

産業医の健康管理業務の劣化をもたらす不当販売による 健診品質低下と健診機関の変更

杉田 稔¹, 川本 俊弘², 立道 昌幸³, 三輪 祐一⁴,
栗原 博⁵, 佐々木敏雄⁶, 宮川 路子⁷

¹ 東邦大学

² 産業医科大学産業衛生学教室

³ 東海大学医学部公衆衛生学領域

⁴ (株) 明治本社

⁵ (公財) 神奈川県予防医学協会

⁶ バイオコミュニケーションズ (株) 企画室

⁷ 法政大学人間環境学部人間環境学科

Deterioration of Healthcare Service Quality Provided by Occupational Physicians Due to Dumping by Health Checkup and Switching Health Checkup Organizations

Minoru SUGITA¹, Toshihiro KAWAMOTO², Masayuki TATEMICHII³, Yuichi MIWA⁴,
Hiroshi KURIHARA⁵, Toshio SASAKI⁶ and Michiko MIYAKAWA⁷

¹Toho University

²Department of Environmental Health, University of Occupational and Environmental Health

³Department of Preventive Medicine, School of Medicine, Tokai University

⁴Health Consultation Room, Meiji Co., Ltd.

⁵Kanagawa Health Service Association

⁶Research and Development Division, Bio Communications Inc.

⁷Faculty of Sustainability Studies, Hosei University

Abstract

Introduction: From 2007, competitive bidding for procurement became widely employed by the Japanese Government, and health check providers for government workers are selected every year by this method. Deterioration of health check quality due to excessive price competition is a serious concern. The National Federation of Industrial Health Organization (*Zeneiren*) conducted an investigative research on the contracting of health check providers and occupational physicians in workplaces in 2015–2016 in an effort to prevent low-cost but low-quality health checks. The report of the research is available on the homepage of *Zeneiren*. In this paper, we provide a brief overview of the report, and deterioration of health check quality due to dumping by and switching of health check providers is discussed from economic and legal viewpoints.

Method: Information was obtained from articles in print and on the Internet.

Results: A questionnaire survey of health check providers revealed that excessive discounts due to both competitive bidding and demand from companies commissioning health checks occurred on a routine basis, and some providers were concerned about worsening business conditions in the future. In a separate questionnaire survey of occupational physicians, it was discovered that they were able to evaluate the quality of health checks, whereas administrative officials responsible for selecting the providers were seldom able to adequately evaluate the health check quality, resulting in contracting providers of questionable quality, which in turn caused considerable dissatisfaction on the part of occupational physicians. Moreover, when health check providers were switched, the reporting format of health check results changed. The physicians did not favor such a change because of the considerably increased workload involved in coordinating past and current data and the risk of decreased occupational health service quality.

Discussion: Dumping makes the management of health check providers very difficult and is a cause of loss of social capital. If health check providers of good quality withdraw from the market, the supply of high-

quality health checks decreases. This corresponds to external diseconomy caused by dumping on the part of the health check providers and loss of social surplus (economic surplus).

Conclusions: To avoid deterioration of occupational health service due to low-quality health checks and changes in the reporting format, occupational physicians must actively engage in the selection of health check providers of good quality.

Key words: health check provider (健診機関), price (価格), dumping (不当廉売), quality (品質), report format (結果報告フォーマット), occupational health service (産業保健サービス)

1. 緒 論

2007 年頃より、国の調達は原則競争入札となり、国家公務員等の健診において、毎年、競争入札により健診実施者が決定されている。都道府県、政令市等地方公共団体においても同様の動きが広がっている。競争入札制は経済的には妥当だが、健診実施者を決定するとき、落札するための過度な価格競争による健診品質の劣化が危惧されている。また、競争入札により健診実施者が毎年変更されると、受診者個人の健診結果報告フォーマット、判定基準、検査値の基準範囲や測定方法などが変更され、産業医の円滑な健康管理業務が困難化すると産業医の間で語られているが、それに関する文献は見当たらない。

そこで、公益社団法人全国労働衛生団体連合会(全衛連)は、健診品質をいわゆる「安かろう、悪かろう」としないため、調査研究として職域健診を提供する健診機関の責任者、健診サービスを受ける側である事業場産業医の双方に質問票調査、さらに少数であるが大手企業の事業場産業医に対する聞き取り調査を 2015～2016 年に実施した。質問票調査において調査対象健診機関は全衛連精度管理調査参加健診機関で、調査対象事業場産業医は日本産業衛生学会産業医部会所属医師であった。この調査研究の目的は、健診業務における競争入札制度の拡大に着目し、料金値引きの実態や問題点、そのことによる健診品質への影響などを明らかにし、健診委託事業者が満足する健診品質の維持・向上のためにどのような方策を講じるべきかについて検討することであった。その報告書(1)の詳細は、全衛連のホームページから閲覧可能である。

本稿は、その報告書の内容から、産業医の健康管理業務の劣化の原因となる不当廉売による健診品質低下と健診機関の変更について、経済学や法学などの視点を含め学際的に検討したものである。

2. 方 法

全衛連の報告書(1)は、重要な引用文献である。その全容について全衛連のホームページから閲覧可能であるので、本稿では、詳細の記載は割愛する。本稿では、経済学や法学などの領域の文献を含め、広範囲に非系統的に検索した。引用文献は印刷物、インターネットなど幅広く情報収集を行った。インターネット検索は、非系統的に、数千時間費やした。

文献(1)における統計手法として、質問票調査での回答件数と百分率を使用した。

3. 結 果

全衛連の調査研究(1)の内容、つまりその結果と考察の概要を引用して下記に示す。

3.1 健診機関に対する質問票調査

全衛連の調査研究(1)の対象健診機関は、全衛連精度管理調査参加健診機関であるから、大手の優良健診機関と言えよう。この質問票調査における健診機関の回答率は 43.4% であった。

3.1.1 健診価格の実情

健診価格は国による診療報酬に依拠せず、健診機関が自由にそれを定めることが可能であるため、健診は価格競争となっている。本調査研究で得られた健診機関による設定健診価格の平均値を健診項目ごとに 2016 年度の診療報酬から算出した値と比較すると、労働安全衛生法に基づく一般健診では設定健診価格の平均値 / 診療報酬から算出値 = 8,449 円 / 10,900 円 = 78%、高齢者医療確保法に基づく特定健康診査では 7,030 円 / 8,800 円 = 80%、全国健康保険協会(協会けんぽ)の実施する生活習慣病予防健診では 18,522 円 / 20,030 円 = 92% であった。

健診機関が健診を受注する時の設定健診価格からの割引率に関する質問の回答から、平均割引率は、20% と算出された。設定健診価格と診療報酬から算出した値との比率は、78%～92% であったから、受注健診価格平均値と診療報酬から算出した値との比率は、62%～74% となる。入札の場合の他機関の相場価格に対する割引比率に関する質問の回答から、その平均値は、45% と算出された。この程度の割引率でないと、落札できな

受付 2018 年 4 月 19 日, 受理 2018 年 6 月 26 日

Reprint requests to: Minoru SUGITA

Toho University, 5-21-16 Omori-nishi, Ota-ku, Tokyo 143-8540, Japan

TEL: +81(3)3762-4151 (ext.2405)

E-mail: sugita@med.toho-u.ac.jp

いことが示される。入札の場合の落札価格平均値と診療報酬から算出した値との比率は、28%～33%となる。上記の28%は $0.62 \times 0.45 = 0.28$ 、33%は $0.74 \times 0.45 = 0.33$ という計算による。

入札あるいは健診委託事業者からの要求により、この設定価格からかなりの値引きが日常的に行われている実態が明らかになった。このような廉売に対する健診機関の対応として、正規雇用者を非正規雇用者に置換するなどによって人件費を抑えることがまず必要になり、そのための様々な問題発生が認識されている。このことは、健診機関に対する質問票調査から得られたことで、具体的に顕著な問題点は責任意識の低下である。

3.1.2 健診機関決定のための入札の実情

全衛連の調査研究(1)の対象健診機関において、労働安全衛生法に基づく一般健診の受託事業所のうちの入札割合の平均値は6.3%で、大きな数字ではない。しかし、入札経験の有の健診機関の割合は65%で、入札経験は少なくない。健診機関当たりの入札による平均得失数は1年間で4.0事業所-4.3事業所=-0.3事業所で、入札により健診受注を少し失っていた。また、参加した入札で「他機関による不当な廉価料金提示経験のある」健診機関の割合は52%、「採算割れ料金提示経験のある」健診機関の割合は21%であった。入札により健診機関を決定する割合は現状ではあまり大きくはなく、健診機関の経営に対する影響は、まだ大きくはないようだ。しかし、健診機関に対する質問票調査で、過当な価格競争が経営に及ぼす影響に、「かなり経営圧迫」と回答した健診機関が18%、「多少圧迫した」のが25%、「将来の圧迫不安」のが57%で、その問題が顕在化する可能性は低くない。

3.2 事業所の産業医に対する質問票調査

全衛連の調査研究(1)の質問票調査対象産業医は日本産業衛生学会産業医部会所属医師で事業所産業医をしている者である。この対象者は日本産業衛生学会産業医部会所属医師であるから、積極的に産業医活動を行っている者であることが建前である。この事業所産業医に対する質問票調査の回答率は10.3%であった。しかし、日本産業衛生学会産業医部会所属医師の中には、学会に所属しているものの事業場産業医としてほとんど活動していない者も含まれている可能性があり、厳密に回答率を計算するための積極的に活動している事業場産業医数を把握できない。つまり、この回答率10.3%はかなり過小評価の可能性がある。

質問票調査対象の産業医の健診機関選定などに関する結果を下記に示す。その産業医の事業所で、90%程度が健診を健診機関に委託していた。健診機関選定で、「産業医の関与なく事務担当者が選定」は45%、「産業医と事務担当者が相談して事務担当者が選定」は42%、「相談して産業医が選定」は13%であった。これらの事業所における健診機関変更は10年間で平均30%であった。健診精度重視の産業医では、46%が「健診精度に問題

あり」と回答し、健診データ提出重視の産業医では、45%が「健診データ提出に不満」であった。上記の健診精度重視の産業医と健診データ提出重視の産業医とは、日本産業衛生学会産業医部会所属医師に対する質問票調査において、健診機関選定で重視することについての質問項目で、健診精度あるいは健診データ提出と回答した産業医である。健診機関選定で、「産業医の意向が考慮されている」との回答が34%、「まあ考慮されている」のが37%、「考慮されていない」のが29%であった。産業医として、「健診機関の健診に満足」が75%、「不満」が9%、「どちらでもない」のが16%であった。

また、事業所による健診機関決定方法に関し、入札の割合は15%で、随意契約の割合は85%あった。入札により健診機関を決定する事業所で、入札条件の有の割合は29%で、入札で健診機関の毎年変更の有の割合は76%であった。

3.3 事業場産業医に対する聞き取り調査

聞き取り調査に応じた産業医は、大手企業の産業医である。この調査に、16名の産業医が応じた。この調査結果の概略を下記に示す。聞き取り調査対象の産業医は、健診機関を変更すると受診者個人の健診結果報告フォーマットが変更され、過去のデータとの継続性を確保するために自身で過去データとの整合を取る作業をしなければならない。この作業は相当な負担になり、頻繁に健診機関を変えることの不利益、つまり産業医による産業保健業務の質の劣化を認識している。したがって、健診機関に特段の問題がなければ継続契約すべきとしている。入札制度を採用する事業場では、単年度契約が多く、健診機関が毎年変わることが多い。健診機関選定に関わる多くの事業場の事務担当者の最大の関心は健診料金で、健診品質に関しほとんど理解できないことが多い。事務担当者はどの健診機関を選定しても健診品質はそれほど変わらないと考えているようで、健診品質の劣悪な健診機関に健診を委託することもある。

4. 考 察

引用された全衛連の調査研究(1)の内容、つまりその結果と考察を受けて、学際的深掘りしたものが本稿の考察である。考察の対象となる文献(1)の内容で重要なことは、健診機関に対する質問票調査では、健診価格、入札制度、健診機関の経営の見通し、経営安定化方策とその問題点などである。また、産業医に対する質問票調査と聞き取り調査からは、健診品質と健診結果データ提出の問題、健診機関選定方法と特にその選定の権限がある事務方の健診品質に関する理解度などである。

4.1 健診の不当廉売の経済学

4.1.1 公的機関の財・サービス調達方法

公的機関が財やサービスを調達する方法として、①品

質を固定して価格を競争させる入札などの価格競争方式、②価格を固定して品質を競争させる企画競争方式、③品質と価格の両方を競争させる総合競争方式と④随意契約方式がある(2)。官民癒着が批判されたことから、公共調達では、透明性が高いとされる価格競争方式が広がっている。価格競争は、技術が確立して、求める性能や仕様が明確で、瑕疵の検査が容易である場合に適している。価格競争方式以外では、発注者側に品質を適切に評価する能力が求められる。しかし、健康診断においてはその能力が不十分な公的機関・企業は少なくない。

企業や公的機関がその従業員の健診を実施する健診機関を選定するときも、価格競争方式が広がっている。健診の費用支払いの権限は、産業医のようなヘルスケア担当者ではなく、その部署の事務系の責任者にあることが一般的である。一般に、産業医は、ある程度経験を積み、健診の質を適切に評価できるが、事務担当者はそれが不可能であることが多い。そこで、建前上健診の質を固定して、実際には質を無視して健診業者を入札あるいはそれに準ずる方式で、選定することになる。健診の質が劣悪でも、健診費用を減額できれば、それを業績として高く評価する企業や公的機関が少なくないため、事務担当者はますます費用削減を目指すことになる。

全衛連の調査研究(1)において、健診機関の多くは入札による将来の経営圧迫を危惧しており、産業医の多くは健診品質を理解できない事業所の事務担当者による健診機関選定を問題視していることが示された。

4.1.2 不当廉売の特徴

不当廉売には、経済学的視点と法学的視点がある。実社会における不当廉売の係争例は非常に多岐にわたっているため、学問的取扱いがかなり困難である。不当廉売に関する学術的・実践的文献として、岡田羊祐(3-5)の文献などがあり、本稿でそれらを参考にする。不当廉売に対応する公的機関として、日本には公正取引委員会(6)がある。特に、法的には、裁判での対応という実務に追われている。図1(3, 4)の「ある領域の財・サービスにおける価格分散、価格差別と違法な領域の差異」において灰色で示したA・Bの違法領域か否かで、法廷において争われる。不当廉売を考える場合、一律に外形的な行為類型の特徴から違法性を判断することは非常に難

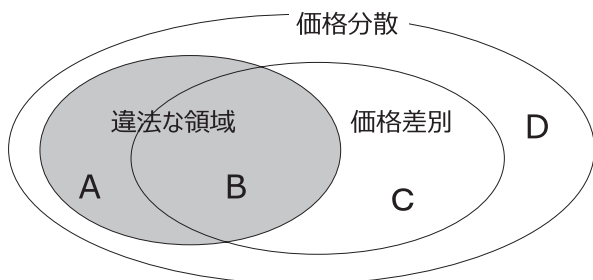


図1 ある領域の財・サービスにおける価格分散、価格差別と違法な領域の差異

しく、個別の事例ごとに何らかの経済分析を実施して、その行為が合理的に説明できるか否かという検討を加えることによって、事態は一層明らかになると言える。経済学的視点からも、不当廉売による社会的損失の大きさが問題となる。

しかし、略奪的価格設定によって競業者を排除する行為は極めて稀にしか起こらず、このような競業者排除を合理的に説明することは非常に難しい(7)。①価格引下げに伴う利潤損失はシェアの大きい企業ほど大きくなること、②競業企業が排除された後に価格引上げが可能でなければならないこと、③競業者を排除する他の代替的手段、例えば合併・吸収と比較して、不当廉売の方がより高い利益をもたらすことは稀であることが示されている。

不当廉売の主要な構成要件として、①不当な対価によって「短期利潤」を犠牲にしていること、②少なくとも同等に効率的な競業者の参入を阻止し、あるいは市場から排除すること、③「長期利潤」を当該行為がなかった場合以上に高められたこと、を挙げている。

不当廉売を実施する背景として、同業の他事業者に「自分は、コストなどで非常に優位である」という情報を伝えることがある。また、経済学的に不当廉売が経済に与える影響分析で、一般論として、①需要特性、②企業特性、③市場競争、④その他の動学的効果といった多様な側面について総合的に判断して、市場にどのような影響が及ぶかを考えていく必要がある。

4.1.3 不当廉売の定義

私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律(独占禁止法)第2条第9項第3号で、不当廉売の定義とは、「正当な理由がないのに、商品又は役務をその供給に要する費用を著しく下回る対価で継続して供給することであって、他の事業者の事業活動を困難にさせるおそれがあるもの」と記されている(8)。

不公正な取引方法とは、公正取引委員会の不公正な取引方法第6項で、「不当に商品又は役務を低い対価で供給し、他の事業者の事業活動を困難にさせるおそれがあること」と記されている(9)。これらのことは、健診の不当廉売にも該当する。

4.1.4 価格分散、価格差別、違法性

図1に、価格分散(price dispersion){あるいは価格変動(price variation)}, 価格差別(price discrimination)とその中の違法とみなすべき領域を示す(3, 4)。価格分散とは、ある時間空間の範囲内の類似の財・サービスの価格で、大小があることである。価格差別とは、類似の財・サービスが限界費用比率とは異なる相対価格比率で販売することで、経済学における価格差別の定義を下記に示す。在庫一掃セールのように、原価以下で販売する例は頻繁にあり、これに関し違法性のないことは、常識となっている。略奪的価格設定、参入阻止、カルテル(協調)の維持といったことの理論的検討が必要である(10)。なお、原価の差による価格差に利潤を加算した値の違いによって生じる価格差が指標として一般的である。

価格差別の定義とは、類似の財・サービスが限界費用比率とは異なる相対価格比率で販売されることをいう(11)。つまり、

$$P_i/P_j \neq MC_i/MC_j$$

である。ただし、 P は価格 (price), i と j は供給者 (supplier), MC は限界費用 (marginal cost),

$$MC(y) = \Delta TC(y)/\Delta y$$

で、 TC は総費用 (total cost), y は生産量 (amount of production) である。限界費用は、生産量を1単位増加したときの総費用の増加との比で、数学的には差分 (difference) である。なお、限界費用は健診では、一般に質を意味する。健診により多く費用を投入すれば、健診品質向上が期待される。健診における質とは、円滑な健診の実施、良好な総合精度管理、迅速な健診結果報告、良好な事後処理などである。価格が同一であっても、限界費用に差異があれば、価格差別となる。また、価格差別による価格分散と単なるコスト差による価格分散とを区別すべきである。

4.1.5 健診の経済学的特徴

一般の財・サービスでは、消費者はその質と価格を考慮して、その購買の選択が可能である。しかし、健診では、一般に健診機関選定者は、その質について判断することが困難である。特に、入札による機関選定では、健診の質は不問である。さらに、健診受診者には、一般的に健診機関の選択権がない。また、一般の財・サービスでは安価に供給がなされれば総需要量が増加するが、健診では安価な供給は総需要量を一般に増加させない。

健診は地域性が強いから、時間・空間的広範囲の独占はほとんど不可能である。したがって、健診の不当廉売の目的は、独占・寡占ではなく、競争健診機関の受注を奪って対象地域内でのシェア拡大による利益増大である。

4.1.6 健診の不当廉売

4.1.6.1 健診の不当廉売手法

健診の不当廉売手法として、下記が挙げられる。ここでは、入札かどうかは問わない。

①健診の質をかなり低下させて、廉価販売をする。

②斡旋業として、多くの事業所とやや廉価で健診受注契約をとり、その健診を下請けさせる健診機関にもっと廉価で発注する。この場合、実施健診機関は、赤字あるいはほとんど黒字を出せないから、健診品質を劣化させることがありうる。この健診委託事業所は中小企業であることが多い。この種の健診廉売により、健診未実施の中小企業が健診を実施するようになれば、総健診需要量が増加するかもしれない。

③健診の質は並みで、価格を廉価にする。この場合、赤字になるので、その補填方法として、健診の有所見率を必要以上に大幅に引き上げてその二次検査・精検を併設の医療機関で実施させる方法とオプションで安価でな

い検査項目を追加させて併設の医療機関で検査させる方法がある。

上記①と②の場合、受診者は質的に適切な健診を受診できないリスクが大きい。上記③の場合、受診者に、二次検査・精検や追加検査の身体的・精神的苦痛と時間・医療費自己負担分の損失を与え、さらにその健康保険財政を悪化させる。

4.1.6.2 健診の不当廉売方法による経済学的特徴

健診の不当廉売に関し、経済学的視点から論じよう。ここで、非廉売の競争健診機関 i の事業活動を廉売健診機関 j が困難にさせる例である。

低品質の健診での廉価販売 (上記 4.1.6.1 の①と②) において、

$$MC_i > MC_j, P_i > P_j$$

となり、Stigler(11)の定義に必ずしも一致しないが、公正取引委員会の不正な取引方法第6項に一致する(9)。

高い再精検率あるいは高価格オプション検査追加による不当廉売 (上記 4.1.6.1 の③) において、質は並みの健診で廉価販売だが、健診の有所見率を必要以上に引き上げたり、高価格オプション検査を追加させる方法で、赤字補填をする方法である。この場合、

$$MC_i \approx MC_j, P_i > P_j$$

となり、Stigler(11)の定義にも独占禁止法第2条第9項第3号の定義にも一致する(8)。高再精検率と高価格オプション検査追加による不当廉売で、総費用を健診費用から併設の医療機関の医療費を減額したものとすれば、上記(①と②)の低品質の健診での廉価販売の場合と同様に $MC_i > MC_j$ となる。

4.1.6.3 健診業者の市場吸引力

市場吸引力に関し、下記が述べられている(12, 13)。健診業者の市場吸引力とは、健診受注確率と理解してもよい。

MA : 市場吸引力 (market attraction), {あるいはビジネス吸引力 (business attraction)}, P : 価格 (price), S : 営業力 (sales capability), {あるいは販売促進費 (sales promotion expense)}, Q : 健診品質 (quality), f : 市場吸引力を推定する関数, e : 誤差とすれば、①入札、②健診品質を理解できない担当者が健診業者を選定と③産業医など健診品質を理解できる担当者が健診業者を選定の場合、市場吸引力は下記である。

①入札では、

$$MA = f(P) + e$$

となり、具体的には、ほぼ

$$MA \approx k/P + e$$

である。ただし、 k : 定数である。入札の場合、価格のみで健診業者が選定されるから、市場吸引力に影響する価格以外の要素はほとんどない。健診品質を劣悪にして

表 1 健診の不当廉売による損失

	低品質の健診	高い再精検率・任意の追加健診率
法・規制	公正取引委員会の不公正な取引方法第 6 項	独占禁止法 第 2 条第 9 項第 3 号
価格	安価	安価
限界費用 (品質)	低品質	通常品質
再精検率・任意の追加健診率	?	高い
偽陽性率	高くない	高い
偽陰性率	高い	低い
健康保険の財政悪化の原因	医学的介入遅延による受診者の病状悪化	検査者数の増加
再精検・任意の追加健診による受診者の苦痛や時間的損失	ほとんどなし	あり
再精検・任意の追加健診による受診者の金銭的負担	ほとんどなし	あり
競合健診機関の経営悪化	顕著	顕著

でも、低価格で入札すれば、落札確率は上昇する。全衛連の調査研究 (1) において、入札の場合、かなりの廉価でないと落札できないことが示された。

②健診品質を理解できない担当者が健診業者を選定する場合は、

$$MA=f(P, S)+e$$

となる。健診品質を理解できない事業所の事務担当者が健診業者を選定する場合、価格は当然重要な要素で、健診業者の営業力つまり販売促進費も市場吸引力に影響する要素であるが、健診品質はほとんど影響しない。健診品質を劣悪にしても、廉価を提示して、十分な営業努力をすれば、健診受注確率は上昇する。ここで、営業力を一定、つまり、 $S=s_0$ とすれば、ほぼ

$$MA \approx kP+e$$

となる。全衛連の調査研究 (1) において、産業医はこの状況に不満であることが示された。

③産業医など健診品質を理解できる担当者が健診業者を選定する場合は、

$$MA=f(P, S, Q)+e$$

となる。健診品質を理解できる担当者が健診業者を選定する場合、価格、営業力と健診品質が市場吸引力に影響する要素である。この場合のみ、健診品質が市場吸引力に影響する要素となる。

4.1.7 健診の不当廉売による損失

表 1 に、健診の不当廉売による損失を網羅的に示す。この表は筆者のオリジナルである。

4.1.7.1 個々の損失

低品質健診による不当廉売 (上記 4.1.6.1 の①と②) において、受診者は質的に適切な健診を受診できず、受診者の健康リスクを低減できない。

高再精検率あるいは高価格オプション検査追加による不当廉売 (上記 4.1.6.1 の③) において、過剰な検査受診は、健康保険財政を悪化させ、受診者に受診による身

体的・精神的苦痛と時間的損失および医療費自己負担分の支払いを強いる。

4.1.7.2 社会的損失

健診の不当廉売による社会的損失の最も重要なことは、同業の他の事業者の事業活動を困難化することである。優良な健診機関が市場から撤退すれば、「悪貨は良貨を駆逐する」状況になり、良質な健診の供給量が減少する。その種の機関が撤退しなくても、その財政事情により、提供する健診の質の悪化を甘受しなければならない事態にもなる。また、表 1 の高再精検率あるいは高価格オプション検査追加による不当廉売も低品質の健診での不当廉売もそれらによる社会的損失を無視できない。社会的損失量はこれらの和であり、それは健診の不当廉売による外部不経済 (external diseconomies) とも言える。外部不経済とは、例えば公害のように、ある経済主体の行動が、その費用の支払いや補償を行うことなく、他の経済主体の効用や生産性を低下させ不利益や損失を与えることである (14)。健診の不当廉売差額の総計とそれによる社会的損失の総量との関係を示した既存の研究は見当たらないから、このことが今後の研究対象になるであろう。

一般に、価格差別を行う目的は、その企業の生産者余剰 (producers' surplus) (14, 15) あるいは粗利潤を増加させることである。しかし、その結果、社会全体の総販売量が増加しない場合は、社会的余剰 (social surplus) (14, 15) はほとんどの場合に減少する。総販売量が増えていないのに社会的余剰が改善するということはほとんどないと言える。図 2 に、健診の不当廉売による外部不経済を介して生じる社会的余剰の損失を図示する。図 2 は文献 (14) の図を改変した図である。この図で、社会的限界費用曲線 (social marginal cost curve) は不当廉売機関の限界費用曲線 (marginal cost curve) より外部不経済の分だけ上に位置する。なお、社会的余剰とは、消費者余剰 (consumers' surplus)、生産者余剰および政府の税収の合計のことをいう (14, 15)。消費者余剰とは、財・サービスに対して消費者が支払ってよいと思う価格から実際に支払う価格の差である。生産者余剰とは、財・サービ

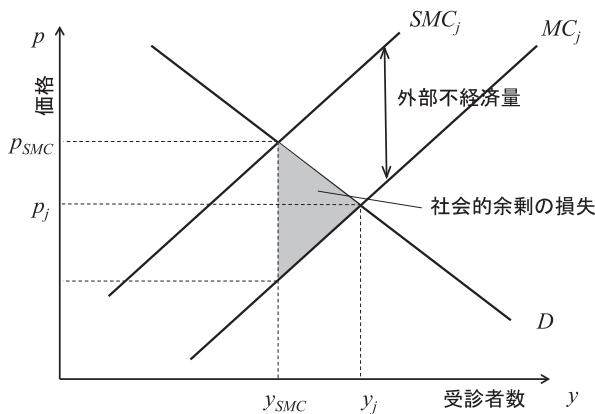


図 2 健診の不当廉売による社会的余剰の損失
 D: 需要曲線, MC: 限界費用曲線, SMC: 社会的限界費用曲線,
 p: 価格, y: 受診者数, j: 不当廉売機関

スの取引の価格と生産者がそれを供給してもよいと思う価格の差である。

ある不当廉売による社会的損失額を算出できれば、その社会的問題の大きさが分かる。

4.1.7.3 違法性 (3, 4)

価格差別が合法か違法かを判断するときに問題になってくる 3 点として下記がある。①単なる価格分散ではない価格差別であるということが事実として認定できるかどうかということ、つまり限界費用の差では説明できない価格差というもの、どこまで観察可能なのか、また認定可能なのかという問題 (図 1 の B・C と D の区別)、②価格差別であるとした場合に、それは望ましいか否かという規範的評価の問題 (B と C の区別)、③いわゆる価格差別ではないような価格分散に違法とすべき状況はあり得るかという問題 (A と D の区別) がある。これらのことが、個別事例で法廷において、同業の他事業者の事業活動を困難化しているかで争われる。健診の不当廉売の例では、他の優良な健診機関の経営悪化が法廷で争点となるはずである。つまり、図 1 で、B と C の区別である。しかし、法廷で、このことの実証は容易ではないから、健診の不当廉売による訴訟例は、まだ日本ではないようである。

原価以下で販売される在庫一掃セールなどは、恒常的に行われたいから、同業の他事業者の事業活動の困難化にならないとして、違法性は否定される。

4.2 健診機関の変更による産業医の健康管理業務の劣化

産業医は、受診者個人の健診結果の経年変化傾向や変動幅などをみて、治療の必要性、就業区分の変更、事後措置の実施、保健指導方針決定等の判断により健康管理業務をしている。ほとんどの産業医は健診受診者個人への健診結果報告データのみをみてパターン認識で上記の処理をしている。また、必要により、過去の何回かの報告データをみて管理図を可視的な図ではなく頭の中に描いて上記の処理をしている。健診機関を変更すると、健診機関

ごとに異なる健診結果報告フォーマットに変更され、これまで蓄積してきたデータと今回のデータとの整合を取る作業負担の増加が産業医に生じる。労働者の健康管理のために多くの事項に対応しなければならない産業医にとって、相当な作業負担の増加となるこの整合作業を強いられることは好ましくない。これに十分対応しきれなかった場合、産業医は適切な判断ができないことになり、健康管理業務劣化のリスク上昇が危惧される。したがって、健診機関に特段の問題がなければ実施健診機関を継続することのメリットは大きい。

全衛連の調査研究 (1) においても、産業医は上記のことを認識していると示されている。

4.3 産業医の健康管理業務の劣化防止対策

産業医の健康管理業務の劣化の要因として、①健診品質の劣化、②健診機関変更による健診結果フォーマット変更で過去のデータとの整合を取る作業の負担増加、がある。健診品質の劣化には、入札の場合と随意契約の場合がある。入札では、第三者評価機関による優良機関の評価を獲得した健診機関のみ入札資格を有するという制度を作成することにより、入札による健診品質の劣化リスクを低減させられる。随意契約では、産業医のような健診品質を理解できる者が健診機関選定に関与すれば、健診品質の劣化リスクを低減させることが可能である。また、健診機関変更による健診結果フォーマット変更に対して、健診契約を複数年契約とする、事業所の指定する健診結果フォーマットで結果を報告する、健診結果フォーマットを統一するという対策がある。また、事業所の事務担当者などに対しては健診品質はどの健診機関も大差ないという誤った認識を改めてもらう努力と健診機関変更で健診結果フォーマット変更による弊害を理解してもらう努力が求められる。さらに、事業所の事務担当者などが劣悪な健診品質の健診機関に健診を委託し、健診機関変更による健診結果フォーマット変更で産業医の健康管理品質が劣化しても、廉価な健診料金で健診を契約することによって高い評価を得られる体制を変更させる必要もある。

全衛連の調査研究 (1) においても、上記のことが示されている。

4.4 健診品質の劣化と健診機関変更による社会的損失

健診機関選定に関し、入札あるいは健診品質を適切に評価できない事業所の事務担当者が実施すれば、社会全体でみて損失が生じる弊害を甘受しなければならない (図 2)。知的創造業務の公共調達では、「価格競争原則」を撤廃すべきと提言されている (2)。健診機関選定でも、価格競争方式は不適切である。産業医などの専門職がその選定に関われば、その弊害を排除できよう。しかし、事務担当者が、劣悪な健診品質や健診機関変更による健診結果フォーマット変更に起因する産業医の健康管理業務の劣化を考慮せずに、ただ健診費用の削減のみがその

業績として高評価を得られる体制では、社会全体における損失が生じてしまう。このような体制を変更させる必要がある。調達品質を適正に評価する体制が必要 (2) だが、健診機関を選定する事業所の事務担当者にそれを求めるのは、かなり困難である。特に、質の高い健診を供給している良好な健診業者をその市場から排除する、「悪貨は良貨を駆逐する」状態が危惧される。良好な健診機関は優良な社会資本であるから、その駆逐は大きな社会的損失である。

全衛連の調査研究 (1) において、入札による過大な健診価格割引率では、総合精度管理に十分な対応が不可能になるため、健診品質低下リスクが上昇することが示された。そのことによる社会的損失の具体的な大きさを求める研究が今後期待される。また、過度な価格競争に対する健診機関の対応として、非正規雇用者による人件費削減が必要になり、そのための健診品質劣化が危惧される。

5. 健診品質劣化防止のための提言 (1)

文献 (1) を引用して、健診品質維持のための提言を下記に示す。

- ①産業医は、高品質の健診を提供できる健診機関を選定されるよう健診機関の選定に積極的に関与すること
- ②健診機関は、(a) 総合精度管理の優劣による健診品質の大きな変動を理解すること、(b) 過度な料金競争による健診品質低下リスクを認識し、節度をもった行動をとること、(c) 日本の労働政策として、正規・非正規雇用の問題解決に取り組むこと
- ③健診委託事業者は、(a) 健診機関を毎年変更することの弊害、(b) 健診機関の健診品質には小さくない差があることを理解すること
- ④全衛連などの公的健診評価機関は、(a) 高品質の健診を提供可能の証である労働衛生サービス機能評価制度を普及させること、(b) 健診のあるべき仕様および料金についての考え方を公表し、健診委託事業者に理解してもらうこと、(c) 健診機関を毎年変更することの弊害を事業者に理解してもらい、入札によって健診機関を選定する場合、労働衛生サービス機能評価認定施設を入札参加条件とした上で、複数年契約を事業者に要請すること、(d) 関連団体などと連携し、健診結果標準フォーマットの作成について検討すること

6. 結 論

低品質の健診や健診結果報告フォーマット変更などに起因する産業医の健康管理業務劣化防止のため、産業医は高品質の健診を提供できる健診機関が選定されるよう健診機関の選定に積極的に関与するべきである。

追記 本研究の元になる調査研究 (1) の概要に関し、2017 年 5 月に東京で開催の第 90 回日本産業衛生学会と 2017 年 10 ~ 11 月に鹿児島で開催の第 76 回日本公衆衛生学会総会にて講演し、産業医学レビュー 2018;30(3): 173-184 に記載した。

利益相反はなし

文 献

- (1) 杉田 稔, 川本俊弘, 栗原 博, 佐々木敏雄, 立道昌幸, 宮川路子, 三輪祐一. 健診品質の維持等に関する検討結果報告書. 全国労働衛生団体連合会, 2016. <http://www.zeneiren.or.jp/cgi-bin/pdfdata/20160530094947.pdf> (2018.9.13)
- (2) 福井秀夫. 知的創造業務の公共調達: 「価格競争原則」撤廃を. 日本経済新聞, 2014 年 8 月 1 日 (金) 朝刊, p. 29.
- (3) 岡田羊祐. 不当廉売・差別対価規制の経済的根拠について. 公正取引委員会競争政策研究センター第 8 回公開セミナー. 2007. http://www.jftc.go.jp/cprc/koukai/seminar/h18/08_report.files/08opseminar.pdf (2018.4.19)
- (4) 岡田羊祐, 林 秀弥 (編). 独占禁止法の経済学: 審判決の事例分析. 東京: 東京大学出版会, 2009.
- (5) World Trade Organization. Anti-dumping. https://www.wto.org/english/tratop_e/adp_e/adp_e.htm (2018.9.13)
- (6) 公正取引委員会. 不当廉売に関する独占禁止法上の考え方. 2011. <http://www.jftc.go.jp/dk/guideline/unyoukijun/futorenbai.html> (2018.9.13)
- (7) McGee J. Predatory Price Cutting: The Standard Oil (NJ) Case. *J Law Economics* 1958;1:137-169.
- (8) 法庫. 私的独占の禁止及び公正取引の確保に関する法律. houko.com, 2014. <http://www.houko.com/00/01/S22/054.HTM> (2018.9.13)
- (9) 公正取引委員会. 不公正な取引方法 (昭和五十七年六月十八日公正取引委員会告示第十五号). 2009. <http://www.jftc.go.jp/dk/guideline/fukousei.html> (2018.9.13)
- (10) 金井貴嗣, 川濱 昇, 泉水文雄 (編). 独占禁止法. 東京: 弘文堂, 2005.
- (11) Stigler GJ. *The Theory of Price* (4th ed). New York: MacMillan Publishing, 1987.
- (12) 河野豊弘. 市場占有率. 学習院大学経済論集 1964; 1(1):5-37. http://www.gakushuin.ac.jp/univ/eco/gakkai/pdf_files/keizai_ronsyuu/contents/0101/0101-33kouno.pdf (2018.9.13)
- (13) Greene R, Sisson RL. *Dynamic Management Decision Games: including seven noncomputer games*. New York: Wiley, 1959.
- (14) 塩澤修平. 経済学・入門. 東京: 有斐閣, 1996.
- (15) Wikipedia. Economic surplus. Wikipedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Economic_surplus (2018.9.13)