＜大蔵省財政金融研究所「フィナンシャル・レビュー」December－1997＞

医療サービスの性質と医療制度改革の考え方

大森　正博*

要　約

今日，先進諸国は，医療費の高騰に悩まされている。今後，高齢化が進展することを考えると，医療費を如何に抑制していくか，という問題は，一層の重要性を増してくる。その一方で，最近の消費者主権重視の流れを反映して，国民の医療サービスの質に関する関心も高まってきており，これをどの様に確保していくか，が重要な課題になりつつある様に思われる。本稿の目的は，医療サービスにおいて，市場メカニズムが果たす役割と限界について検討し，現実に行われている内外の医療制度改革の現状の若干のサーベイを行い，評価することである。

医療サービスは，長らく，市場における取引になじまない財であると考えられてきた。Arrow（1963）の議論に代表されるように，医療サービスは，市場の失敗を生み出すいくつかの重要な性質を持っている。需要の予測不可能性，情報の非対称性，外部性，サービスとしての性質などを挙げることができる。

こうした医療サービスの性質に対して，どの様な医療制度を設計することが望ましいのであろうか。

需要の予測不可能性に対しては，医療保険を設計することが考えられる。これにより，消費者同士がリスクをシェアしあい，望ましい状況を実現することが出来る。

この様に，医療保険の存在を前提にすると，消費者と医療サービス供給者，消費者と保険者，保険者と医療サービス供給者という3通りの取引関係が生じる。そして，それぞれの取引関係の間で，情報の非対称性が存在することから，様々な問題が引き起こされる。

第一に，消費者と医療サービス供給者の間については，後者が前者よりも，医学的知識について，はるかに多くの情報を持っているという意味での情報の非対称性が存在し，供給者誘発需要が生じる可能性があることが重要な問題である。

第二に，消費者と保険者の間では，消費者のリスク情報が保険者によく知られない場合，逆選択が生じ，私的保険に委ねると，保険の成立が危ぶまれることが指摘されてきた。この様な場合，強制健康保険をうまく設定してやることによって，消費者の経済厚生が改善されることが示されている。

第三に，医療サービス供給者と保険者の間の情報の非対称性については，後者が前者の診療内容等について，情報を得る上で費用がかかることが問題である。

こうした問題点が挙げられる中で，多くの先進諸国では，医療費抑制と消費者が満足するように，医療サービスの質を高めるための努力を行ってきた。それらの共通点は，医療制度の中に，医師と同等の医学的知識を持った第三者購入者を，消費者の医療サービス購入の工一ジェントとして，設定するという，管理された競争の考え方である。この措置を行うことにより，医療サービス購入時の情報の非対称性は解消することから，第三者購入

* 城西大学経済学部

者に，消費者のために働く適切なインセンティブを与えれば，供給者誘発需要の問題は解決する事が期待された。アメリカ，イギリス，オランダ，ドイツなど各国で，この考え方を使った医療制度改革が展開されつつある。しかし，第三者購入者によるリスク選択，第三者間購入者間の競争が十分行われるかどうか等々の問題点も指摘されている。前者については，第三者購入者に対する費用償還方式を開発して，消費者のリスクに応じたものにすることが有力な考え方とされ，今日，各国で検討されている。これらの諸外国の医療制度改革の考え方は，日本の医療制度のあり方を考える上でも参考になる点が多いように思われる。

Ⅰ．はじめに

最近，日本の医療に関わるニュースが，新聞紙上，テレビを賑わせる機会が多くなってきている。平成9年度9月より施行の医療保険制度改革，およびそれに続くさらなる医療保険制度改革についての議論，薬価基準制度改革など真剣な議論が行われている。こうした流れは，日本国民の医療に対する関心の高まりを反映しているといえよう。こうした世論の高まりの背景には，いくつかの要素が存在する様に思われる。第一に，医療費が国民経済に占める割合が大きく，少子高齢化の進展とともに，将来的に医療サービスに対する需要が増加し，一層，医療費が増加することが予想され，それが問題視されていることが挙げられる。医療費が増加していることそのものが問題であるという考え方に加えて，どこか日本の医療のあり方は非効率的であるという実感が人々の中にあるように思われる。つまり，医療サービスの需給にあたって，何か無駄な非効率的なことが行われているのではないか，という思いである。例えば，日本の医療についてしばしば語られる「過剰診療」などはその典型であろう。

第二に，医療サービスの質に対する国民の関心の高まりが，挙げられる。同じ医療サービスであっても，人々はその中身について注目するようになっている。例えば，「3分間診療」と俗に言われる医師の問診時間の短さ，いわゆる「薬漬け医療」といわれる医薬品を多用した診療サービスの内容等々に対して根強い批判があるのは周知の事実であろう。

一転，目を海外に移してみると，こうした医療サービスに対する国民の関心の高まりは，日本だけの現象ではないことがわかる。世界各国とも医療費の高騰に悩み，医療サービスの質を如何に確保するか，知恵を絞り，自国の医療制度をどの様に手直ししていくべきかについて，日本と同様に議論し，実行しつつあるのが現実である[1]。

こうした諸外国の医療制度の改革の試み，および日本の医療制度改革についての最近までの議論を省みてみると，背後には一つの考え方が底流に脈々と流れている様に思われる。すなわち，市場の力を出来る限り利用して所期の目的を達成しようということである。従来，医療サービスは，その固有の性質から市場における取引になじまない財であると考えられてきた[2]。

---

[1] 欧米諸国の医療制度改革について議論した文献としては，J. Hurst（1992）を参照のこと。

[2] Arrow（1963）を参照。

そのために，医療制度における政府の占める役割は極めて大きく，診療報酬制度，薬価基準制度などの価格規制，医療計画による病床規制，医師数の規制などの数量規制が存在している。これらのすべてが全く意味がないと考えられるわけではないが，その存在がかえって，医療制度の参加者の行動を歪め，資源配分上望ましくない状況を作り出している様にも思われる。今日の世界各国の医療制度改革の議論の背後には，市場メカニズムの資源配分，分配において果たしている役割を再評価し，その医療サービス市場への適用可能性，限界について議論を深めるという側面があるように思われる。

本稿の目的は，医療サービスにおいて，市場メカニズムが果たす役割と限界について検討し，現実に行われている内外の医療制度改革の現状の若干のサーベイを行い，評価することである。以下の構成は次の通りである。最初に，医療サービスの持つ特有の性質を取り上げ，市場メカニズムの限界と規制の果たす役割について検討する。次に，最近，欧米諸国で現実に実施に移されつつある「管理競争(Managed Competition)」ないし「準市場(Quasi-Market)」の考え方のエッセンスについて検討し，その先進的な採用国の中からイギリス，ドイツ，オランダ，アメリカを取り上げて，その現実を紹介する。最後に，結語が述べられる。

Ⅱ．医療サービスの性質

医療サービスについての経済学的分析の創始者ないし古典とも思われるArrow（1963）において，医療サービスを市場における取引に任せることがなじまないとされる性質が挙げられている。本節では，これらの医療サービスに特徴的な性質について検討し，それがどの様な形で市場の失敗をもたらすのか，を考えてみることにする。

市場の失敗とは，完全競争の条件が満たされていない状態を指す。完全競争とは，情報の完全性，多くの売り手と買い手が存在する，同質財が取り引きされている，不確実性が存在しない，といった条件が満たされている場合であり，このとき，市場メカニズムによって，パレート効率的な資源配分が実現することが知られている。それでは，医療サービスにおいて，市場の失敗をもたらす要因にはどの様なものがあるだろうか。Arrow（1963）等を参考にしながら，議論を進めてみよう。

第一に，需要の予測不可能性（unpredictability）が挙げられる。人々は，病気になったときに初めて，医療サービスを需要し，効用を得ることができる。個人にとって，自分が，何時，病気になるかを予測するのは，極めて困難である。例えば，風邪をいつひくか，ということを予測するときでさえ，冬になって寒くなったときにひきやすい，という程度のことは言えても，いつひくかということを確実に予測することは極めて困難である[3]。また，一度，病気になった場合に被る金銭的損失が大きいこと，厚生水準の低下が大きいことも，医療サービスに特徴的であるといえよう。病気になると，その治療に必要な医療サービスに対する支出を必要とするのみならず，治療期間中に雇用を喪失し，得ることができたはずの所得を失うという２重の意味での損失を受けるのである。こうした損失と，さらに病気による苦痛が相まって，人々の厚生水準の低下がもたらされる。

[3] もっとも，高齢になると，発生する確率が高くなる病気が存在することは事実である。例えば，成人病などは，その一つであろう。

実際に，金銭的損失の大きさ，厚生水準の低下の程度は，かかる病気の内容，及び必要とする治療期間の長さによって，異なる様に思われる。例えば，いくらかの投薬と数日間の休養ですむような風邪と比べると，慢性肝炎のような長期にわたる治療を必要とする病気の方が，厚生水準の低下は大きいと考えられる。

第二に，情報の非対称性（Asymmetry of information）の存在を指摘することができる。医療サービスは，その内容・質などを理解する上で，医学的知識など多くの情報を必要とする。そうした情報を，サービスの供給者である医師は，多く持っているのに対して，消費者である患者の方は，少ししか持っていない。すなわち，サービスについての情報が，医師に偏在しているという意味で，情報の非対称性が存在する。実は，こうした内容についての情報が供給者の方に偏在している財・サービスは，医療サービスに限られるわけではない。自動車の修理サービスなどはその一例であろう。修理の人に，故障個所を教えられ，その処置方法を勧められたときにどれだけの人が，その内容について理解し，修理の必要性を正確に判断することができるだろうか[4]。しかし，医療サービスの場合，消費者が情報を持っていない程度が，自動車修理サービスの場合よりもはるかに大きいということについて，異論を挟む人はそう多くないであろう。

この様な場合，プリンシパル－エージェント（Principal-agent）問題が生じることが知られている。患者と医師の関係は，プリンシパル－エージェント関係として捉えることができる。患者は，自分の病気の診断と治療を医師に依頼する。医師は，患者からの委託を受けて，診療サービスを提供する。いわば，患者と医師の関係は，病気を診療するサービス提供について依頼・受託関係にあるのである。この時，依頼者である患者は，プリンシパル，依頼を受ける側である医師は，エージェントである。エージェントである供給者の側に医学的知識が偏在しているので，供給者の側にモラルハザード（Moral hazard）の誘因が生じる。すなわち，患者が医療サービスについての情報を知らないことを利用して，説得して，その医療に対する需要曲線をシフトさせたり，あるいは，不必要な治療，投薬を行うことを行う余地が，供給者である医師の側に存在するのである。こうした医療サービスの供給者の行為を，「供給者誘発需要（Supplier-Induced Demand)」と呼ぶことがある[5]。

第三に，外部性（Externality）の性質が挙げられよう。例えば，コレラ，赤痢などの感染症の場合，ある個人が罹患すると，当然の事ながら，その人の効用は低下するが，さらに，その周囲の人々も，病気が伝染することを通じて，効用が低下する。病気の感染は，市場における取引を介しておらず，かつ周囲の人々の効用に対して，マイナスの方向に働いているので，外部不経済（Negative externality）をもたらしていると言える。また，感染症に限らずとも，病気で苦しんでいる人が身近にいると，周囲の人々は，その人の痛みを思い，同情を感じ，効用が低下するかもしれない。

第四に，サービスとしての性質を挙げることができる。これは，市場の失敗をもたらす性質であるとは必ずしも言えないが，特徴的な性質であると思われるので，挙げておくことにする。医療サービスは，患者の自己診断（Self-Medication）の場合を除けば，医師の診断，看護婦の看護などの人的サービスがあって，初めて医療サービスとしての効果を持つ。患者が診療を受けるに当たって，検査機器，医薬品などの物的な生産要素が必要な事はもちろんであるが，それらを利用するに当たっては，医師等の助言，操作といった人的な生産要素が必要になってくるのである。このことは2つの意味を持つ

---

4 A.Wolinsky(1993)を参照のこと。

5 供給者誘発需要については，A.Mcguire et al.(1988)などを参照のこと。

様に思われる。まず，第一に，医療サービスに製品の差別化（Product differentiation）をもたらす。たとえ，同じ病気であっても，患者それぞれによって症状も，治る早さも異なることから，当然，医師等のサービス供給者の診療の対応も異なってくる。つまり，患者それぞれによってオーダーメードのサービスが必要になってくる。第二に，医療サービスは，ストックすることが不可能である。医師等の診療サービス，看護婦の看護サービスなどは，その時その時の医師看護婦らの労働によって生み出されるので，ストックが不可能である。したがって，患者が医療サービスを必要とするその時，その場に，医師等の医療サービス供給者がいる必要がある。

Ⅲ．市場の失敗と政策的対応

これらの性質は，「市場の失敗（Market failure)」をもたらし，医療サービスを，市場における取引に任ぜることを困難にする。以下では，以上挙げた性質が，どの様な問題をもたらすのか，を吟味し，どの様な政策的対応を必要とさぜるのかを検討することにする。

Ⅲ－１　保険の必要性……需要の予測不可能性

医療サービスを患者が，何時需要することになるか，を正確に予想できないことに対して，何らかの政策的対応が必要であろうか。病気になることによる所得の喪失，厚生の低下の程度が無視できないくらい大きい場合があること，将来の医療サービスの需要に不確実性が存在することに対しては，経済学的には，保険原理を利用することが考えられる。

人々は，それぞれ将来，病気にかかる可能性を持っている。実際，将来になって，病気になって，きわめて大きな経済的損失を被る人もいれば，結局，病気一つしないですむ人もいる。しかし，病気になるかならないかは，人々には，事前に正確にはわからないものなので，広い範囲で一つの保険グループを形成し，お互いにリスクをプールすることが可能である。したがって，結果的には，病気にならずにすんだ人々が，病気になってしまった人々を助けるという仕組みになる。

ただし，この場合，留意するべき点がいくつか存在する。第一に，保険がどの様なリスクをカバーするべきか，ということである。病気になることによる，人々の厚生の損失一般を問題にするのであれば，治療にかかる経済的費用のみならず，その間に雇用を失うことによる所得の喪失も対象にしなければならない。現在の日本の医療制度においては，病気の治療費については，医療保険がカバーしているが，その間に失った所得については，医療保険の対象としていない[6]。

第二に，どの範囲までの病気を保険がカバーするべきかという問題がある。同じ疾病といっても，風邪の様に，比較的頻繁にかかるが，症状が軽く，治療費がそれほど大きくないものから，癌の治療のように，それほど頻繁にはかからないが，症状が重く，治療費が極めて多くかかるものまで千差万別である。こうした疾病全般を対象にするのか，一部の病気は保険の対象から除くかについて，政策的判断が必要になる。

第三に，保険制度のあり方である。典型的には，私的保険がある。私的保険とは，保険者が，利潤最大化を目的として，運営する保険を意味する。しかし，保険者と消費者の間に，(2)

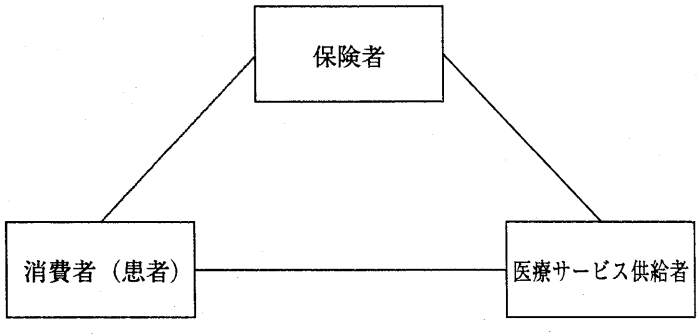
---

[6] 三輪芳朗（1979）を参照せよ。

で述べるような，消費者のリスクに関する情報の非対称性が存在することから，逆選択の問題が生じ，私的保険ではうまくいかないことがわかってきており，現実には，私的保険を医療保険制度の基本に据えている国はほとんどない。

保険制度を利用することを考えると，以下，（図1）のような仕組みが必要になる。この場合，一つ重要なのは，医療制度の中に，医療サービスの供給者である医師，医療機関と医療サービスの需要者である消費者のみならず，保険者という新しいプレーヤーが登場することである。つまり，医師一消費者間，医師一保険者間，保険者一消費者間という3つの取引関係が出現する。

図1　保険者が存在する場合の医療制度



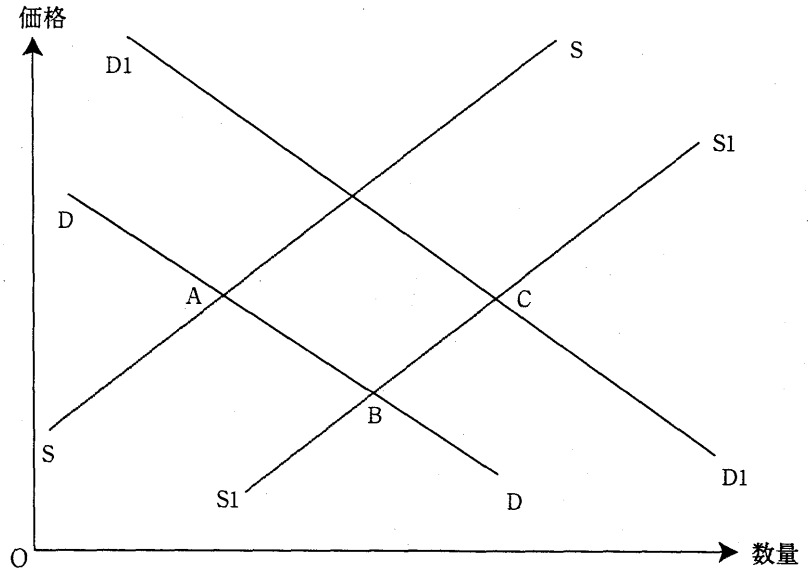
III－２　情報の非対称性

情報の非対称性は，医療サービスを特徴づける重要な性質であるように思われる。この性質は，医療制度の中で，各所にみられるものである。保険者と医療サービス供給者の間，医療サービス供給者と消費者の間，保険者と消費者の間と挙げることができるが，中でも，その引き起こす問題がもっとも深刻なのは，先にも説明した様に，医療サービス供給者と消費者の間の情報の非対称性であろう。

III－２－１　医療サービス供給者一消費者の間の情報の非対称性……供給者誘発需要（Supplier-Induced Demand)

先にも述べたように，サービス供給者には，消費者よりも圧倒的に多くの医学的知識を持っていることを利用して，過剰医療，'供給者誘発需要を行う余地が存在する。消費者と医療サービス供給者の間の関係は，プリンシパル(Principal)である消費者が，自分の病気の診断，治療サービスを，エージェント(Agent)である医師に委託をするというプリンシパルーエージェント関係にある。供給者誘発需要とは，医療サービス供給者が消費者を説得して，需要曲線をシフトさせ，医療サービスの需要量をコントロールすることである。（図2）を使って，供給者誘発需要を説明してみよう。最初，需要曲線はＤＤ，供給曲線はＳＳであったとする。そのとき，均衡点はＡである。そこで，サービス供給者の供給量が増加して供給曲線がＳＳからＳlＳ1にシフトしたとしよう。その時，均衡点はＢに移動し，供給量が増加し，価格が低下している。そこで，供給者は，もっと医療サービスを需要するように消費者を説得して，需要曲線をＤＤからＤlＤ1にシフトさせる。そうすると，均衡点はＣに移動し，供給量がさらに増加し，価格も均衡点Ｂの時よりも，上昇する。この供給者誘発需要による均衡点Ｃは，サービス供給者の生産の効率性が実現されていないこと，消費者の経済厚生を低下させていることから，政策的対応が必要であると考えられる。

図2　供給者誘発需要



供給者誘発需要については，逸話的な話には事欠かない。一部の病院，医師の疑問を抱かせるような治療内容については，人々の間で語られる噂話さらには新聞・テレビのニュース報道でもよく見られるものである。また，この問題の存在の有無については，内外でいくつかの実証研究が行われている[7]。人口あたりの医師数が，人口あたりの受診率に対して，有意な影響を及ぼしているか，という形で定式化しているものが多いが，結果は，さして重要ではないというものから，全く影響はないというものまで様々であるが，こうした実証研究には，データの問題技術的な問題もあって，供給者誘発需要の存在について，実証的には存在するとも存在しないとも，また仮に存在するとしても，政策的対応を余儀なくされるほど重要であるかどうかは，結論づけることができないのが現状である。日本の場合だと，西村周三による都道府県別データを利用した研究があるが，供給者誘発需要が存在しないとはいえない，という結論が導かれている[8]。

供給者誘発需要に対する政策的対応を考える上では，次の2点に留意するべきである。

第一に，その存在の有無について，実証的に必ずしも明確な結論が得られていないとはいえ，医療サービスの場合には，サービス供給者の側に供給者誘発需要をする余地があることは事実であり，それが顕在化するかしないかは，すぐれて，その行動のインセンティブに依存しているといえよう。アローが述べているように，だからこそ，医師に対しては，強い職業的な倫理が求められている。供給者誘発需要が可能な状態であっても，倫理に忠実な医師は行わないであろうし，中には機会を利用する者もいるであろう。しかし，政策を考える上では，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。倫理的であり続けるということが，果たして，いかなる医師の行動にとっても，常にインセンティブコンパティブルであるかどうかということが問われなければならない。

第二に，仮に，供給者誘発需要が現実には無視できる程度にしか生じていないという場合であっても，不必要な医療サービスに対して，経

7　R. Evans(1974)が，その草分けである。また，供給者誘発需要の実証研究については，A. Mcguire et al.(1988)で簡潔なサーベイが行われている。

8　西村周三(1987)。

済的資源が大なり小なり無駄に振り向けられているという事実には変わりないということである。

III－２－２　保険者と消費者の間の情報の非対称性

(1) 逆選択（Adverse　Selection)

また，医療保険制度を前提としたときの，保険者と消費者の間の情報の非対称性も，医療制度を考える上で重要な要素である。保険者にとって，消費者のリスクについての情報，すなわち，消費者が病気をしゃすいか，しにくいかは，経営上，重要な情報である。一般的に，若年者よりは高齢者の方がリスクが高いであろうし，同じ年齢層であっても，生まれながら持つ体質などによって，リスクの高い人々とそうでない人々がいるであろう。また，年齢によって，かかりやすい病気とかかりにくい病気があるであろう。保険者にとって，同じ保険料を徴収することを前提にすると，リスクの高い人々が加入するよりはリスクの低い人々が加入する方が，支払うべき医療費が少なくてすむので，利潤を大きくすることができる。

それでは，リスクについての情報は，保険者と消費者の間でどの様に分布しているのであろうか。消費者は，自らの体質・病歴等について，わかっており，病気にかかりやすいか，そうでないかを，知っているのが一般的である。それに対して，保険者は，自社の保険への加入を求めてきた消費者のリスクについての情報を，消費者ほど明確に持つことができないし，得るのにコストを要する[9]。こうした場合，私的保険者に任せておくと，逆選択（Adverse Selection）の問題が生じて，医療保険そのものが成立しない可能性があることが知られている。

そのメカニズムについて，簡単に説明しておこう。消費者は自分の病気にかかるリスクを知っている。消費者の病気のリスクは，各人各様で，病気にかかりやすい人からかかりにくい人まで一様に分布している。一方，これについて，保険者は，その上限と下限だけを知っている。その上限の保険料を，P_H，下限の保険料をP_Lとしよう。簡単のため，保険者の保険の運営費用は無視できる程度に小さいとする。

この様な仮定の下では，保険者は利潤の期待値を最大化するために，リスクがもっとも高い人ともっとも低い人の中間のリスクを持った人に相当する保険料ＰＭを設定する。ＰＭは，消費者全体の中間よりも低いリスクを持っている人にとっては，自分のリスクの程度と比較して相対的に高いので，彼らはこの保険から脱退してしまう。結局，ＰＭに該当するよりも高いリスクを持った人々が，この保険に残ることになる。この後も，同様のプロセスが続いて，最終的には，保険料がＰＨに該当する人々，すなわちリスクの高い人ばかりが保険に残り，保険そのものが成立しなくなるということになる。

こうした問題点をさらに検証するために，この理論をもう少し，詳しく検討するために，簡単なモデルを考えてみよう[10]。個人は，効用関数u（・）を持っている。個人は，健康な時(h)には，所得Ｙを得て，効用u(Ｙ)を得て，病気(s)の時には，コストＬを被らなければならない。Ｌの中には，病気の治療費，病気の間に失う賃金が含まれている。そして，個人が，将来，病気になる確率πを持っているとすると，個人の期待効用は，πu(Ｙ－Ｌ)＋(1－π)u(Ｙ)になる。

さらに，社会は，比較的健康な人々（Ａグループ）と健康状態の良くない人々（Ｂグループ）から成っており，前者の全人口に占める割合はμ，後者は（1－μ）であるとする。Ａグループの人々が病気になる確率はπ_A，Ｂグ

---

[9]　生命保険会社等が，自社の保険に加入を求めてきた消費者に対して，健康診断（審査）を行うことは，よく知られている。

[10]　ここの説明は，多くをP. Zweifel et al.（1997）に負っている。

ループの人々が病気になる確率はπ_Bで，$\pi_A<\pi_B$である。グループⅠ(A，B)の人々の健康状態k(h，s)の時の所得をy_i^kとする。グループⅠの人々の期待効用は，$EU_i=\pi_i U(y_i^S)+(1-\pi_i)U(y_i^h)$　i＝A，Bである。ここで，社会

に

とっての問題は，

$$\max_{y_i^s,\ y_i^h} \quad Eu_A(y_A^s,\ y_A^h)+\delta\ Eu_B(y_B^s,\ y_B^h)$$

$$\text{s.t.}\quad \mu[\pi_A y_A^s+(1-\pi_A)y_A^h]+(1-\mu)[\pi_B y_B^s+(1-\pi_B)y_B^h]=Y-[\mu\pi_A+(1-\mu)\pi_B]L$$

この問題の最適条件を整理すると，

$$\frac{u'(y_A^S)}{u'(y_A^h)}=\frac{u'(y_B^S)}{u'(y_B^h)}=1$$

を得る。この式の意味は，健康な時と病気の時の所得の事後的な限界代替率が，健康な人々（Aグループ）も健康状態のよくない人々（Bグループ）も等しくなるということである。

社会にとっての最適条件が明らかになったところで，次に，この最適な状態と，私的保険市場の均衡状態との関係を，明らかにしよう。保険料Pを支払うと，病気になったときにⅠの金銭的給付を受けることができる私的保険商品を考えよう。そして，

$\sigma=P/I$

を定義しよう。

私的保険市場の均衡は，次の3つの条件によって特徴づけられる。

1　保険契約（商品）は，保険者に非負の期待利潤をもたらす。

2　保険契約の中で均衡条件を満たさないものは，非負の利潤をもたらさない。

3　均衡は，分離均衡（Separating Equilibrium)か，プーリング均衡(P001ing Equilibrium）である。

この中で，3について簡単に触れておこう。

分離均衡とは，健康な人々，健康状態のよくない人々それぞれについて，保険商品（保険料，保険給付）が提供される状態が均衡になっていることを意味し，プーリング均衡とは，健康な人々と健康状態のよくない人々に対して，同じ保険商品を提供する状態が均衡になっていることを意味する。

結論を先に言うと，プーリング均衡は存在せず，分離均衡がサポートされる。まず，プーリング均衡が成立しない理由を示そう。

プーリング均衡を，σ^Vと定義しよう。

$$\sigma^v=\frac{P_A}{I_A}=\frac{P_B}{I_B}$$

I_A：Aグループの人々の効用を最大化する金銭的給付

I_B：Bグループの人々の効用を最大化する金銭的給付

均衡においては，保険者の期待利潤は0になるので，

$$\mu P_A+(1-\mu)\sigma^v I_B=\mu\pi_A I_A+(1-\mu)\pi_B I_B$$

$$\pi_A<\sigma^v<\pi_B$$

この場合，保険者にとって，保険商品をσ_A^V($\pi_A<\sigma_A^V<\sigma^V$)で，健康な人々(Aグループの人々)のみに販売することが利潤最大化につながる。しかし，Aグループの人々のみならず，Bグループの人々にとっても，この商品は魅力的で，購入され，プーリング均衡が成立するかのようにみえる。しかし，この場合，σ_A^Vで販売すると，保険者に正の利潤が発生するので，プーリング均衡は，定義上，成立しない。

それでは，分離均衡はどうであろうか。均衡を，(σ^t_A，σ^t_B)で表すと，保険者の利潤0の条件から，$\sigma^t_A=\pi_A$，$\sigma^t_B=\pi_B$が均衡の候補として挙げられる。

個人の最適化問題は，

$$\max\quad EU_i=\pi_i u(y_i^s)+(1-\pi_i)u(y_i^h)\qquad i=A,B$$

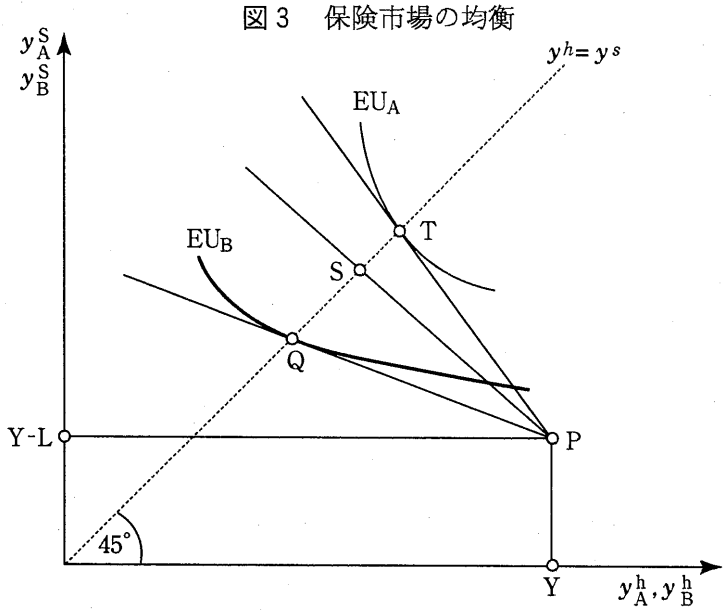
$$\text{s.t.}\quad y_i^s=Y-L+I_i-P_i=Y-L+(1-\sigma^t_i)I_i\qquad (1)$$

$$v_i^h = Y - P_i = Y - \sigma^t{}_i I_i \qquad i = A, B \qquad (2)$$

このことから，分離均衡は，社会にとってのパレート効率な条件と一致することがわかる。

この分離均衡の様子を，（図3）に表してみよう。パレート効率の条件は，健康な時（h）の可処分所得（y_i^h）と病気の時（S）の可処分所得（y_i^S）が一致することを必要としている。そして，これは同時に，保険給付 I_iが損失（L）と同じ金額だけ行われることを意味する。($I_i = L$) すなわち，完全保険(Full insurance)が実現するのである。この条件は，図の上では，均衡点が，原点から45度の線の上にあることを意味している。

図３　保険市場の均衡



保険商品(I_i, P_i)を，図の上で表すと，(1)式と
(2)式から.

$$y_i^s = \frac{1}{\sigma_j^t} Y - \frac{1-\sigma_j^t}{\sigma_j^t} y_i^h, \qquad i = A, B$$

のようになる。これは，(Y，Y－L)を通る，傾き－$\frac{1-\sigma^t_j}{\sigma^t_j}$ の直線である。グループAの人々にとっての数理的に公平（actuarially fair）な保険商品の組み合わせば，傾き－$\frac{1-\pi_A}{\pi_A}$ の線分ＰＴで，グループＢの人々にとってのそれは，傾き－$\frac{1-\pi_B}{\pi_B}$ の線分ＰＱで表すことができる。そして，プーリング均衡の時の保険商品の組み合わせば，同様に計算すると，

$$\frac{dy_i^s}{dy_i^h} = -\frac{1-\sigma^v}{\sigma^v} = -\frac{\mu(1-\pi_A)+(1-\mu)(1-\pi_B)}{\mu\,\pi_A+(1-\mu)\pi_B}$$

と表され，図の上では，線分ＰＳになる。

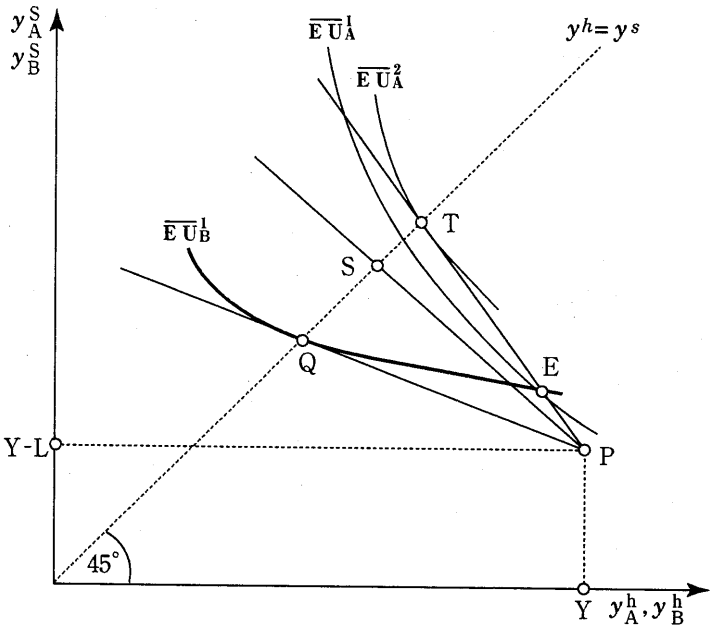
ここで，保険者が，加入者がＡグループ，Ｂグループのいずれに属して.いるのか，を知っている場合，Ａグループの人々向けにＴ，Ｂグループの人々向けにＱを提示するというパレート効率的な均衡を実現することができる。つまり，私的保険によって，それぞれのリスクグループの人々が満足する保険商品を提供することができるのである。

こうした分離均衡が実現しうる一方で，プーリング均衡Ｓも存在する。この均衡点も，同様にパレート効率的であるが，この保険商品は，Ａグループの人々にとっては過剰，Ｂグループの人々にとっては過少なので，人々は，足りない部分について，さらに保険を買い足すという行動をとることになり，結果として実現する均衡は，パレート効率的ではなくなる。

ここで，人々の健康状態についての情報が，私的情報（Private information）である場合を考えてみよう。すなわち，人々は自分が健康状

態がよい（Aグループに属する）か，健康状態がよくない（Bグループに属する）かを知っているのに対して，保険者は知らない。この様な場合，先に述べた状況はどのように変化するか，検討してみよう。保険者は，人々が，Aグループ，Bグループのいずれに属するかを識別して，保険商品を提供することができないので，保険料，保険給付の組み合わせを人々に提示して，どちらかを選択してもらうという方法を採るしかない。証明は省略するが，この場合，分離均衡のみが存在し，プーリング均衡は存在しないということが知られている。

図4　分離均衡



それでは，どの様な分離均衡が実現しうるのであろうか。（図4）を見てみよう。結論から言うと，BグループにQを提示し，AグループにEを提示するというものが均衡の候補になる。保険者の競争による期待利潤０の条件から，Bグループに対する保険商品は，線分ＰＱ上に，Aグループに対する保険商品は，線分ＰＴ上になげればならない。保険商品Qは，$y^h = y^S$上にあり，グループBの人々にとっては，期待効用を最大化する点である。そして，保険商品Eは，グループAの人々の期待効用を最大化してはいないが，ＰＴ上の点の中では，グループBの人々の効用を所与として，グループAの人々の効用を最大化する点になっている。なぜならば，線分ＰＴ上でEよりも左上の点は，いずれもグループBの人々が，点Qよりも好む点であるからである。一方，グループAの人々は，Qよりも高い効用を得ることができるEを選ぶ[11]。

ここで，先に分析を行った，人々の健康状態についての情報の非対称性がない場合の均衡と比較してみよう。情報の非対称性がない場合の分離均衡は，グループAに対して，保険商品T

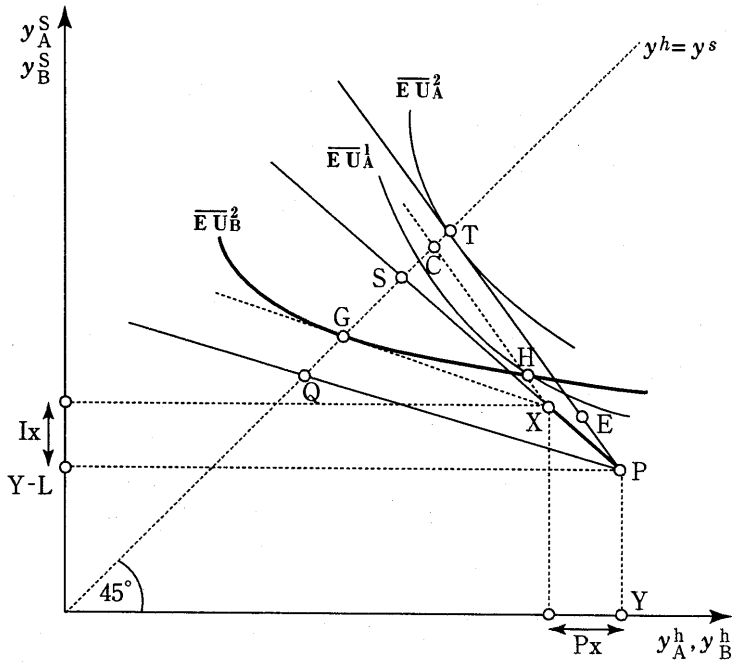
[11] また，この様な分離均衡が実現するためには，この分離均衡が，グループAの人々にとっても，グループBの人々にとっても，プーリング均衡の点の候補よりも好まれる点でなければならない。プーリング均衡の点は元々サポートされない点であるが，分離均衡の点よりも好まれる場合は，分離均衡の点そのものもサポートされなくなってしまう。分離均衡がプーリング均衡よりも選考されるためには，直観的には，E点を通るグループAの無差別曲線が，プーリング均衡の候補の点の集合である線分PSよりも上になければならない。この条件を解釈すると，社会全体の人口に占めるグループAの人々のシェアがあまり大ぎすぎないということになる。

を購入させ，グループＢに対して，保険商品Ｑを買わせるというものである。一方，情報の非対称性がある場合の分離均衡は，グループＡ，グループＢに対して，保険商品ＥとＱを提示するというもので，人々の効用最大化行動の結果として，グループＡの人々は，保険商品Ｅを，グループＢの人々は，保険商品Ｑを選ぶ。ここでわかることは，情報の非対称性がある場合には，グループＡの人々が，保険商品ＴでなくＥしか購入できないことによって，情報の非対称性がない場合よりも，効用のレベルが低下しているということである。それに対して，グループＢの人々は，どちらの場合でも保険商品Ｑを購入し，同じ効用レベルで期待効用最大化を実現している。保険者が消費者のリスクを識別できないということは，グループＡの人々はリスクが低いということを示すことができないことを意味する。その結果として，本来持っているリスクに比べて，不利な保険商品しか購入できないということになる。また，情報の非対称性がある場合の分離均衡は，情報の非対称性がない場合の分離均衡よりもパレート劣位（Pareto Inferior）である。なぜなら，前者と後者を比較すると，両方ともにグループＢの人々の効用は，同じEU_B^1のレベルにあるのに対して，前者の場合のグループＡの人々の効用はEU_A^1で，後者の場合のEU_A^2よりも小さいからである。

(2) 強制健康保険の役割

この様に，私的保険に頼ると，情報の非対称性がある場合，情報が対称な場合と比較して，パレート劣位な均衡しか実現しないわけであるが，これに対する政策的処方箋は何かあるのであろうか。その一つの方法として，強制健康保険（CompuIsory health insurance）の利用の可能性がある。強制健康保険は，ここでの議論の枠組みの中で言うと，人々の属性（ここでは，個人のリスクの属性）に関わらず，購入する保険商品の一つを強制することを意味する。この様にすることによって，情報が非対称的な場合よりもパレート促進的（Pareto Improving）な均衡を実現することができる可能性がある。例えば，（図5）の点Ｘは，そのような強制健康保険の商品を表す点である。強制健康保険の商品は，グループＡとグループＢが両方とも含まれている条件の下で，保険数理的に公平（Actuarially fair）であることが要求されているので，

図5　強制健康保険の導入



線分ＰＳ上にある。強制健康保険であることから，保険商品Ｘは，保険料P_X，保険給付I_Xを内容としていて，人々は，そのリスクの程度に関わらず，この保険商品を受け取ることができる。

この強制保険商品を置くことによって，私的保険商品だけのときよりもパレート促進的な状況を実現することができる。人々は，保険商品Ｘの場合の初期賦存を出発点として，追加的に私的保険商品を購入することができる。保険会社は，保険数理的に公平な保険商品を提供するので，グループＡの人々に対しては，点Ｘから始まる線分ＸＣ上にある保険商品，グループＢの人々に対しては，点Ｘから始まる線分ＸＧ上にある保険商品が提示される。ここで，例えば，私的保険者が保険商品ＧとＨを提供するというものを，均衡の候補として挙げることができる。Ｇは線分ＸＧ上に，Ｈは線分ＸＣ上にあり，保険数理的に公平な保険商品である。ＧとＨを提示されると，グループＢの人々は，フルカバーのＧを選択し，グループＡの人々は，Ｈを選択する。Ｈは，グループＢを引きつけないでグループＡだけが選択するぎりぎりの点である。なぜなら，線分ＸＣ上でＨよりも左上の点は，グループＡにとって魅力的なばかりでなく，グループＢにとっても，Ｇよりも効用レベルの高い点だからである。この均衡(Ｇ，Ｈ)は，情報の非対称性がある均衡(Ｑ，Ｅ)よりも明らかにパレート促進的である。グループＡの人々の効用もグループＢの人々の効用も前者から後者に移ることによって増加しているからである。

この現象は，いくつかの政策的問題を投げかける。第一に，私的保険の役割についてである。ここで議論したような現象が生じるとすると，医療保険を私的保険に委ねることは困難であるということになる。ここに，消費者に対する，

医療保険への強制加入の政策の論拠が存在する。

もっとも，このストーリーが厳密に当てはまるかどうかは，上記の仮定に強く依存する。保険者が消費者のリスクの程度を全くわからないというのは，かなり強い仮定である。保険者は，実際には，加入者に対して，健康診断を行うなどして，リスクの程度を調査してから，保険に加入させていることはよく知られている。保険者にとって，リスク情報を得ることが可能であれば，消費者によって，その個々のリスクを反映させた保険料を設定することが可能になるので，逆選択の生じる余地は小さくなる。保険者にとって，消費者一人一人のリスクを反映した保険料をつけることは，コストがかかるので，消費者をその持っているリスクの程度に応じてクラス分けして，そのリスクのクラスごとに保険料を設定するということが考えられる。もっとも，そのリスクのクラスの中で，小規模な形で，逆選択のメカニズムが働く可能性はあるが，上記の問題ほど深刻ではない。ただし，こうした方法は，リスクの高い者ほど保険料が高くなり，公平性についての問題を投げかける。

III－２－３　医療サービス供給者と保険者の間の情報の非対称性

また，医療サービス供給者と保険者の間の情報の非対称性についても，ふれておかなければなるまい。保険者は，ただ，消費者が要求した医療費を償還することだけを考えているのであれば，サービス供給者の行動に無関心でいられるが，利潤に関心がある場合，サービス供給者の行動に注意を払わざるを得ない[12]。なぜならば，先にふれたように，供給者にはモラルハザードの誘因があるからである。サービス供給者の中には，消費者の無知につけこんで，自分の利益になるようにサービスの価格，量，質をコントロールする者がいる可能性がある。こうしたサービス供給者の行動は，保険者の費用を高め，利益を減少させる方向に働くので，保険者は，保険の加入者に対して行われるサービス

[12] 利潤を生み出すことに関心がなくても，赤字を出さないことを考えている場合であってもよい。

の価格，数量，質について，関心を持つことになる。しかし，医療サービス供給者の診療内容についての情報は，容易に得ることができる性質のものではない。どの様な診断を行い，それに対して，どの様な検査を行い，治療をしたか，それぞれにいくらの費用がかかったかという情報を得ること自体が，費用を要するものなのである。消費者に医学的知識が十分にないことから，情報を得るのは，結局，サービス供給者からということになるが，彼らに情報を開示するインセンティブは必ずしも存在しない。利潤動機のある医師は，モラルハザードを行って利潤をあげている時に，わざわざ，その内容を保険者に教えようとはしないであろう。

Ⅳ．医療サービス産業に対する望ましい規制

前節で述べてきたように，医療サービスは，市場における取引に完全に任せてはおけない側面を持っている。これらのいろいろな問題に対して，どの様な政策，規制が必要とされているのだろうか。

望ましい規制について考える場合，その基準として，効率性と公平性を挙げるのが標準的な理解であろう。ここで，効率性とは，同じ内容の財を生産するにあたって，費用を最小にするような生産方法を選択し，消費者が，一定の予算制約の下で，最大の効用をもたらすような状況を意味する。前節で述べてきた医療サービスの性質は，市場取引によって，効率性を実現することを困難にさせる要因であった。ここでの検討結果は，医療サービス産業には，市場での取引に任せるには，多くの問題点があるというものであった。

また，公平性とは，ここでは，所得の多寡，健康状態の良し悪しと，一定の質の医療サービスを需要できる量と価格の関係と定義しよう。公平性については，いろいろな定義，考え方があるが，この定義は比較的妥当するものであるように思われる。例えば，所得の高いものの方が，医療サービスを多く需要出来る，または，健康状態の良いものの方が悪いものよりも，医療サービスを多く需要できるというような状況は，あまり「公平」とは言えないだろう。望ましい医療制度を考える上で，効率性と公平性という両方の目的を達成することは，実は，極めて難しい。効率性を追求するあまりに公平性を犠牲にするということが生じかねない。

医療制度の問題点について，議論される場合，しばしば，医療費をいかに抑制していくか，という視点が重要になってきた様に思われる。それは，医療費の急激な膨張をいかに抑制していくか，という目前に置かれた問題に対する解答を用意することが各国において切実に要求されていたからに他ならない。医療費抑制のために，各国で様々な施策が採られてきたが，その中には一つの共通の考え方が，存在するように思われる。それは，競争原理を導入することによって，医療サービスに対して資源を効率的に配分していくというアイディアである。前節で議論したように，医療サービスは，市場メカニズムになじまない性質を持っており，その需給を全面的に市場に任せるわけには行かないわけであるが，近年，先進各国では，そうした問題点を認識しながらも，医療費抑制にあたって，そのメリットに注目した医療制度改革を試み始めている。その理論的支柱になったのが，スタンフォード大学のアラン・エントーベンによって提唱された「管理競争(Managed competition)」，ルグラン(J.Le Grand))による「準市場(Quasi-Market)」の考え方などであった[3]。こ

[13] A. Enthoven(1994)やJ. Le Grand(1993)などを参照のこと。

れらの考え方は，いうまでもなく，アメリカの医療制度に影響を与えたし，1980年代後半に，ほぼ同時期に始まったイギリス，ドイツ，オランダ等先進各国の医療制度改革にも大きな影響を与えた。以下では，こうした考え方のエッセンスについて考察し，それが，前節で考察した医療サービス特有の問題点をどの様に解決するのかを検討することにしよう。

IV－１　管理された競争

エントーベンらの考え方の本質は，競争がうまく行われるような枠組みを整備させたもとで，医療制度を構成する各主体に競争を行わせるということである。先に検討したように，医療サービス市場は，情報の問題のために，医療制度を構成する主体の行動にゆがみが与えられると言う問題点があるわけであるが，管理競争の本質は，医療制度を構成する各主体に対して，適当なインセンティブを持たせることによって，医療サービス市場において，市場メカニズムの望ましい点を実現しようとすることにある。

ここで，各主体に適切なインセンティブを持たぜる上で，重要な役割を果たすのが，第三者購入者（Third-party purchaser）である。第三者購入者は，いわば，医療サービスを購入する上での消費者の工一ジント（Agent）である。医療サービスは，その内容，質についての情報を，消費者が十分に把握することができないため，サービス供給者が，利潤動機を持った場合に，適切な医療サービスを提供することができない側面を持っている。こうしたサービス供給者のモラルハザードの問題に対して，第三者購入者に，医師と同等の医学的知識を持ったものを設定し，消費者の代理人として，医療サービス供給者と交渉を行って，購入をさせてやることによって，情報の非対称性から生じる問題を解消できる可能性があるのである。

第三者購入者に，疾患についての治療方法，医薬品などについで情報を持っている者をその任に当たらせれば，供給者の行っている医療サービスの内容について，それが適切であるかどうか，判断することができる。したがって，第三者購入者が，消費者のために働くインセンティブを持っていれば，消費者にとって，最適な医療サービスが提供されることになる。

しかし，この様なメカニズムは，無条件に機能するわけではない。第三者購入者には，元々，消費者のために働くインセンティブが備わっているわけではない。もっとも，第三者購入者が，消費者の完全代理人（perfect agent）として，振る舞う場合もあるかもしれない。つまり，彼らの効用関数の中に，消費者の効用が元々入っており，消費者の利益のために最適と思われる医療サービスを提供することがあるかもしれない。しかし，そうした条件が，全ての医療サービス供給者に備わっていると信じる理由があるわけではない。

第三者購入者が，仮に利潤に対して関心があるとしよう。彼らは，サービス供給者と結託して，サービスの価格をつり上げたり，消費者に対して，不必要なサービスを提供することに同意するなどして，利潤を追い求めるかもしれない[14]。また，医療サービス供給者を説得して，患者の健康に害があるまでに，サービスの質を低下させ，費用の削減を図ることを通じて利潤の最大化を図るかもしれない。いずれにせよ，第三者購入者が，医師と同等の医学的知識を持っていることが，供給者誘発需要を抑制することに直結するわけではない。

サービス供給者に効率的な医療サービスの供給を行わせるためには，適切なインセンティブを持たせる必要がある。そのために，管理された競争は，いくつかの道具を用意している。

第一に，サービスにかかる費用の予算化である。患者一人にかかる医療費を予測して，第三

[14] Masahiro OHMORI, "A New Approach to the primary care system"を参照。

者購入者に与えるというものである。この措置は，第三者購入者が，登録してくる患者一人当たりに使える医療費を予算化し，その範囲内で，消費者のために医療サービス供給者からサービスを購入するというものである。これは，消費者に提供する医療サービスに使うことの出来る費用に上限が設けられることを意味するので，第三者購入者は，利潤に関心があれば，費用がこの上限を越えない様に努力し，サービス供給者に対して，医療サービスを無駄なく供給させ，費用最小化を行わせるインセンティブを持つことが期待される。

しかし，この予算化の措置によって，供給者誘発需要の問題が解決し，消費者のためになる医療の提供が実現するためには，更なる措置が必要である。まず，消費者一人当たりの医療費の予測が正確に行われる必要がある。それは，第三者購入者が，クリームスキミング（Cream skimming）を行う可能性があるからである。第三者購入者が，登録してくる消費者の属性にかかわりなく，一人当たり一定の予算をもらうとしよう。病気がちで，医療費のかかる消費者をサービス供給者が受け持たされた場合，適切な医療を提供した場合にかかる費用よりも低い予算しかもらえなければ，サービス供給者にとっては，何をどうやっても，損失を出してしまう，という結果になってしまい，そもそも，病気がちの消費者の診療を行ったことが間違いであった，ということになりかねない。第三者購入者が利潤に関心があれば，病気がちで医療費のかかる人よりは，健康で医療費のかからない人を登録させたいと考えるだろう。この様に，同じ料金体系の下で，より利益の上がる財を扱おうとする行為をクリームスキミングという。第三者購入者が，人々を選別して，リスクの低い，病気をしにくい人々を登録させ，リスクの高い，病気をしゃすい人々の登録を拒否することは，公平性の問題を生じさせることになる。したがって，もし，医療サービスを皆が受療できる状況が公平であると考えられ，政策目的として適切であると考えられるならば，登録してくる患者のリスクの属性に応じた医療費を予測して，第三者購入者が受け取る必要がある。

次に配慮しなければならないのは，医療の質の低下である。第三者購入者が利潤に関心がある場合，費用の削減に努力するあまり，消費者に対して，最適な医療サービスの量，質からみて，過小なサービスが提供される可能性がある。消費者と医療サービスの供給者の間に，また，消費者と第三者購入者の間に情報の非対称性が存在する場合，第三者購入者は，サービス供給者に対して，自分の所に登録している消費者に対する医療サービスの量，質を抑制するように働きかけ，費用を節約することができる。この様な消費者の経済厚生を低下させるような状況が，生じるかどうかは，サービス供給者の目的，サービス供給者と第三者購入者との間の関係に依存すると考えられる。しかし，サービス供給者が，利潤に関心があり，お互いに競争関係にあるときには，第三者購入者の提案を断ると，他のサービス供給者に契約を奪われる可能性があるので，医療の質の低下は，十分にありうる事態であると考えられる。この様な状況に対して，管理競争の理論では，第三者評価が処方箋として提示されている。つまり，提供されている医療サービスの内容について，第三者購入者，医療サービス供給者でもない中立的な機関が，評価を行うということである。疾病に対して提供されている医療サービスの量は適切であるか，質は十分良いものであるか，といった情報が，第三者機関によって収集され，消費者に対して提供され，消費者が第三者購入者を選択する上で役立てられる。

しかし，この第三者評価も，想定されているような機能を果たすためには，問題無しとはしない。重大な問題点は，その情報の中立性をいかにして確保するかということである。提供される情報が，消費者が選択を行う上で，十分に信頼しうるものであることを保証することが重要であり，結局，情報を提供する主体が，消費者のために有用な情報を提供するインセンティブを持っているかどうか，が問われる。

まず第一に，情報を獲得し，開示することによるコストとベネフィットの問題がある。より多くの情報を獲得するためには，より多くのコストがかかるのであり，それに見合うベネフィットがないと，有用な情報は開示されないであろう。

第二に，情報を獲得し，開示する第三者機関として，具体的にどの様な機関を設定するべきであるかが，考慮されなければならない。エントーベンの元々の管理競争の考え方では，第三者的な委員会をもって，その任務に充てることで，問題の解決を図ろうとしているが，第三者的な委員会であることが，消費者にとって，医療機関，第三者購入者選択の上で十分に有用な情報を，効率的に提供するということを必ずしも意味しない[15]。そうした主体であっても，情報を獲得し，開示を行う上で，コスト・ベネフィットを一切考えないで，行動するという信じうる証拠があるわけではない。第三者機関に，第三者的な委員会を据えることをもって，情報獲得・開示のコスト・ベネフィットを考えなくても良いというのは，やや乱暴な議論であろう。その行動の目的関数，インセンティブについて配慮する必要がある。

こうした，医療サービスの質に対する情報が消費者に対して適切に提供される環境が整えば，消費者が第三者購入者を，自分の嗜好に照らして，適切に選択することを可能にし，第三者購入者同士の競争を促進する事を通じて，医療サービスへの効率的な資源配分を実現することができる。

Ⅴ．各国の医療制度改革

進む高齢化，増え続ける医療費の高騰という現実を目の前にして，日本を含めた多くの先進諸国では，医療費抑制が危急の政策的課題になっており，各国それぞれの立場で，対策がとられつつある。そして，医療費抑制の問題意識の背景には，現在の医療費には，無駄が含まれている，医療サービスに効率的に資源が配分されていないのではないか，という考え方がある様に思われる。また，近年の消費者主権の考え方が，人々に浸透しつつあることを背景として，サービスの質に対する関心が，世界的に高まりつつあることも事実であろう。つまり，その質のレベルを考慮に入れた上で，医療サービスに対して，効率的に資源配分を行うことが考えられ始めたのである。

Ⅴ－１　医療制度改革の現実

こうした政策目的の下に，各国で医療制度改革が進展しつつある。その方法，展開の仕方は，国によって差違があるが，そこには，共通の考え方が貫かれているように思われる。それは，本稿で既に展開してきた，医療サービス市場に市場メカニズムを可能な限り，導入するというアイディアである。

以下では，先に展開した，管理された競争の考え方に基づいて，整理を行いながら，アメリカ，イギリス，オランダ，ドイツの例を簡単に紹介していこう。

第一のキーポイントになるのは，消費者のエージェントに誰を設定しているか，ということである。

ドイツ，オランダの場合，保険者が消費者のエージェントとして設定されている。これらの

15)　A. Enthoven（1993）。

国々は，社会保険制度が既に備わっており，全ての国民が何らかの形で保険に加入していることから，保険者に第三者購入者の役割を担わせたと考えられる。そこで，消費者が加入する保険者を選択できるようにすることによって，保険者間の競争を促進し，保険者と医療サービス供給者の，保険加入者に対するサービス供給契約をできるだけ自由にすることを通じて，保険者がサービス供給者に対して，より効率的なサービスを供給させるようにプレッシャーをかけることを可能にしている。

一方，アメリカの場合，ＨＭＯ（Health Maintenance Organization)が，出現してきており，近年，無視できない存在になってきている[16]。HMOとは，消費者に対して，一定の料金を支払うことと引き換えに，医療サービスの供給を行う企業である。HMOは，自社に加入した消費者のために，医療サービスの供給を行う供給者を選別して契約を行う。逆の見方をすれば，消費者は，医療サービスの供給を受けたいときには，自分が登録しているＨＭＯが指定した，契約を行っているサービス供給者のところに行かなければならない。HMOは，利潤最大化を目的としているならば，消費者から一定の料金を徴収するという形で収入は限られていることから，費用を抑制するインセンティブを持っている。したがづて，サービス供給者がどの様な内容の医療サービスを提供しているかについて，価格，数量にわたって，関心を持ち，費用を抑制するように，供給者に働きかける。
また，HMOは，消費者から選別を行われる立場にあるので，自社が契約しているサービス供給者のサービスの質についても気を使わなければならない。この様にして，HMOは，質を保ちながら，費用最小化を実現する様な医療サービスを供給することが期待された。

イギリスでは，「購入者ー供給者分割（Purchaser-provider split)」と評される医療制度改革が行われた[17]。イギリスは，よく知られているように，国営医療制度（NHS，National Health Service）を採っている。ＮＨＳ当局は，消費者（国民）が納めた租税の中から，国民にほぼ無料で医療サービスを提供する[18]。こうした事情を反映して，ＮＨＳ当局は，租税を財源とする予算の中から国営のＮＨＳ病院の運営を行い，病院サービスを供給し，ＧＰに対して，登録した患者ごとに人頭払い方式で予算を与えて，ＧＰサービスを供給させるという役割を担っていた。その結果，人頭払いで費用償還を受けていたＧＰは，自分で提供する医療サービスを少なくして，病院に紹介を行うインセンティブを持つようになり，ウエイティングリスト問題を顕在化させた。また，NHS病院も，予算の中から，かかった医療費分だけ事後的に費用償還を受けることから，効率的な医療サービスを供給するインセンティブを持たなかった。
そこで，イギリスでは，ＧＰファンドホールダー(ＧＰ Fund Holder, 以下ＧＰＦＨと表記。)及びＮＨＳトラストの創設を二つの柱とするＮＨＳ改革を実施した。

ＧＰファンドホールダーとは，登録患者数が一定以上のＧＰに対して，登録患者ごとにＧＰサービスのみならず病院で受けるサービスの一部の予算を与える制度である。つまり，ＧＰＦＨは，登録患者の医療サービス購入の代理人ということになる。この場合，ＧＰＦＨは，登録患者に対して，効率的に医療サービスを供給しようとする。なぜなら，ＧＰＦＨは，登録患者

[16] アメリカのHMOについては，川渕(1996，1997)，M. Pauly(1986)などを参照のこと。なお，本稿との文脈と近い文脈で，HMOを据えたものとして南部(1997)を参照せよ。
[17] イギリスの医療制度改革については，J. Le Grandet al.(1993)，R. Robinson et. a1(1994)，A. Maynard(1994)，大森(1997)などを参照のこと。
[18] ＮＨＳ向けと特定された財源ではない。今日では，歯科，眼科，2回目以降の処方医薬品の一部有料化など，消費者の自己負担部分も出てきている。

ごとにＮＨＳ当局から予算をもらうので，利潤を大きくする事を目的としているならば，費用を最小化する努力を行う。例えば，自分がした方が安くつくサービスは病院に紹介せず，自前でやろうとし，また，病院に紹介する場合は，病院がどの様な内容のサービスを提供するのか，関心を持ち，費用を小さくするように働きかけるインセンティブを持つ。このことは，資源を効率的に利用することを意味するのみならず，ウェイティングリスト問題も緩和する効果がある。また，ＧＰＦＨは，消費者から選ばれる立場にあるので，消費者が満足するように，サービスの価格，量，質についても留意するインセンティブがある。

ＮＨＳトラストは，従来のＮＨＳ病院を，トラストの形で所有と経営の分離を行い，病院の経営責任を明確にしたものである。ＮＨＳトラストは，従来のＮＨＳ病院が，事後的にかかった分だけ費用の償還を受けていたのを，予算に対して責任を持たせるようになったことによって，費用抑制のインセンティブを持つことが期待された。

Ｖ－２　各国の医療制度改革の問題点

各国は，医療制度改革を遂行する上で，競争原理を医療サービス市場に導入するアイディアの下に行ってきた。現在，その成果を完全に見定めることのできる状況にはないが，制度改革の過程でいくつかの問題点が指摘されてきた。ここでは，その中でも本質的と思われるものについて，指摘しておこう。

第一に，医療サービスの質に関する情報の問題である。管理された競争は，消費者がサービス購入の代理人である第三者購入者を選択することを通じて，有効に機能する。したがって，その場合，消費者が，自分の選好に基づいて，第三者購入者を選択するための情報が提供されることが必要である。各国では，医療の質についての第三者評価の試みが進行中である。最も進んでいるのは，アメリカであるが，我が国でも日本医療機能評価機構で，病院の機能評価の事業が始まっている[19]。こうした第三者評価事業は，価値あるものと考えるが，既にふれたように，いくつか注意するべき点があるように思われる。まず，その情報が客観的なものであるかどうかということ，そして，消費者が選択を行う上で，有用な情報を含んでいるかどうかということである。

第二に，クリームスキミングないしリスク選択（Risk selection）の問題である。管理された競争の考え方の本質は，第三者購入者の競争を通じて，サービス供給者に効率的な医療サービスを提供させるということであったが，その競争が，第三者購入者のクリームスキミングを招く可能性がある。例えば，現実に，オランダでは，保険会社は加入を求めてきた消費者を拒んではいけないという法的規制を行っているにもかかわらず，暗に陽に，保険会社によるリスク選択が行われていると言われている。アメリカでも，ＨＭＯ同士で，健康な人々を加入させようという争奪戦が繰り広げられていると言われている。第三者購入者が，利潤動機を持つことは，管理競争がうまく機能するための条件ではあるが，これは諸刃の剣であり，健康状態のよくない弱者が切り捨てられる可能性を秘めている。市場メカニズムは，非効率な者を切り捨てるという自然淘汰の要素を含んでいるものではあるが，これは，重大な公平性の問題を含んでいる。

この解決策としては，様々な方法が議論されてきているが，中でも有力なのは，第三者購入者に対する費用償還方式を工夫することである。第三者購入者が，リスクセレクションをしないようなインセンティブを与える費用償還の方法が考案されてきた。それは，理論的には，加入してきた消費者のリスクの程度に応じて，予算を事前的に与えるという方法であろう。この様

[19] 『社会保険旬報』1997年3月11日号を参照のこと。

な方法を，事前的なリスク調整支払い方式（Prospective Risk-Adjusted Payment）という。つまり，第三者購入者に対して，リスクの高い者が加入したら，そのリスクに応じて多くの予算を与え，リスクの低い者が加入してきたら，そのリスクに応じて低い予算を与えるようにするというやり方である。この費用償還方式の考え方の本質は，第三者購入者は，加入してくる人々のリスク属性によって，一定期間にかかると予想される医療費を事前的に与られれば，損失を出すリスクをそれほど負うことなく，費用削減のために努力することが期待される，ということである。この方法が成功するか失敗するかの分かれ目は，リスクの程度に応じて，費用をどの程度正確に予想することができるかにかかっている。例えば，第三者購入者は，登録患者に応じて行われる費用償還額が，現実にかかる医療費をはるかに下回ってしまう場合，費用削減努力を行っても，赤字が出るので，そうした患者の登録を受け入れるインセンティブを持たない。逆に，実際にかかる医療費よりも多額の費用償還を受ける場合には，第三者購入者は，費用削減努力を行わなくなる。結局，リスク属性に応じた医療費の予測を，ある程度の精度でもって行うことが，事前的なリスク調整支払い方式の成功の鍵となる。

現実に，例えば，イギリスでは，保健省が，ＧＰＦＨへの費用償還に年齢，性別などをリスク代理変数として入れた人頭払い支払い方式（Capitation Formula）を開発している。また，オランダでも，保険会社に対する費用償還方式に，事前的な人頭あたりリスク調整支払い方式（Prospective risk-adjusted capitation payment）を取り入れる研究が行われつつある[20]。

しかし，現実に支払い方式を開発するのは，容易ではない。例えば，イギリスの場合には，保健省は，入院サービスについては，年齢，性別と入院の稼働率の間に相関を発見し，支払い方式の開発の可能性を発見したが，外来サービスについては，問題を残した。一方，オランダでは，治療期間が短期間のサービスについては，年齢，性別，病歴のデータがあれば，支払い方式の開発は可能であるが，治療期間が長期にわたるサービスについては，まだ，実証されていない，との結果を得ている。

第三に，医療制度改革の上で問題になるのは，第三者購入者の間の競争が十分に行われるかどうかという点である。第三者購入者は，その行う業務内容から言って，規模の経済性（Economies of scale）を持つと考えられる。つまり，登録する消費者の数が多いほど，患者一人当たりかかる平均費用が低くなる。長期的に見ると，第三者購入者は，競争の過程で，規模の経済性を実現するために規模を大きくし，市場の規模の制約から，その数を減少させることが考えられる。その結果，第三者購入者の市場は，寡占状態になり，十分な競争が行われなくなる可能性がある[21]。例えば，アメリカでは，ＨＭＯの数が，この数年減少しつつあり，オランダでは，保険会社の合併が進んで，規模が拡大し，数が減少している[22]。第三者購入者同士の消費者の加入をめぐる競争が，医療サービス供給者同士の競争を生み出し，医療サービスの効率的資源配分をもたらすというプロセスにおいて，キーポイントになっていることは疑いない。

また，第三者購入者と医療サービス供給者の間の契約市場も競争的でありうるか，疑問を投げかけることができる。人口の多い都心地域については，第三者購入者と医療サービス供給者

---

[20] イギリスの研究については，H. Glennerster et al.(1994)などを参照のこと。オランダについては，P.M.M. van de Ven et al.(1994)に詳しい。

[21] 「寡占」が，必ずしも競争を抑制するわけではない。

[22] アメリカについては，例えば南部(1997)を参照のこと。オランダについては，大森(1996)を参照のこと。

が多数存在するが，人口の少ない地方の場合，極端には，それぞれ少数しか存在せず，十分に競争が行われない可能性がある。

第四に，消費者が第三者購入者に対して支払う保険料ないし，加入料をどの様に決めるか，という問題である。これは，管理された競争を利用した医療制度の公平性の問題である。管理された競争は，消費者がそのリスクの大小によって，医療サービスを受けられなくなるクリームスキミングを起こらないように，リスクで調整した第三者購入者に対する費用償還方式を工夫しているが，消費者の最終的な費用負担についての公平性については，第三者購入者への加入料ないし保険料の徴収の仕方で確保しようとしているように思われる。どの様な加入料，保険料の設定が望ましいのかについては，現在は，管理された競争の理論は答えを出せないが，重要な課題であるように思われる。

VI. 結　論

医療サービスは，長らく市場メカニズムによる資源配分がなじまない財であると考えられてきて，多くの国々の医療制度もそうした考え方を反映したものであった。しかし，現在，明らかにその考え方に変化が生じつつある様に，筆者には思われる。

本稿では，医療サービスの性質を検討する事を通して，その資源配分を行うにあたって，市場メカニズムをどの程度利用することができるのか，そして限界はどこにあるのか，を考えた。市場メカニズムには，経済主体が利己的に行動することによっても，資源配分の効率性が実現されるというメリットがある。医療サービスが，必ずしも市場による資源配分に完全になじまないまでも，これに全く依存しない形で，効率的な医療制度を作ることは困難であると考えられる。本研究では，そうした検討に基づいて，医療制度を構築する上で，必要なメカニズムについて議論してきた。

第一に，検討されたのは，社会保険と私的保険の役割についてであった。主要な結論は，保険者が消費者のリスクについて知らないときには，一定の仮定の下では，社会保険の存在によりパレート促進的な状況が実現する。

第二に，医療制度に競争原理を導入する，管理された競争について，検討した。管理された競争は，医療サービスにおいても，消費者主権を実現する一つの手段である。消費者が，サービスを需要する上で，直接購入するのではなく，医療サービスについて，医師と同等の知識を持った第三者購入者という代理人をたてることによって，情報の非対称性の問題を回避し，医療サービス市場で効率的な資源配分を実現しようというのが，その考え方の本質である。しかし，これがうまく機能するためには，いくつかの問題点が存在する。消費者が第三者購入者を選択するための情報を十分に持つことを保証するメカニズム，第三者購入者が，リスク選択を行わない様なメカニズム，端的には，リスクで調整した費用償還方式を開発すること，第三者購入者間の競争及び医療サービス供給者間の競争が十分に行われる条件を整備することが必要であること，などが指摘された。

そして，最後に，管理された競争の考え方に基づいて，医療制度改革を行いつつあるアメリカ，イギリス，オランダ，ドイツについて，理論に照らして，検討してみた。

日本も，諸外国と同様に，少子高齢化およびそれに伴う医療費の増加に対して，対策を求められつつある。本稿では，紙幅の都合上，日本がどの様な対策をとるべきかについて，具体的に検討する余裕がなかったが，市場メカニズムのメリットを配慮に入れた医療制度改革を十分に検討するべき段階に来ているように思われる。

参 考 文 献

大森正博（1995)「オランダの医療制度改革(上)，(下)」 『週刊社会保障』 No.1849，No.1852

大森正博（1996)「オランダの医療制度改革」(財)長寿開発センター（1996）所収

大森正博（1997）「イギリスの医療制度改革と準市場（Quasi-Market)」 「城西大学大学院研究年報』P19-42

大森正博，北村彰（1997）「イギリスとオランダの介護制度」佐藤，河野編『介護保険法―制度の在り方を問う』法律文化社 所収

川渕孝一（1996，1997）洗進諸国の医療費適正化政策(1)～(8)」 『社会保険旬報』

倉沢資成（1996）「医療保険と医療サービスの供給」社会保障研究所編 『医療保障と医療費』所収

南部鶴彦(1997)「保険者の役割の再検討」『社会保険旬報』 No.1934 P21－24

鴇田忠彦編（1995）『日本の医療経済』東洋経済新報社

西村周三（1987）『医療の経済分析』東洋経済新報社

堀勝洋（1996)「オランダの介護保険制度」P22～25『週刊社会保障』No.1877

(財)長寿開発センター（1996）『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業Ⅲ』

三輪芳朗（1979)「医療問題」 阪本他編 『経済政策入門(2)各論』所収 有斐閣

宮島 洋（1997）『高齢社会へのメッセージ』丸善

厚生省保険局企画課 監修（1994)『欧米諸国の医療保障制度』法研

K. J. Arrow (1963), ‘Uncertainty and the welfare economics of MedicaI Care', American Economic Review53, 941-973

M Chalkey ａnd J. Malcomson(1996), ‘Contra‐cts For The NationaI Health Service', Economic Journal, Vol. 106, PP1691～1701

A. Enthoven (1994), ‘On the ideal market structure for third-party purchasing of health care', Social Science and Medicine, Vol.39, PP1413～1424

J. Le Grand (1991), ‘Qasi-markets and social Policy' Economic Journal, Vol.101, PP1256～267

M. Matsaganis and H. Glennerster (1994), "The Threat of ‘cream skimming' in the post-reform NHS', Journal of Health Economics, vol.13 PP31~60

A. Maynard (1994), ‘Can competition enhance efficiency in health care?', Social Science and Medicine, Vol.39, 1433～1446

J. Newhouse (1996), ‘Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection', Journal of Economic Literature P1236－1263

M. Ohmori (1996), ‘A New Approach To The Primary Care System', 『医療と社会』 P 65－84

M. Pauly (1986), ‘Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy', Journal of Economic Literature, P629－675

F. T. Schut (1992), “Workable Competition in Health Care: Prospects For The Dutch Design”, Social Science and Medicine Vol.35, No.12, pp.1445－1455

P. M. M. van de Ven and F. T. Schut (1994), ‘Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?', Social Science and Medicine Vol.39, No.10, pp 1459－1472

A. Wolinsky (1993), ‘Competition in a market for informed experts' services', Rand Journal of Economics P380－P398

H. Glennerster et al (1994), *IMPLEMENTING GP FUNDHOLDING*, Open University Press

J. Hurst (1992), *The Reform of Health Care,* OECD

J. Le Grand and W. Bartlett (1993), *Quasi-Market and Social Policy*, Macmillan

J. J. Laffont and J. Tirole (1993), *A Theory of Incentives and Procurement and Regulation, MIT Press*

K. Mas-Colell, M. D. Whinston and J. R. Green (1995), *Microeconomic Theory,* Oxford University Press

A. Mcguire, J. Henderson and G. Mooney (1988), *The Economics of Health Care,* Routledge

M. V. Pauly (1980) *Doctors and Their Workshops*, National Bureau of Economic Research

R. Robinson and Julian Le Grand eds (1994), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund Institute

J. Tirole (1989), *The Theory of Industrial Organization,* MIT Press

O. E. Williamson (1985), The Economic Institutions of Capitalism, The Free Press

P. Zweifel and F. Breyer (1997), *Health Economics,* Oxford University Press

OECD (1992), *OECD Health Systems Ⅰ, Ⅱ*, OECD

OECD (1995), *Internal Markets in The Making*, OECD