

医療市場における厚生損失の評価について

—Riceの所説とそれをめぐる議論—

川崎医科大学 経済学教室

山崎嘉之

(平成11年11月1日受理)

On Evaluating Welfare Losses in the Health Care Market

—Especially Regarding Rice's Argument—

Yoshiyuki YAMASAKI

*Department of Economics, Kawasaki Medical School,
Kurashiki, 701-0192, Japan*

(Received on November 1, 1999)

概 要

われわれは本稿において、医療市場における厚生損失の評価に関する Rice の所説をはじめ、これをめぐる Feldman and Dowd および Peele の見解、さらには彼等の議論に対する Rice の回答を紹介しながら、検討を加えてきた。その結果得られた結論はつぎの通りである。

第1に、伝統的な厚生損失モデルは医療保険に基づく厚生損失（または資源の浪費）を問題にしたのに対して、Rice は医学的に不必要（不適切）なケアに関連した厚生損失のタイプを問題にした。

第2に、これらの厚生損失の減少を目的とした医療政策について、伝統的なモデルは、消費者／患者の医療サービスに対する需要行動の抑制を強調したのに対し、Rice（および Peele）は医療サービスの供給者の供給行動の規制を重視した政策を奨励したのであった。

第3に、Feldman and Dowd は、Rice の厚生損失の定義を考慮して、医療保険による厚生損失を計算した場合、伝統的なモデルから得られるよりもより大きな厚生損失がもたらされることを明らかにしたが、Rice はそれは同義反復であるとして反対した。

第4に、Rice は消費者／患者が一部負担に直面した場合、有効性のより低いケアだけでなく、非常に有効なケアに対する需要をも同時に減少させるという Lohr 等の経験的確認を、伝統的なモデルから得られる帰結を論駁するために利用したのに対して、Peele は伝統的なモデルを修正することによって、Lohr 等の経験的確認それ自体を理論的に説明しようとした。

第5に、たとえ消費者／患者が医療サービスの有効性（質）に関して、十分な知識を持たないとしても、一方で Feldman and Dowd および Peele は消費者／患者により多くの情報を提供することにより、消費者情報の改善は可能であり、したがって医療サービスに対する需要曲線を消費者選好を十分に反映した信頼しうるものにするのが可能だと主張した。他方 Rice は医療サービスの情報の特異な問題により、より多くの情報提供による消費者情報の改善には限界があるとして、医療サービスの需要曲線に対して懐疑的であった。すなわち、Feldman and Dowd および Peele は伝統的モデルを擁護することにより、消費者主権を重視した“narrow” economistsの立場であり、他方 Rice は医療サービスの需要曲線を厚生損失分析に適用するこ

との現実的妥当性を問題にするとともに、医師の供給行動を重視することにより、消費者主権は制限されるとする“broad” economistsの立場に立っているとみなすことができる。したがってこうした両者の基本的な立場の違いが前述した第1から第4までのRiceと伝統的モデルおよびそれを擁護したFeldman and DowdおよびPeeleのそれぞれの見解の相違点となって示されているといえよう。

Abstract

With regard to evaluating welfare losses in the health care market, T. Rice presented an alternative framework to the traditional welfare loss model. Feldman and Dowd and Peele defended the traditional model and Rice responded to their view. The purpose of this paper is to examine how Rice's view differs from the arguments of Feldman and Dowd and of Peele.

The main results reached can be summarized as follows. First, the traditional welfare loss model shows that there is health insurance-related welfare loss, whereas Rice suggests medically unnecessary care-related welfare loss should be considered.

Second, the traditional model suggests a policy prescription that makes much of regulating of consumer demand for medical care. On the other hand, Rice recommends a policy prescription that emphasized controlling the behavior of the medical care provider.

Third, Feldman and Dowd show that Rice's approach to calculating the welfare loss under health insurance, according to Rice's distinction between effective and less effective care, results in a loss that is higher than their calculation. Rice objects that their argument is tautological. Fourth, Peele modified the traditional model by considering the marginal utility curve net of non-monetary costs; that is, time, pain, discomfort and risk factors and tried to explain theoretically Lohr's finding that consumers / patients will decrease the above-mentioned two types of medical care in the cost-sharing plan.

Finally, even if consumers / patients may be poorly informed concerning the effectiveness or quality of medical care, Feldman and Dowd and Peele stress that it is possible to improve consumer information by providing consumers / patients with more information. However, Weisbrod and Rice claim that “because the human physiological system is itself an adaptive system”, consumers / patients continually face the difficulty of evaluating the effectiveness or quality of medical care. In other words, they argue that there is a limitation to improvement of consumer information by providing consumers / patients more information. Therefore, we have concluded that Feldman and Dowd and Peele are “narrow” economists who make much of consumer sovereignty by defending the medical care demand curve, while, Rice (and Weisbrod) are “broad” economists who consider consumer sovereignty to be limited by questioning the realistic appropriateness of the medical demand curve and stressing the behavior of the medical care provider.

は し が き

医療市場における厚生損失 (welfare lose) の評価については、Rice (1992) の所説をはじめ、それをめぐるFeldman and Dowd (1993) およびPeele (1993) の諸見解、さらには彼等

の議論に対する Rice (1993) の回答が存在する。この論争において、Rice は伝統的な厚生損失モデルを終始批判したのに対して、他方 Feldman and Dowd および Peele は伝統的なモデルを擁護してきた⁹⁾。本稿の目的はこれらの論争で提起された諸問題を整理することによって、両者²⁾の主張の相違点を明らかにすることである。

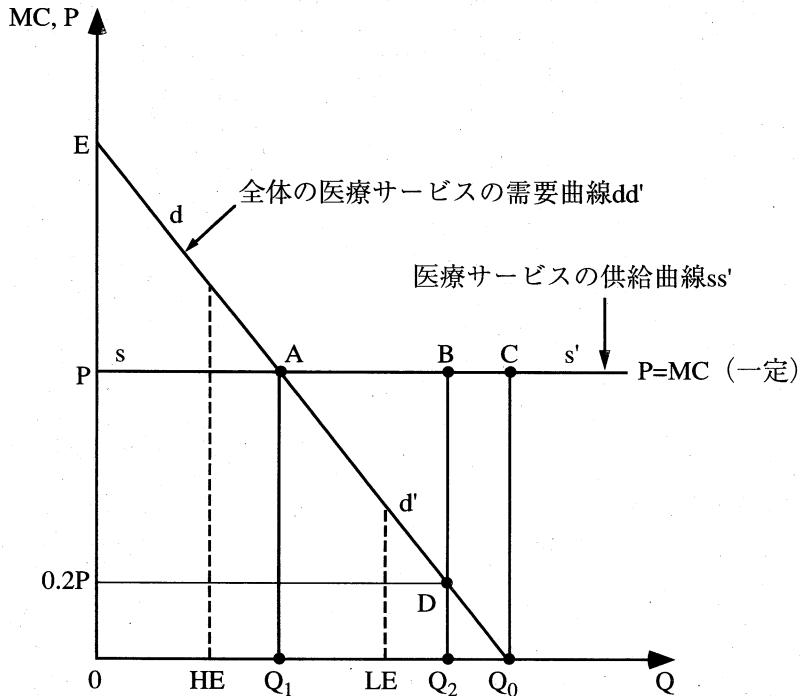
以下まず第 1 節では、Rice の伝統的な厚生損失モデルに対する解釈とその批判および彼が問題とした厚生損失のタイプ、さらには彼が奨励した政策的処方箋が取り上げられる。第 2 節では、Rice の主張をめぐって、Feldman and Dowd および Peele の見解、さらには彼等の議論に対する Rice の回答が取り上げられる。むすびでは、本稿の目的に照らしながら、これまでの議論の要約と今後の課題について言及する。

第 1 節 Rice の医療市場における厚生損失の評価に対する所説³⁾

1-1 Rice の伝統的な厚生損失モデルに対する解釈とその批判

最初に Rice は医療市場における伝統的な厚生損失モデルについてつぎのように説明している⁴⁾。まず消費者／患者の効用極大化行動が仮定され、しかも彼等は(i)保険に加入していない場合⁵⁾と、(ii)保険に加入している場合を考える。いま医療サービスまたはケア⁶⁾の価格を P 、消費者／患者の P に対する負担率を θ ($0 \leq \theta \leq 1$) とすると、彼等の P に対する実際の支払は θP ($0 \leq \theta P \leq P$) で表される。そこで彼等が医療保険に加入していなければ、 $\theta=1$ であって、 P の全額を負担しなければならない。他方、彼等が医療保険に加入している場合、(i)医療サービスの価格 P の一部分 ($0 < \theta < 1$ たとえば $\theta=0.2$) を支払う場合と、(ii)保険者の完全な給付率すなわち $\theta=0$ によって全く支払わなくてよい場合に分けられるが、その場合の彼等の P に対する実際の負担は前者では P の高さよりも小さく ($0 < \theta P < P$)、後者ではゼロとなることはいうまでもない。

つぎに第 1 図のように、消費者／患者の医療サービスに対する需要曲線 dd' は右下がりに与えられ、また医療サービスの供給曲線 ss' は横軸に水平 (すなわち限界費用 MC は一定) に与えられるとしよう。さらに、消費者／患者が保険に加入していない場合、前述のように彼等が実際に負担する支払 θP は P の高さそのものであるが、それは医療サービスの限界費用に等しい ($P=MC$) と仮定される。そうすると、消費者／患者の効用極大化行動を前提とする限り、医療サービスから得られる限界効用 (ないしは限界便益) が彼等が実際に負担する価格 P (=一定の限界費用) に等しくなる点まで医療サービスを必要するであろう。したがってこの場合の均衡は dd' 曲線と ss' 曲線の交点 A によって決定され、医療サービスの均衡需要量 (=供給量) は OQ_1 となる。この場合いわゆる消費者余剰の大きさは伝統的な分析によってつぎのように説明されよう。まず均衡需要量 OQ_1 に対して、消費者／患者が「実際に支払った金額」(この場合は私費)は POQ_1A の面積で示されるが、同時にそれは医療サービスの提供機関における生産費 (ないしは医療費) をも表す。なぜならば、 Q_1 は医療サービスの (均衡) 供給量でもあるから、 $OQ_1 \times OP$ (限界費用 = 一定) = 生産費を示すからである。したがってこの場合医療サー



第1図 Riceの解釈

ビスの生産費あるいは医療費は消費者／患者が支払った私費によってファイナンスされることを意味する。他方、医療サービスの右下りの需要曲線 dd' は、周知のように消費者／患者の医療サービスに対する「限界評価曲線」でもあるから、したがって EOQ_1A の面積は医療サービスの需要量 Q_1 に対する彼等の総効用額（総便益額）あるいは彼等が「支払ってもよかった最大の金額」を示す。それゆえに、彼等が「支払ってもよかった最大の金額」から「実際に支払った金額」を差し引いた金額はいわゆる「消費者余剰」であって、それは $\triangle EPA$ の面積によって示される。しかもここでは限界費用＝一定より、「生産者余剰」はゼロであるから、この場合の消費者余剰が社会全体としての厚生すなわち「社会的厚生」(social welfare) を表すことになる。

つぎに医療保険に加入している場合、彼等がたとえば P の20% ($\theta=0.2$) を支払うとすれば、彼等が直面する実際の負担 θP は $0.2P$ に低下し、医療サービスの需要量は OQ_2 に増加する。このように医療サービスの需要量が Q_1Q_2 だけ増加した場合、 AQ_1Q_2D の面積は消費者／患者が得る追加的効用（ないしは追加的便益）を表わし、他方 AQ_1Q_2B の面積は生産費の増加すなわち追加的費用を表わす。したがってこの場合、第1図から明らかなように、 AQ_1Q_2B の面積＝追加的費用は AQ_1Q_2D の面積＝追加的効用（ないしは追加的便益）を $\triangle ADB$ の面積だけ超過するが、この超過分 ADB の面積こそは社会全体にとっての「厚生損失」(welfare loss) あるいは資源の浪費⁷⁾ (the wasting of resources) と呼ばれるものである。

つぎに保険者による給付率が完全な場合 ($\theta=0$) には、厚生損失はどのように示されるであろうか。この場合、消費者／患者が負担する医療サービスの価格 θP はゼロであるから、医療サ

ービスに対する需要量は OQ_0 まで増加する。このように医療サービスが Q_1Q_0 だけ増加した場合、これまでと同様の解釈によって明らかのように、 AQ_1Q_0 の面積は消費者／患者の追加的効用(ないしは追加的便益)、また AQ_1Q_0C の面積は医療サービス提供機関の追加的費用をそれぞれ表わすので、したがってこの場合の社会の厚生損失は後者から前者の面積を差し引いた ΔAQ_0C の面積によって示されることはいうまでもない。そしてこの場合の厚生損失は、一部負担のケースに比較すれば、 BDQ_0C の面積だけ増加することになる。

以上が医療市場での医療保険に基づく厚生損失についての伝統的な議論であった。

つぎにわれわれはこのような伝統的な厚生損失モデルに対する Rice の批判についてみてみよう。Rice は「有効性のより低いケア」(less effective care: LE) と「非常に有効なケア」(high effective care: HE) という Lohr 等 (1986) が行なったケアの分類を用いて、第 1 図のように伝統的な厚生損失のモデルを再解釈している。ここで消費者／患者が保険者による完全給付の状態 ($\theta=0$) から、保険に加入していない状態 ($\theta=1$) に直面すれば、すでにみたように、医療サービスの需要量は Q_0 から Q_1 に減少する。その場合断念される医療サービスは Q_0 から Q_1 の間であって、いずれも限界費用よりもより低い限界効用をもたらすが、同時にそれらの医療サービスは有効性のより少ないケア(たとえば第 1 図の LE) とみなされる。他方、 O と Q_1 の間にある医療サービスは反対に限界費用よりもより高い限界効用をもたらすが同時に非常に有効なケア(たとえば第 1 図の HE) とみなされている。そうだとすれば、伝統的議論のもとでは、消費者／患者が自己負担ゼロ ($\theta=0$) から全額自己負担 ($\theta=1$) の状態に直面した場合、断念した医療サービスは有効性のより低いケア⁹⁾ だけから構成され、しかもそれらのケアのみが厚生損失計算に含まれるということになる。

しかしながら、以上の伝統的なモデルから得られる帰結に対しては、Rice はつぎの 2 つの理由に基づいて批判している。第 1 には、Lohr 等の経験的確認は消費者／患者が、一部負担に直面した場合、有効性のより低いケアのみならず、非常に有効なケアに対する需要量をも同時に減少させた、ということを示しているが⁹⁾、そうだとすれば、伝統的なモデルからの帰結は、Lohr 等の経験的確認とは矛盾するというものである。第 2 は、伝統的モデルの議論においては、「医師による不十分な情報や助言の結果として購入されたサービス」⁹⁾ は、厚生損失計算のなかには何んら考慮されていないという点である。Rice によれば、このようなタイプのケアこそは、厚生損失の主要な部分をなすものであると主張しているが、つぎにわれわれはこのような論点を含めて厚生損失の評価についての Rice の主張をみることにしよう。

1-2 厚生損失の評価に対する別のアプローチとその政策的処方箋

Rice は伝統的モデルの医療保険による厚生損失の代わりに、医学的に不必要な (medically unnecessary) あるいは不適切な (medically inappropriate) ケアによる厚生損失を取り上げているが、その理由としては前述した 2 つ以外につぎの諸点¹⁰⁾ をあげている。

(i) アメリカにおいては、「不必要 (あるいは不適切) なケア」に対する多くの実証的確認が存

在する。

- (ii) 「人々は独力で正しい選択を行うほど十分な情報や体験を持つとは限らない。」
- (iii) 「……。良き情報が存在しない場合、消費者選択が常に（または通常）最適であると信ずる理由はほとんど存在しない。」
- (iv) 「人々はケアの提供者達（そして彼等の目的は患者のそれとは異なっているかもしれないが）によって誤った判断をするかもしれない。」

以上の理由のうち、(ii)はいわゆる患者と医師との間にみられる情報の非対称性の問題であり、(iii)はそのような情報の非対称性が存在する場合の医療サービスの需要曲線に対する信頼性の問題であり、また(iv)の事態は患者と医師との代理関係が不完全な場合に生ずる可能性を示している。以上の(ii)から(iv)に基づいて、Rice は伝統的な厚生損失モデルを構成している右下りの医療サービスに対する需要曲線を厚生損失の分析に適用することの現実的な妥当性を問題にするとともに、(i)の理由と相俟って、厚生損失の別のタイプをつぎのように定義している。すなわち、厚生損失を「不必要なケア (unnecessary care) に対する社会の資源の浪費¹¹⁾と定義し、そのような厚生損失は、「医学的必要性」(medical necessity) という概念に基づいて評価されるべきであるとしている。さらに彼はこのような厚生損失の定義は、「個別の消費者が市場で選択するよりも、医療が社会にとって最善であるところのものについて、より正確な尺度を与える¹²⁾と主張している。しかしながら、ここで問題なのは、このような厚生損失の定義において、その要ともいふべき「不必要なケア」または「不適切なケア」あるいは「医学的必要性」(medical necessity) 等の概念について、Rice 自身は何んら明確に定義していないことである¹³⁾。これらの用語の概念規定の問題は今後の課題として残されているといえよう。

最後に Rice は、伝統的なモデルにおける医療保険による厚生損失のタイプと彼の厚生損失の定義からそれぞれ導出される政策的処方箋の意味あいについてつぎのように述べている。伝統的な厚生損失モデルの議論のもとでは、厚生を高めるのにある最優先すべき政策が存在するが、それはケアの限界費用について患者の認識を高めることである。そのためには、(i)患者の一部自己負担を増加させること、(ii)医療消費に対する補助金の除去、(iii)ケアのより多くの利用と費用がより高い保険料に反映される競争の増大、などがあげられる。しかし、これらの方法は厚生を高めるためのごく一部分で狭い範囲に限られたものにすぎない。しかも、これらの政策は消費者/患者の医療サービスに対する需要行動の規制を対象としたものである。

これに対して、Rice が提示した厚生損失の別の定義のもとでは、不必要（あるいは不適切）なケアを除去する政策は、厚生を高め且つ有望な処方箋としてみなされる。具体的には、①利用監査、②診療のガイドライン、③ DRG を基礎とした病院への償還、④最近の医師支払いの一連の改革、⑤ HMO、⑥技術の規制、などがあげられる。そしてこれらの政策はいずれも医療サービスの提供者（供給者）の供給行動の規制を中心としたものである。

以上が厚生損失の評価についての Rice の所説の概要である。このような Rice の主張に対しては、Feldman and Dowd (1993) および Peele (1993) の反批判および彼等の議論に対する

Rice (1993) の回答が存在する。次節でわれわれは彼等の見解をみてみよう。

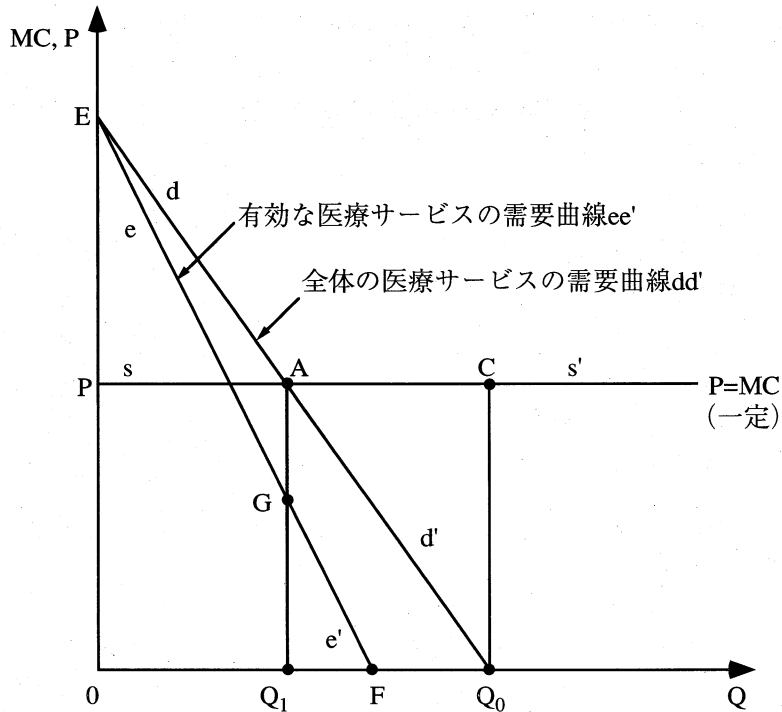
第2節 Riceの所説をめぐる議論¹⁴⁾

2-1 Feldman and Dowdの見解

Feldman and Dowd (1993) の論文の意図は2つある。第1には、Riceの厚生損失の定義に基づいて、医療保険による厚生損失を計算すれば、伝統的な厚生損失モデルから得られるよりもより大きな厚生損失がもたらされるということが明らかにされる。第2には、「医学的必要性」(medical necessity) についての研究者達の評価に基づいて厚生損失を測定した場合に生ずるいくつかの問題が指摘される。われわれは第1の問題からみてみよう。彼等は、Riceが伝統的なモデルを批判するのに導入した「非常に有効なケア」と「有効性のより低いケア」という概念的区別には反対しないとして、Lohr等(1986)の論文の内容についてつぎのように言及している。まずLohr等は医学的診断(症状)を7つの有効性のグループに分けたが、以下では単純化のために有効性のグループ1とグループ4の2つのケースについて検討している。ここで有効性のグループ1とは、(i)症状の軽減、(ii)機能の回復、および(iii)生存の見込みの増大に対して、医療サービスないしケアが非常に有効な場合であり、他方有効性のグループ4はこれらに対して医療サービスがほとんど有効ではないか、又はまれに有効な場合を表している。Lohr等は、これら2つのグループによって前述したLohr等の経験的確認を得ているがそれはつぎのように説明される。Lohr等(1986)の第5・1図によれば、グループ1の状態(ケアが非常に有効な急性の状態)に対するケアの確率的需要量(the probability of an episode of care)は、たとえば貧困でない成人の場合、一部負担では19.2%、完全な給付率(自己負担率ゼロ)では26.9%であり、他方グループ4の健康状態(ケアがまれにのみ有効である、またはセルフケアが有効な状態)に対するケアの確率的需要量は一部負担では30.1%、完全な給付率では38.8%であり、いずれのグループにおいても、完全な給付率の場合においてより高くなっている。あるいは、消費者/患者が自己負担がゼロの状態から一部負担に直面した場合には、双方のグループの健康状態に対するケアの確率的需要量は逆にいずれのグループにおいても減少する。しかもこのようなケアの確率的需要量の減少量について、両グループ間の差は存在しない、と。これが前述したLohr等の経験的確認といわれるものである。

Feldman and Dowdによれば、ケアの2つのタイプの価格はいずれも1ドルと仮定されているから、以上のLohr等の数字の水平和を求めると、2つのタイプのケア全体の需要曲線が得られる。すなわち、Lohr等のデータのもとでは、2つのタイプのケア全体に対する確率的需要量は完全な給付率の場合には65.7%、一部負担では49.3%となる。このようにして有効なケアに対する需要曲線 ee' と有効性のより低いケアをも含む全体の需要曲線 dd' が第2図のように得られる。

ところで、消費者/患者がケアの価格 P の全額を負担する場合には、彼等のケアに対する確率的需要量は、 P の高さ=MCの水準で示された横軸に水平な直線が全体の需要曲線 dd' と交



第2図 Feldman and Dowdの解釈

わるA点に対応した OQ_1 に決定され、その場合、消費者余剰は $\triangle EPA$ の面積によって示されることはすでにみた通りである。しかしながら、ここで Rice が主張するように、有効なケアの評価部分だけを考慮すべきであるとすれば、全体のケアの需要曲線の下での面積から消費者/患者の有効性のより低いケアの評価部分は排除されなければならない。有効性の低いケアの評価額は図では $\triangle EGA$ の面積で示されるから、 $\triangle EPA$ の面積から $\triangle EGA$ の面積を差し引けば、非常に有効なケアから得られる消費者余剰が得られる。しかもそれは全体の需要曲線 dd' から得られる消費者余剰よりもより小さいことは明らかである。

つぎに、消費者/患者が直面するケアの価格 P の全額が医療保険によって完全にカバーされる場合には、ケアの確率的需要量は OQ_0 に決定され、したがって Q_1Q_0 だけ増加するが、この場合、全体の需要曲線 dd' のもとでは、厚生損失は AQ_1Q_0C の面積から AQ_1Q_0 の面積を差し引いた $\triangle AQ_0C$ の面積によって示されることは前述のとおりである。しかしながら、医学的に必要(あるいは有効)なケアだけを評価の対象とすべきである、という Rice の主張からすれば、ケアが Q_1Q_0 だけ増加したとき、有効なケアに対する需要曲線 ee' の場合の消費者/患者の追加的効用(便益)額は、第2図のように、 $\triangle GQ_1F$ の面積で示され、全体の需要曲線の場合の $\triangle AQ_1Q_0$ の面積よりも明らかにより小さい。他方、ケアの追加的費用は両者の需要曲線において同一であるから、したがって、有効なケアの需要曲線 ee' の場合の厚生損失は、追加的費用 (AQ_1Q_0C の面積) から追加的効用額 (GQ_1F の面積) を差し引いた $AGFQ_0C$ の面積によって示され、全体の需要曲線の場合よりもより大きくなることは明らかである。

しかしながら、Rice (1993) は以上の彼等の議論は同義反復ないしは循環論法であって、それは第2図で示された有効なケアの需要曲線 ee' の下の面積についての彼等の解釈にあらわれているという。すなわち Rice は、第2図で示された AQ_1Q_0C の面積は自己負担がゼロの場合、追加的消費サービスの費用を示すことには同意するが、有効な需要曲線 ee' 下の GQ_1F の面積は医学的に有効なケアの追加的消費からもたらされた追加的効用 (便益) を示す、という Feldman and Dowd の解釈には反対し、「これらの医学的に有効なサービスの便益は、もし消費者がこれらの医学的に有効なサービスの価値を適切に評価することができたならば、はるかにより大きなものになっていたであろう」¹⁵⁾と主張している。要するに、Rice は全体のケアに対する需要曲線 dd' の場合と同じように、有効なケアに対する需要曲線 ee' の場合においても、それが有効なケアに対する消費者/患者の適切な評価を反映したものでない限り、このような右下がりの有効なケアに対する需要曲線を厚生損失分析に適用することには反対しているといえよう。したがってわれわれは彼等の議論は同義反復ないしは循環論法であるという Rice の指摘は以上のような意味に解することができよう。

つぎに、われわれは彼らが提示した第2の問題に移ろう。それは2つある。1つは、医療の有効性についての研究者間の評価の信頼性の問題であり、もう1つは「医療の便益を評価する際の情報の役割」に関する問題である。これら2つの問題のうち、本稿では、前者の問題は取り上げないことにする。というのは、この問題は、医学固有の臨床的判断を必要とする内容を多く含んでおり、したがって、彼等の議論をも含めてより立ち入った検討が必要と思われるので、別の機会に取り上げることにしたい。

そこでわれわれは後者の消費者情報の問題に移ろう。この問題に対する Rice の主張は2つある。1つはすでにみたように、患者と医師との間に存在するケアの情報の非対称性により、消費者/患者がケアの間違った (したがって信頼できない) 消費決定を行うかもしれないということである。もう1つは専門家としての医師のアドバイスが消費者にとって有用な情報源であるという点である。Feldman and Dowd は以上の2つの点に関して同意しながらも、それぞれつぎのように主張している。第1の点については、Feldman and Dowd はだからこそ、消費者/患者が行うケアの消費決定を十分に信頼のおけるものにするためには、彼等により多くの情報が提供されなければならないし、また同時に彼等が利用しうる情報量を高める政策が推進されるべきである、としている。そして Feldman and Dowd はこのような自分達の見解に対しては Rice も異存はないであろうと述べている。しかし実はこの点にこそ Rice と Feldman and Dowd との見解の対立点が存在しているのであるが、この問題については後にみる Peele (1993) の見解とそれに対する Rice (1993) 回答のところで再び検討することにしよう。

つぎに彼等は Rice のもう1つの主張についても異存はないとしながらも、その際注意すべきは、専門家の見解に一方的に依存すべきではないとしている。なぜならば、専門家としての医師の判断に全面的に依存すれば、消費者/患者がケアの消費決定の過程で重視する他の側面、たとえば便宜さ、危険回避の程度、苦痛等々が無視または軽視される可能性が存在するからで

ある。したがって彼等は「消費者の厚生測定は、専門家の助言それ自体ではなく、その助言についての消費者の評価に基づくべきである」と主張している。しかしこの点に関しては、後にみるように Rice (1993) は Peele 論文 (1993) に対する回答において、前述した Feldman and Dowd と同じ主旨の Peele の見解に同意しており、したがって、彼等と Rice との間には、見解の基本的な相違はないといえよう。

以上が Rice の所説に対する Feldman and Dowd の見解の概要である。つぎにわれわれは Peele の主張についてみてみよう。

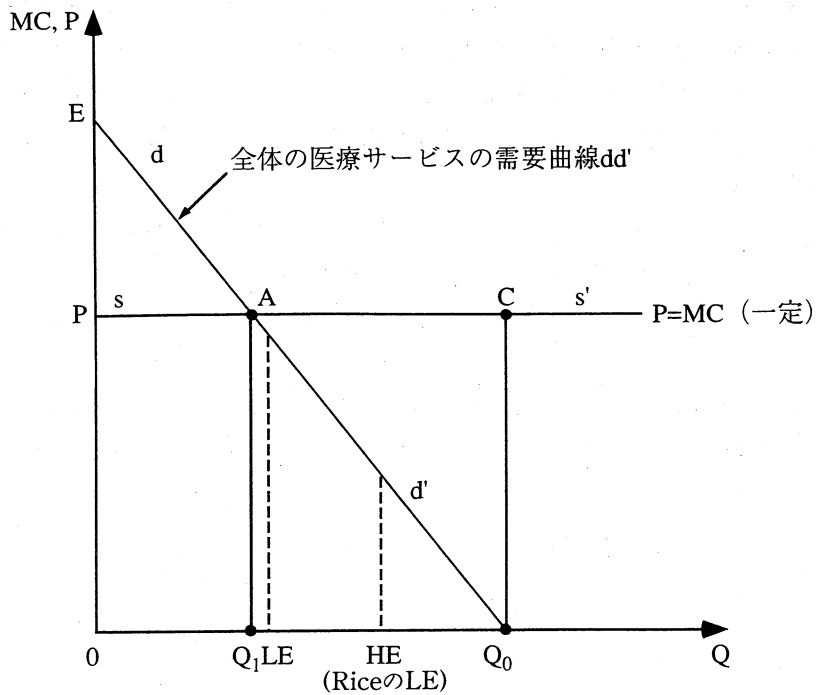
2-2 Peele の見解

Rice の所説に対する Peele (1993) 論文の主要な内容はつぎの2点に要約されよう。1つは前述した Lohr 等の経験的検証が伝統的なモデルを修正することによって理論的に説明できないかを問題とした。もう1つは、伝統的なモデルにおいても、Rice が奨励した政策的意味合いが得られるという点である。そこでまず前者の問題からみてみよう。

Peele はヘルスケア¹⁶⁾の複合単位 (composite units of health care) という概念を用いて、Rice が使用した限界効用曲線について別の解釈を行っている。ここでケアの複合単位とはケアの数量と質とを混合したものであって、それは経済成長論などで使用された労働の効率単位 (efficiency units) の概念に対応するものであるという。したがって患者のケアに対する複合需要 (それはケアの限界価値に等しいが) の概念はこの場合ケアのあらゆるタイプから構成されることになる。

ところですでに第1図においてみたように、保険者による完全な給付率のもとでは、消費者/患者は彼等が直面するケアの価格はゼロであるから、ケアを OQ_0 まで需要し、他方医療保険に加入していない場合には、ケアの価格 P は限界費用 MC の水準に等しい高さまで上昇するから、ケアに対する需要量は OQ_1 にまで減少することは前述した通りである。この場合、注意すべきことは、ケアの複合単位に対する需要量の変動だけが知られるのであって、ケアの需要量の個別の単位の質または有効性については何も特定化してはいないということである。換言すれば、患者の複合需要曲線は、 Q_1 を超えたケアの追加単位は Q_1 単位目よりもより低く評価されることを示してはいるが、 Q_1+1 単位目のケアのタイプ(または質)あるいはすでに消費されたケアのタイプについては何んら特別に指定してはいないのである。

ところで、すでにみたように、Rice は伝統的なモデルの解釈において、非常に有効なケア=高い限界価値 (限界評価) および有効性のより低いケア=低い限界価値と解釈したうえで、消費者/患者が一部負担 (あるいは自己負担率=1) に直面すれば、彼等は有効性のより低いケア (第1図で示された Q_1 から Q_0 の間にあるケアの諸単位、たとえば LE) だけを断念し、非常に有効なケア (たとえば第1図の HE) を消費するというものであった。しかしながら、このような Rice の解釈に対して、Peele は第3図に示されているように、Rice が第1図で有効性のより低いケアとして示した LE は、その限界価値 (評価) は相対的に低いとしても、非常に有効なケ



第3図 Peeleの解釈

アを示しているかもしれないし、また断念した有効性のより低いケアは Q_1+1 あるいは Q_1+2 単位目であるかもしれない、と述べている。

ところで以上のような Peele の解釈において、有効性のより低いケア LE が非常に有効なケアを示すと同時にそのケアの限界効用（評価）は比較的に低いということ、および断念した Q_1+1 単位目のケアは有効性はより低いけれども、同時にその限界効用は比較的高いということとはどのように説明しうるのであろうか。Peele によれば、この点についてつぎのように説明される。ケアのどんな諸単位であれ、それは患者に対して時間、苦痛および危険のような非金銭的費用をもたらす。そこで、一方において患者に対するケアの限界費用としては貨幣的費用を使用し、他方患者のケアの限界効用（限界価値）は前述の時間、苦痛および危険といった非金銭的費用を控除したものとして解釈することである。Rice が第1図で有効性のより低いケアと称した LE は、もしある処置が患者に対して大きな苦痛を伴うものであれば、患者にとってその限界効用（限界評価）は相対的に低いかもしれないが、その処置の有効性は非常に高いことになる。また Q_1+1 単位あるいは Q_1+2 単位目の処置については、その限界効用（限界評価）は比較的に高いが、有効性はより低いという点についても、Peele 自身は明示していないが、同じように説明しうるであろう。すなわち、もしそれらの処置が患者にさほどの危険や苦痛をもたらさないならば、それらの処置の限界効用（評価）は比較的高いかもしれないが、それらの有効性はより低い、と。

Peele が主張するように、ケアの非金銭的費用と限界効用およびケアの有効性との間に以上

のような関係が成り立つならば、第3図に示されるように、消費者/患者が自己負担ゼロの状態から一部負担あるいは全額自己負担の事態に直面した場合、彼等は「非常に有効なケア」と「有効性のより低いケア」の双方を同時に削減することになる。このような帰結は Lohr 等の実証的確認と一致する。以上が Lohr 等の実証的確認に対する Peele の伝統的モデルの枠内での理論的な説明である。

しかしながら、Rice (1993) はこのような Lohr 等の実証的確認に対する Peele の理論的説明が消費者/患者が重視する苦痛や危険といった評価要素だけで可能であるためには、これらの評価要素とケアの有効性のカテゴリーとの間に強い相関関係が存在するという確認を示す必要があると批判している。

つぎに Peele は厚生損失の別の定義に基づかなくても、伝統的なモデルにおいて Rice の奨励する政策的意味あいが得られるとして、つぎの2つの点に言及している。第1には、すでに Rice が主張したように、消費者/患者はケアの有効性あるいは成果について十分に評価できないので、ケアに対する間違った消費決定を行うかもしれない。したがってケアの正しい消費決定を行うためには、「患者の情報セットを改善すること」が必要であるが、そのためには、専門家としての医師のアドバイスが不可欠である。しかし問題はその後医師が不十分なアドバイス (poor advice) を患者に提供するかもしれないということである。したがって、このような場合に、ケアの成果について医師の知識を改善することが、厚生損失を減少させ、またそのためには診療のガイドラインや利用監査といった政策が Rice のように奨励されることになる。

第2には、Peele は、厚生損失がいわゆる「不必要なケア」に対して資源を使用することからもたらされるという Rice の主張は妥当ではあるが、しかしこのことは「不必要なケア」(unnecessary care) とは一体何かというより大きな問題をもたらすとして、つぎの2つの点に注目している。1つは伝統的な厚生損失モデルのもとでは、医療保険に加入していない場合に、消費者/患者が断念したケアは全て不必要である、というライス指摘は¹⁷⁾正しいとしている。もう1つは、彼等が医療保険に加入していない場合に、伝統的なアプローチでは、消費されたケアが不必要であるということはあるが、しかし、それらのケアが、医師の不十分なアドバイスの結果、不必要であるかもしれない、という可能性は存在する。このような場合、医師は患者の不完全なエイジェント (agent) の場合でも健康の成果について適切に知らされるかもしれないが、しかし、この目的を一層遂行するためには「医師を患者の完全なエイジェントたらしめるように利潤動機を除去することによって医師のインセンティブの構造を変えることはより有用」であるし、そして Rice の政策で奨励された HMO はこのような目的に役立つであろう、と¹⁸⁾。

最後に Peele は結論的に「厚生を改善するためのこれらのアプローチはいずれも、厚生損失を評価する別の方法を必要とするのではなくて¹⁹⁾、患者が認識するケアの限界評価とケアの限界費用を評価する適切な方法だけが必要とされる、としている。

以上の Peele の議論に対して、Rice (1993) は Peele の厚生損失の定義および厚生損失を減

小させる政策的処方箋については双方の意見は大いに一致しているとしながらも、前述した Peele の結論に対しては、つぎのように反対している。つまり Peele は消費者／患者達が受けるケアの限界便益を示す彼等のケアの消費決定を信頼しうるに足るだけ十分に消費者情報を改善することが果して可能かどうかという重要な問題を見逃している、としてつぎのように述べている²⁰⁾。Peele 自身は情報の非対称性が存在する場合に、ケアの正しい消費決定を行うためには、前述したように「患者の情報セットを改善すること」が必要であるという彼の主張からしても、より多くの情報を提供することにより、消費者情報を十分に信頼しうるものに改善することは可能であるという立場に立っているとみなされよう。しかしながら、他方 Rice は「問題なのはわれわれがいかにかきびしく情報を改善しようとしても、これは、患者が医療サービスの真の限界評価を判断できるほど十分なものではないであろう²¹⁾」という点にある、と指摘している。その理由としては Rice は Weisbrod (1978) がかつて述べた見解に基づいてつぎのように説明している。すなわち医療サービスの情報の問題には、「人間の生理上のシステムはそれ自体適応システムであるがゆえに」²²⁾、消費者／患者が医療サービスを受ける前のみならず、受けた後でも、それによって健康が改善されたかどうかを評価することが困難であるという特異な問題が存在するからであり、そのような場合にはより多くの情報を提供することが必ずしも妥当であるとはいえない、と。要するに Rice はより多くの情報を提供することによって消費者情報を改善し、これによって消費者情報を十分に信頼のおけるものにするには限界があると主張しているといえよう。

このように、より多くの情報を提供することによってどの程度まで消費者情報を改善することが可能であるかという点に関しては、Feldman and Dowd および Peele は同じ楽観的立場に立っているのに対して、Rice は Weisbrod と同じようにより悲観的立場に立っているといえよう。

むすび——要約と今後の課題

さて、これまで医療市場における厚生損失の評価に関する Rice の所説をはじめ、これをめぐり Feldman and Dowd および Peele の見解、さらには彼等の議論に対する Rice の回答を紹介しながら、検討を加えてきた、その結果得られた総括的な結論は、一方において Rice は伝統的な厚生損失モデルを終始批判したのに対して、Feldman and Dowd および Peele は伝統的モデルを擁護してきたということである。したがって、両者の間には、見解の相違が存在するが、これらを要約すればつぎようになる。

第1は、医療市場における厚生損失のタイプ（ないし原因）の違いである。伝統的な厚生損失モデルは、医療保険に基づく厚生損失（または資源のムダ）を問題にしたのに対して、Rice は医学的に不必要（不適切）な医療サービスに関連した厚生損失を問題にした²³⁾。

第2は、これらの厚生損失の減少を目的とした医療政策の違いである。すなわち伝統的モデルのもとでは、医療政策は、消費者／患者の医療サービスに対する需要行動の抑制に力点が

かれたのに対して, 他方 Rice (および Peele) の奨励する医療政策は, 医療サービスの供給者あるいは提供機関の供給行動の規制を中心としたものであった。

第3に, Feldman and Dowd は Rice の厚生損失の定義を考慮して医療保険による厚生損失を計算した場合, 伝統的な厚生損失モデルから得られるよりもより大きな厚生損失がもたらされることを明らかにしたが, しかし以上の結論に対して Rice は同義反復であるとして反対した。

第4に, Rice は消費者/患者が一部負担に直面した場合, 有効性のより低いケアだけでなく, 非常に有効なケアに対する需要をも同時に減少させるという Lohr 等の経験的検証を, 伝統的モデルから得られる理論的帰結を論駁するために利用したのに対して, Peele は伝統的モデルを修正することによって, Lohr 等の経験的検証を理論的に説明しようとした。

第5は, 消費者情報改善の問題に関してである。この問題には2つの側面がある。1つは Rice が主張しているように, 消費者/患者が医療サービスの有効性 (または質) に関して不十分な知識しか持たない場合, このような消費者情報を改善するためには, 専門家としての医師のアドバイスが重要で不可欠であることは Feldman and Dowd および Peele も同意している。しかし Feldman and Dowd および Peele は, その際, 消費者/患者が重視する医療サービスの提供に伴う危険や苦痛などの要素が適切に考慮されなければならないとした。しかしこの点に関しては, Rice は同意しており両者の間に見解の相違はないといえよう。もう1つの側面は, より多くの情報により消費者情報をどの程度まで改善するかという問題であって, この点にこそ両者の基本的な相違が存在する。それは次のように理解される。前述したように, 医療サービスの有効性 (ないし質) に関して患者と医師の間に情報の非対称性が存在する場合, 消費者/患者は医療サービスに対する間違っただけの需要決定を行うかもしれない。しかし Feldman and Dowd および Peele はだからこそ正しい医療サービスに対する消費決定を行うためには, 消費者/患者により多くの情報を提供し, また彼等が情報を利用しようとするような政策が推進されなければならないと主張した。換言すれば Feldman and Dowd および Peele は, たとえ消費者/患者が医療サービスの有効性 (または質) について不十分な知識しか持たないとしても, 彼等により多くの情報を提供することにより, 消費者情報を改善することが可能であって, これにより医療サービスの需要曲線を消費者/患者の選好を十分に反映した信頼できるものにする事が出来るとみなしている。

他方, Rice は医療サービスの有効性 (質) に関しては, 「人間の生理上のシステムはそれ自体適応システムであるがゆえに, 消費者/患者が事前的にも事後的にも評価できないという特殊な事情が存在するのであって, その場合にはより多くの情報を提供することが必ずしも消費者情報の改善につながらないとした。したがって医療サービスに対する需要曲線は消費者/患者の選好を十分に反映したものではないと Rice は主張したのであった。換言すれば, Rice は医療サービスの需要曲線に対して「懐疑的」であった。だからこそ, Rice は消費者の医療サービスの需要行動よりも医師の供給行動を重視²⁴⁾することにより, 医師による不必要 (不適切) な医療

サービスの結果生じた厚生損失のタイプを問題とし、またそのような厚生損失を除去するうえで、医師の供給行動の規制を重視した医療政策を奨励したといえよう。

このようにみえてくると、一方において Feldman and Dowd および Peele²⁵⁾ は伝統的厚生損失モデルを構成している医療サービスに対する需要曲線を擁護することによって、どこまでも消費者主権を重視した“narrow” economists の立場にたっているとみなすことができるのに対して、Rice は医療サービスに対する需要曲線を厚生損失分析に適用することの現実的妥当性を問題にするとともに、医師の供給行動を重視することにより、消費者主権は制限されるとする“broad” economists の立場に立っていると見えよう²⁶⁾。このような両者の基本的な立場の相違が前述の第1から第4の相違点となって示されているといえよう。

最後に今後の課題に言及しよう。第1点は、これまで指摘された両者の見解の相違点はどのように評価されるべきであろうかということである。とくに消費者主権を重視する“narrow” economists と医師の供給行動を重視することにより消費者主権は制限されるとみなす“broad” economists の立場はどこまでも相入れないのであろうか。かつて Reinhardt (1985) が指摘したように、その根底にはイデオロギーの違いが反映されているのであろうか²⁷⁾。しかし少なくとも両者の医療政策に関していえば、Keeler (1995) が指摘したように、それらは相互に排他的ではなくて、補完的な関係になければならないことだけは確かである。第2点は Phelps and Parente (1990) は本稿で取り上げた厚生損失の2つのタイプの他に、ケアの地域的格差に基づく厚生損失のタイプを問題としているが、この点については別の機会に検討することにしたい。第3点は、Rice の議論において使用されている「不必要なケア」(unnecessary care) または「不適切なケア」(inappropriate care) あるいは「医学的必要性」(medical necessity) の概念は彼の厚生損失の定義において、key words であるにもかかわらず、Rice 自身はこれらについて何んら明確に定義していないことである。この点については、最近の Sharpe and Faden (1996) の議論をも含め詳細な検討が必要である²⁸⁾。最後に、Feldman and Dowd は医療サービスの有効性に関する研究者間の評価についても言及しているが、本稿では、それを取り上げなかった。というのは、この問題は医学固有の臨床的判断を必要とする内容を多く含んでおり、したがって彼等の議論をも含めてより立ち入った検討が必要であると思われるからである。今後の課題としたい。

注

- 1) この点については、Keeler (1995) p. 231をも参照。
- 2) 以下、本稿で「両者」という用語を使用する場合、一方で Rice と他方で伝統的な厚生損失モデルとこれを擁護した Feldman and Dowd および Peele を表すものとする。
- 3) 本節は Rice (1992) の所説を要約したものである。
- 4) 以下の議論は、基本的には、Rice (1992) のそれに基づくものであるが、まとめる過程では、Feldstein (1973)、スティグリッツ (藪下訳) (1989) 『公共経済学』第10章、漆 博雄編 (1998) 『医療経済学』第1章および第2章、新開他 (1990) 『近代経済学』(新版) 第7章をも参考にし

- た。
- 5) アメリカでは、医療保険に加入していない人々 (the uninsured) は全人口の約15% (3,500万人) といわれる (西村周三 [1994] p. 188)。
 - 6) 以下本稿では「医療サービス」または「ケア」という用語を使用しているがどちらも同じ意味である。
 - 7) Keeler (1995) p. 231, p. 235をも参照。
 - 8) 本稿の P. 119を参照のこと。
 - 9) Rice (1992) p. 90.
 - 10) Rice (1992) pp. 89-90.
 - 11) Rice (1992) p. 91.
 - 12) Rice (1992) p. 91.
 - 13) ここでは、Pauly (1979), Leape (1989) および Sharpe and Faden (1996) の定義をあげておこう。Pauly によれば、患者の観点を重視し、ある処置においてもたらされた潜在的便益(死亡率・罹病率の改善, 苦痛又は不快さの軽減, 心のより大きな平安) がその費用 (使用された資源の価値, 併発症, 副作用等) 以下であるならば、その処置は不必要 (unnecessary) であるとしている (Pauly [1979] p. 96)。また1980年の RAND の研究によれば、ある処置は健康上の期待便益がマイナスの期待効果を超過するならば、適切 (appropriate) であるといわれる。ここで期待便益は苦痛や心配の除去・軽減, 機能的な能力の改善を表わし、またマイナスの期待効果とは死亡率・罹病率の悪化, 処置による心配や苦痛, 労働時間の喪失である (Sharpe and Faden [1996] p. 116)。さらに、Leape によれば、必要性 (necessity) の決定においては、(i)臨床的情報 (手術の効力, 疾病の性質と段階, 便益とリスクの比率, 手術をしない場合の処置の利用可能性と効力, 他の疾病状態の存在) と(ii)患者の選好についての情報 (リスクの許容, 手術の心配, 苦痛または disability の許容など) の双方が考慮されなければならないとしている (Leape [1989] p. 354)。
 - 14) 本節は、Rice の所説をめぐる Feldman and Dowd (1993) および Peele (1993) の見解, さらに彼等の議論に対する Rice (1993) の回答を要約したものである。
 - 15) Rice (1993) p. 202.
 - 16) Peele は「ヘルスケア」という用語を使用しているが、以下ではたんに「ケア」とした。
 - 17) この点については Pauly ([1979] pp. 100-101) も同一の意見を述べている。
 - 18) Peele (1993) p. 208.
 - 19) Peele (1993) p. 208.
 - 20) Rice (1993) p. 210.
 - 21) Rice (1993) p. 210.
 - 22) Weisbrod (1978) p. 52.
 - 23) この点については、Keeler (1995) の指摘に負うところが大きい。
 - 24) Feldman and Dowd (1993) も指摘しているように、このことより Rice がパターナリズム (父権主義) の立場に立っていないことは、彼の厚生損失の定義および医療政策からも明らかである。
 - 25) ただし、すでにみたように Peele の場合、厚生損失の定義および彼の奨励する医療政策は Rice の立場により近い。
 - 26) 以上の点については Evans ([1976] pp. 532-534), 漆編 ([1998] 「まえがき」) をも参照。
 - 27) Labelle, Stoddart and Rice ([1994] pp. 350-351) をも参照。
 - 28) 本稿の注13)を参照されたい。

参 考 文 献

- [1] Evans, R.G. (1976) "Review of The Economics of Health and Medical Care", M. Perlman, (ed.) *Canadian Journal of Economics*, Vol. 9, No. 3, pp. 532-537.

- [2] Feldman, R. and B. Dowd (1993) "What does the Demand Curve for Medical Care Measure?", *Journal of Health Economics*, Vol. 12, No. 2, pp. 193-200.
- [3] Feldstein, M. (1973) "The Welfare Loss of Excess Health Insurance", *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, pp. 251-280.
- [4] Keeler, E.B. (1995) "A Model of Demand for Effective Care", *Journal of Health Economics*, Vol. 14, No. 2, pp. 231-238.
- [5] Labelle, R. Stoddart, G. and Rice, T. (1994) "A Re-Examination of the Meaning and Importance of Supplier - Induced Demand", *Journal of Health Economics*, Vol. 13, No. 3, pp. 347-368.
- [6] Leape, L.L. (1989) "Unnecessary Surgery", *Health Services Research*, Vol. 24, No. 3, pp. 351-407.
- [7] Lohr, K.N. et al. (1986) "Effect of Cost-Sharing on Use of Medically Effective and Less Effective Care", *Medical Care*, Vol. 24, No. 9, Supplement, S31-S38.
- [8] Pauly, M.V. (1979) "What is Unnecessary Surgery?", *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, Vol. 57, No. 1, pp. 95-117.
- [9] Peele, P.B., (1993) "Evaluating Welfare Losses in the Health Care Market", *Journal of Health Economics* Vol. 12, No. 2, pp. 205-208.
- [10] Phelps, C.E. and S.T. Parente (1990) "Priority Setting in Medical Technology and Medical Practice Assessment", *Medical Care*, Vol. 28, No. 8, pp. 703-723.
- [11] Reinhardt, U.E. (1985) "The Theory of Physician - Induced Demand Reflections After a Decade", *Journal of Health Economics*, Vol. 4, No. 2, pp. 187-193.
- [12] Rice, T. (1992) "An Alternative Framework for Evaluating Welfare Losses in the Health Care Market", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, No. 1, pp. 85-92.
- [13] Rice, T. (1993) "Demand Curves, Economists, and Desert Islands: A Response to Feldman and Dowd", *Journal of Health Economics*, Vol. 12, No. 2, pp. 201-204.
- [14] Rice, T. (1993) "A Model is only as Good as its Assumptions: A Reply to Peele", *Journal of Health Economics*, Vol. 12, No. 2, pp. 209-211.
- [15] Sharpe, V.A. and A.I. Faden (1996) "Appropriateness in Patient Care: A New Conceptual Framework", *The Milbank Quarterly*, Vol. 74, No. 1, pp. 115-138.
- [16] Weisbrod, B.A. (1978) "Comment on Mark Pauly's Essay: Is Medical Care Different?", in *Competition in the Health Care Sector: Past, Present, and Future*, ed. W. Greenberg, Federal Trade Commission, Washington, D.C., March, pp. 49-55.
- [17] 漆 博雄編 (1998) 『医療経済学』東京大学出版会
- [18] 新開陽一, 新飯田宏, 根岸 隆 (1990) 『近代経済学』(新版) 有斐閣
- [19] 西村周三 (1994) 「米国の医療保障と医療制度の現状」『日本医師会雑誌』第112巻, 第2号
- [20] J.E. スティグリッツ著, 藪下史郎訳 (1989) 『公共経済学』(上) マグロウヒル出版株式会社