

こうした医療をめぐる環境の変化はなにもわが国に限られて論じられている問題ではない。先進国は押しなべて同じような問題に直面しており、従来のフレームを大きく変化せざるを得ないような保健・医療セクターの構造改革を行っているのである。以下では、こうした各国の諸改革を概観するとともに、その中で「政府の役割」について考えてみたい。

## 2. 各国の健康変革

各国の健康変革<sup>2)</sup>の目的はもちろん前述のような状況に直面し、競争原理の導入を図り、効率化を図るとともに同時に消費者の選択の幅を拡大し、医療サービスの質をも高めることをねらいとしている。そしてそうした競争メカニズムが機能させるためには、医療サービスに顕著な情報の非対称性を軽減すべく、情報開示を積極的に進めること促進することが必要になる。すなわち、各国とも成熟した経済状況の下で高齢化による医療ニーズの増大と医療費の増大にに対応すべく医療セクターを効率化すると同時に、サービス利用者の質へのプレッシャーへの対応も同時に図っていくことを目指し、その切り札として市場メカニズムを導入する改革を進めているととらえられよう。一般に、保健医療システムはその供給体制と財源に着目して、4つの類型に分類することが可能である(表1参照)。ここでは、これら諸類型に典型的な3国の健康変革の現状とそこで議論されている政府の役割を概観してみたい。

表1 保健医療体制の諸類型

類型	財源	供給	典型的な国名
ベヴァリッジ型	公的(税)	主として公的	イギリス
ビスマルク型	社会保険	公私混合	ドイツ
マーケット型	私的(私的保険)	私的	アメリカ

出典:長谷川敏彦「世界を飲み込む健康変革の人類史的潮流—総論」『公衆衛生』Vol.62No.1 1998年,77)

### (1) イギリス

ベヴァリッジ型、すなわちサービスの供給および財源を国家が独占的に行おうとする医療システムの典型であるイギリスは1990年のNHSおよびコミュニティケア法によって従来の医療・福祉の公的供給体制を転換し、公的制度の持つ平等性を基本とした体制は維持しつつ、擬似的な市場(quasi-market)を導入し医療や福祉の領域に市場メカニズムを導入するという改革を行っている。

もともとイギリスの医療制度、NHS(National Health Service)は、国営医療であり医療サービスは一般財源でまかなわれ、国家によって供給されていた。しかし、NHS改革では「購入者と提供者の分離」され、イギリスの病院はNHSトラストという独立採算性の病院となり(提供者)、行政(購入者)がこのようなトラストをお互いに競争させ、最も効率性の高いトラストと契約を結ぶという方式になった。したがって、イギリスにおいては政府は従来の医療サービスの独占的供給主体であり、そのファイナンスの主体であったがその役割が擬似市場の管理主体へと変化しているといえよう。

### (2) アメリカ

アメリカの医療システムの特徴は周知のように供給と資金両面において私的部門を中心に構築されていることである。マーケット型といわれる所以であるが、公的部門はメディケア・メディケイドの量プログラムによって弱者、すなわち高齢者や低所得者を救済する役割を担っている。こうしたシステムにおいては当然無保険者が大量に出現している。また、アメリカの医療支出はOECDのデータによれば、対GDP比13.6%(1996年)と他の先進国以上に医療費適正化が問題になっている。クリントン政権による医療保険制度の導入構想が失敗したため、現在は管理医療(マネイジ・ケア)が患者の医療の簡条消費、供給者の過剰供給を抑制する仕組みとして期待されている。

<sup>2)</sup> 保健医療セクターリフォームとは保健医療システム全体の改革を指している。類似の用語として Health Care Reform, Health Reform などがあるがここでは Health Reform の訳語として「健康変革」を用いる。したがって健康変革という場合、保健医療システム全体の改革を指す。詳しくは長谷川敏彦「世界を飲み込む健康変革の人類史的潮流—総論」『公衆衛生』Vol.62 No.1 1998年)および、長谷川敏彦「健康変革[1]」『社会保険旬報』No.1970,1988年)を参照。

### (3) ドイツ

ビスマルク型の典型であるドイツは、1996年以降、疾病金庫の選択権に関して大幅に規制を緩和し、職域の疾病金庫にも地域住民の加入を認め、疾病金庫観に競争を導入した。同じく、オランダでも1987年のDekker委員会の勧告により保健医療サービスの85%を給付する「基礎保険」を強制加入とし、それを担う保険者としては公的疾病金庫と民間保険者が区別なく競争して被保険者を獲得するという競争原理を組み込んだ制度を目指した<sup>3)</sup>。

社会保険を中心とする諸国ではわが国の公的財源が混合されている社会保険とは異なり、医療制度は自助努力に基づく自己統治の仕組みであるという認識が基本となっている。従って、もともと政府の供給面における役割はほとんどなく、法律の枠組みを作り制度を調整することが主要な役割である。

表 2 健康変革の方向

類型	戦略	戦術
ベヴァリッジ型	公的供給体制の効率化	・管理競争(マネージトコンペティション)の導入 ・契約の活用
ビスマルク型	社会保険制度の改革	・保険自由選択性による競争導入 ・総額予算制による規制 ・優先度に基づく配給制
マーケット型	国民皆保険の導入[失敗] 需要側政策による改革	・私的保険によるマネージドケア ・情報公開による質の管理

出典：長谷川敏彦「健康変革[1]」(『社会保険旬報』No.1970、1998年)

健康変革の方向についての概要は、表2のようになるが、こうしてみると諸外国の保健医療セクター・リフォームのキーワードは、各々のシステムを前提としながら、「競争原理の導入」、「効率化」、「消費者の選択の幅の拡大」、「医療サービスの質」、「情報開示」となる。そして、イギリスに典型的に見られるように「提供者から舵取りへ」(from provider to enabler)、もしくは全体の保健医療システムの計画策定・管理が政府の役割として浮かび上がってこよう。

こうした流れは、「分権化」と表現することもできよう。ここでいう分権化とは、政府機能の地方自治体への権限委譲(北欧諸国に見られる)のみを指すのではなく、委任(外郭団体へ管理責任、特定機能を委任すること)、民営化(政府機能を民間部門へ委託すること)を含んでいる。特にベヴァリッジ型では、こうした分権化が健康変革の手段として広く用いられている。

しかし、政府の役割が縮小しているかといえそうとはいえない。むしろ高齢化に伴い社会全体の負担増に関心が高まる中で、自助努力・自己責任を基本とする社会保険を中心とした諸国でも政府に全体の調整に関して強いリーダーシップが求められているといえるだろう。

### 3. 本研究の目的と方法

政府の役割を考える場合、大きく分けて2つの次元があるといえる。第1は財源の次元であり、第2に供給の次元である。重要なことは、第1の次元と第2の次元について区別することである。この点について分けて考えないと財源調達機能とサービス提供機能の分離という現象を見落としてしまうのである。すなわち、従来のように「公か私か」もしくは、「市場か政府か」という2分法で政府機能を考えるべきではなく、財源調達を政府が、サービス提供は市場原理を導入するという形で公的なサービスの枠組みを担保するという形態の存在することを認識しなければならない。

<sup>3)</sup> こうした改革は完全実施されているわけではない。詳しくは、近藤正英「健康変革[7]財源制度政策—西ヨーロッパの事例を中心に—」(『社会保険旬報』No.1984、1998年)を参照。ドイツについては松本勝明「社会保障構造改革—ドイツにおける取り組みと政策の方向—」(信山社、1998)に詳しい。

したがって、前述のような諸改革を従来のような形で「公的部門を縮小しその肩代わりを家族や民間企業に求める」といった形で批判することは健康改革の本質を見落としてしまうことにもなりかねないのである。こうした点で政府の役割について考えることは、ますます複雑になり様々な環境要因や、形態を考慮することが必要になってきている。

そして、上記のように先進各国で共通して問われているのは、健康転換の第3段階に対応し、成熟・低成長経済という条件の下でサービスの効率化を図りながら利用者の選択の幅やサービスの質を維持しつつ患者が満足するような医療を提供する体制に政府の果たす役割はどのような役割かということである。こうした先進国での健康改革の現状を踏まえて、保険医療セクターにおける政府の役割について、様々な理論やテーマから複雑化している政府の役割について、もう一度考え直して見る必要がある。

(筆者：永田祐、長谷川敏彦)

# 保健・医療セクターにおける政府の役割

## はじめに

1980年以降、民営化、規制緩和、地方分権化等大きな政府から小さな政府への世界的な潮流のもと保健や医療の領域にかかわらず、ほとんどすべての領域で政府の役割、公的部門の役割が問い直されている。80年代のレーガン、サッチャーに代表されるような新保守主義的な市場メカニズムへの極端な信頼に基づく議論は一応沈滞はしたが、もはや左右両派にとって福祉国家といわれるような国民の生活全般について国家がかかわることを是とする60年代の「合意」も崩壊している。しかしだからこそ、政府の役割についてニュートラルかつ、プラクティカルに思考するにはよい時期になっているともいえるであろう。そしてそれは、経済・社会が未曾有の社会一すなわち超高齢社会へとまさにテイクオフしようとしているわが国にとってなくてはならない議論だと思われる。

ここでは、まず、保健医療セクターを含む、社会政策を行う政府についてマクロ的な視点から、戦後の福祉国家の変遷と現状の状況のレビューを行い、民営化、規制緩和、ニューパブリックマネジメントなど近年の政策動向をフォローする。そして、そうした諸改革が保健医療セクターにも通じうるものなのか吟味し、保健医療セクターにおける政府の役割について考察する。

## 1. 福祉国家再編過程の動向と政府の役割

ここでは、戦後福祉国家の変遷をたどりそのコンテキストを明らかにする。第2次世界大戦後、先進国（特に西ヨーロッパ）において自明のものとして受け入れられてきた福祉国家という体制は、その後どのように変遷し、現在に至っているのか。また、そこでの政府の役割についてどのような議論がなされているのか。全体の潮流を概観していく。

### (1) 福祉国家とはなにか

そもそも、福祉国家とはいかなるシステムを意味しているのであろうか。そこには様々な解釈や意味付けが存在し、容易に答えることは出来ない。一般的にはケインズとベヴァリッジに代表される第2次世界大戦後の「福祉国家」を指す場合が多い。しかしもちろん、このイギリスに代表される福祉国家が戦後一挙に成立したのではない。福祉国家的なプログラムは19世紀後半から徐々に成立していたし、救貧法が成立したのはイギリスでは17世紀である。では、ここでいう福祉国家とはいかなる意味か。しばしば引用されるのが、ブリッグズの「市場の諸力を修正すべく少なくとも3つの方向において組織化された権力が意識的に行使されている国家」とした定義である。3つの方向とは「第1に個人とその家族に、その仕事や資産の市場的な価値とは無関係に最低の所得を保証すること、第2に放置すれば個人と家族を危機に陥れることになる一定の『社会的事故』に個人と家族が対処できるように、その不安定性の範囲を縮小すること、第3はすべての市民が、地位や階級に関わりなく、合意されたある一定範囲の社会サービスを利用しうるようように保障すること」<sup>1)</sup>とされている。また、ウェッダーバーンも「すべての人に最低限度の実質所得を保障するために、市場の諸力を修正しようとする一定限度の国家関与を意味している」という点では広範な合意があるとしている

<sup>1)</sup> Briggs, A "The Welfare State in Historical Perspective" *Archives of European Sociology*, Vol. 2, 1961, p. 228.

2)。このような定義は、「市場の諸力を修正」に強調点を置いた福祉国家の定義である。また、市場の諸力を修正するという点に関しては、「福祉国家」は社会保障に限定されるものではなく、公共事業をはじめとする政府による積極的な財政政策を通じての完全雇用政策を実現するケインズ主義に基礎を置く経済政策全体を指しているとも見ることが出来る。このように、国家介入により市場の諸力を修正するという福祉国家の論理について正当性を付与したのは、ケインズ経済学であり、具体的なプログラムを作成したのがベヴァリッジであったことから、戦後福祉国家体制をケインズ=ベヴァリッジ体制とされることもある。

一方、福祉国家を民主主義の発展と関連付けて定義する見方も存在する。ウィレンスキーは「福祉国家の本質は、所得、栄養、健康、住宅、教育の最低基準をあらゆる市民に対して、慈善としてではなく、一つの政治的権利として、政府が保証することである<sup>3)</sup>」としている。すなわち、あるサービスが保障されることのみならず、それが政治的な権利として保証されていることによって他の国家形態と区別されるのである。こうした権利としてのサービスという考え方は、T・H マーシャルの市民権理論によって正統性を付与されることになった<sup>4)</sup>。

以上のような議論を総合しここでは、福祉国家を第2次世界大戦後に成立した①ケインズ主義的総需要管理を通じての完全雇用②すべての社会構成員に対するソーシャル・ミニマムの保障、③再分配政策を通しての社会・経済的平等の推進を目指して、中央政府が主要な責任を負うことを想定された国家と一応の定義をしておく。

## (2) 合意の時代

戦後福祉国家体制を支えた諸要素として田端は①ケインズ=ベヴァリッジの理論②政治的・社会的コンセンサス③経済成長をあげている<sup>5)</sup>。言うまでもなくケインズは「所得と富の分配の過度の不平等を是正し、完全雇用を実現するための経済理論」を、ベヴァリッジは「完全雇用と社会保障の具体的な政策プログラム」<sup>6)</sup>を提供した。この時期、従来の新古典派の経済学及び、マルクス主義が主張するような福祉国家と資本主義の非両立性という命題の主張はほとんど影を潜め、福祉国家は資本主義にとって何の脅威も与えるものでなく、むしろ相互補完的なものであるという認識が広まっていた。「イデオロギーの終焉」という命題がそのことをよく表している。ダニエルベルは、「知識人層の間では政治的課題について大まかな合意、すなわち福祉国家の受容、権力の分権化の望ましさ、混合経済体制と政治的多元主義についての合意が存在している」と主張した<sup>7)</sup>。また、産業化という側面から福祉国家の生成を説明する立場からは、産業革命以降の産業化の進展が基礎社会を衰退させ、それに対応するために福祉国家が機能的に必要とされており、福祉国家は不可逆であるという命題が引き出される<sup>8)</sup>。こうした考え方からすれば、先進各国はイデオロギーとは無関係にその産業化に伴い、福祉国家という形態に不可逆的に進んでいくことになる。このように、福祉国家は戦後、「イデオロギーの終焉」「福祉国家の不可逆性」という言葉に代表されるように、広範な合意を形成していたのである。こうした「合意」には、労使間の合意、政党間の合意という2つの側面がある。労使間では、双方が共に持続的な経済成長という共通の目的を分かち合い、政府が労働組合と雇用主との関係を対等に保ち、経済成長を可能とする一連の諸条件を確保し、福祉国家を管理するものとされた<sup>9)</sup>。そしてこのような合意を背後で支えていたのは、戦後の高い経済成長率であった。『福祉国家の黄金

2) Wedderburn, D. "Facts and Theories of the Welfare state" in R. Milliband and J. Saville (ed.) *The Socialist Register*, Monthly Review Press, 1965, p. 128.

3) Wilensky, H. L. *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*, University of California Press, 1975. (下平好博訳『福祉国家と平等-公共支出の構造的・イデオロギー的起源』木鐸社, 1984年) 訳書 33 ページ。

4) マーシャルの市民権については、T. H. Marshall *Social Policy* New Edition, Hutchinson, 1975 を参照。

5) 田端博邦「福祉国家論の現在」、東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家(上)』東京大学出版会、1988年、16 ページ。

6) 田端、前掲、17 ページ。

7) D. Bell *The End of Ideology*, The Free Press, 1960 (岡田直之訳『イデオロギーの終焉』創元社) pp402-403.

8) 富永健一「日本産業社会の転機」東京大学出版会、1988年 81 ページ。

9) Pierson, C. *Beyond the Welfare State? New Political Economy of Welfare* Polity Press, 1991 (田中浩・神谷直樹訳『曲がり角にきた福祉国家-福祉の新政治経済学』未来社、1996年) 邦訳、246 ページ。また、こうした労働組合、資本、政府の間での基本的な合意形成のあり方は三者構成主義 (Tripartism) と呼ばれる。

時代と呼ばれた時代』は、資本主義経済が国際的に空前絶後の成長を遂げた時代と、ぴったり重なっていた<sup>10)</sup>。

こうした戦後の福祉国家は、高い経済成長率に支えられてケインズ主義的経済政策による完全雇用の実現、市民権に基づく諸社会サービスの創設と拡大及びそうした政策についての広範な合意を基盤に「不可逆」のシステムと考えられるようになったのである。

### (3) 危機の時代

合意」の時代にかげりが見え始めるのは、1970年代に入ってからである。この時代には「福祉国家と資本主義の矛盾」について再び広い範囲で議論が展開されることになる。そもそも左右両派による福祉国家に対する批判は「合意」の時代にも存在していたが、「ニューライトやマルクス主義者からの批判は真剣には取り上げられなかった<sup>11)</sup>」。しかし、福祉国家の危機について論じたミシュラが、「戦後福祉国家に正当性を付与していた物質的、イデオロギー的な一連諸要素が1970年代の終わりになって著しく弱められている<sup>12)</sup>」と指摘したように、70年代後半からは福祉国家の危機が盛んに論じられるようになる。

福祉国家の危機の兆候を示す一連の諸事実として、武川は、次の三つの出来事を挙げている。第1は、「福祉・租税反対運動」(welfare-tax backlash)と呼ばれる現象で「福祉国家における社会政策—それも年金医療のような普遍的な現金給付というよりは、とりわけ対人社会サービスのような特定範疇を対象とした現物給付—に対する敵愾心」の勃興である。デンマークにおける反福祉国家を明確に掲げる進歩党の躍進、アメリカのカリフォルニア州における「提案13号」の可決に象徴される「納税者の反乱」、「不正受給」問題の表面化などがイデオロギーレベルにおける福祉国家の危機を象徴している。そして第2は、こうしたイデオロギーレベルでの反福祉国家感情の背景となった当時の先進資本主義諸国に共通していた経済停滞がある。そして、第3に福祉を支える政治・社会レベルでのコンセンサスの崩壊、福祉国家を財政面で支えていた高度経済成長の終焉といった諸事実を背景に政治システムが右傾化していった<sup>13)</sup>。こうした諸現象はまさに福祉国家が「危機」に陥っていることを印象づけるに十分であったといえよう。

また、ノーマンジョンソンは福祉国家の危機要因として以下の4つを上げている。第1は経済問題である。言うまでもなく石油ショックを境に先進資本主義諸国の経済パフォーマンスは急速に悪化する。第2は、政府の諸問題であり、大きく非効率な政府、官僚主義の増大に関するものである。第3は、財政問題でこれは政府の諸問題から引き出される。政府があまりに大きくなりすぎてその財政負担が深刻になっているとされる。そして以上の3つの要因から第4に正統化の危機がもたらされる。経済・行政・財政上の諸問題によって福祉国家の公約、福祉国家への期待を満たすことが出来なくなったとき、福祉国家への大衆の支持は失われ、正当性が失われていく<sup>14)</sup>。もともと福祉国家の論理と市場経済の論理は同質化し得ないものであるが、経済成長の時代には、国家財政の拡大と生活水準の上昇の中で、市場経済の論理にとっての福祉国家の論理の異質性があまり重大なものと認識されてこなかった。資本主義経済の成長力の低下と共に、一挙にこうした諸問題が顕在化したのである。

このような1970年代のオイルショックを契機に提起された「福祉国家の危機」についてはニューライトとマクス主義という代表的な2つの批判が存在するが、両者に共通する視点は、福祉国家と資本主義は本来矛盾するという視点である。矛盾の解決方法はニューライトがレッセフェールの時代への回帰を主張し、マルクス主義は社会主義への移行を主張するという点で異なっているが、その診断は極めて似通ったものであった。

このような理論的反応に対して、実際80年代の福祉国家はどのように推移したのか。以下で見ていきたい。

<sup>10)</sup> Pierson *Ibid.*, 249 ページ。

<sup>11)</sup> Johnson, N *The Welfare State in Transition* Harvester Wheatsheaf, 1987 (青木郁夫・山本隆訳『福祉国家のゆくえ』法律文化社、1993年) 邦訳 32 ページ。

<sup>12)</sup> Mishra, R *The Welfare State in Crisis Social Thought and Social Change*, Wheatsheaf Books, 1984 p18.

<sup>13)</sup> 武川正吾「福祉国家の危機その後」、社会保障研究所編『社会政策の社会学』東京大学出版会、1989年 195 ページ。

<sup>14)</sup> Jhonson, N *op.cit* pp32-50.

#### (4) 再編の時代 「大きな物語」から福祉国家のマネジメント論への変化

上記のような様々な「福祉国家の危機」論の高まり、さらにイギリスやアメリカでのニューライトを標榜するレーガン、サッチャー政権の成立は「福祉国家の危機」が「解体」へとつながるように思われた。しかし、1980年代の実態は異なっていた。最もラディカルなサッチャー政権が誕生したイギリスでさえ、社会支出はむしろ増大し、公的年金や国民保健サービス〔NHS〕には、ほとんど手がつけられなかった。マルクス主義者は、福祉国家を「本質的に矛盾した体制」と捉えていたが、崩壊したのは東欧及びソビエト連邦という社会主義諸国であった。確かに、質的な変化は見られた。特に貧困者に対するサービスやある一部の階層を対象とするような福祉政策は削減される傾向にあったが、「危機管理システム」としての福祉国家は普遍であるといつて良いだろう。すでに指摘したように、1970年代はじめ以来、福祉国家の状態はほぼ一貫して考察と討議の対象であり続けた。

しかし、「危機」論の高まりにもかかわらず、福祉国家はほぼ無傷のまま残るとというのが1990年代に入っての一般的判断となった。これまでの変化は概して小さかった。「不可逆性」「成熟」という考え方がよく福祉国家の耐久性を捉えているといふ。「福祉国家は現代資本主義社会にとって不可欠な危機管理システムであり、これに変わり得る新たなシステムを資本主義が生み出し得ない以上、疲弊を持ちながらも依然として存続を続けるであろう」<sup>15)</sup>。しかし、これは量的側面に限った議論である。福祉国家はやはり従来とは異なる文脈の上に立たされている。

ミシュラは、こうした変化として以下の3つの要因を挙げている<sup>16)</sup>。まず第1の要因は、完全雇用の終焉（国民国家による経済と完全雇用のコントロールの困難化）である。低労働費用の第3世界への生産の国外移転などに見られる資本の国際化の傾向は、国民国家による経済のコントロールを一層困難にしてしまった。第2には、三者構成主義(tripartism)の衰退である。スウェーデンに代表される集権化された賃金交渉を通じて、インフレを抑制し、完全雇用を達成し高度経済成長を継続するというシナリオは、新保守主義の代表的な代替案と見られていたが、前記の資本の国際化の傾向により弱まってしまった。すなわち、労働側の賃上げ抑制は低成長の今日期待できない。また、資本側は労働不足がなく労働組合の弱体化により賃金問題の市場的解決を選ぶ。さらに労働の多様化により労働運動の主力であったブルーカラーの連帯と統一性が弱まった。第3に、階級政治から多元的政治へ(福祉政策性格形成における労働運動の影響力の低下)である。従来の生産手段の私有に由来する階級の重要性が相対化された。生産手段の私有に由来する階級とは異なるアイデンティティーや利益に根ざしたアクションである「新しい社会運動」は、ケインズの福祉国家の官僚的、集権的、国家干渉主義的な形態に批判的である<sup>17)</sup>。

従来の福祉国家論、特に前節で検討したニューライトやマルクス主義者によるそれは、福祉国家体制の矛盾の診断であった。そしてある種のユートピア的思考、大きな物語(grand narrative)に基づいて、天啓的な予言を行うことにその特徴があった<sup>18)</sup>。すでに指摘したように、福祉国家は資本主義国家に不可欠の危機管理システムとして定着していると思われ「大きな物語」に基づく資本主義や他の社会に関する壮大ではあるが空虚な一般化を目指す議論の有効性は理論的にも現実的にも疑わしくなっていると思われる。

ロドルフは、「特定社会における政策的対立と特定の選択を正当化するために用いられた基準の厳密な分析に基づく理論化を要請しているといつてよいだろう。矛盾＝葛藤の診断にとどまらず、異なる社会がどのようにそれを処理するのか、その点での制度・組織の適応力、権力構造、処理過程で使われる議論の研究が遙かに実りおおい」<sup>19)</sup>としており、同じくミシュラも、「ソーシャル・ポリシーは、資本主義国の多様なバリエーションの下でポストモダン時代の特徴であり続けるが、「経済的」存在様式を補完しながらも、異議を唱え修正する相対的に自律的な行為領域として登場する。逆説的に

<sup>15)</sup> 武川、前掲書、239ページ。

<sup>16)</sup> Mishra, Ramesh 'Social Policy in the Postmodern World: The Welfare State in Europe by Comparison with North America' in Jones, Catherine (eds.) "New Perspective on the Welfare State in Europe" Routledge, 1993

<sup>17)</sup> Ibid. pp.24-27.

<sup>18)</sup> Klein, Rudolf "O'Goffe's Tale. Or What We Can Learn from the Success of the Capitalist Welfare State" In : Jones, Catherine (eds.) "New Perspective on the Welfare State in Europe" Routledge, 1993.

<sup>19)</sup> Ibid. pp.15-16.

も、歴史的、ユートピア的要素を奪われたソーシャル・ポリシーはポストモダニティーの狭義に即して、諸価値諸利益のミクロ政治の交錯の場としてより本物になる。」<sup>20)</sup>と述べている。

上記のような動向は、すでに問題は福祉国家の「本質的矛盾」というよりは、「福祉国家」という名称の妥当性は別として、現代資本主義社会に不可欠なこの危機管理システムをいかに効率的に維持していくかに向けられているように思われる。

福祉国家の危機、そしてその後の再編を促したのは、すでに指摘したように石油ショックを境にした経済問題であり、大きく非効率で、官僚主義化した政府の諸問題であり、そこから引き出される財政問題であった。これらの諸問題は福祉国家に対する大衆の支持をも失わせる要因となったのである。従ってそれ以後、再編過程の具体的政策としては規制緩和と民営化政策による大きな政府の解消と財政・経済問題の解決を志向したものであった。1980年代はすでに見たように市場化の嵐が吹き荒れ、サッチャー、レーガン政権の誕生とそのイデオロギーからも明らかなようにラディカルな民営化・規制緩和政策が採られることが予想された。しかし、実態としてはすでに述べたように根本的な変化はなかったと言う見方も存在している。実際、民営化・規制緩和は福祉国家による諸サービスを解体するためと言うよりは、その効率的な運営に向けられるようになって来ていると見ていいだろう。以下ではそうした動きを包括的に捉えた概念としてニューパブリックマネジメント(New Public Management=以下 NPM と略する)の考え方を概観し、民営化、規制緩和といった NPM の手法についても見ていきたい。

## 2. ニューパブリックマネジメント(NPM)

### (1) NPM とは何か

ニューパブリックマネジメントとは、「1980年代半ば以降、イギリス、カナダ、ニュージーランドをはじめとしたアングロ・サクソン系諸国を中心に行政実務の現場が主導した形で形成されたマネジメント理論」<sup>21)</sup>であり、以下の3つの特徴があるとされる。すなわち、第1に行政サービス部門をより分権化、分散化した単位の活動を調整することで、市場財分野であろうとなかろうと「競争原理」の導入を図ること、第2に施策の企画・立案部門と執行部門とを分離し、前者は主権的に全体の整合性に配慮しつつ決定し、後者は分権化した単位の権限を委譲すること、第3に成果(結果)に基づく管理手法を可能な限り広げること、であるとされている。このように、ニューパブリックマネジメントは厳密な理論というよりは以上のような特徴を有する一群の行財政改革の手法といえるだろう。

表1は、伝統的官僚システムとNPMによるシステムを比較したものである。

表1 伝統的官僚システムとNPMによるシステム

伝統的官僚システム	NPMによるシステム
法令、規則による管理	目標/業績による管理
単一の職務に特化した分業システム	サービス供給の効率化のための柔軟な組織運営
明確なヒエラルキー・システム	自立的な業績評価の単位である小規模な組織間での契約によるマネジメント
戦略的マネジメントの欠如	民間委託や内部市場システムの活用
	供給サイドから一方的な意思決定を行うのではなく顧客サイドのニーズを反映したマネジメント

出所 大住荘四郎「New Public Managementの展望と課題」(『神戸大学経済学研究』44、1997年、pp.36)

すなわち、NPMによるシステムは行政の機能を細分化し、サービスの供給部門と企画立案、管理部門を分離することによって「契約型」システムに置きかえる。それぞれの部門は個々の業務ごとに評価可能な目標を設定し、予算を獲得する。割り当てられた予算の使用については、そのマネジャー

<sup>20)</sup> Mishra, Ramesh *op.cit.* p.36.

<sup>21)</sup> 大住荘四郎「New Public Managementの展望と課題」(『神戸大学経済学研究』44、1997年、35ページ。)



の自由裁量の権限を拡大する。こうしたシステムにより、従来の「法令、規則」による管理から、「目標・業績」による管理が可能になる。また、こうしたシステムと採用することでその目標が達成できたか出来なかったが、個々の細分化された部門の責任が明確になるのである。

## (2) NPM の実際

以下では、NPM の実際について諸外国で用いられた例から見ていきたい。大住は、NPM の手法として、(1)公的企業の民営化、(2)広義の民営化手法、(3)PFI (Private Financial Initiative)、(4)エージェンシー化、(5)内部市場システムをあげている<sup>22)</sup>。ここでは、(1)、(2)及び、(5)内部市場システムを「民営化」として、その動向を概観する。

### 1) 民営化

「公的企業の民営化」、公的企業の株式会社化が最も典型的な民営化事例であろう。従来、公的提供や規制は自然独占産業に対して正当化されて来た。しかし、民間部門で独立採算性が維持できる産業について公営である根拠は薄く、そうした産業について完全民営化の対象とすることが妥当であろう。しかし、民営化は、完全民営化のみを指すものではない。それが「広義の民営化手法」である。セイヴァスは民営化を「政府の役割を削減させる行為、または、活動や資産の所有形態から見て民間部門の役割を拡大する行為」としているが、このように考えれば、単純に民営化といってもいくつかのディメンションが存在する。表2における「1. 完全民営化」以外の広義の民営化手法が用いられるのは、完全民営化が不可能な場合、すなわち、民間部門での独立採算性を前提とした事業運営ができない領域に限られる<sup>23)</sup>。このような領域については、従来政府が直接供給を行っていたが、民間部門がサービスを供給し、政府はその購入主体となると言う形で、広義の民営化の手法を導入することが可能である。

表2 民営化の分類

1. 完全民営化	公的企業の民間への売却。公共財を私的財化し、市場で購入できるようにする。ボランティアによるサービスの提供。政府の行ってきた公共財のサービスを、民間に委ねること。
2. 外部委託	政府が民間企業などと委託契約を結び、契約事業者に特定の公共サービスを委ねるものであり、消費者は、契約事業者から公共サービスを購入し、政府が対価を事業者へ支払う。この場合の、政府の役割は、公共サービスへの需要を正確につかみ、競争入札等を行い、サービスの質を監視すると同時に公正に税金ないし料金を徴収し公正に税金ないし料金を徴収し、適正価格で契約事業者への支払いを行わなければならないことである。
3. フランチャイズ	政府が、民間企業等に事業特権を与え、その企業に消費者への財・サービスの提供を行わせる方式。フランチャイズ方式には、一事業者にのみ事業特権を与える方式（排他的フランチャイズ）と、複数企業に与える方式（多数フランチャイズ）がある。この場合の政府の役割は、価格・算出量・サービスの質の監視である。
4. 補助協定	特定の財・サービスにつき、政府が民間事業者認定ないし指定し、そのサービス供給活動に対して補助金、助成金を与えるか、税金の軽減・免除、低利融資などの補助を行う。
5. バウチャー	政府が消費者に購買力を与え、市場で相対的に自由な選択を行わせる。消費者は、クーポンを持って市場で財・サービスを購入し、クーポンを受け取った事業者は、政府の代理支払い機関から、代金を受け取る。

ここでは、表2のうち、「外部委託」、「バウチャー」について取り上げる。

「外部委託」の場合、特定のサービス供給を民間の企業やボランティア組織に委託し、サービス受給者は委託された事業者によりサービスの供給を受ける。政府はサービスを直接供給することはないが、供給の責任は負っているためその事業者のサービスについて監視を行うという仕組みである。こ

<sup>22)</sup> 前掲論文、45～56 ページ。

<sup>23)</sup> 大住、前掲論文、47 ページ。

うした民間委託については、わが国の社会福祉におけるサービス提供において多く用いられてきた手法であるが、委託業者選定に競争入札が用いられないと独占市場となり、「競争なき民営化」になってしまう恐れがある<sup>(24)</sup>。また、バウチャー制度とは、政府がサービス提供のための資金を直接消費者に賦与し、消費者自身が特定のサービス事業者を選定するという仕組みである。そして、事業者はサービス提供の対価としてバウチャーを受け取り、換金するのである。

### (3) NPMの民間非営利組織(NPO)の経営への影響

すでに示したような外部委託やバウチャー制といった民営化は、営利企業のみをその対象としているわけではない。いわゆる民間非営利組織(以下 NPO と略す)もその対象となっている。ここでは、こうした NPO の経営にすでに論じた民営化がどういった影響を及ぼすか、考察したい。

社会サービスの分野では、従来から民間非営利組織が果たす役割が大きかった。そもそも、政府より以前から NPO のサービスが存在し、徐々に国家がそれを引き継いで来たというのが社会サービスの歴史であろう。従って、社会サービス分野での NPO を対象とした「完全民営化」は、過去へのノスタルジーでしかないと言っても過言ではない。しかしすでに示したように、広義の民営化手法では外部委託の対象として、またバウチャーによって消費者が選ぶ主体として NPO がサービス供給主体として期待されていることが多い。イギリスでは、コミュニティ・ケアの領域で 1990 年の NHS とコミュニティケア法によって社会サービス部の役割が直接サービス供給主体から、条件整備主体へとシフトし、「契約」により住民に提供するサービスを提供するいわゆる「契約文化」が一般化してきている。こうした改革に対して、NPO 関係者からは政府資金の増大による自律性の喪失を危惧する声が上がっている。

営利企業とは異なり、NPO はそのミッションに基づいて運営されている。政府との契約の増大によって、こうしたミッションよりも契約に基づいてサービスを行う政府のエージェントとなってしまうのではないかという問題が指摘されているのである。

## 3. 医療サービスの経済理論

それでは、以上のようなニューパブリック・マネジメントによる諸手法は保健・医療セクターにそのまま応用できるものであろうか。医療サービスの性質を吟味し、市場メカニズムの導入の可能性と限界について探ってみたい。

### (1) 経済学の視点から見た医療サービスの性質

我々が日常生活で利用する財・サービスの多くは、市場における自由な取引に任されて、需要と供給が行われている。それに対して、医療サービスは、日本を含めた多くの国々で、政府の介入が多く見られ、医療サービスが市場における取引になじまないことが広く認識されてきたように思われる。医療サービスが市場における取引になじまない理由について、理論的根拠が多くの経済学者によって議論され、明らかにされてきた。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アローの議論<sup>(25)</sup>が代表的であり、ここでは、Arrow(1963)を元にして、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。

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、医療サービスを必要し、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

<sup>24</sup> 競争なき民営化と言う概念は、武智秀之「政府と NPO」社会保障研究所編『社会福祉と市民参加』東京大学出版会、1998 年を参照。

<sup>25</sup> ) K.J.Arrow(1963), Uncertainty and the welfare economics of Medical Care, *American Economic Review* 53,941-973

ことを確実に予測することは極めて困難である<sup>(26)</sup>。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を生み出す。

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。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広く知られている。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<sup>(27)</sup>。

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、効用が低下するといった形の外部不経済も考えられよう。

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つて、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) が可能になる。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イ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。

## (2) 市場の失敗と政策的対応

医療サービスには以上のような一般財とは異なる性質を持っている。これらの性質の中には、「市場の失敗 (Market failure)」をもたらす、医療・介護サービスを、市場における取引に任せることを困難にするものがあると考えられる。以下では、これらの性質が、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せるのかを検討することにする。

### 1) 保険の必要性 — 需要の予測不可能性・不確実性 —

<sup>26)</sup> 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。

<sup>27)</sup> 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。

医療・介護サービスを患者が、何時、需要することになるか、を正確に予想できない場合があることに対して、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、厚生へ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、経済学的に考えられるのは、保険原理を利用することである。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、将来になってみると、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、人々の厚生への損失一般を問題にするのであれば、疾病の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<sup>28)</sup>。

第二に、同じ疾病をカバーするにしても、どの範囲までの病気を保険がカバーす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、一部の病気を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後で述べるような、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 (Adverse Selection) 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。しかし、だからといって、政府が保険をすべて運営する必要があるということにはならず、この点についても詳細な吟味が必要になる。

医療サービスに保険を導入するにあたって、それぞれいくつかの検討すべき問題があることを念頭に置いた上で、保険制度を利用した場合にどの様な問題が発生するか、を検討してみよう。

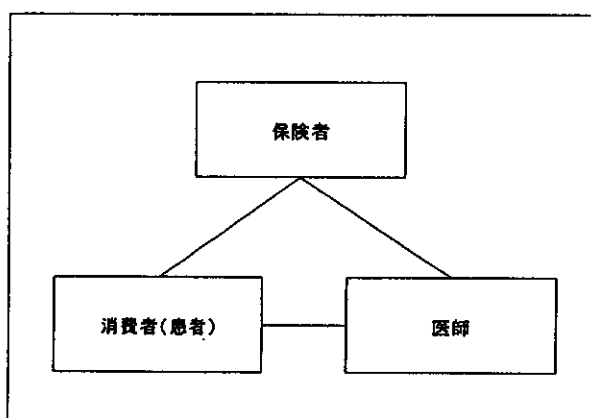


図 1 保険者が存在する場合の医療制度

保険制度を利用することを考えると、理論的には、上記 (図 1) のような仕組みが必要になる。この場合、重要なのは、制度の中に、サービスの供給者と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、サービス供給者—消費者間、サービス供給者—保険者間、保険者—消費者間という 3つの取引関係が出現する。

## 2) 情報の非対称性

先述のように、情報の非対称性は、医療サービス及び介護サービスにおいて特徴的に見られる性質

<sup>28)</sup> 三輪芳朗「医療問題」(阪本他編 『経済政策入門 (2) 各論』所収 有斐閣、1979年)を参照せよ。

であるように思われる。保険を取り入れた医療制度においては、3つの取引関係が出現する。保険者とサービス供給者の間、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顕著なのは、先にも説明した様に、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。

## 2)-1 サービス供給者—消費者の間の情報の非対称性

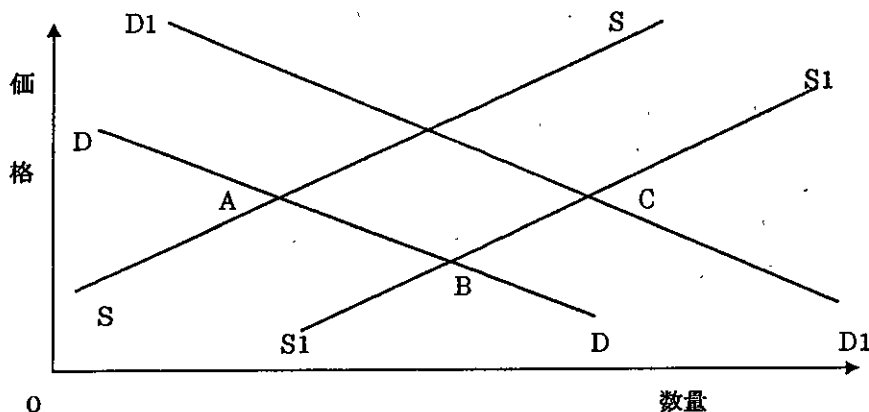
### —供給者誘発需要 (Supplier-Induced Demand) —

供給者誘発需要は、主として、医療サービスの場合に注目され、問題視されてきた。しかし、概念的には、介護サービス (long-term care) の場合にも、同じ論理を適用することができる。そこで、医療サービスにおける供給者誘発需要について検討してみたい。

先にも述べたように、医療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) である供給者に委託をするというプリンシパル—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。

(図2) 供給者誘発需要



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 S1S1 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必要するように消費者を説得して、需要曲線を DD から D1D1 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。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<sup>(29)</sup>。

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<sup>(30)</sup>。

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

<sup>29)</sup> 供給者誘発需要の実証研究については、Mcguire, J. Henderson and G. Mooney(1988), *The Economics of Health Care*, Routledge で簡潔なサーベイが行われている。

<sup>30)</sup> 西村周三『医療の経済分析』東洋経済新報社、1987年参照。

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。アローが自分の論文の中で述べているように、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。

## 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、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、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、消費者が病気をしやすいか、しにくい、介護のリスクがどのくらいかは、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、病気をしやすい(リスクの高い)人々が加入するよりは、病気をしにくい(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だろうか。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、得るのに多くのコストを要する<sup>31)</sup>。こうした場合、私的保険に任せておくと、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。

ここで、逆選択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。簡単のために、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。

このような仮定の下では、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  $P_H$  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。

### 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だろうか。その一つの方法として、強制健康保険 (Compulsory 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。

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 (Pareto Improving) な状況を実現することができる。人々は、初期賦存を出発点として、追加的に私的保険

<sup>31)</sup> 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。

商品を購入することができる。保険会社は、自らの利潤を考慮するので、リスクの異なるグループの人々それぞれに対して、保険数理的に公平な保険商品を提供する。

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。

### 2) -3 サービス供給者と保険者の間の情報の非対称性

また、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。医療保険制度においては、ただ、かかった医療費を償還することだけを考えているのであれば、保険者は、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。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、量さらには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。

### 3) 契約 (Contract) に関わる諸問題

以上、各主体間の情報の非対称性の実際について検討したが、ここから発生する諸問題は、保険契約の在り方によって顕在化する。ここで、保険契約とは、消費者（保険加入者）と保険者の間で締結される契約のことを指すことにしよう。医療保険の典型的な仕組みは、消費者（保険加入者）が保険者に対して保険料を支払うことに対して、保険でカバーされる医療サービスを必要することになったときに、かかる費用を保険者から償還してもらうというものである。保険契約にはいくつかのバリエーションがあり得る。保険の在り方の分類のポイントを挙げておく。

第一に、かかった費用の全額を保険者が負担するのか、一部を負担するのか、という分け方がある。第二に、保険料の形態で、典型的には、人頭払い (Capitation payment)、所得比例 (Income-related)、リスク調整型 (Risk-adjusted) などがある。第三に、費用の償還の仕方によるバリエーションがあり得る。

①保険者が費用を消費者に償還する。(したがって費用を消費者がサービス供給者に対して支払う。)

②保険者が費用を、消費者を経由しないで、サービス供給者に直接償還する。

③上記①と②の組み合わせ

第四に、カバーされるサービスの範囲についてのバリエーションがある。まず、どの様な種類のサービスがカバーされているのか、という問題がある。例えば、薬剤サービス、出産サービスは保険でカバーされるのか、がその一例である。また、カバーされるサービスの種類が決まったところで、どのサービス供給者からも購入できるのかどうかというポイントも指摘しておきたい。例えば、同じ全身

用 CT スキャナーの検査を受ける場合でも、A 病院でのサービスはカバーされるが、B 病院のサービスはカバーされていないといった具合である<sup>32)</sup>。

以上のポイントそれぞれの組み合わせによって、様々な保険契約が考えられるが、いずれの場合であっても、サービス供給者にモラルハザードが生じる。つまり、サービス供給にかかった費用を一部であれ、全額であれ、保険者が無条件に費用償還する場合には、サービス供給者に、先に指摘した供給者誘発需要が生じたり、サービスの質を落とすなどの行動が起こる余地がある。消費者に望ましい形で保険契約を結ぶことは容易なことではない。

また、ここまでは、保険契約、消費者と保険者の間の契約を念頭に置いて議論してきたが、保険制度を考える上で、もう一つの関係ないし契約を考慮する必要がある。それは、保険者とサービス供給者の間のそれである。保険者は、上記のようなポイントについて、消費者と契約を行い、契約内容に基づいて、サービス供給者に自分の保険の加入者に対してサービスを提供してもらう。その場合、保険者は、サービス供給者がどのような価格の、そしてどのような質のサービスを提供するか、関心を持つはずである。なぜなら、サービス供給者の行動次第で自社の保険の収支、需要に影響があるからである。サービス供給者が高い価格をつけていれば、保険の収支にマイナス効果があるし、サービスの質が悪ければ、自社の保険に加入している消費者からクレームがつく可能性がある。保険者とサービス供給者の間の契約ないし、保険者がサービス供給者に対して働きかけたいことは、保険加入者に対するサービス提供の内容についてのものになる。

論点をここで一つ一つ整理しておこう。

第一に、価格についての条件である。サービス供給者が設定する価格を自由にすると、消費者がサービスの内容が理解できる場合には、問題は生じないが、サービス供給者と消費者の間に情報の非対称性が存在する場合には、サービス供給者が価格をコントロールして、つり上げる可能性がある。第二に供給量である。消費者がサービスの内容を理解できない場合には、保険者の都合で、供給量をコントロールして、消費者が本来必要なサービス量よりも多くを供給することになる可能性がある。第三に、サービスの質についての条件である。情報の非対称性がある元では、サービス供給者がサービスの質を落とす可能性がある。

したがって、保険者は、自らの保険の収支に対して無関心でいられない場合には、価格、供給量、サービスの質等についてサービス供給者と交渉を行うか、あるいはこれらの項目を含んだ契約を行う必要がある。

契約の経済学、組織の経済学の研究で良く知られているように、情報の非対称性等がある元での取引には少なからず費用がかかる。保険者がサービス供給者に対して望ましい行動を強制したり、契約を行うことには少なからず費用がかかるし、保険契約を消費者に望ましいものにするためには、コストがかかるのである。インセンティブコストや取引費用 (Transaction cost) がそれにあたる。

Milgrom and Roberts (1992) は取引費用の源泉として、以下の 5 つを挙げている。

- ①取引を行うのに必要な投資の特殊性 (specificity)
- ②同じ取引が生じる頻度 (frequency) と取引が繰り返される継続期間 (duration)
- ③取引の複雑性 (complexity) と不確実性 (uncertainty)
- ④取引における業績測定の難しさ (difficulty of measuring performance)
- ⑤ある取引と第三者を含む別の取引との連結性 (connectedness)<sup>33)</sup>

消費者と保険者の間の取引関係、保険者とサービス供給者の間の取引関係、さらに、消費者とサービス供給者の間の取引関係においても、これらを原因とした取引費用が発生しているように思われる。また、こうした取引費用のある元で、ある行動を強制させることはインセンティブコストをもたらす。医療制度を考える上で、こうした取引にかかる費用は無視できないと考えられる。これらの議論については、次節で具体的に議論することにしよう。

#### 4) 外部性

医療における外部性の代表的なケースは、伝染病の予防などであるが、処方箋としては、予防サー

<sup>32)</sup> 例えば、日本の医療制度の場合、保険医制度があるので、医師は保険医になれば、すべての社会保険から費用の償還を受けることができる。

<sup>33)</sup> P.Milgrom and J.Roberts (1992), *Economics, Organization and Management* (邦訳 奥野正寛、伊藤秀史他訳 『組織の経済学』 NTT 出版) 邦訳 P33 を参照のこと。



ビスを公的に供給することである。一方、介護サービス及び医療サービスでも、指摘したアルトウルイズム (Altruism) については、後に行う公平性について考察のところで詳しく論じることにはしたい。

#### 5) サービスとしての性質

医療・介護サービスは、ロケーショングッズ (location goods) としての性質を持っていることから、市場の競争条件を考えるときに、配置・ロケーション (location) が重要な戦略変数になる。医療・介護サービスを需要する場合に、消費者は、供給者がいる場所まで出向いていかなければ、サービスを需要することができない。消費者にとって、消費するまでにかかる時間 (時間的コスト) が重要であれば、供給者はそのことを留意して自らの立地を考えなければならない。複数の病院が消費者の居住地から近接したところであれば、病院間の競争は激しくなるし、離れたところであれば、競争はあまり起こらないかもしれない。また、ロケーションは、公平性に影響を与えることもある。アクセスビリティ (Accessibility) が公平性の観点から重要であれば、遠くまで行かないとサービスの供給を受けられない人々は、不公平な状態に置かれていることになる。

また、医療・介護サービスが持っている製品差別化の側面も、供給者間の競争条件に影響を与える可能性がある。サービスが消費者毎に customized されている一例として、かかりつけ医を挙げることができよう。消費者が、かかりつけ医を選ぶ理由は、医師との性格的相性がよい、親切である、クリニックの建物がきれいである、技術的に信頼が置けるなど様々であろうが、いずれにせよ、消費者は、他の医師よりもその医師に対して強い選好を持つことになる。そして、継続的な取引を続けることによって、医師の方にも消費者の性格、体質、病気の様子などの情報が蓄積され、取引が固定化される。このこと自体は、かかりつけ医制度の長所でもあるわけだが、逆に医師の間の競争関係を抑制する要因になる可能性がある。

#### 6) 公平性についての留意

需要の予測不可能性、不確実性と逆選択の問題の発生の可能性から、強制保険の必要性が論じられたわけであるが、強制保険は事後的な分配の側面を強く持っていることをここで指摘しておきたい。つまり、人々は事前的には自らのリスクを知らないわけであるが、いざ、リスクが発現した後は、人々は否が応でもサービスを必要しなければならない。結局、保険は、事後的にサービスを必要する必要がなかった人々から、需要することになった人々への所得分配を行うメカニズムであるとも言えるのである。

### 4. 医療・介護制度における望ましい規制と政府の役割

このように医療・介護サービスは、どうやら市場における取引に完全には任せてはおけない側面を持っていることがわかった。従って「完全民営化」、政府の役割の放棄は考えられない。それでは、これらのいろいろな問題に対して、どの様な政策や規制すなわち、政府の役割が正当化されるのだろうか。

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。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、医療サービスは、全てを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、考え方があり得ると思われるが、この定義は比較的妥当するものであるように思われる<sup>34)</sup>。つまり、所得が多いか少ないかによって、サービスをどのくらいの量を必要出来るか、サービスの価格の高低があるのかないのかは、サービス

<sup>34)</sup> 公平性の見方についてのサーベイは、石川経夫『所得と富』(岩波書店、1991年)、第2章を参照のこと。

の需給が「公平」に行われているのかどうかを判断する上で、重要な情報である。例えば、所得の高いものの方が、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、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、社会的な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、高騰する費用を如何に抑制するか、という捉えられ方をすることが多い。それは、医療費、介護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切実に要求されていたからに他ならない。

医療サービスについてみると、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、前節で議論した NPM の手法が採り入れられている。すでに議論したように、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)」の考え方、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<sup>35)</sup>。エントーベンらの考え方は、いうまでもなく、アメリカの医療制度に影響を与え、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、すでに考察した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。

### (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の、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。これは、前節で見た NPM の「広義の民営化手法」特に内部市場の導入である。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を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にある。

ここで、各主体に適切なインセンティブを持たせる上で、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エージェント (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。

なぜ、情報の非対称性から生じる「供給者誘発需要」の問題が解決されるのであろうか。それは、医師と同等の医学的知識を持っている 第三者購入者をサービス購入の当事者に設定することによって、購入者と供給者の間の情報の非対称性を解消することができるからである。疾患についての治療方法、医薬品などについて情報を持っている者を第三者購入者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。第三者購入者とサービス供給者の間に擬似的な市場 (Quasi-market) を作るのである。

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

<sup>35)</sup> Enthoven, A (1994), On the ideal market structure for third-party purchasing of health care, *Social Science and Medicine*, Vol.39, PP1413 ~1424 及び Le Grand, J (1991), Quasi-markets and social policy, *Economic Journal*, Vol.101, PP1256 ~1267 などを参照のこと。

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<sup>36)</sup>。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ることによって、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。

## 2) 管理された競争が機能するために留意すべきこと

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、第三者購入者に対する支払い方式である。その支払いは、消費者が医療サービスを購入するための予算と消費者の代理人をつとめるサービスに対する料金という2つの性格を持ったものとなる。第三者購入者に対する支払い方式については、いくつかのバリエーションが存在する。重要なポイントの一つ目は、事前的に支払うか、あるいは事後的に支払うかという問題である。つまり、消費者のサービス購入にかかる費用を何らかの方法で予測し、前もって支払う前払い(Prospective payment)と、実際に消費者に対してサービスを提供した後に、かかった費用を支払う後払い方式があり得る。

管理された競争では、後払い方式ではなく、前払い方式をより望ましいとする。その一つの理由は、後払い方式の場合には、前払い方式の場合に比べて、保険者とサービス供給者の間で取引の度に必要とされる情報の量が非効率的に多いと考えられるからである。後払い方式の場合には、サービス供給者が消費者にサービスを提供する度に、行ったサービスの内容、価格についての情報が供給者から保険者に流れ、保険者はそれを解釈、査定して、サービス供給者に費用償還する。また、保険者は消費者のエージェントであるためには、サービスの価格、量だけでなく、供給者が消費者に対して、質の良いサービスを提供したのかどうか、という情報も収集しなければならない。それに対して、前払い方式の場合には、後払い方式の場合のようなサービス供給の度に行われる情報のやりとりが必要ない。こうした理論的背景もあって、管理された競争では、前払い方式が採用される。いわば、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は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らず、一人当たり一定の予算をもらおうとしよう。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(Cream Skimming)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、病気をしや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

<sup>36)</sup> M.Ohmori(1996), A New Approach To The Primary Care System, 『医療と社会』 P65-84 を参照。

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。

第二に、サービス供給者間の競争関係が重要である。仮に、第三者購入者、サービス供給者の間でサービスの価格、量、質について完全情報を仮定すると、これらのマーケットが十分に競争的であることが必要になる。まず、第三者購入者が消費者にとって、よきエージェントであると仮定すると、サービス供給者間の市場が競争的であることが望ましい。サービス供給者は、他のライバルのサービス供給者と第三者購入者と契約をしてもらうための競争を行うので、消費者により良いサービスを提供するように努力するだろう。

第三に、第三者購入者が消費者のエージェントとして望ましい行動をとるインセンティブがあるのかどうかという問題がある。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。このよう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。また、消費者のリスク選択を行って、クリームスキミングを行う可能性があることについては、前述の通りである。

「医療の質」の低下に対して、「第三者評価」を処方箋として提示することができる。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、あるいは、その様に消費者から信じられているかどうか問われる。

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、関連して、情報を獲得し、開示する第三者機関として、具体的にどのような機関を設定すべきであるかが、考慮されなければならない。エンタ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を必ずしも意味しない<sup>37</sup>。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。

<sup>37</sup> A. Enthoven, *op.cit.*