

## ■はじめに

現在までの日本の医療制度は、国民皆保険制度、診療報酬制度や医療機関に関する広告規制などにより、情報の非対称性を是認して運営されてきたと考えられる。その結果、医療サービス需要量そのものの増加や、需要側のフリーアクセス権行使による、大規模医療機関への患者の集中による需給関係不均衡など、「制度の失敗」が認められている。このような制度の失敗を解決する枠組みを構築するに当たっては、医療の需要側と供給側の間での情報の共有化を図ることが重要であると考えられる。

このような背景を踏まえ、本報告においては、Jensen らによるエージェンシー理論のフレームワークや、医療サービスの需要モデルである Twp-part モデルを援用し、医療情報の共有化の中心となる情報が、医療機関情報についてであることを述べる。また、ファセット理論を用いた検討により、医療サービスの需要者が、医療機関選択の際に必要なとする情報についての定量的な検討についても述べていく。

### 1. 日本の医療制度の現状—情報の問題の視点から—

一般的な財・サービス取引において、売り手と買い手の間には「情報の非対称性」が存在する。情報の非対称性は、Arrow (1963) によって最初に指摘され、その後 Akerlof (1970) が中古車市場における市場の失敗を論じて以降も、多くの研究者によって議論されてきた領域である。医療においては、大道 (2003) が主張するような、医学・医療の膨大な知識体系と多岐にわたる選択肢の存在や、新たな研究開発に基づく動的な知的環境の変化状況を考えると、情報の非対称性の程度は非常に大きい。それゆえ、Stiglitz (2003) が指摘するように、医療部門や医療保険市場における諸問題の多くは、情報の問題に起因するとみなされるため、制度設計を考える場合には、需要側と供給側の間に存在する情報の非対称性の存在を考慮するべきである。

日本の医療制度は、こうした情報の非対称性を前提とする制度にて運営されてきた。それを示す代表的な制度が、国民皆保険制度と診療報酬制度である。国民皆保険制度は、原則的に全ての国民が公的な医療保険に加入し、医療保険の適応範囲であれば、全ての医療行為を受ける事ができるものである。国民皆保険制度の内容と範囲を規定したのが、診療報酬制度であり、各医療行為や医療技術に関して、国が全国一律の公定価格を設定したものである。

医療行為の価格が定められていることは、医療サービスにおける市場の価格調整機能を放棄し、価格メカニズムに基づく情報伝達機能が働かない事を意味している。通常、価格メカニズムは、質や量の評価をはじめとして、その財・サービスに関する多くの情報を反映するものである。しかし、国民皆保険制度と診療報酬制度は、均質の医療サービスを前提とするため、本来は提供する主体ごとに異なるはずの情報を、意図的に制限する必要があった。そのため、医療機関においては、医療情報開示の規制緩和が段階的に進められるまで、技能、治療方法、経歴または学位に関する項目の広告への掲載が制限されていたのである。このように、日本の医療保険制度における価格機能の排除は、医療サービスに関しての「情報の非対称性」を一定の割合で是認したものと考えられる。

一方、医療サービスの需要側は、より効用の高いサービスの享受を望み、情報探索活動を活発化させている。日本の医療制度においては「フリーアクセス」が保障されているため、需要側には本来的に多くの情報から情報を取捨選択し、自分にとってより効用の高いサービスを選択しようとする誘因が働きやすい。このような外部性は、医療サービスの需要量の増加や質の高い医療機関における行列問題という、解決すべき医療資源の配分と利用の問題において、大きな影響を及ぼしている可能性が存在するのである。

他方、医療サービスの供給側である医師や医療機関にとっては、情報開示によるインセンティブ制度やペナルティー制度が整備されていないため、自主的な開示の誘因は存在しない。医療サービスの価値は、将来キャッシュフローを割り引く事で求められる営利事業の価値とは異なり、「病気や症状を改善させる」といった、診療成績をはじめとする健康への貢献度であると考えられる。現在の医療機関に対する医療資源の配分メカニズムは、この医療サービスの本質的な価値である診療成績とリンクしていない。そのため、現在のままの制度設計における需要側との情報の共有化は、質の高い医療機関への過度な患者の集中を、今以上に招く可能性も高い。

医療サービスの需要側と供給側の両者の効用を最大化させるためには、医療サービスの内容が理解され、希少な医療資源を効率的に使用し、必要なサービスが適切に供給される仕組みを設計する必要がある。情報の非対称性の緩和のための情報の共有化は、こうした医療サービス提供体制の制度設計に際して、解決しなければならない重要な問題の一つである。しかし、医療情報に関しては、専門家においてもその解釈が難しい場合が少なくない。よって、情報を開示する際には、開示の対象とその項目や方法について熟慮する必要性が存在するのである。

## 2. 医療機関とエージェンシー理論

### 1) エージェンシー理論とは

エージェンシー理論は、異なる利害関係を持つ主体間の関係に着目し、プリンシパル (principal: 依頼人) とエージェント (agent: 代理人) という概念を用いて分析を行うフ

レームワークである。エージェント理論は、ある目的を達成するために権限を移譲する人をプリンシパル、権限が移譲され代行する人をエージェントと呼び、プリンシパルが自分の目的のために、エージェントに権限を移譲して特定の仕事を代行させる契約関係（エージェンシー関係）が分析の基本単位となる。

エージェンシー理論では、新古典派経済学における人間の行動仮説である効用最大化仮説と完全合理性の仮定がゆるめられ、利害不一致の仮定（すべての人間は効用最大化するが、その利害は必ずしも相互に同じではない）と、情報の非対称性の仮定（すべての人間は情報収集、情報処理、そして情報伝達能力に限界があり、相互に同じ情報を持つとは限らない）が導入されている。

これらの限定合理性の仮定の下で、エージェントがプリンシパルの不備につけ込み、自己利益を追求する行動を機会主義的行動と呼び、このような行動がもたらす非効率な資源配分と利用現象の代表として、逆選択やモラルハザードが挙げられる。また、機会主義的行動によってもたらされる非効率な資源の配分と利用の問題はエージェンシー問題と呼ばれ、その非効率を反映して発生するコストがエージェンシー・コスト（①モニタリング・コスト、②ボンディング・コスト、③契約コスト、④残余ロス）である。このエージェンシー・コストの発生を抑制するため、事前に様々な制度が展開されるという基本的な考え方を踏まえて、現実の様々な制度を説明し、政策を展開しようとするのがエージェンシー理論である（菊澤、2006. p95）。

## 2) エージェンシー関係の契約の束としての医療機関

エージェンシー理論において、企業は経営者を中心とする様々なエージェンシー関係の契約の束（the nexus of a set of contracting relationship）とみなされる（Fama and Jensen、1983a, 1983b）。医療機関も一般の企業と同じく、その周辺に多くのステークスホルダーが存在し、エージェンシー関係の契約の束として考えることは可能である。ある程度の規模を有する医療機関は、診療に携わる部門とマネジメントに携わる部門が分離され、様々なエージェンシー関係が存在する（図1）。

医療機関におけるエージェンシー関係は多岐にわたる。診療を運営する部門と、マネジメントを行う部門には、それぞれ責任者が存在する。診療部門責任者は医師であるが、マネジメント部門の責任者に関しては、医師以外のケースも多い。これらの責任者においては、それぞれ雇用している医師、医療従事者や他の事務職員各々とのエージェンシー関係が存在する。また、医療機関全体で考えた場合、広義の患者であり投資者<sup>1</sup>でもある国民、主に銀行である債権者、法的規制を行う行政、地域の医療機関や実際にその医療機関で診

---

<sup>1</sup> 日本の医療制度は、保険料方式にて運営されているため、国民は医療制度の運営のためにあらかじめ保険料を徴収される。それらの保険料は、診療報酬の窓口負担分を除いた売り上げとして医療機関に支払われるほか、補助金などとして医療機関の運営資金として使用される。よって、保険料を納付している一般の国民は、その意思に関わらず医療機関運営のための資金を提供しているものとも考えられるため、ここでは広義の投資者という表現をした。

療を受ける患者など、それぞれとの間にエージェンシー関係が存在する。このように、医療機関の周囲においても一般の企業と同様に様々なエージェンシー関係が存在するため、医療機関についても、それらの契約の束としてみなすことが可能である。

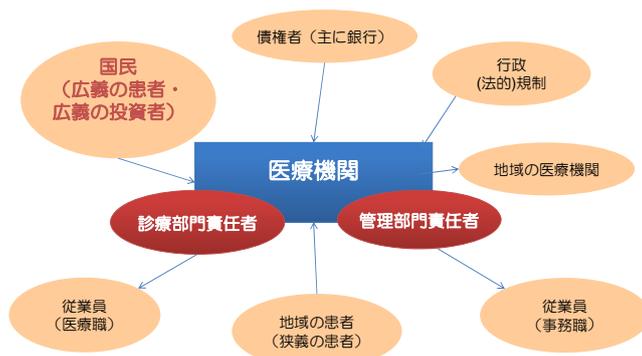


図1 エージェンシー関係の束としての医療機関

出所) 著者作成

### 3) 医療サービス需要量の Two-Part モデルにおけるエージェンシー関係

日本の医療制度は、「フリーアクセス」という、需要側の選択行動を保障した制度を採用している。このフリーアクセスとは、健康保険証を提示すれば、「いつでも、だれでも、どこでも」医療機関にかかることができることを意味している。それでは、「フリーアクセス」という権利を有している患者の受診行動はどのようになっているのか。

表1は患者一人当たりの受診回数と医師一人当たりの年間診察回数の国際比較を示したものである。この表より、患者一人当たりの受診回数は、OECD 諸国平均の約2倍、医師の年間診察回数に関しては約3.5倍となっており、いかに日本の患者が「フリーアクセス」という権利を行使しているかが分かる。このような一人当たりの診察回数が多い状況は、医療提供者にとっては日常診療の多忙さを助長し、診療の際の時間的・精神的余裕を奪われている可能性も存在する。

また、表2は病床規模別の外来患者と在院患者の比率を示したものである。これによると、診療所やクリニックの規模に近い医療機関と同様に、大規模な医療機関になればなるほど、外来患者の比率が高くなっている事が分かる。本来、大規模な医療機関は、高度医療や専門医療を提供すべき医療機関である。そのため、病態が安定した外来患者は、できる限り診療所に移行してもらおう事が理想とされているが、現実には大規模な医療機関へのダイレクト・アクセスを行っているケースが多い事が示唆されるのである。

表1 患者一人当たり受診回数と医師一人当たりの年間診察回数の国際比較

	一人当たり受診回数(回)			医師一人あたり年間診察回数 (回)
	1990年	2000年	2003年	2003年
日本	13.8	14.1	14.1	7050
アメリカ		8.9*	8.9*	3870
ドイツ	5.3	7.3	7.3	2147
フランス	5.9	6.9	6.9	2029
イギリス	5.9	5.4	5.2	2364
OECD平均	5.6	6.0	6.0	2069

\*電話受診の回数も含む

出所) 世界の保険医療 OECD インディケータ 2005 年度版より著者改変

表2 病床規模別の外来患者と在院患者の比率

病床数 (床)	外来/在院比
20~99	1.8
100~199	1.1
200~399	1.2
400~	1.5

出所) 厚生労働省 (2006) 医療施設調査

このような医療サービスの需要量については、医療経済分野において、大きく2つの考え方により研究が進められてきた。ひとつは、消費者主権モデルと呼ばれ、医療も一般の財と本質的には何ら変わらないとする考え方である。もう一つは、医師誘発需要仮説と呼ばれ、医師が「需要」関数に直接影響を及ぼし、実質的に全ての医療サービスの投下量を決定するという考え方である。どちらの考え方とも、1970年代より研究が進められてきたが、この中間に位置づけられているのが、Two-Partモデルである。

Two-Partモデルは、患者と医師の間の情報の非対称性に起因する、依頼人-代理人関係を強調し、この関係の存在こそが医療と通常の財との差異であり、医療の本質であるとみなしている。このモデルでは、消費者による受診するか否かの意思決定が first-part、消費者が医療機関において受療した医療サービス内容が second-part となる。

Two-partモデルのうち、first-partの部分は患者が起こす受療行動であると考えられる。この first-part における依頼人-代理人関係を考えると、依頼人(プリンシパル)である患者にとっての代理人(エージェント)は、診療、診断、検査、投薬、手術、治療など、様々な内容が包括された医療というサービスを提供する医療機関であると考えられる。実際に、

患者が医療機関を受診するか決める際に多用する情報は、医師個人についてよりも医療機関についての情報である場合が多いと考えられる。

一方、患者が医療機関において受療した医療サービスの内容に焦点を当てた second-part における依頼人-代理人関係を考えると、依頼人である患者にとっての代理人は、多くの場合、実際の治療を立案し実行する医師であると考えられる。これは、診療内容の決定が基本的に医師と患者の同意で行われることや、日本の医療制度においては、全ての医療行為の施行に対して、医師の指示が必要であるためである。

また、各エージェンシー関係における意思決定の選択権は、first-part においては依頼人である患者側に、second-part においては代理人である医師側に偏在していると考えられる。実際の診療内容を規定する second-part においても、提示された診療行為を受けるか否かの最終決定は患者自身が行う事が前提であるが、診療内容を決定する過程において医師の果たす役割は、全面的かつ絶対的である。また、専門知識を持ち合わせていない患者が、診療内容について自由に意思決定を行う事は非合理的であると同時に、実際に困難である。一方、フリーアクセスが保障されている first-part においては、一定の地域性は考慮されるにしろ、患者は医療機関の選択や受診の頻度について、second-part と比較して強い決定権を有していると考えられる。

このように、Two-part モデルのうちの first-part において需要側に意思決定権の偏在が認められることは、医療資源の配分と利用の問題に関して、医療サービスの需要量が供給側のみでなく、需要側の行動にも大きく依存する構造であることを示している。そのため、医療情報、特に医療機関機能に関するネットワークの構築と、その情報網に参加する需要者の増加は、外部性の内部化の効果を促進するものであり非常に重要である。よって、医療機関情報の共有化を可能とする制度を整備していくことは、今後の医療政策上の大きな課題であると考えられる。

first-part における依頼人 - 代理人関係が患者と医療機関であることを前提とした場合、実際に患者が受療行動を起こす際に、医療機関についてどのような情報を必要としているのかを、客観的に把握する必要があると考えられる。医療機関の選択行動に影響を及ぼすと考えられる情報は、多岐にわたる因子が考えられる。効果的な医療情報の開示には、これらの情報因子を画一的に議論するのではなく、まずは必要とされている情報因子を把握するとともに、それらの重要度を含めた客観的な検討・評価が必要であると考えられる。

### 3. 医療機関選択の意思決定に関与する情報の検討

#### 1) 検討の目的

本検討は、2008 年の医療経済学会全国大会での発表内容を基に、新たな検討を加えたものである。本検討においては、患者の受療行動を、医療機関を選択するという first-part と、医療サービス内容を決定するという second-part に分けた医療サービス需要の

Two-part モデルのうち、受療行動を反映する first-part に主眼を置いて議論を進める。これは、需要側に意思決定権が偏在している first-part における受療行動によって、医療サービスの需要量増加とそれに伴う需給関係不均衡の存在が示唆されるためである。

これまで、患者の受療行動を医療サービス需要側の消費者行動としてとらえ、前方視的な検討を試みた報告は散見されていない。本検討においては、このような患者の意思決定過程に影響を及ぼす情報因子を同定しうる定量的なデータ分析を試みるために、ファセット理論の枠組みを用いた。ファセット理論は、心理学領域における質問紙調査方法から派生した、質問用紙の作成から分析までの全てに関わる理論であり、Guttman (1958) によって提唱された、質的データに対して定量的な分析を行うための手法である。

本検討においては、このファセット理論を前提とした心理学領域の評価尺度作成の手法に基づいて検討を行った。これまで、医療サービス需要側が実際にどのような情報を欲しているかについて、あらかじめ選択肢を設定して行われた調査は散見される。しかし、それらの調査においては、選択肢の選定方法が不明確であり、客観性が担保されているとは言い難い側面が存在する。

このような問題を解決するため、本検討では予備調査において、回答者に対して自由記述方式の質問を行い、医療機関選択に必要な情報について直接的に収集した意見を基に、本調査では質問項目に当たる予備尺度の作成を、KJ法<sup>2</sup>を用いて行った。

## 2) 検討方法

### (1) 予備項目の選定と予備尺度の作成

医療機関を選択する際に必要とする情報因子に関しての項目を収集するため、予備調査を行った。対象は、都内私大ビジネススクールに在籍する 101 名（男性 43 名、女性 58 名、平均年齢 38.0±9.8 歳）であった。調査期間は 2007 年 10 月から 11 月に行った。

調査では、「過去に、医療機関にかかれた、もしくはこれからかかるとした場合を想定してお答えください。」という教示を与えた。次に、「1. 開業医を選ぶときに必要とする情報はなんですか。」、「2. 総合病院を選ぶときに必要とする情報はなんですか。」、「3. 大学病院のような、専門的で高度な病院を選ぶときに必要とする情報はなんですか。」、「4. 病院に行かないことについてどのような情報を基準にしますか。」という 4 つの設問に対し、自由記述にて回答を求めた。記述の内容が複数にまたがる場合（箇条書きや 2 文以上の場合）には、それぞれの内容を分類して整理した。その結果、設問 1 については 106 種類、設問 2 については 135 種類、設問 3 については 136 種類、設問 4 については 89 種類の項目が収集された。

自由記述の結果を、KJ 法により「自宅からの距離が近い」といった「①医療機関の立地」、「建物の外観がきれい」といった「②医療機関施設の雰囲気・外観」、「夜間、土日診療を

---

<sup>2</sup> KJ 法については、川喜多 (1967, 1970) を参照のこと。

行っている」といった「③医療機関の利便性」、「医師や医療機関の認知度が高い」といった「④イメージ」、「診療科数が多い」といった「⑤医療機関の規模・機能」、「医師の対応がいい」といった「⑥接遇」、「知人からの情報」といった「⑦口コミ」、「診療業績がいい」といった「⑧医師・医療機関の業績」、「雑誌からの情報」といった「⑨メディア」、「実際にかかったときの印象」といった「⑩実際の診療経験」、「かかりつけ医だから」といった「⑪その他」、の11のカテゴリーに分類した。これらの分類された記述に、著者及び経営学専攻の大学教員、大学院生5名によって内容的妥当性の検討を行い、43項目を予備尺度として選定した。

## (2) 本調査

調査は2008年1月から2月、4月に行った。調査協力者は、東京都下の総合設備企業に勤務する一般社会人およびその家族と、都内私大ビジネススクールの講演会に出席した一般社会人および学生の216名（男性133名、女性76名、平均年齢45.5±12.7歳）であった。

まず、「あなたの体調不良がいつもより長引いています。そのため、あなたは病院にかかろうと思いました。そのような時、病院を選ぶにあたり、どのようなことを、どの程度考慮するかをお答えください。」という教示を与えた。次に、「病院が自宅からの距離が近いこと」、「病院の信頼性が高いこと」などのそれぞれの項目を、自分がどの程度必要とするかについて、「1. とても考慮する」、「2. 少し考慮する」、「3. どちらともいえない」、「4. あまり考慮しない」、「5. まったく考慮しない」の5件法で回答を求めた。

また、回答者の属性として、年齢、性別のほか、最終学歴、就業状況、家族構成、ここ1年の受診歴の有無、医療制度に興味があるかないか、医療制度を良く知っていると思うか思わないか、かかりつけ医の有無、医療費が高いと思うか思わないか、の各項目に回答を求めた。また、「医療に関して具体的に欲しい情報」について、自由記述方式にて任意に回答を求めた。

## (3) 検討項目

医療機関を選択する際に必要とする情報因子に関する43項目に対して、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。また、抽出されたカテゴリーを想定した確認的因子分析を行い、モデルの当てはまりを検討した。

統計ソフトはSPSS12.0およびAmos7.0を用いた。有意水準は5%未満とした。

### 3) 結果

#### (1) 回答者の属性

回答者の最終学歴は、中学1名、高校9名、専門学校24名、短期大学・大学125名、医薬系大学13名（うち3名在学中）、不明・無回答43名であった。就業状況は、フルタイム159名、パートタイム12名、無職31名、学生3名、不明・無回答9名であった。家族構成は、独居が33名、同居が174名、不明・無回答が9名であった。ここ1年の受

診歴は、あるが 151 名、なしが 55 名、不明・無回答が 10 名であった。医療制度への興味は、興味ありが 163 名、興味なしが 43 名、不明・無回答が 10 名であった。医療制度をよく知っているとは回答したのは 40 名、知らないとは答えたのは 164 名であった。医療費が高いと思うとは回答したのは 102 名、思わないとは回答したのは 92 名、不明・無回答は 17 名であった。

## (2) 因子分析結果

医療機関を選択する際に必要とする情報因子に関する 43 項目に対して、探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転）を行った。因子分析の結果を表 3 に示す。固有値の推移（11.1、3.72、2.47、1.88、1.53、1.46、1.25、1.04）、および解釈可能性から 8 因子構造を採用した。累積寄与率は 64.5%であった。各因子の構成には、因子負荷量が 0.3 以上の項目のみを用いた。

第 1 因子に、医師の治療成績などの「医師、医療機関の業績」に関するもの、第 2 因子に、通院しやすさなどの「立地に関する情報」、第 3 因子に、高度な検査が可能などの「医療機関の規模・機能」に関するもの、第 4 因子に、医師の患者への接しかたなどの「接遇」に関するもの、第 5 因子に、信頼する人の意見など「うわさや口コミ」の情報、第 6 因子に、医療施設の外観などの「医療機関の外観・見た目」に関するもの、第 7 因子に「医師のスキル」、第 8 因子にホームページ、インターネットや土曜・休日診療の有無など「通院に関する機会コストをへらすため」の情報、となった。各因子間の内的整合性（Cronbach の  $\alpha$  係数）は、「医師、医療機関の業績」が 0.89、「立地に関する情報」が 0.86、「医療機関の規模・機能」が 0.82、「接遇」が 0.80、「うわさや口コミ」が 0.76、「医療機関の外観・見た目」が 0.71、「医師のスキル」が 0.78、「通院に関する機会コストを減らすための情報」が 0.67 であった。

また、各因子間の相関行列を表 4 に示す。中等度の相関 ( $r > 0.5$ ) がみられたのは、「医師・医療機関の業績」と「医療機関の規模・機能」、「医師・医療機関の業績」と「医師のスキル」の間であった。この 8 カテゴリーを想定した確認的因子分析は、適合度指標 GFI=0.785、修正適合度指標 AGFI=0.723、比較適合度指標 CFI=0.85 であった。

表3 医療機関選択に必要とする情報の因子分析結果

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	平均	標準偏差	歪度	尖度
医師・医療機関の業績に関する情報( $\alpha=0.89$ )												
臨床経験の多さ		0.89							2.08	1.09	0.95	0.32
手術成績		0.78							1.86	0.98	1.08	0.69
医師の治療成績		0.78							1.85	0.96	1.20	1.30
手術数		0.74							2.43	1.11	0.39	-0.47
診療の業績		0.66							2.11	0.99	0.77	0.24
立地に関する情報( $\alpha=0.86$ )												
通院のしやすさ			0.91						1.76	0.90	1.52	2.71
交通の便がいい			0.87						1.96	0.91	1.27	2.10
最寄の駅から近い			0.81						2.15	1.03	0.92	0.42
自宅からの距離			0.69						1.79	0.87	1.35	1.92
医療機関の規模・機能に関する情報( $\alpha=0.82$ )												
病院の規模				0.84					2.64	0.91	0.18	-0.49
診療科数の多さ				0.64					2.81	1.08	0.11	-0.70
可能な検査の数				0.60					1.99	0.93	0.84	0.47
医師の知名度				0.57					2.60	1.02	0.43	-0.45
高度な検査が可能か				0.54					1.77	0.86	1.17	1.32
病院の知名度・認知度				0.43					2.35	0.93	0.69	0.45
接遇に関する情報( $\alpha=0.80$ )												
受付の対応の仕方					0.76				1.86	0.79	0.73	0.22
医師以外のスタッフの接し方					0.71				1.63	0.67	0.86	0.80
医師の患者への接し方					0.54				1.57	0.77	1.53	2.69
医師の人柄					0.65				1.69	0.75	1.10	1.63
うわさや口コミからの情報( $\alpha=0.76$ )												
信頼する人の意見						0.76			1.57	0.75	1.50	2.74
知人からの意見						0.73			1.86	0.94	1.35	1.92
うわさや評判						0.72			2.05	0.86	0.97	1.27
医療機関の概観・見た目に関する情報( $\alpha=0.71$ )												
医療施設の外観							0.69		2.67	0.97	0.70	-0.18
建物の雰囲気							0.69		2.17	0.93	0.87	0.60
医師のスキルに関する情報( $\alpha=0.78$ )												
医師の腕の良さ								0.69	1.53	0.75	1.68	3.84
医師のスキル								0.76	1.65	0.84	1.58	3.17
通院に関する機会コストを減らすための情報( $\alpha=0.67$ )												
ホームページ、インターネット								0.70	2.47	1.12	0.89	-0.04
土曜・休日診療								0.41	2.02	1.11	0.93	0.01
開院時間が長い								0.34	2.10	1.02	0.87	0.35
雑誌や本								0.33	2.61	1.06	0.65	-0.16

出所) 著者作成

表4 各因子の基本等軽量及び因子間相関

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	平均	標準偏差	歪度	尖度
I	1.00	0.14	0.53	0.36	0.48	0.16	0.51	0.32	2.07	0.07	-1.00	0.72
II		1.00	0.40	0.49	0.17	0.43	0.20	0.32	1.92	0.07	-1.02	2.30
III			1.00	0.35	0.37	0.39	0.47	0.45	2.36	0.08	0.35	-0.79
IV				1.00	0.16	0.16	0.36	0.13	1.69	0.05	1.00	-0.94
V					1.00	0.37	0.40	0.32	1.83	0.09	-1.22	1.19
VI						1.00	0.28	0.33	2.42	0.03	1.05	-1.03
VII							1.00	0.03	1.59	0.07	-0.06	-4.68
VIII								1.00	2.30	0.05	-1.78	2.38

出所)著者作成

### (3) 医療に関して具体的に欲しい情報の自由記述結果

医療に関して具体的に欲しい情報について、自由記述方法にて回答を求めたところ、のべ95名の回答が得られた(表5)。最も多かったのは、医師についての情報であり、具体的には手術経験、臨床経験、出身校、専門性、得意分野、業績、治療成績など、多岐に渡るものであった。次いで、医療機関の専門性や、専門医の所在など、医療の専門分化に伴う情報を求めている回答も多かった。また、治療費や医療費についての情報という項目も見られた。

表5 自由記述による医療に関して具体的に欲しい情報

具体的に欲しい情報	回答数(名)
医師についての情報 (手術経験、臨床経験、出身校、専門性、得意分野、業績、治療成績など)	23
医療機関の特徴、専門性	9
専門医の所在	8
治療方法、治療プロトコール	8
治療費、医療費について	7
口コミ	4
医療機関の医療提供システム	4
医療事故について	4
医師の勤務状態、勤務体系	3
地域の医師について	3
検査方法	2
医師の得意分野	2
診療科	2
医療機関の設備	3
医療機関の成績	2
平均的待ち時間	2
診療時間	1
女性医師の有無	1
病院の信頼性	1
医療機関のスタッフの構成	1
病気になってみないとわからない	1
セカンドオピニオン医の有無	1
医療機関が使用している会計基準	1
職員が自分の医療機関をどう思っているか	1
医療機関のスタッフの仕事に対する思い、考え方	1

出所) 著者作成

#### 4) 考察

本調査における、「あなたの体調不良がいつもより長引いています。そのため、あなたは病院にかかろうと思いました。そのような時、病院を選ぶにあたり、どのようなことを、どの程度考慮するかをお答えください。」という教示は、地域医療（1次医療）における医療機関の選択行動を仮定したものである。現在の日本の医療政策は、医療機関の機能を分化し、それらの連携による医療提供体制を目指している。しかし、回答者の属性にもあるように、医療制度をよく知っているとしたのは40名（18.5%）にとどまる結果となっており、医療政策の周知徹底が図られているとは言い難い。よって、より医療サービスの消費者である一般の人々が、通常に近い意思決定を行うための情報を明確にするため、本報告においても、「地域医療（1次医療）において」という提示は行わなかった。

定量的な検討の結果より、医療機関を選択する際に必要とする情報として8つのカテゴリー、30項目を因子として抽出することができた。このことは、実際に情報が十分に開示されているかは別として、消費者である一般の人々は、医療機関の選択に際し、多くの独立した情報をもとに意思決定することを望んでいることが示唆された。これは、抽出された因子が多岐に渡ることや、各因子間相関が低く推移していることから推察できる。

さらに重要なことは、消費者である一般の人々が最も必要としている情報は、「医師・医療機関の業績」や「医師のスキル」など、医師や医療機関が提供するサービスの「質」に関する評価である可能性が示唆されたことである。「医師・医療機関の業績」の項目には、診療経験の多さ、手術成績、医師の治療成績、手術数、診療の業績などの項目が含まれている。このうち、ホームページなどに手術件数や診療件数などを掲載している医療機関は増加傾向にあるが、5年生存率、10年生存率などをはじめとした診療成績や、対象患者のリスクも考慮しての手術成績などを公開している医療機関はごくわずかである。よって、このような情報が一般の人々の目に触れる機会はほとんど存在しないものと考えざるをえない。

実際の医療サービスの提供に際しては、診療報酬点数上は同じ項目名でも、提供体制や方法などの詳細な内容は、各医療機関によって異なり、そのサービスの「質」についても画一的ではないと考えるのが妥当である。よって、医療サービスの消費者は、フリーアクセスという医療機関を選択する権利は与えられていても、本来的に必要としている情報を得ないまま、医療機関の選択を行っている現状が示唆されたと考える。

また、予備尺度の作成時には、「過去に、医療機関にかかれた、もしくはこれからかかるとした場合を想定してお答えください。」という教示だったのに対し、本調査ではそのような制約がなかったためか、同じ自由記述方法において、予備尺度作成調査時には見られなかった、治療費、医療費に関する項目が挙げられた。これは、予備調査と本調査における対象の違いを考慮しても、日本における医療サービスの需要側は、実際に医療機関を選択する際において、価格に対する認識が比較的希薄である可能性を示唆しているもので

あると考えられた。

本検討においては、①対象の抽出法が無作為法ではない、②実際の医療サービス消費者との年齢の整合性の問題、③予備項目数に対しての、本調査の対象数が不十分な可能性の存在、④因子分析によって抽出した各因子についての重み付けの不十分さ、などの限界が存在していると考えられる。しかし、これらを配慮しても、医療サービスの需要側が必要としている情報と、現在の医療情報の開示状況との間に乖離が存在することは示唆できたものとする。

## 5) まとめ

本報告では、情報の非対称性の問題を前提としているエージェンシー理論のフレームワークや、医療サービスの需要量についての Two-Part モデルを援用し、情報の共有化に際して重要であるのは、患者と医療機関の間のエージェンシー関係であり、情報開示の主体となるのは、医療機関についての情報であることを確認した。

医療サービスの需要側である患者は、「情報の非対称性」と情報開示制度の不完全性により、ごく限られた知識と情報の中での意思決定を余儀なくされている状況が存在する。医療制度の円滑な運営のためには、需要側がフリーアクセスという与えられた権利を有効に行使した上で、適切な医療資源の配分と利用が行われることは非常に重要である。そのため、適切な医療情報の共有により必要な情報を取得した上で、医療機関の選択を行う環境の整備が重要であると考えられる。

本報告では、需要側が医療機関選択に必要な情報に関して、前方視的かつ定量的な検討を行った。結果として、医療サービスの需要側は、医療機関の選択に際して、医師や医療機関の診療成績等を含めた、多岐にわたる情報を用いて意思決定を試みている事が示唆された。これは、医療サービスの需要側が必要としている情報と、現在の医療情報の開示状況との間に乖離が存在することを示唆するものであり、今後の医療政策においても検討すべき課題の必要であると考えられる。

## 6) 参考文献

- Akerlof, G.A. (1970) "The market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism," *Quarterly Journal of Economics*, Vol.84, No.3, pp.488-500
- Arrow, K.J. (1963) "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *The American Economic Review*, Vol.53, pp.941-973
- Arrow, K.J. (1985) "The economics of agency in 'principals and agents'", in Pratt, J.W., and R.J. Zeckhauser (eds.), *Principals and Agents: The Structure of Business*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fama, F.E. (1980) "Agency Problems and the Theory of the Firm," *Journal of Political Economy*,

Vol.88,pp.288-307

Fama, F.E. and Jensen, M.C. (1983a) "Separation of the Ownership and Control," *Journal of Law and Economics*, Vol.26,pp.288-307

Fama, F.E. and Jensen, M.C. (1983b) "Agency Problems and Residual Claims," *Journal of Law and Economics*, Vol.26,pp.327-350

Guttman, L. (1958) "What Lies ahead for Factor Analysis," *Educational and Psychological Measurement*, Vol.18, pp.497-515

Jensen, M.C. and Meckling, W.H. (1976) "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Cost and Ownership Structure," *Journal of Financial Economics*, Vol.3,pp.305-360

Jensen, M.C. (2000) *The Theory of the Firm: Governance, Residual Claims, and Organizational Forms*, Harvard University Press.

Shye, S. (1978) *Theory Construction and Data Analysis in the Behavior Science*, Jossey-Bass.

井伊雅子, 別所俊一郎 (2006) 「医療の基礎的実証分析と政策：サーベイ」『フィナンシャル・レビュー』 March2006, 財務省財務総合政策研究所, pp. 117-156

井上崇道 (2002) 「消費者行動研究に対する手段一目的アプローチの適応」『明大商学論叢』 第 85 巻第 4 号, pp. 45-71

川喜田二郎 (1967) 『発想法—創造性開発のために』 中央公論社

川喜田二郎 (1970) 『続・発想法』 中央公論社

菊澤研宗 (2004) 『比較コーポレートガバナンス論』 有斐閣

菊澤研宗 (2006) 『組織の経済学入門 新制度学派経済アプローチ』 有斐閣

真鍋一史 (2006) 「データ分析は科学か、それともアートか？—「ファセット理論」の立場から—」『日本行動計量学会』 第 34 巻大会発表抄録集, pp. 130-131

西村周三 (2003) 「医療—競争導入による質と効率の向上を—」『財務省 日本経済の効率性と回復策に関する研究会 (II) 報告書』 pp. 57-67

西村周三, 田中滋, 遠藤久夫 (2006) 『医療経済学の基礎理論と論点 講座医療経済・政策学 第 1 巻』 勁草書房

大道久 (2003) 「医療における情報提供と質の評価」『季刊社会保障研究』 第 39 巻第 2 号, pp. 115-124

田中滋 (2007) 『医療制度改革の国際比較 講座医療経済・政策学第 6 巻』 勁草書房

八木麻衣子 (2009) 「医療情報ディスクロージャーにおける Proprietary cost の影響」『年報経営ディスクロージャー研究』 第 7 巻, pp. 38-50

兪炳匡 (2006) 『改革のための医療経済学』 メディカ出版