

平成13年度  
医療政策会議報告書

# 医療と市場経済

— 国民が安心できる医療 —

平成13年9月  
日本医師会医療政策会議

平成13年9月

日本医師会長

坪井 栄孝 殿

日本医師会医療政策会議  
議長 宮崎 勇

医療政策会議では、平成12年8月23日開催の第1回会議において、坪井栄孝会長より「医療と市場経済」との諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成12・13年度の2年間にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成13年度 医療政策会議報告書「医療と市場経済 —国民が安心できる医療—」として取り纏めましたので、提出いたします。

## 医療政策会議委員

議長	宮崎 勇	大和総研特別顧問
副議長	植松 治雄	大阪府医師会長
副議長	佐々木 健雄	東京都医師会長
委員	飯塚 弘志	北海道医師会長
委員	家崎 智	群馬県医師会顧問
委員	池上 直己	慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教授
委員	井石 哲哉	長崎県医師会長
委員	大道 久	日本大学医学部医療管理学教授
委員	吉川 暉	大分県医師会長
委員	國井 一彦	山形県医師会長
委員	佐藤 怜	茨城県医師会長
委員	真田 幸三	広島県医師会長
委員	田中 滋	慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
委員	富永 英嗣	大和総研執行役員
委員	西元 慶治	医療法人社団鶴亀会新宿海上ビル診療所理事長
委員	安田 恒人	宮城県医師会長

(五十音順)

# 目 次

はじめに	1
I. 問題意識：医療と市場経済	3
1. 日本経済の苦境と医療	3
2. 日本経済再生の条件	3
3. 医療によるマクロ経済への貢献	4
4. 市場経済の機能	5
5. 市場原理の限界	6
II. 医療サービスの利用と提供の体制	7
1. 医療の基本理念と医師患者関係	7
2. 医療保障制度における市場性の排除	7
3. 医療ニーズに応じた資源配分の必要性	8
4. ニーズに応じた資源配分を可能とする医療提供体制の構築	8
5. 医療の選択と患者の自己決定権	8
6. 患者による自由な医療機関選択の資源配分への影響	9
7. 医療利用時の専門的相談・助言の必要性	9
8. 新たな医療の利用体制の構築	10
9. 医療周辺領域における市場原理	10
III. 医療保険制度	11
1. 医療保険を市場原理に委ねた場合の問題点	11
2. 保険者間の公正な競争は可能か	12
3. 日本の特殊事情と長期対策	13

IV.	市場原理と競争原理	16
1.	社会保険医療への市場原理適用の問題点	16
2.	社会保険医療における競争原理	16
3.	質の評価の重要性とその視点	17
4.	医療の質の構成要素	17
5.	病院医療の評価の方法	18
6.	公私病院の公正な競争基盤の整備	18
7.	IT化の進展と医療における競争原理	19
V.	医療経営に対する非営利性の要請	20
1.	医療における営利性/非営利性を論ずる場合の基本的立場	20
2.	わが国の医療は非営利ゆえに非効率的か	20
3.	営利企業による医療経営参入の問題点	21
4.	企業による病院経営の現状	21
	おわりに	22

## はじめに

この報告は2000年8月23日の日本医師会からの諮問「医療と市場経済」について、医療政策会議の考えをまとめたものである。

小泉内閣をはじめ各方面で、医療及び医療制度の改革が論じられている。問題の重要性と緊急性に鑑み、私達はそのことを歓迎したい。ただかなりの議論が、改革を進めるに当たって“市場原理の導入”を一つの重要なキーワードとしてあげている。一般経済分野ではその点はきわめて重要なポイントであることは、私達も同意できるが、医療の分野については必ずしもあてはまらない。私達は次の様に考える。

1. 医療及び医療制度は、人の健康増進と生命維持を通じて、全ての人に平等に、経済的に、かつ健康上でも「安心できる」社会を作ること为目标とするものである。
2. 医療及び医療制度の分野は、いわゆる市場経済原理に必ずしもなじまない。広義の医療のうち、
  - －医学（研究・開発）については自由と公正競争に関連して、
  - －医療（診断、治療、療養）については質の高い環境整備に関連して、
  - －医業（病院経営）については透明性と効率性に関連して、それぞれ市場原理を活用すべき所はあるが、本来、医療及び医療制度は経済性や営利性の追求が第一義的目的ではなく、人命の尊重と保護が第一義的目標である。
3. したがって資金の調達、運用に当たって効率性を重んずることは、特に保険制度に関連する分野では重要であるが、改革に当たって、医療費総額の抑制ないし、上限設定を前提とすることは適当でない。「安心できる」医療体制を作ることが大事である。因みに、日本の医療水準は日本人の死亡率、長寿率、感染症減少などからみて国際的に高く、他方、医療費の国内総生産（GDP）に占める比率は先進国の中では低い。

4. 医療をはじめ医療従事者は、高い倫理観をもって医療行為を行う重い責任・義務を負うとともに、他方、生活者として「健康で文化的な生活を享受する」権利をもつ。

## I. 問題意識：医療と市場経済

### 1. 日本経済の苦境と医療

長期にわたる経済不況からの脱却をめざし、わが国経済社会の根本的な構造改革の必要性が様々に議論されている。そこでの論調は、概ねのところ、「国際競争において先端的な地位を競う高生産性部門および雇用吸収力の高い産業に、低生産性部門から資本と人的資源を移動させ、日本経済全体を再活性化させなければならない。そのために最も役立つ手段は、公正で開かれた市場原理の徹底である」とまとめられる。では、医療分野は、こうしたマクロ経済の目標実現と一体どのように関係するのだろうか。

日本のマクロ経済に占める医療費の割合は、「はじめに」で指摘した通り、他の経済的先進国に比べて相対的にかなり少ない値にとどまっている。わが国の高齢化率（65歳以上）が既に15.1%に達していた1997年でさえ、医療費対GDP比は7.5%<sup>1</sup>と、OECD29カ国中20位にすぎなかった。また日本では、医療費のうち70歳以上の高齢者医療費が3分の1を占めるので、69歳未満の医療費対GDP比は5%にも達していない。その一方で、WHOがわが国の医療システムを世界第1位と評価したことは記憶に新しい<sup>2</sup>。これらの少数のデータだけからも、わが国の医療分野がこの10年のマクロ経済苦境の原因とはほど遠い事実は明らかである。

### 2. 日本経済再生の条件

それどころか、確固とした医療分野の存在は、後述する理由により、わが国の一般産業セクターにおいて市場経済がより機能を発揮する方向に積極的に貢献することができる。

---

<sup>1</sup> OECDは各国の数値を標準化するために、日本については、厚生労働省が発表する国民医療費（1997年には29兆円）より約3割広い定義に基づく値（37兆8千億円）を用いているが、それでも20位である。

<sup>2</sup> 出典:WHO(世界保健機関)World Health Report 2000



今後の日本経済をリードしていくことが期待されている次世代産業は、未だ新しい技術自体を国際競争の中で築いていく過程にある。ライフ・サイエンスやナノテクノロジーをはじめとするそれらの新技術は、確かに成功した場合の成果はきわめて大きいと思われるものの、着手した研究の中で利益に結びつく製品にまで到達する確率は低く、資金投下に伴うリスクも高い。このような性質の資金需要に対しては、安全な運用を要求される預貯金経由の資金は本質的に向いていない。

ゆえに、日本経済再生のためには、リスクを承知しながら新しい分野に資金を向けられる環境整備が不可欠の条件である。その重要な基盤の一つが、医療保険制度への信頼感に他ならない。

### 3. 医療によるマクロ経済への貢献

ここで、医療保険制度が不安定な状態の下での家計における医療費に対する準備を考えてみよう。「将来、傷病治療のニーズが発生するかどうか」「その場合の金額はどのくらいか」等の見通しは、個々の家計にとって事前にはまったく不確実かつ予測不可能である。また、治療に要する費用は、一般に医学・薬学等の発展と共に高額化していくのではないかと予想されている。したがって必要な準備貯蓄額は確定できず、家計がリスク回避的であるほど過剰貯蓄を生んでしまう。

しかし、治療ニーズの発生時には、新しい医療技術の保障を含め、医療保険制度が確実に機能するという信頼感があれば、万が一の事態に備えて全員が多額の安全貯蓄をしておく必要は少なくなる。つまり、人々が現在と将来の万が一の事態における安心感をもつほど、わが国の膨大な家計貯蓄の一部がリスクを引き受けつつ次世代産業にまわる可能性が強化されるのである。反対に、医療保険制度の将来をめぐる不安に基づく家計貯蓄増は、貯蓄が向かう先の問題だけではなく、需要不足経済下では消費停滞の原因ともなる。

よって、個々の家計が、将来の受療時の金銭負担に対する不安のせいで多額

の預貯金を積まなくとも安心感を得られるよう、医療保険制度を充実させる意義が今ほど大きい時はない。安定した保険制度の維持強化は、家計に安心感を与え、わが国一般経済部門の再活性化に役立つ選択である。

さらに、過剰貯蓄行動が消費に転じれば、限界貯蓄性向の低下を通ずる各種公共支出の乗数の拡大に加え、雇用が増える効果も期待しうる。また医療支出そのものの増大も、マクロ経済にとって負担どころか、いろいろな調査報告に見られるごとく、産業連関を通ずる経済波及効果も雇用創出効果も、他産業、なかんずく公共土木事業に比べて遜色がない。

つまり、医療分野の充実は、マクロ経済の立ち直りへの貢献が確実な、効果の大きい社会投資とすることができる。

#### 4. 市場経済の機能

前節では、医療の世界の外側で日本経済全体との関係を論じた。さらにⅡ章以降で、医療の世界の内側における「医療と市場経済」にかかわる議論を展開する前に、市場経済原理の機能と限界について確認しておきたい。

市場経済とは、端的に言えば、「価格を意思決定のシグナルとして行動する需給両者の間の金銭取引による資源配分形態」である。

市場経済原理は、公正な市場と、そこでの（ルールを守った上での）行動の自由が確保された場合、私的な財貨サービス<sup>3</sup>の生産と利用については、より効率的な資源配分に近づける働きをもつ。第一の理由としては、競争相手に敗れた供給者の市場からの脱落、および敗北を恐れる供給者による脱落回避のための努力と工夫があげられる。

供給側が競争で負ける理由には、競合する製品・サービスに劣る技術水準や品質、当該製品・サービスの魅力の陳腐化、相対的な高コストや高価格、財務管理や人事管理など経営管理上の失敗、情報化の遅れ、環境汚染問題、政治・行政との関係に対する古い体質がもたらす悪評等々、実にさまざまなケースが

---

<sup>3</sup> 公共財を除く。

考えられる。一方、勝者が享受する相対的に高い利益率と一層の資金調達の可能性が、市場原理がもたらす供給側への褒賞である。

## 5. 市場原理の限界

では、市場原理の徹底だけが21世紀に求められる経済・社会全体の姿であろうか。答えは否である。市場経済は、たとえどんなに公正な競争がなされようと、通常の私的財にかかわる資源配分手段としては役立つにしても、分配の公正さは保障しない。

なぜならば、供給者間競争は原理の一面にとどまるがゆえである。供給者間競争と同時に、競争に敗れる需要側の市場からの脱落もまた、市場原理における冷酷な側面であることを忘れてはならない。ではどういう理由で需要側は市場競争から脱落するのだろうか。

こちらの答えは簡単で、「買うだけの資金力がない」につきると言ってよい。病気の人が治療を望んでも、要介護のお年寄りが介護サービスを欲しても、子供たちにとってどれだけ教育が必要であっても、裸の市場原理の下では、ニーズだけではサービスの利用に直接結びつけられない。家計の購買能力、もしくはその社会の経済力が実際の消費量を左右することが、通常の私的財にかかわる判断基準では「効率的資源配分」と呼ばれる状態をもたらす第二の理由である。すなわち市場原理だけでは、必需財が利用できる安心感は保障されない。必需ニーズが満たされぬ場合の不安感は、市場経済そのものだけなら放置されてしまう。これは社会の安定にとって好ましい帰結とは思えない。

医療は、こうした不安感や人道上の配慮を無視すれば、市場原理が部分的にせよ機能しうるからこそ、そのマイナスの帰結を防ぐために、安易に市場経済に委ねてはならない分野なのである<sup>4</sup>。

---

<sup>4</sup> もし医療分野では上述した市場原理が機能しないのなら、単に無視すれば済むだろう。

## II. 医療サービスの利用と提供の体制

### 1. 医療の基本理念と医師患者関係

医療提供に市場原理を適用すべきとするような議論の余地が生まれた状況を踏まえて、改めて今後の医療の基本的なあり方と、その利用と提供の体制について明確にしておく必要がある。そもそも医療とは、傷病によって健康が阻害され、ときに生存をも脅かす根源的な苦痛や不安も持つ病者に対して、それらを癒し救済するための知識・技術・経験を有する者が、ただ病者の健康の回復を願い、生命を尊重することを第一として行う人間的な活動を原点とするものである。そこにおいては、医療を受ける者と医療を提供する者が、健康や生命の価値を価格に換算して取り引きすることなどは、到底なじむものではなく、医療の対価は医の倫理、または生命倫理に照らして得られるべきとする考え方が確立されてきたのである。これは時代を超えた普遍的な考え方であり、今後にあっても、医療は利用する者と提供する者との人間的な信頼関係に基づき、科学的専門性と倫理的な自律のもとに成立すべきことを確認する必要がある。

### 2. 医療保障制度における市場性の排除

医療のこのような特質があればこそ、社会保障の主要な対象とされ、医療保障制度が確立され運用されてきた。医療保障制度の運用という、いわば医療の社会化が実現して、医療の対価は具体的な支払額を持ちはじめ、医療提供の社会経済的な側面が徐々に明確となった。そしてその支払い額は、まさに医療の特質を踏まえて、基本的に固定された全国一律の公定価格となったのである。そもそも、医療保障制度は市場性を排除することを前提に創設され、運用されてきたものであり、仮に医療における資源配分に非効率や格差があるとするならば、支払額の設定、支払方法、あるいは支払いの適用方法などの問題をまず検討すべきである。

### 3. 医療ニーズに応じた資源配分の必要性

医療に割り当てられる資源に制約が見込まれる場合に、その適切な配分のためには医療のニーズに応じて行われるべきであって、利用者の支払能力で左右される市場原理における価格によってなされるべきではない。無しで済ますことのできない医療について、その支払額の多寡を問わず、支払能力によって差別をすることは医の倫理に反するのであり、その医療ニーズに相当する資源が誰にでも配分されるべきである。ここで、健康と生命に直接的に影響しない療養環境や便宜については、一定の市場原理の適用があり得ると考えられるが、その適用と運用には十分な検討と医療を受ける立場からの合意が必要である。

### 4. ニーズに応じた資源配分を可能とする医療提供体制の構築

市場原理による資源配分を排除するためにも、医療ニーズを専門的・合理的に把握して公平な資源配分の仕組みを確立することは、医療担当者の責務となる。これまで、個々の患者の医療ニーズに関する判断については、対応した医師個人の裁量に委ねられ、必要と思われる医療が提供されてきたことは、医療を受ける側からも提供する側からも評価されるべき体制であった。しかし今後は、患者の傷病や重症度などの医療ニーズに応じた公平な資源配分を可能とする医療提供の仕組みの構築に努める必要がある。

### 5. 医療の選択と患者の自己決定権

今後の医療にあっては、患者の自己決定権は最大限に尊重されるべきものである。すでに医療の現場においては、十分な説明により理解・同意を得て医療の方向や内容を決定するインフォームド・コンセントの実践は一定の定着を見ている。最近では、他の専門医の意見も判断の情報とする、いわゆるセカンド・オピニオンの実施もまれでない。しかし、これらの情報提供または把握は、提供される医療のための費用負担や価格が見合うものであるかを選択するとい

うより、生命のリスクの軽減やQOLの向上に有利な決定をするために行われている。市場原理を機能させる前提となる情報の対称性を医療において確保することは、医療の専門性・多面性、および不確実性の特質からほとんど不可能と見てよい。敢えてそれを適用すれば、多様な情報の氾濫と不安定な市場価格等の要因によって社会的に適正な医療の提供が保証できるか大いに疑問であり、むしろ総医療費の増大や医療格差の助長を招くことが強く危惧される。

## 6. 患者による自由な医療機関選択の資源配分への影響

さて、患者自らが医療機関を自由に選択して受診できる体制は、医療へのアクセスを容易にし、量的な充足を達成するためにきわめて有効であったといえるが、今や地域において様々に分化した機能の医療機関が混在するなかでは、公平で効率的な資源配分の観点からは問題がないとは言えない。これまで、制度的にも施設機能を体系化し、それぞれの機能の分担と連携によって資源配分の観点からも合理的な医療提供体制の構築に努めてきたところであるが、いわゆる大病院志向の患者の受診傾向は継続している。限られた資源の無駄遣いを避けつつ、公平な受診の実現を目指すのであれば、医療の理念を軽んじた市場原理を導入するよりは、医学・医療の観点から理にかなった受診のあり方、すなわち時代に見合った合理的な医療の利用のされ方が追求されるべきである。

## 7. 医療利用時の専門的相談・助言の必要性

受診しようとする医療機関の決定は、患者自身の問題であると同時に、今や社会的課題であるといってもよい。そもそも、患者自身が、自らの傷病の病状と限られた情報で受診すべき医療機関を決定することは決して容易ではないはずであり、不安にかられれば直接大病院を受診することは無理からぬことである。そこで、患者が医療を利用しようとするに当たって、まず専門的な相談と助言が得られる機会を設定し、その専門的な判断と助言に基づいて患者が納得した医療機関を受診するという体制を検討すべき時期にきているといえる。