医薬品に関しては、同質の医薬品を供給することへの対価と、医薬品の安全性に関する情報サービスを提供することへの対価を明確に分離する。
- ・ 前者は、グループ内で同一の上限価格を設定する。後者は、同一の単価を設定し、公的機関が徴収する。そして、企業の情報サービス提供量に応じて分配する。
- ・ 同一成分同一グループの医薬品は同一の薬価上限価格を設定する。
- ・ 特許医薬品に関連する情報提供サービスのなかで、その医薬品メーカー以外が行うサービスを明確にし、そのコストを医薬品薬価に上乘せする。その対価は、公的機関が徴収し、企業・組織の情報サービス量に応じて分配する。
- ・ グループ以外の既存薬のR幅に関しては、「逆ザヤ」の発生を防ぐために、小包装単位の一錠単価の加重平均値からの乖離率からその包装単位の最近数年間の値下げ率（年平均）を引いた値とする。ただし、下限を0%、上限を現行の2%とする。また、過疎地域におけるR幅拡大、購入側の組織化の奨励を行う。
- ・ 革新性の高い新薬に対しては自由薬価制度を適用する。価格の高騰を防ぐために、保険者機能が十分機能している国・地域の価格を上限価格とする。

- ・ 給付基準額制度を維持し、プライス・キャップ制として活用する。同時に医薬分業を進めることで、薬価差獲得のための過剰処方誘因を解消させる。
- ・ グループ内の代替調剤制を導入する。ただし、医師の拒否権は、インフォームド・コンセントを条件に認める。より低薬価の医薬品を患者が選択させる。
- ・ 新制度への移行準備期間を十分にとり、急激な悪影響が起らないように段階的で計画的な施行を図る。

## 5. まとめ

前述した薬価制度改定案の目的は、アメリカで見られているマネジド・ケア的な要素を国の制度として導入することである。つまり、医薬品の品質と価格に関する情報の非対称性を無くし、同等な医薬品については価格競争メカニズムを働かせる。また、革新的な新薬を開発・上市し続けた企業に対するメリットを拡大させる。一方で、製薬企業の研究開発原資に急激な悪影響を与えないように配慮することも必要である。

また、価格引下げインセンティブが十分に機能するために必要な医薬分業の拡大をこれまで以上に積極的に進めることが必要である。

最後に忘れてならない課題は、早急な制度改革案の決定である。薬価制度の抜本改正の目途とされる2002年度までに新制度を決定するというのではなく、出来る限り早く新制度の骨子を決定し、新制度移行への準備期間を出来る限り多く取ることが必要である。異なる薬価決定方式を適用することと同等な医薬品をグルーピングして薬価上限価格を設定することは、これまで革新性の低い新薬しか生み出してこなかった企業や特許切れ新薬からの収益に大きく依存してきた企業に悪影響を与えることになる。したがって、そのような企業が新制度への準備がある程度可能になるようにしなければならない。新薬の開発期間が10年以上かかることから考えても、2002年までの2年は決して長い期間ではない。

### 参考文献

- 1) 鈴木雅人・中村洋「ドイツ型参照価格制度の個別医療用医薬品価格・処方量と研究開発インセンティブへの影響」、『医療と社会』、第8巻3号、17-38、1998.
- 2) 中村洋「旧西ドイツの参照価格制度と一時的薬剤費上昇抑制効果-89年の一時的な抑制に寄与したか」、『医療と社会』（掲載予定）、1999.
- 3) 嶋田忠彦・南部鶴彦「薬価上限制の導入断念を」、日本経済新聞経済教室、1999年2月3日、15

**日医総研**

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第16号

## **経済学による医療政策の分析**

規制改革論を受けて

非売品

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会館内 TEL.03-3942-7215

平成12年4月 発行(10)