

「医療サービスの経済的特性と情報の非対称性」： 再考——その2

吉 田 初 恵*

Economic Characteristics and Asymmetric Information in Health Care

—Economic Characteristics and Uncertainty in Health Care—

Hatsue Yoshida

要約：医療サービスは、いくつかの固有な特性をもっているため、公的な医療保険制度や規制などサービス供給体制も特異なものになっている。そのために、エージェンシー理論によれば、医療サービスにおけるプリンシパルとエージェントの関係は、重層的であり複合的な関係にある。したがって、クライアント（プリンシパル）と医師（エージェント）の関係は、医師がクライアントに対してエージェントとして機能しないという関係なのであるが、とりわけ医療サービスは情報の非対称性が顕著にかつ典型的に発現するサービスであるから、そこからまた「供給者誘発需要」や「小規模地域格差」が典型的に現れるサービスであると考えられる。本論では、このような特性—特異なプリンシパル・エージェント関係—顕著な情報の非対称性—医師誘発需要・小規模地域格差の論理が、どの程度適合すると見ればよいのかを検討するための議論を準備する。

Abstract : Since the medical service has some peculiar characteristics, the medical service supply system, such as medical insurance systems and various government regulations is also unique and different from the supply system in free market. For this reason, from the agency theory, the relation between a principal and an agent in the medical service is multistory and complex.

Therefore, the relation between a client (principal) and a doctor (agent) is that a doctor is not necessarily functioning as an only agent of a client.

Especially, since the medical service is the service in which there is asymmetric information notably and typically, problems of supplier induced demand and small area variation appears typically.

In this paper, I will prepare the argument for examining how degree the logic of such the characteristic — unique relation between a principal and an agent — remarkable informational asymmetry —physician induced demand or small area variation— is reasonable and applicable.

Key words : エージェンシー理論 agency theory プリンシパル・エージェント principal/agent
情報の非対称性 informational asymmetry 供給者誘発需要 supplier induced demand
小規模地域格差 small area variation

*関西福祉科学大学社会福祉学部 講師

I はじめに

すでに拙稿「医療サービスの経済的特性と情報の非対称性」：再考—その1（関西福祉科学大学紀要第7号、平成16年3月5日）において、医療サービスの固有な経済的特性をいくつか指摘したが、なかでも医療サービスは不確実性と不完全競争の下での情報の非対称性が本質的な特性であり、この情報の非対称性を解消することはきわめて困難であることを示唆しておいた。

この情報の非対称性を解消する手だてとして、医療機関や医療業界あるいは政府関連機関がたとえばインフォームドコンセントの徹底を図ったり、第三者評価制度を設けたり、クライアント満足調査を行っていることに対しては、一定の評価をすることはできる。しかしながら、とくにサービスの質を測定し、そして正しく評価する作業はきわめて困難であるし、クライアントと医師の間には解消され得ない絶対的な情報の非対称性が存在する。そこに、供給者誘発需要の発生する余地がいぜんとして大きく残される。たとえば診療報酬制度の改革などでわが国の悪名高い「薬づけ」「検査づけ」医療という供給者誘発需要は少なくなったかもしれないが、他方では、病院や医師の市場競争が厳しくなり、組織存続の必要性から商業的傾向を避けることができず、結果として、診療頻度を多くしたり高額な病床の勧奨などサービス受給の誘導が行われていることも否定できない。

そこで、エージェントである医師（あるいは病院：医師は病院のエージェントでもある）とプリンシパルであるクライアントの関係をいわゆるプリンシパル・エージェント問題として捉えた場合、どのような問題があるのかを再び問わなければならない。

さらに、具体的な医療サービスの現場における「情報の非対称性」はどのようなもので、どのように現れるのかを確認することが必要である。

その結果を待って、経済学の措定する医療サービスの特質—契約の失敗—情報の非対称性—プリンシパル・エージェント関係—供給者誘発需要・小規模地域格差の論理の適合性を検討することができる。

II 医療サービスにおける プリンシパル・エージェント問題

1. エージェンシー理論の基本的理解

エージェンシー理論の概念では、プリンシパル（クライアント）はエージェント（医師）に対して重大な決定をする権限を委譲すると考える。プリンシパルとエージェントの間の諸問題は、プリンシパルがエージェントの行動を十分にモニターできないときに発現し、しかもエージェントもプリンシパルの目標がエージェントのそれとコンフリクト（対立）するような状況に出会うことが多い時に発現する。プリンシパルが欲求することをエージェントに“させよう”として多様な調整方法（契約・協約・規律）が生まれるが、これらはある種の状況のなかで強いることは困難である¹⁾。

一般の企業であれば、プリンシパル（株主）はエージェント（経営者）に対して、利益が可能な限り最大であることを期待して、経営上の意思決定の権限を委譲するが、その場合、経営には不確実性があること、エージェントも利己的に行動するという2つの前提が現実的に必要である。そこで、結果としての利益は不確実性に影響されて経営者の努力を示すとは限らない。利益だけの業績評価は、経営者の十分なインセンティブにはならないことになる。他方で、経営者は自己利益のために作為的な利益を計上したり、利益計算の前に過剰な報酬や非効率な費消支出をするかもしれない。

そこで、プリンシパルが経営者の行動を自己の意に沿うようにするには、1) 経営者の行動を詳細にモニタリングして適切に評価すること（モニタリングコスト高を考慮していかに有効なシステムを作るかが重要）2) 経営者のパフ

パフォーマンスに関してある種のインセンティブシステムを設定すること、すなわちプリンシパルの利益に合うシステムを作ることが重要となる。

このような点を考察するのがエージェンシー理論の特徴であるが、このエージェンシーモデルを医療システムに適用すれば、クライアントと医師、病院経営者と医師、被保険者と保険者、国民と行政などの関係に重層的なエージェンシー関係が見られる。また、モニタリングやインセンティブの効率性の視点から、どのような医療システムが合理性を持つのかという検討もできる。そこで、トータルとしてのモニタリングコストや複合的に機能するインセンティブシステムを組み立てることができる。

ここでは、クライアントは医師と保険者のダブルエージェントをもつこと、医師はクライアント、病院経営者、保険者のトリプルエージェントとなることが注目に値する。したがって、医療システムにおいては、たとえばプリンシパルは誰なのか（クライアントもしくは国民一般か）、あるいはエージェントは誰なのか（医師あるいは保険者）について基本的な枠組みを明らかにする必要がある。

(1) 医療システムにおけるプリンシパルは誰か

医療システムにおけるプリンシパル・エージェント関係は詳細に見れば、クライアントと医師、病院と医師、クライアントと病院、保険者と病院あるいは医師、国と保険者、一般国民（被保険者）と保険者、一般国民と医師（社会の資源分配に関与するという意味で）の間のそれぞれ固有な関係が認められる。前者がプリンシパルであり、後者がエージェントであり、結局、関係する主体が3者ないし4者となる複雑なプリンシパル・エージェント関係にあることが特徴である。このような状況から、関心の対象である医師はマルチプルエージェントの機能をもつことがまず想定できる。

(2) 被保険者のエージェントとしての保険者の機能

保険者が被保険者のエージェントであり、その保険者がプリンシパルとしてエージェントとしての医師の行動をモニタリングし、制御とした場合、このことは可能か、保険者は被保険者のエージェントになりうるのかが問題である。

前者の場合、著しい情報の非対称性の下で、保険者は供給者（医師あるいは医療機関等）の恣意的な決定に服する存在であるから、供給のコントロールができない。このエージェントの支配的行動をどのように制御するのかが、現実的なエージェント理論の課題である。

後者の場合、そもそも保険者はクライアントや被保険者のエージェントでありうるのか、クライアントは別の保険者を選択する権限があるのか、どのような方法で保険者の行動を制御するのかが問題である²⁾。

保険者と被保険者の関係において、保険者は被保険者のモニタリング・エージェントとして機能することができるのか。被保険者に選択の自由がないこと、料率は法定主義であること、標準報酬月額も事前に決定されていること、保険者にはレセプトを点検する程度で十分な能力をもたないこと、医療機関との個別の契約権をもって受診を認めない機能をもたないこと等から、消極的なセカンドオピニオンなどの情報を提供する程度の機能が認められる程度である³⁾。

(3) サービス供給者（病院・医師）のプリンシパルとしての保険者の機能

さらにまた、保険者とサービス供給者（病院・医師）の間の情報の非対称性がある。保険者とサービス供給者の契約において、保険者は価格、供給量、サービスの質に関心をもつが、消費者とサービス供給者の間に情報の非対称があれば、価格をつり上げる、サービス量を多くする、サービスの質を落とすなどの可能性がある。医療費の償還について、供給者にモラルハ

ザードの誘因(誘発需要)がある以上、保険者は当然にサービスの質、価格、量について情報を得る関心をもつが、診断内容(診断/検査/治療等)の情報はコスト高となる。供給者に情報を求めても、供給者には情報を開示するインセンティブは必ずしも存在しない。むしろ利潤動機の医師はモラルハザードを行って利潤を上げている場合には隠すことすら想定される。

保険者は直接的にも間接的にもクライアントを含む被保険者のエージェントの機能を果たすことはできないのである。

(4) 医師のエージェントとしての機能の限界

さらに重要な点は、医師はクライアントの完全なエージェントとして存在するとは言えない点である。情報の非対称性について、契約失敗の理論を提唱した H. B. ハンスマンによれば、一般的にクライアントは続けて特定の医師のサービスを受ける。そのため、医師はクライアントが受けるサービスのほとんどを管理し、その責任を負うものである。ほとんどの場合、病院は相対的にルーチンのサービスを提供するだけである。そのうえに、特定の病院サービス(診療を含む)を命ずるのは普通はクライアントでなくて医師であり、医師がクライアントのためにサービスが適切に履行されるよう行動する。つまり、医師は本質的にクライアントと病院との取引において高度の知識を持ったクライアントの購入エージェントとして行動する⁴⁾とされる。

しかしながら、彼の分析には2つの限界が確認できる。第1に、先に指摘したほとんどの病院サービスを包含している支払第三者から生ずる潜在的な契約失敗問題を忘れてのこと。第2に、クライアントに対する医師のエージェント役割に関して無批判であり、病院とクライアントの間の重要な契約失敗問題等を閑却している。これらの2つの限界から彼は病院サービスにおける契約失敗問題の大きさを著しく過小評価したと考えられる。まず、支払第三者と契約失敗であるが、彼の病院に関する理論的分析

は、病院・クライアント・クライアントの購入エージェントである医者だけが関係当事者であるかのように病院サービスを扱っている。しかし、大きな経済取引は病院と支払第三者である各種の保険者の間にある。当事者 A が当事者 B にサービスを供給し、当事者 B に当事者 C が支払う予定であるようなある種の取引が契約失敗の可能性が高いと考えられる。このような状況において契約失敗はそれ自体どのように現れるのか。1つは不必要なサービスの供給とそれに対する料金徴収の場合である。クライアントのためにサービスを命ずる医者とこれらのサービスを供給する病院の間には暗黙の共同領域が存在しうる。購入者が支払者とは別の存在であるがゆえに、価格についてほとんど何も言わない支払第三者の弱さを利用したいという病院の意図が見られ、支払側は多くを払い続けることがあり、市場はこの問題を正すことに失敗する。ここに、契約失敗が存在することが明らかである⁵⁾。次に、医師のエージェントとしての役割である。ハンスマンは医療ケアにおける契約失敗の可能性は、クライアントのエージェントとして行動する医師の存在によって無視できると論じているが、一連の実証では、医師の行動(処方方法、研究所試験、診断施設への照会、入院許可)と医師の経済的インセンティブとが関連することが判明している。したがって、公共政策の展開においてクライアントの需要を客観的に評価する存在としての医師の行動に依拠することには重大な疑義がある。

ハンスマンは以下に述べるように病院がどの程度、医師がクライアントケアの決定に影響を与えることができるのかを見落としている。伝統的なコスト基準と料金基準の第三者支払制度の下では、クライアントの入院を許可し、そこに滞在する間サービスを供給することは、医師と病院の双方に同時に経済的な利益となる。病院はたんに施設を利用させるだけで医師と病院の相互の利益においてクライアントにサービスを利用させるよう誘導することができる。

昨今の医師の個人業績評価制度の導入を見ても、病院側が特定のクライアントに対する医師のケアに関してコストやアウトプットをモニタリングするなど、病院が医師のクライアントケアの意思決定能力に影響を及ぼす位置にあることは明らかである。

ここでの問題点は、病院の支払制度や医師の倫理の評価ではなくて、医師が他の考慮以上にクライアントの利益を考える存在として信頼されるという仮説（クライアントのための明確なエージェンシー役割を果たす医師という仮説）に対して間違いのない疑義があるという点である。病院は医師のクライアントケアの意思決定に対して影響を与える多くの方法をもっており、病院の枠内でクライアントをケアする医師に各種の経済的配慮（インセンティブ）を与える方法を持っている。

以上のように、医師とクライアントの関係はそれ自体が契約失敗の問題に取り巻かれているのである。病院という組織は、情報をもったクライアントのエージェント（医師）に奉仕する存在であると理解することはできないし、医師・クライアントの関係のプリンシパル・エージェント関係は、病院組織・クライアントの関係において生じる契約失敗に対してこれを守護する存在ではない。医療ケアはクライアントと支払第三者の双方の弱さゆえに契約失敗問題の射程内にあり、専門技術を持った医師の存在もこの状況をそれ自体では緩和しないからである⁶⁾。

Ⅲ 医療サービスにおける情報の非対称性

以上指摘したような複雑なプリンシパル・エージェント関係のなかで、クライアントの病態や治療法に関する知識など情報に絶対的な格差がある情報の非対称性を検討しなければならないことが、また医療サービスにおける情報の非対称性の問題の大きな特徴である。

現代の「医療経済学」では、医療サービスの特性である「不確実性」を根拠とし、市場の失

敗を解決するものとして保険機能の存在を説明し、さらに医療サービスの「情報の非対称性」の特質を根拠として、医療サービスは「市場の失敗」の特殊な形態である「契約失敗」をするサービス特性をもつものとして理解されている⁷⁾。

この解決策として契約失敗理論では、非営利形態の優位性⁸⁾、あるいは経営者のインセンティブ報酬⁹⁾が議論されてきた。

一般に、この契約失敗は、1つには、利潤動機をもたないかつ利潤分配を禁じられた非営利組織形態へのクライアントの信頼によって解消されるか、あるいは医師や病院の規制された専門職位とその職業倫理に対するクライアントの信頼によって解消されるか、さらには医療供給者へのインセンティブを公的・私的に提供することで解決されると考えられている。また、情報公開や情報の共有によって、契約失敗の程度は低くなるとも論じられている。

しかしながら、このクライアントの信頼性は「情報が不均等」「絶対的な立場の差」が介在することから、これに乗ずる医師や病院の（欺瞞あるいは不正）行動によって、裏切られる場合があるのは事実である。他方で、情報がクライアントの側で隠される場合には、医師や病院や保険者は騙されるか、あるいは供給者が病状の診断能力に欠けるか知識不足（不完全情報）の場合にも、少なくとも十分なかつ効率的な医療サービスを提供できないという結果を招く。

あるいは情報の公開や情報の共有があっても、医療知識や治療技術の高度化や医療サービスの特化によって、いぜんとして情報の非対称性は解消されないというべきである。そこで、「情報の非対称性」と「不完全情報」は医療サービスにおいて重要なファクターであると言える。

つまり、契約の当事者であるクライアントと医師（病院等）の契約関係は、クライアントがプリンシパルで医師（病院等）がエージェントの関係であることは事実であるが、医療サービ

スの不確実性、保有知識の非対称性、規制された医療サービスなどの本来的な特性を基礎として、医師(病院等)の側に必ず「保有している有利な」情報が存在する。他方では、近時問題となっている医師の側の「知らない・できない」情報(不完全情報の問題)も存在する。

したがって、一般的に情報の非対称性はどのように理解されているのかについてはすでに述べているので、ここではさらに、「日常の医療サービス」においては、この非対称情報はどのような状況において発現するのかを考える必要がある。

すでに一般的に承認されている情報の非対称性には、隠された特性、隠された活動、隠された意図の3つの状況が考えられる。

1つ目は、隠された特性：逆選択である。これはプリンシパルがエージェントのなんらかの特性を事前(契約の前)に知らないことを意味する。好ましくない特性を隠した契約相手の自己強化的な自己選択プロセスのために、交換取引そのものが成立しなくなる。医師による診断書などなんらかの制度的仕組みがなければ、健康保険市場そのものが成立しなくなる¹⁰⁾。

2つ目は、隠された活動：モラルハザードである。これは、契約の後にプリンシパルがエージェントの活動を監視できない場合に発現する活動の道徳的欠如である。クライアントは医師の治療が本当に適切だったかどうか確認できない。この場合、プリンシパルはエージェントの行動の結果は知っているが、それがエージェントの努力の結果によるものだったか、それともなんらかの外生的な要因によったのかわからない。エージェントがこのような隠された活動という特性をもった情報不足を機会主義的に利用することがモラルハザードである。

3つ目は、隠された意図：ホールドアップである。これは、プリンシパルがエージェントの機会主義的行動に気付いているが、それを阻止できない場合、引き返すことができない状況の場合、契約後の展開が曖昧であった場合に、多

くをエージェントに依存することから、エージェントは機会主義的に行動するか、裁量行動を広げようとする¹¹⁾。

この3つのタイプの情報の非対称性のうちで、クライアントと医師の間の契約関係に限ってみれば、主として医師が機会主義的行動をするモラルハザードがもっとも問題となる。さらに、現実の医療サービスをめぐる諸状況と情報保有の視点から見れば、次のような状況によって、情報の非対称性に基づく機会主義的行動が異なることは十分に理解しなければならない。

- ・契約状況：契約前か、契約中か、契約後か
- ・病状：急性期か慢性期か・重篤か軽症か
- ・立地：地域独占か競争か
- ・規模：大規模病院か一般医院か
- ・経営形態：個人医院か医療法人か、特定医療法人か特別医療法人か、非営利病院か営利病院か、公立病院か民間病院か
- ・地位：大病院ないし大学病院等の医師かそれ以外の医師か
- ・経験：年長者か年配医師か若手医師か
- ・期間：長い取引か短い取引か

多くの実証が必要であるが、およそ急性期・重篤、地域独占、大規模組織、権威主義、短い取引において、機会主義的モラルハザードが発現するだろうことは想定できる。

他方で、情報保有の視点から、どちらも情報を共有している場合、医師だけが情報を知っている場合、クライアントだけが情報を知っている場合、どちらも情報を知らない場合を想定すれば、これも十分な実証が必要であろうが、およそ第2の医師だけが情報を知っている場合にもっとも機会主義的モラルハザードが発現するであろう。すなわち、医者は情報に絶望的な格差があることを利用して、代理人の立場を超えてクライアントに虚偽あるいは十分な説明を行わないことで、依頼者たるクライアントの意思決定に重大な影響を及ぼし、事実上それを決めてしまうことができる。

この場合も、クライアントの医療知識の向

上、医師側の情報開示により、非対称性は確かにその格差は少なくなる。しかし反対に、医療の専門化・高度化に伴いむしろ格差は拡大する傾向にあり、情報公開も自己防衛の意図からであるとすれば、隠された部分は残る。

しかし、まったく反対に、本来的に医師がクライアントのエージェントとして機能するということが状況によって考慮に入れるべきである。しかしまた、医師が経済合理的に行動し、病院という組織に所属する存在とすれば、病院組織の「組織の論理」に従うことになる。また、医療の保険制度の盲点をつくモラルハザードに服することも生じうる。

今日では、医療の世界においても過剰な治療に対するチェック機関の指導、医療過誤に対する裁判、インフォームドコンセント、根拠に基づく医療（EBM—Evidence Based Medicine—）、情報開示、自己評価や第三者評価、保険制度の改革、消費者の医療への関心などが情報の非対称性を少なくしてクライアントと医師あるいは病院の「契約の失敗」を解消しつつあると考えて見ることもできるが、他方では、医療の知識と技術の高度化、医師と病院の商業的利益志向への傾斜から、むしろ情報の非対称性は拡大していると見ることもできる。

それはなぜかと言えば、医療サービスには複雑で特異な情報の非対称性があるからである。すなわち、先に述べた医療サービスの供給体制から、保険制度について国、保険者、被保険者、医療サービスについて病院、医師、クライアントのそれぞれについて、情報の非対称性が強く認められるからである。今ひとつは、医療が進歩してもいぜんとしてクライアントの病状は不確実であり、他方ではエージェントである医師の知識や技能がきわめて高度化していることである。さらには、最近の議論では、医師の側に知識や能力に格差があり、医師の間での情報の非対称も認められる。

IV 供給者誘発需要と小規模地域格差

情報の非対称性とは、完全市場において取引をする当事者間に情報（知識）の不均衡・非対称が存在することである。これによって、社会・経済的には「保険機能における逆選択／モラルハザード」や「供給者誘発需要」（SID—Supplier Induced Demand—）などの重要な問題が発生する。この種の問題は医療経済学においてすでに多くの議論がなされている¹²⁾。

しかしながら、改めて供給者誘発需要について経済学者の見方に大きな隔たりが出てきた。この概念に対して、当然のことと理解するものと、その存在それ自体を断固否定するものがある。需要の誘発は、医療ケアに対する消費者の個人的評価価値を測定する方法としての逆需要曲線の利用を複雑にする。そこで、福祉サービスに福祉経済学を適用することが疑わしくなる。また、需要の誘発は「市場が機能していない」ことを意味しており、多くの経済学者を悩ますことになる。したがって、この誘発需要の概念は経済学者の間の強い関心の的となっている。この概念の擁護者は、医療マンパワーの供給が増大するときには必ず医師は需要を増やすと主張する。これは供給者の密度と医療費の横断的な正の関係を説明しているようであるが、他方で、医師がエージェントとして存在すると考えれば、医師の誘発需要は存在しないことになる。現に経済学者の間にもこの考えをもつものがある。先に示したハンスマンがそうである。ある実証によれば、需要の増加はクライアントが時間節約を選好することが理由であるとす¹³⁾。

しかしながら、医師はエージェントであると同時に供給者でもあり、その際にサービス需要のレベルを決定できる存在である。したがって、供給者として誘発需要をつくり出すことが可能である。これは先に指摘した通りである。また現実の医療の世界で、いたるところに効率性圧力や営利動機が浸透している現在では、需

要誘発の志向は避けられないと言ふべきである。

SID 仮説が医師の行動を説明できるかどうか永年の課題であった。この仮説の基本的な前提は、医師が自分の経済的個人利益を増やすために医療助言者としての医師の役割を乱用するということである。それが不必要な診療、処置後の過度な受診、過剰な検査、不必要な手術等である。モデルにしたがえば、消費者は多様な医療ケアの選択や、情報の非対称性が存在するために、適切な消費すべき医療ケア量について相対的によく知らされていない。非対称性のために、消費者は医師の助言に大きく依存する。これは、医師は医師のサービスの供給者であると同時に、医師のサービスの需要レベルを決定する際の重要な役割を演じることもある。このむしろ独特な状況から、医師は潜在的に搾取的な立場にある。医師が自分の経済的利益を高めるためにクライアントの需要曲線を操作することが可能である。

SID モデルはまたプリンシパル・エージェント理論の文脈のなかで説明することができる。医師-クライアントの関係については、医師はクライアントの保健事項について努力をするために雇われており、とくに、医療ケアが適切かどうかの情報をもっていないクライアントの利益のために、医療サービスを提供する責任を負っている。クライアントは、通常は健康保険で補填され、医師個人の金銭的利益が危うくなっているとすれば、医師はこの状況を利用してクライアントを説得して必要以上の医療ケアを消費させる機会をもつことになる。このことは医師であるエージェントにとって所得の増加を意味する。わが国では「薬づけ」のインセンティブが働き、アメリカでは「診断検査」を要求するインセンティブが働き、ともに医師は金銭的な自己利益を増やすためにサービス需要を操作していると言える。

しかしながら、他方では、最近になってこれに疑問を呈する研究が多数になってきた。手術

需要の増加はアクセスの改善、時間コストの低下、品質の向上にあるとするのである¹⁴⁾。これは、今後の課題である¹⁵⁾。

以上から、クライアントと医師の間にはプリンシパル・エージェントの関係にあるが、両者の間には絶対的な情報の非対称性があることから、過剰医療、供給者誘発需要の余地がある。そのために、誘発需要によって、サービス供給者の生産の効率性が実現されていない点、消費者の経済厚生を低下させている点から、政策的対応が必要である。この場合、現実には誘発需要が存在すると想定されるとして、これに対する政策的対応としては、①余地の顕在化はその行動のインセンティブに依存すること-アローの職業的倫理の行動と規制の要請が出てくること、医療制度を構成するプレーヤーのインセンティブを考える必要があること、倫理的な行動がいかなる医師の行動にとっても、インセンティブ・コンパティブル (incentive compatible) であることが問われる。②多少でも誘発需要があれば、不必要な医療サービスにたいして、有限な資源が浪費されている限り、保険制度の見直しなどの対策が必要となる¹⁶⁾。

以上は、医師が供給者とエージェントという二重の役割をもつために、情報に関してクライアントの相対的な無知がクライアントに損害を与えるという視点にあるが、他方では、医師とクライアントとがともに情報不足である場合に発生するもう1つの情報問題がある。すなわち、医師自体はつねに十分な情報を持っているのであろうか。医師が提供する医療処置のほんとの生産性をつねに知っているのであろうか。選択可能な処置を使うことができる医療の状況、本質的に不確実性が広く存在する医療の状況によって、医師が自分の選好する処置方法を変えるのではないかという問題である。

これに答えるのが、近時アメリカの医療経済学者が注目している小規模地域格差 (SAV-small area variations-) の概念である。これはある特定の狭い地域や特定の治療方法におい

て、医師の間の医療知識や処置技術の格差から、同一治療・処置に料金格差や治療時間（1人当たり手術・往診・入院率）の格差が生じるという点を指摘して、不完全市場において、医師の情報の欠如や不完全情報が需要の増大をもたらすとす。ここでは、医師の情報優位が需要を増やすのではなく、医師の情報欠如の相対性が需要の差を生むのである。

SID が医師とクライアントとの間の情報ギャップから生ずるのに対して、この SAV はおそらく医師の情報の欠如と不完全情報が原因で発生する。すべての医師がそのクライアントの完全なエージェントとして行動したとしても、利用可能な処置のほんとの生産性について医師自身の情報が欠如していることから、クライアントにとっての厚生をロスをつくり出す。理論的には、経済的問題は医療情報の不適切な拡散にある。この格差が減少すれば、社会にとって相当な厚生が確保されることになる¹⁷⁾。

V おわりに

現代の医療サービスの需給・供給システムにおいて、そこに参加する関係主体は多数あり、したがって、プリンシパル・エージェント関係は輻輳して重層的である。なかでもクライアントのエージェントであるとされる医師は、他方では、各種の保険者、病院のエージェントでもある。

それぞれの関係において情報の非対称性が認められるが、その情報の非対称性を解消するモニタリングとインセンティブの枠組みは保険者や病院においてはすでに整備されあるいはさらに強化される可能性がある。

クライアントと医師の間にもその情報の非対称性はインフォームドコンセント、情報開示、第三者評価、医療知識の普及などによって、その格差は少なくなっていることは確かであるが、専門化としての医師だけがもつ情報はいぜんとして絶対的である。しかも、医師は医療サービスの供給者であると同時にクライアントが

需要するサービスの助言者であるという二重の役割を持つ存在である。

したがって、SAV のような新たな研究が示唆する需要増大の根拠も検討の余地があるが、供給者（医師と病院）側が需要を誘発するその動機と機会の論拠と実証を見過ごすことはできない。

注

- 1) Charles E. Phelps, *Health Economics*, 2nd, ed. 1997 and 3rd. ed., 2002, pp. 242-3
- 2) これについては、保険者と消費者の間の情報の非対称性に関して、逆選択の理論が適用される。すなわち、保険者が消費者に比べて消費者リスクの情報を持たないこと、情報を獲得するのにコストがかかることから、その結果、逆選択が発生して医療保険そのものが成立しない可能性がある。そこに、これを補完するために、個人のリスクの属性に関わらず、購入する保険商品の1つを強制する公的医療保険の役割があると言える。しかしながら、この議論は厳密には妥当しないかもしれない。消費者のリスクは健康診断等でリスク情報が入手されていることから、逆選択の余地は少なくなるし、他方で、リスクに応じてリスク別の保険ごとに保険料を徴集することが可能であるからである。これについては稿を改めて論じることにする。
- 3) そこで、保険者間の競争導入など、したがって被保険者が自由に保険者を選択できることで、保険者に何らかの費用抑制のインセンティブを働かせる制度が必要となる。さらには、医療機関との個別の契約権をもって受診を認めない権利を確保する制度も検討に値する。この場合、健保組合、国保、政管健保などあるいは共済などの制度の選択制を基礎にした改革が必要である。ただし保険料が高いところから脱会するなどの事象が発生するから、保険者間の財政調整が前提であり、それが無い限り自由選択は難しい。
- 4) H. B. Hansmann, *The Role of Nonprofit Enterprise*, *The Yale Law Journal*, vol. 89, No. 5, April 1980, pp. 866-7
- 5) R. Steinberg and B. H. Gray, "The Role of Nonprofit Enterprise" in 1993, Hansmann Revisited, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 22,

- no. 4, Winter 1993, pp. 306-7
- 6) R. Steinberg and B. H. Gray, "The Role of Non-profit Enterprise" in 1993: Hansmann Revisited, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, Vol. 22, no. 4, Winter 1993, pp. 308-9
- 7) 医療サービスでは、契約の失敗がある。1つは、購入者が支払者とは別の存在であることから、市場では過剰な請求の意図と過剰な支払の実際を正すことに失敗する。2つは、医師がクライアントのエージェントとして機能しないことから、情報の非対称性があるかぎり、医師は病院と同様な経済的インセンティブをもち、クライアントと医師はそれ自体が契約失敗問題にとりまかされている。
- R. Steinberg, and B. H. Gray, *op. cit.*, pp. 306-9
- 8) 契約失敗を解決する制度形態として非営利形態を論じたものとして、堀田和宏「非営利組織の形成理論」-非営利組織はなぜ存在するのか-その1(商経学叢46-3、2000)、「非営利組織の形成理論」-非営利組織はなぜ存在するのか-その2(商経学叢49-1、2002)、「ハンスマンの非営利組織役割論-契約失敗理論を中心として-(ワーキングペーパー:近畿大学商経学部 No. 0046, 2001)がある。
- Kenneth. J. arrow はすでに、一部はクライアントと健康管理の供給者としての医師の間の情報の非対称性に対する反応として、多くの病院が非営利となることを示唆している。
- H. Hansmann, *Economic Theories of Nonprofit Organizations*, Powell, W. W., *The Nonprofit Sector - A Research Handbook*, 1987, p. 27
- Ottorino Chillemi and Benedetto Gui, Uninformed customers and nonprofit organization, Modeling 'contract failure' theory, *Economics Letters*, 1991, p. 5
- 9) 少なくとも非営利組織について、契約失敗の解決法として、すでに契約理論を適用して論証した文献がある。
- David Easley and Maureen O'Hara, Optimal Non-profit Firms in The Economics of Nonprofit Institutions, S. Rose-Ackerman (ed.) *The Economics of nonprofit Institutions, Studies in Structure and Policy*, 1986, pp. 85-93
- David Easley and Maureen O'Hara, The economic role of the nonprofit firms, *The Bell Journal of Economics*, Vol. 14, No. 2, 1983 ここでは契約失敗を解決する「インセンティブ」の実現可能性について、参加制約と誘因両立制約が論じられている。
- 10) 詳しくは、P. Zweifel, *Health Economics*, 1997, pp. 136-8
- 11) 丹波安治『新制度派経済学による組織研究の基礎』白桃書房、2000、77-8 ページ
- 12) わが国の単行書に限っても、次の文献・資料がある。
- 漆 博雄『医療経済学』東京大学出版会、1998(第3章 医師誘発需要)
- 奥野正寛他訳『組織の経済学』NTT 出版、2000(第6章 モラル・ハザードと業績インセンティブ)
- 小塩隆士『社会保障の経済学』日本評論社、2001(第2版)(第10章 医療の経済学と医療保険)
- 権丈善一『再分配政策の政治経済学-日本の社会保障と医療』慶応義塾大学出版会、2001(第2章 制度派経済学としての医療経済学-ガールプレイスの依存効果と医師誘発需要理論の類似性-)
- 丹波安治『新制度派経済学による組織研究の基礎』白桃書房、2000(第4章 プリンシパル・エージェント理論の理論構造)
- 中泉真樹、鴛田忠彦『ミクロ経済学 理論と応用』東洋経済新報社、2000(第15章 医療の経済分析)
- 西村周三『医療の経済分析』東洋経済新報社、昭和62年(第3章 医師誘発需要理論)
- 13) C. E. Phelps, *op. cit.*, pp. 240-1
- 14) R. E. Santerre, and S. P. Neun, *Health Economics*, 3rd. 2004, pp. 347-8
- 15) 最近 SID を支持する研究が少なくなったその原因は3つある。1) 医療サービスの消費の変化がどの程度需要誘発によるのかを確認するのが難しくする総合データに古い研究は依存する傾向に合ったこと。2) 最近の研究は時間コストや価格効果など他の市場条件にたいしてより正確にコントロールできるより精密なモデルと計算技術を使っていること。3) 最近の研究は最新のデータセットを使い、需要を操作する医師の能力は最近のマネジドケアの拡大で減少しているとしている。
- 医師がこのような需要誘発能力をもつかどうかの問題は近い将来には解決されるようには思われない。医師がその能力をもつかもれないが、そうすることのできる程度は最初に考えられたほどではないことは確かである。R. E.

吉田初恵：医療サービスの経済的特性と情報の非対称性

- Santerre and S. P. Neun, *op. cit.*, pp. 346–349
- 16) 国立社会保障・人口問題研究所編『医療・介護の産業分析』、2000、237–245 ページ
- 17) Sherman Folland, *The Economics of Health and Health Care*, 2004 pp. 203–23