

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
 医療リスクマネジメントセンター 教授
 (社)農協共済総合研究所 客員研究員

まのとしき
 真野俊樹

目次

1. はじめに	10. 一次医療と二次医療の混在化
2. 準市場とは	11. 患者の代理人はだれか
3. 英国の事例	12. 継続的なケアへの評価
4. 英国を流れる思想	13. 直接支払と貯蓄口座
5. 社会保障改革の流れ	14. 株式会社に委託されたヒンチンブルック (Hinchingbrooke) 病院
6. 第三の道とは	15. NHSで最高評価のFT
7. 英国での壮大な実験	16. 中国での準市場?
8. GPの役割	17. まとめ
9. 自由主義への道かケアへの道か	

1. はじめに

医療においては、純粋に市場メカニズムを働かせることによって、効率的な資源配分を行うことは難しいという考え方が定着してきた(島崎(2011)、真野(2006))。また一方では、ソビエト連邦の解体、ベルリンの壁の崩壊、といったように社会主義での計画経済はそもそも国自体の存続を維持することさえできなかった。そのような中で、注目されている考え方が、政策の方向としての第三の道、その実現のための手段としての「準市場」の活用である。駒村(1995)によれば、準市場は、下記の特徴を持つ市場である。すなわち、「独占的な公共部門に代わって競争的主体が供給を行うという仕組み」と定義され、以下の3点で通常の市場と異なる。①供給サイドでは、利潤極大を目指す供給主体だけで

はなく、様々な目的を持った経済主体が供給を行うこととなる。②需要サイドでは、純粋な市場と異なり、購買力は金銭で示されるわけではなく、特定の目的に対して割り当てられた公的保障という形を取る。③市場の均衡は消費者と供給者の価格メカニズムに基づく取引ではなく、消費者に代わって政府などが必要な需要を決定し、モニターすることによって達成される。

準市場についての先行研究は、いくつかあるが(駒村(1995)、駒村(1999)、兎山(2004)、佐橋(2006)、坏(2008))、これらは、福祉政策、介護との関連、あるいは、社会保障の研究の文脈の中での論考であり、医療を中心にしたものではない。一方、遠藤(2008)は、題名には準市場と記載されているが、内容は日本の医療が準市場であるという前提で日本の医療の分析に終始している(もちろんだか

らといってこの論文の意味を否定するものではない。

そこで、本論文では、英国において行われている準市場の活用の例を、ルグランのフレームワークを使いながら、医療政策の中で俯瞰し、最後に政府の管理下での医療を行っている中国での実験の例と比較してみたい。

2. 準市場とは

最初に「準市場」の提唱者でもあるブレア政権の上級政策顧問を務めたジュリアン・ルグランのフレームワークを確認してみたい（ルグラン（2010））。

ルグランのフレームワークは、「信頼モデル」「命令と統制モデル」「発言モデル」「競争と選択モデル」である。ほとんどの国と同様に、日本の公共サービスはこれらのモデルのいくつかの要素、あるいはすべての要素を内包しており、多くの場合、それらを補完するものとして民間市場にますます頼っている。

詳しく説明するために、ルグランの『準市場 もう一つの見えざる手』から引用すれば、

「第1に、信頼に基づくモデルであり、そこでは、公共サービスで働く専門家やその他の職員は、政府や他人から干渉されなくても良い公共サービスを提供するだろうとただ信頼される。第2は、命令と統制を使うモデルであり、そこでは国家ないし国家の機関が管理統制によってサービス提供を担い、上位の管理者が部下に対してサービス提供に関する命令ないし指示を与える。このモデルの一つが、目標・成果管理と呼ばれるものである。これは、特に英国において最近広く用いられ

ているものであり、以下の議論において、目標という項目のもとで集中的に検討することになるだろう。第3は、発言に基づくモデルであり、そこでは利用者は供給者に対して、専門家に直接会いに行ったり、議員などに苦情を述べたりとさまざまな方法で自分たちの意見を直接伝えることによって良いサービスを得ようとする。最後に、利用者の選択に基づくモデル（供給者の競争を伴う場合と伴わない場合がある）がある。そこでは、利用者は、顧客を求めて相互に競争する多様な供給者の中から選択することができる」という。

3. 英国の事例

英国では財政赤字の国内総生産（GDP）比率が11%を超えているため、巨額の財政赤字問題への取り組みを迫られている。2010年5月の選挙で第2党に転落した労働党のブラウン首相は自由民主党（自民党）との連立を断念して辞任を表明し、第1党となった保守党は自民党との連立で合意した。結果、保守党のキャメロン党首を首相とする連立政権が誕生し、13年ぶりの政権交代が実現した。英国で連立政権が生まれるのは1945年以来である。

英国と日本、フランス、ドイツの簡単な比較を図1に示す。英国は図2に示す2005年の資料では、医療費の対GDP比、またその中の公的負担の割合が日本とほぼ同じという点で日本に類似していた。しかし、図3に示すように、近年、急速に医療費の削減を行っている。

一方では、図4に示すように、NHS（National Health Service）¹による公的な医療提供と社

1 英国の国営医療サービス事業のこと

会保険ではなく主に税金による公的な医療ファイナンスという点では日本とは全く異なる。NHSでは約76%が国の一般財源から賄われている。内訳として、税収による一般財源(76%)、国民保険(18%)、受益者負担(2~3%)、その他となっている。国民は原則的に一次医療である診療所(開業医)(GP: General Practitioner)、二次医療である病院

(専門医)での診療に加えて薬剤支給、その他の予防接種、学校保健、訪問看護、リハビリテーション、救急医療、環境衛生などのサービスを無料で受けられる。医療は原則として無料であるが、介護については、地方によって、また、収入や受けるサービスによって自己負担額が異なったりし、無料ではない。

なお、旧来、waiting listといわれる待機患者の問題が大きかったが、図5に示すように近年急速に改善している。

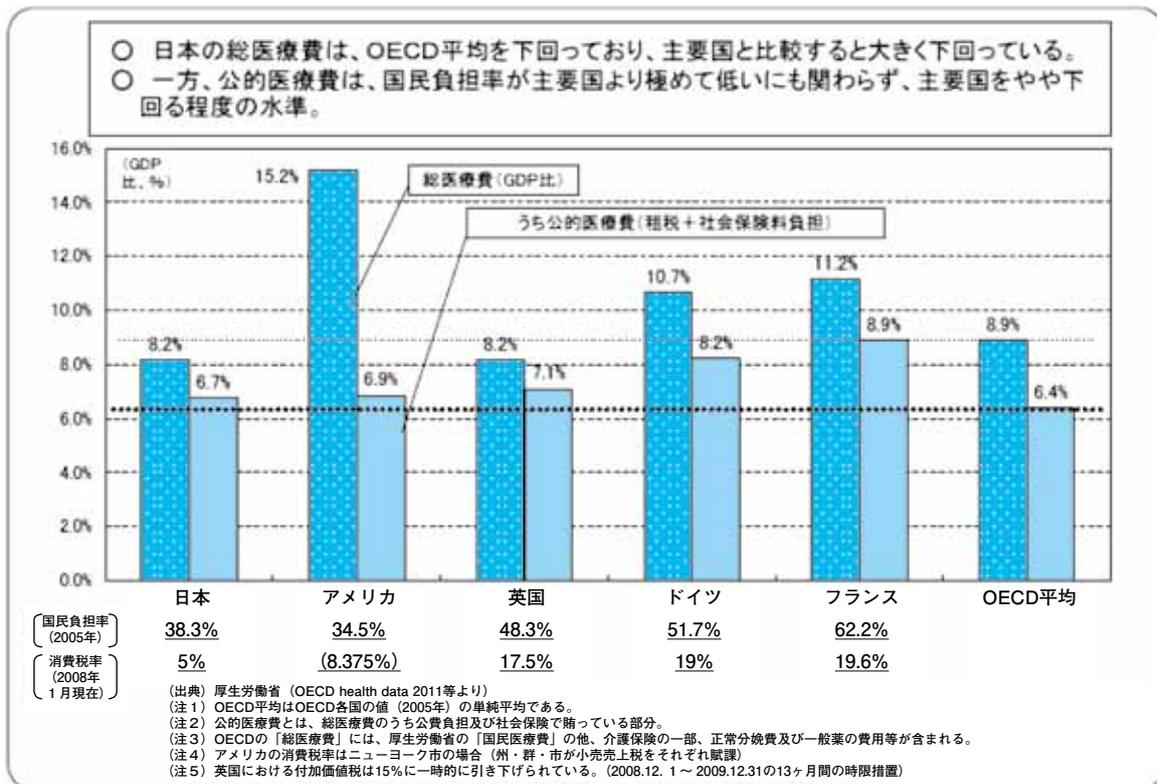
もうひとつ強調しておきたいことは、米国とは異なり公的な医療財源でありかつ提供体制を持つ英国においては国がまとまって同じ医療を提供しているのではないかという、誤解あるいは先入観を持たれる場合がある。今までの報告でもそういったニュアンスに受け

(図1) 日本・英国・フランス・ドイツの基本データの比較

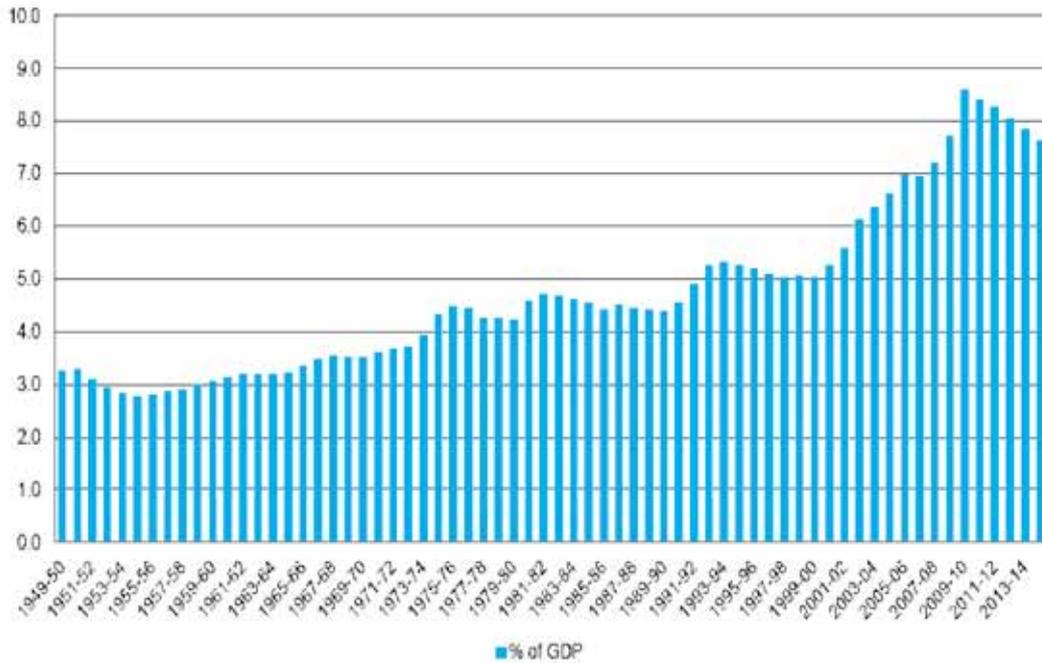
	平均寿命(歳)	高齢化率(%)	人口(千)
日本	83.0	22.7	127,509
英国(UK)	80.4	15.8	60,931
フランス	81.1	16.7	62,636
ドイツ	80.3	20.5	81,902
OECD平均	79.5	14.9	35,890

(出典) OECD health data 2011より
(注) 数値は2009年

(図2) 総医療費と公的医療費の対GDP比の国際比較(2005年)



(図3) 英国の対GDP比医療の推移



(出典) Nuffield Trust (IFS and HMT data), see <http://www.nuffieldtrust.org.uk/talks/slideshows/anita-charlesworth-spending-health-2011-2015>

(図4) 医療システムの基本類型 (国際比較)

	英国	フランス	ドイツ	日本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
delivery	ほぼ全て	約70%	約90%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
finance	税	保険料	保険料	保険料 + 税	—

(出典) 広井良典 (1994) 『医療の経済学』

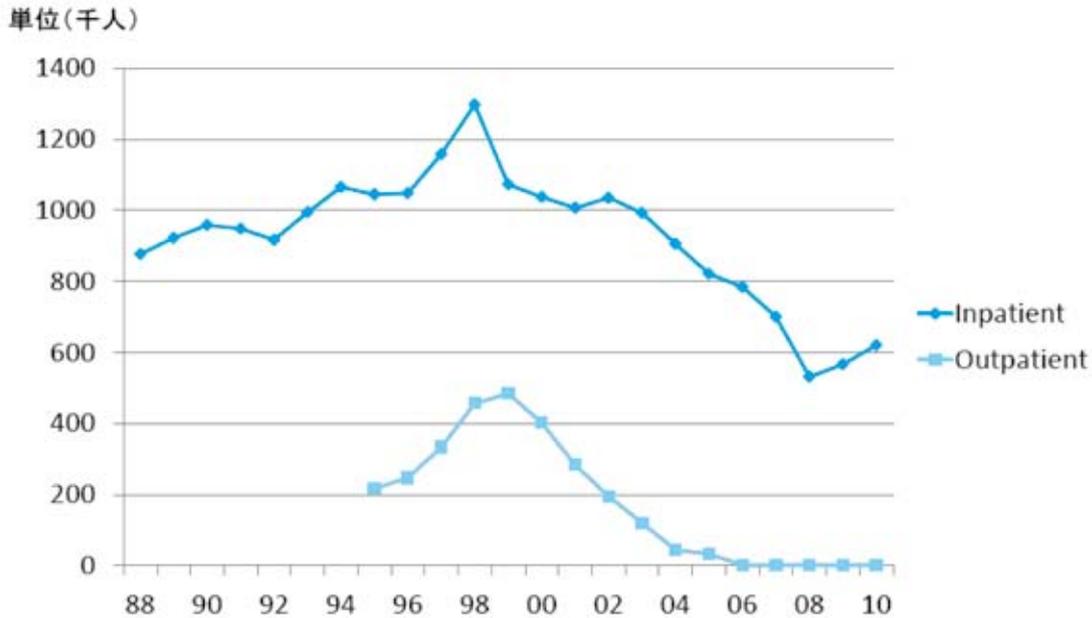
(注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院 (国立・公立) 病床の割合。ドイツの場合は公益病院 (宗教法人立・財団法人立等) を含む。

取れる場合 (武内、竹之下 (2009)) もあった。しかし、そうではない。そもそも英国自体が一つではないということがあげられるし、イングランド自体でも、地方自治が進んでおり、地域によって医療や介護提供には大きな差があるようである。これは自治体あるいは分権化された組織が医療や介護の提供体制を決定するということが根本にあるためであり、必ずしも全イングランドで公平とは言え

ない。

しかし、貫かれているのはNHSの理念でもある医療提供を無料で行うという点であり、その意味では、医療は公平に提供されていると言える。英国では、自由主義の考え方や社会民主主義の考え方で政権交代が起きる。医療政策をはじめとする公共政策についても、この政権交代の影響を受けると言われている。しかし、医療においては現在の保守

(図5) 待機患者数の変遷



(出典) 英国保険省 (Department of Health UK) ウェブサイトより著者編集
(注1) Inpatientは総待機患者数、Outpatientは3ヶ月以上待機患者数
(注2) 各年3月統計、ただしOutpatientの99年のみ6月

党、自民党の連立政権においても、その前のブレアからブラウンに続いての労働党においても、同じような方向に向いているように見える。それは、英国社会に顕在化してきた、

- ① 格差の拡大
- ② リスクと不確実性の増大

といった問題を解決しようとしている点では同じだからである。

4. 英国を流れる思想

「英国を流れる思想は 平等主義ではなく自由主義である」と喝破したのは川勝平太 (2011) である。「自由と平等は人類にとって普遍的価値だと日本では思われているが、自由という価値を生んだ母国は英国である。自由を英国人は最も大切にする。自由主義は世界に向けて発信され続けてきた英国のイデオロギー

でもある」というのだ。

しかし、医療に関しては1948年のNHSの創設以来、平等主義も行われているといえよう。

ただ、相次ぐNHSへの解体や変革の提案は根底にある自由主義を感じさせる。ここで自由主義とは、個人の自由と小さな政府を強調する思想であり、伝統的自由主義ともいわれる。

いわゆる英国病を克服すべきとして、マーガレット・サッチャーとその後継ジョン・メージャーの保守党政権による新自由主義政策の下で、政府による富の集権的再配分によって積極的な福祉政策と弱者救済を行うという福祉国家のモデルは次第に解体されつつあった。保守党政権は市場原理を最重要視し、経済政策への政府による介入は減らされ、民営

化と規制緩和が盛んに行われた。当時の自民党は、この福祉モデルの解体の方向性を明確に打ち出せなかったため、弱小政党に転落した。

これを受けて、ブレア労働党は、保守党の市場化一辺倒、労働党の市場化への適応不足という状況を乗り越える路線として、市場の効率性を重視しつつも国家の補完による公正の確保を指向するという、従来の保守-労働の二元論とは異なるもう一つの新しい路線を目指すと主張した。これが、英国における「第三の道」である。

政策としては、保守党が重視してきた所得税や法人税の軽減などを継承する一方で、より社会の下層に配慮し公正を目指す就労支援や公立校改革などを展開すること、また、弱者を手当てするのではなく、家族形成や就労を含めて社会参加の動機づけを持つ者を支援すること、そして、公共サービスでのPPP（Public-Private Partnership）による官民連携、さらに、サッチャーによる中央集権政策への反省から地方の自治・自立を促す地方分権（スコットランド・ウェールズ・北アイルランド各地方へ地方議会の設置）などがある。また、1999年には、英国では初となる最低賃金法を導入した。

病院の例でも出てくるのでPPPについて確認しておきたい。英国では国内外において、公設民営形態や自治体からNPO・企業への補助・委託などの、行政と民間とのパートナーシップが進行しつつある。すなわち、労働党政権は、保守党政権との差別化をはかるため、PPPという新たな呼称を使い、PFI（Private Finance Initiative）を発展させる試

みを行っている。こうしたパートナーシップは、市場規模の大きさの点から、健康・福祉・医療領域とその隣接領域に多くみられる。

PPPとは、公共サービスの提供において、何らかの形で民間が参画する手法を幅広くとらえた概念で、PFI手法のほかに、部分民営化やアウトソーシング、行政財産の商業利用などの手法が含まれる。PFIは、新規の施設整備や既存施設の修繕・改修など、資本投資が必要となる事業に対して主に用いられる手法だが、PPPは投資の有無にかかわらず幅広く官民が協働で事業を行う形態を総称したものと言い換えてもいい。

この呼称は労働党政権が主張したものなので、最近はあまり使われなくなっているが、現在の連立政権でもさらに強く受け継がれている考え方である。

5. 社会保障改革の流れ

大阪大学の河森（2009）によれば、WHOの2000年『世界保健報告』は20世紀に起こった保健医療システム改革の流れを3段階に区分している。

第1段階は「古典的普遍主義（classical universalism）」の時代である。20世紀の前半にかけて、普遍主義の名のもとに国家的な保健医療制度を構築する動きが広範に出現するとともに、中所得国で社会保険制度が導入された。

第2段階は、保健医療サービス、食料、教育、飲水等のあらゆる基本サービスの最低限の保障を骨子とするプライマリ・ヘルスケア（primary health care）の原初的な概念（original concept）ができあがった時期である。サー

ビスの範囲とレベルにおいて大きな理念的変化がみられたのである。

第3段階は、効率性の重視（cost-effectiveness）、民営化を含むサービス供給の多元化（pluralistic health care system）を通じた、必須のケアのみをあらゆる階層に提供する方向、すなわち「新普遍主義（new universalism）」に転換する時期である。多元化したサービス供給において、供給者は公的機関の規制と認可の対象となる。政府は「規制者」としての役割を強化するものとされたのである。

以上のことから、第1段階から徐々に国家の役割が変化してきていることがわかる。一言でいえば「供給者」から「規制者」へという変化である。

6. 第三の道とは

ここで、第三の道とはなんだろうか。LSE 名誉教授の社会学者アンソニー・ギデンスが、1998年に『第三の道』という言葉を用いたが、医療を含む社会保障については、①従来のパターンリズム、福祉の視点にもとづく公正重視の大きな政府の考え方と、②新保守主義に代表される小さな政府の考え方、③社会学者のギデンスの考え方にもとづき、1997年から英国のブレア首相がうちだした第三の道という三つの方向性がある。

①は、旧来の福祉国家群、すなわち北欧諸国の考え方である。保守主義は市場万能主義でかつ伝統を重んじ、異端にもきびしいが、②の新保守主義は、市場万能主義をよりいっそう鮮明にしつつ、社会的異端に対しては比較的寛容であろうとする立場である。

第三の道については少しわかりにくいかもしれない。この思想は、①と②の中間で、個人が社会保障の一方的な受益者であってはならず、国家は個人の自立を支援するような制度設計を行なうものとされる。

具体的には、下記のようなになる。

- ① 福祉国家政策と市場主義との中道であること。
- ② 「福祉から労働へ」というモットー
- ③ 公的でも私的でもないNPOやボランティア組織としての「第三セクター」の重視
- ④ 地方分権（補完性の原理、権限移譲）や政治参加の促進
- ⑤ 権利とともに義務や責任の強調
- ⑥ コミュニティの安全、治安対策の強化
- ⑦ 家族や教育の重視
- ⑧ 多様性を認めながら、価値観を共有する社会

④の補完性の原理とは、もともとカトリックの教説にある考えで、人格としての個人により近い組織に権限を移譲していくのものであり、この原理はヨーロッパ共同体（EC）、その後のヨーロッパ連合（EU）でも採用され、欧州では一般的になっている。

また、地方分権化は直接民主主義的な動きを強めるためのものでもあり、市民あるいは医療の場合には患者の参加が求められている。

7. 英国での壮大な実験

一方、「市場には心がない。だが市場の行き過ぎを制御するレフェリーがいれば、極めて効率的な調整機能を発揮する」²と言ったのは、米国の経済学者ポール・サミュエルソン

ンである。このように行き過ぎた市場主義への警戒も言われる中で、準市場は、レフェリー付きの市場主義と言えるかもしれない。

ブレア政権になっての大きな変化は、「命令と統制モデル」から、「発言モデル」「競争と選択モデル」への変化、もう少しまとめて言えば、政策目的の達成のための手段が、目標管理から準市場へ変化したことと考えられる。

特に、選択がなかった英国医療において、労働党政権時代から選択が強調されており、「競争と選択モデル」への方向性と言える。

例えば、連立政権下でNHSトラストすべてにそうなることを期待された、FT (Foundation Trust) は、保健省から独立した監督組織 (Monitor) の認可を得て設立される共同組織的な公益法人であり、その運営には住民も参加する。ただし、FTは労働党政権で導入された考え方である。

連立政権になって、もちろん、ターゲットといわれる目標管理をやめるわけではないが、後述するPCT (Primary Care Trust) からCCG (Clinical Care Group) への移行、病院の民営化は、準市場の中でもより市場化の方向に沿ったものと考えていいであろう。PCTは、地域ごとの疾病構造を調査し、地域で必要な医療資源を予測し、医療機関と協議しつつ整備していくという役割を持ち、保険者機能を持っているといってもいい。具体的には、①保健、医療目標の設定と政策の立案、②医療機関との年間取扱い症例数、価格(一部)の交渉、③新規医療機関の参入承認、医療サービス供給量の調整である。ここでは、病院、開業医さらには、NHSの管轄の

外であるが、介護についての連携もおこなっている。

なお、PCTの導入も同じく準市場と考えられ、ブレアやブラウンと現政権が同様の方向性であることが確認できる。

8. GPの役割

英国では、GP (General Practitioner) と呼ばれるかかりつけ医の制度に特徴がある。この仕組みは政権交代でも変化はなさそうである。英国家庭医学会 前会長のロジャー・ネイバー氏 (Dr. Roger Neighbour) によれば、GPの特徴は下記である。

- ・ 市民は家庭医療の診療所に登録している
- ・ 各GPは約2,000人の患者をケアしている
- ・ GPは地域で、通常3人以上で共同して、設備の整った診療所で働いている
- ・ GPは、通常健康サービスにおける患者の最初の接点である
- ・ 救急の場合を除き、(病院を基盤とする) 二次ケアに到達するためには、患者はGPからの紹介が必要である
- ・ GPは、10の診療のうち9を二次ケアへ紹介することなく取り扱う

いくつか補足すると、もちろんすべてのGPではないが、ここ数年で、GPは種々の検査をするようになったり、自院に心電図や超音波などの検査機器を置くようになったという。

また、「GP with special interest」ということで、GPで専門性を持ちたいという場合もあまり多くはないが出てきているよう

2 「市場過信の政策に懸念」『日本経済新聞』2005年8月3日記事

ある。

これらの変化は、まさに二次医療の一部を一次医療で行うという流れの表れである。なお、GPの得意なことは患者を家族と文化的コンテキスト（背景）で考える、身体的、心理学的、社会的観点から診断をつける、患者の人間関係、職業、環境が病気と回復に与える影響を考慮する、ことであり、専門医教育を先に受けると、このようなGPとしての考え方が失われてしまうのでよくないということであった。

このように、政権交代による英国の医療の変化はまだ始まったばかりでみえてはこない。しかし、自由主義の方向で、財政規律を重視する政権であることは間違いないので今後の変化に注目したい。

9. 自由主義への道かケアへの道か

さて、今回の政権交代の目玉の政策としてはPCTの解体とCCGの創設がある。この動きは、自由主義への道かケアへの道か、どちらなのか、あるいは両方なのだろうか。

PCTは、担当する地域が必要とするヘルスケア・サービスをGP等と契約し購入して提供するNHSの組織である。これは、米国の地域を限定したMCO（Managed-Care Organization）に擬えることができる。PCTは、担当する地域の住民を対象として、その必要とする一次、二次医療のサービスを調達提供するとともに、一部のコミュニティ・ケアを提供する場合もあった。その財源はNHSから割り当てられるので、強い予算制約があるが、医療専門職を含む執行機関が独自にその執行につき判断して保健医療サービス資源の

調達と提供を執行できる。一方で住民の健康について責任を負担する使命とその執行結果を説明する責任を与えられ、他方で強い予算制約のなかにあるため、サービスの品質を向上させるとともに資源効率性を向上させる強いインセンティブが与えられる構造になっている。

まとめて言えば、医師の参加が少なかったPCTで行っていた業務を、GPを中心にCCGが行う。ただし、PCTとは違い自らが参加しているので、GPへの予算配分は行わない。一方、当初250のCCGを併合して巨大化するという試みも行われている。例えば、グレーターロンドンと言われる人口750万人ほどの地域には6つのCCGしかない。したがって、扱うお金も非常に巨額になり、マネジメントも難しくなる。そこで、また別組織を作って、マネジメントをサポートしていくことも考えられている。ここにはコンサルタントとか民間の活躍の場が多くある。このように民間主体になると、需要創出によって医療費が増加してしまうのではないかという懸念があるが、準市場の考え方で予算は公定であり、その心配はないようだ。むしろ、追加で超音波検査をしてほしいといった要望には無料で対応することになるといった、逆に医療関係者が忙しくなってしまうのではないかという懸念がみられた。

仕組みは、むしろ複雑になったとの批判や、PCTにもっとGPや臨床的な側面を増やせばよかったただけだ、といった批判も見られる。

民間人にサポートさせて、患者の選択を重視する方向では、自由主義への道とも取れる

が、次項で述べるようにケア充実への道にも見える。

10. 一次医療と二次医療の混在化

一次医療と二次医療の明確な切り分けが特徴であった英国では、ブレア改革の時から、二次医療の一部を一次医療に移すという試みがされてきた。たとえばブレアの就任した1997年には、PCG (Primary Care Group) が創設された。PCGの狙いは、①医者や保健婦、ソーシャルワーカーらが一体となって地域医療に取り組む（従来は、住居や失業なども病気の原因となるのに、これまでは別々に対応していた）、②病院で行われていた診察の一部を開業医にも認め、コストを下げる、③予算を供給者側ではなく、利用者側のニーズに合わせて使い、効率化する、といった点である。PCGはPCT (2002年4月導入) として受け継がれている。地方分権の流れで、NHSは、保健省を頂点とし各地方に10個あるSHA (Strategic Health Authority) を運営して、PCTを管轄していた。

二次医療の一部を一次医療に移すという流れは、PCTにも受け継がれたというが、管理者は看護師が多かったが、マネジドケア的な側面があったPCTでは、GPへの権限移譲ができていない、もっと患者に近いところへ権限を移すべきだという声上がる。前述したように政権交代によって、PCTは廃止の方向で、さらに二次医療を一次医療に移す流れである。

英国における二次医療はかなり本格的な二次医療である点に特徴がある。例えば小児医療の場合には、病院で二次医療を担当する専

門医は、小児血液疾患、小児循環器疾患、小児神経疾患などの専門家であって、簡単な風邪などを診察することはない。この考え方が、二次医療と一次医療の明確な区分になるのであるが、医療の進歩と慢性疾患の増加といった背景を受けて、必ずしも一次医療と二次医療の区分が明確ではなくなってきた。例えば、併発症が多い高齢者疾患をどう扱うのか、糖尿病のように様々な合併症が起きる疾患をどう扱うのかといった問題がある。

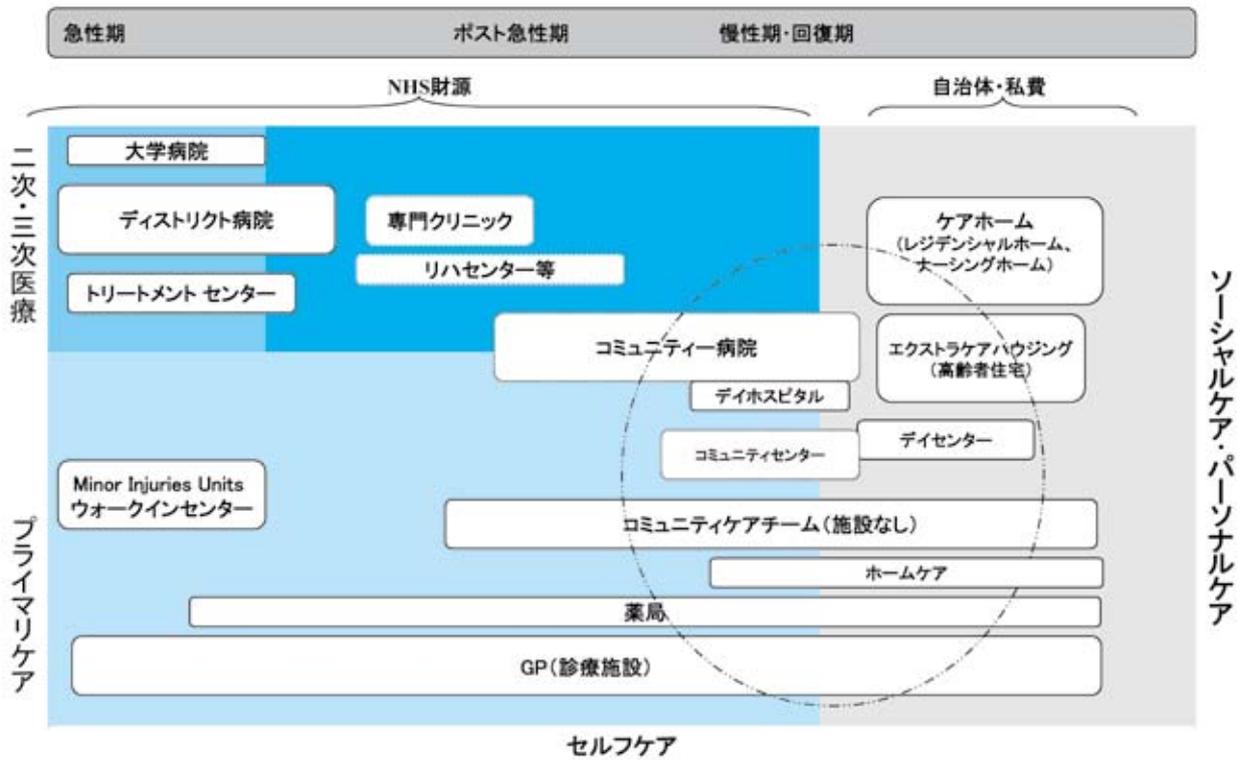
このために、ブレア改革もインターメディエイトケアの充実をうたった。最近の例としては、糖尿病センターがある。ロンドンのUCLH (University College London Hospitals: ロンドン大学病院) のロバーツ教授によれば、一次医療でも二次医療でもないところに、中間の糖尿病センターを作る。そしてそこには各科の専門医さらにGPやコメディカルのような一次医療を行う医療職も集まる。そこで集学的な治療を行うというものである。さらに、ここでスキルが蓄積されれば、このセンターは不要とし、一次医療にセンターの機能を移す、とする。

これ以外にも、前述したように、また図6に示すようにインターメディエイトケアには、コミュニティ病院やGPの機能の一部や、ホームケアやナーシングホーム、高齢者住宅などが含まれる。

以上述べてきたように、高額になりがちな二次医療を一次医療でできる限り行う、言い換えれば病院医療がGPへ、そしてもっと簡単なものは個人あるいはコメディカルへという動きが間違いなく続いているのである。

この話を突き詰めていけば、急性期医療の

(図6) 英国医療供給体制の機能分化 (概念図)



(出典) 東海大学堀真奈美教授作成

ように、まさにその疾患になることが命にかかわる、しかし、そこまでの状況になる人がさほど多くない疾患の場合、例えば心筋梗塞に対しての保険という考え方なのか、あるいは高齢化社会を迎え、多くの人に関係する一般医療や通常のライフコースの中での死、というもの、すなわち誰でもかかるリスクに対しての安全の担保という考え方なのか、のどちらかの考え方を選択するというところに行きつくのではないか。

英国の場合には後者の考え方を取っていると思われる。これは、前述してきたような流れに加えて、ソーシャルケアを充実させていく方向性に表れている。

そして、後者を取る場合には、自己責任の部分がある程度増やさないと財政が破たんす

る、ということで、後述するような「直接支払」といった考え方が先にソーシャルケアに導入されている。

11. 患者の代理人はだれか

ここに医療における情報の非対称性の問題の解決のカギとしての代理人問題が浮かび上がる。医療の場合には、患者と医師間の情報の非対称性が、医療に公的な介入が必要な最も大きな理由と言われている。

プリンシパル・エージェント理論とは、取引される財・サービスに情報の非対称性がある場合などに、依頼人（プリンシパル）が代理人（エージェント）に権限を委譲し、判断や取引を行わせるモデルを分析する理論である。そして、プリンシパル・エージェント関

係は、経済活動や社会生活において専門性のメリットを実現する仕組みである。プリンシパル・エージェント関係にある両サイドの者が、費用なしで情報を入手できるとすると、完全情報ないし確実性のゆえに、いかなる経済問題も生じない。しかし、現実はそのようではないので、常に最も生産的な分業・専門化の構造が実現されるように、契約が与えられる、ないしは意思決定が委譲されることになる。このような条件のもとで生じる、厚生を最大化するような分業／専門化ないし交換／調整の構造は、いわゆるファースト・ベスト解と呼ばれている。しかし、不完全かつ不平等に配分された情報あるいは不完備契約のために、実際は前述のファースト・ベスト解とは異なった状態へ行き着く。それが、いわゆるセカンド・ベスト解である。このファースト・ベスト解と、不完全な情報の下で実現されるセカンド・ベスト解の差すなわち、(ファースト・ベスト解) マイナス (セカンド・ベスト解) がエージェンシー・コストである。

一方、プリンシパル・エージェント理論では対価を決めるのは依頼人であるプリンシパルであるが、第三者が介入してくると問題はさらに複雑になる。医療保険があり自己負担がきわめて少ない場合には、実質的な支払いは保険者であるので保険者をプリンシパル、医師をエージェントと見立てることも考えられる。またこの延長で、プリンシパルである患者にとって、医療保険者をエージェントと考える見方もある。これは、理論的に

も、保険者の方が医師よりエージェンシー・コスト問題が大きくなることから裏付けられる³。

医療にあてはめた場合には、プリンシパルというのは情報を持っていない患者を指し、エージェントは情報を持っている医師や保険者を指す。例えば株主と経営者のような関係では株主はプリンシパルで、経営者はエージェントとなる。エージェントはプリンシパルとの契約に基づいて業務を行うが、専門性をもつエージェントのほうが圧倒的に情報をもっており、有利な立場にある。そこでプリンシパルが自らの目的を達成するために、エージェントとどのような契約を締結するかが問題となる。これを分析するのが、プリンシパル・エージェント理論であり、医療にも当てはまる事例が多い。

Dranove and White (1987)⁴は、患者をプリンシパル、医師をエージェントと設定し、医師がプライマリ・ケア医の場合には、長期的な関係から治癒経験・ベッドサイドマナー・待ち時間などの情報を多く収集できるため、患者が医師をモニターすることが容易になるとしている。これによって、医師は患者の適正なエージェントとなりやすいことを指摘している。また、二次医療においても、プライマリ・ケア医が専門医を紹介する場合には、プライマリ・ケア医が患者のエージェントとして専門医をモニターするため、患者はプライマリ・ケア医を通じて専門医の行動を間接的にモニターできることとなるとして

3 保険者の場合には、医療費が最も少なくなる（質を担保した上で）ことで最も効用が最大化する。

4 David Dranove and William D. White “Agency and the Organization of Health Care Delivery” Inquiry, Vol.24 P405 - 415, P406 1987

いる⁵。

問題としては、例えば、かかりつけ医を変えたいときに、今までの検査データ（投資に当たる）を見せてくれないために医師を換えることが出来ないといったケースが想定される。

いずれにせよ、英国医療では、GPが患者の代理人であり、今回の改革はその機能をさらに明確化したと考えていいであろう。

また、PCTによる管理がマネジドケアのような管理医療による準市場の形成だとすれば、CCGによる管理は、ルグランによる「発言モデル」に近い面ももった準市場であり、右寄りの連立政権だからと言って、全く異なる思想になりにくいのが英国の状況である。

12. 継続的なケアへの評価

ハーバード大学経営学部教授であるマイケル・E・ポーターは、価値連鎖（バリューチェーン）という考え方を提案している（図7）。この考え方自体は目新しいものではないが、十分医療に応用できると考えられる（図8、9）。

これは、そもそもは提供するサービス・商品がどこで付加価値を出しているのかを分析する方法である。図に示した一つひとつのブロックは他との競争において優位の源泉になる活動で、主要活動（主活動）と支持活動（支援活動）に分けられる。主要活動はポーターの考えるコスト優位性とサービスの差別化の根源であり、持続的な競争優位をつくる源泉である。

（図7）バリューチェーン



（出典）マイケル・E・ポーター著、土岐坤、中辻萬治、小野寺武夫 訳（1985）『競争優位の戦略—いかに高業績を持続させるか—』ダイヤモンド社

（図8）医療機関におけるバリューチェーン（部門別）



（出典）真野俊樹（2000）『社会保険旬報』

（図9）医療機関におけるバリューチェーン（診療・治療のステージ別）

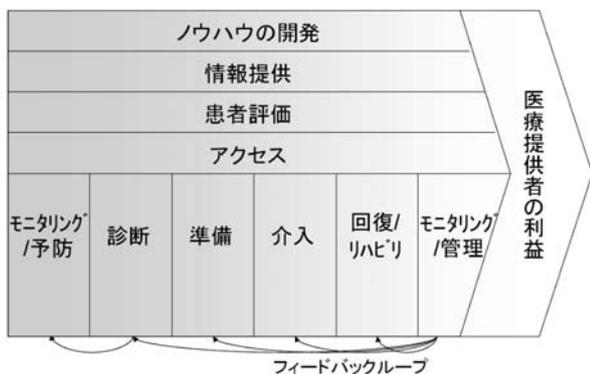


（出典）医療経営人材育成事業ワーキンググループ（2006）『医療経営人材育成テキスト』

さて、これを医療に適応したポーターの案が図10に示される。たとえば糖尿病の場合、マーケティング戦略は何か。この場合には患

5 但し、ここではプライマリケア医は、紹介した専門医から受ける患者の満足度によって担当患者から評価を受けると想定している。また、医師や患者に係る経済的誘因はこの関係を阻害しないと仮定している。

(図10) 医療提供のバリューチェーン



(出典) マイケル・E・ポーター、エリザベス・オルムステッド・テイスバーク (山本雄士 訳) (2009)
『医療戦略の本質—価値を向上させる競争—』日経BP社

者教育、保健指導、投薬が中心なので各診療科、看護部門（保健指導・患者教育）と投薬で価値が大きく増える。マーケティングサービス部門も重要である。一方、虫垂炎の場合は診断、手術が中心なので、各診療科と手術部門で大きく付加価値が増す。再発はありえないので、マーケティングサービス部門はその患者さんへの対応が他の患者への波及効果をもつ、あるいは他疾患で同じ患者が来院するような戦術を心がける。

この見方は、病院経営の側からこの価値連鎖を利用する方法を述べたものであるが、医療が生み出す価値は、予防からモニタリングまでの一連のものから生まれるというのが、ポーターが医療に適応した価値連鎖の図である。そして、この考え方は、病院医療にのみ注目したものではない。この一連の流れが生み出す価値を、最も少ない費用で生み出すべきというのが、ポーターによる医療の価値あるいはValue For Moneyの考え方といってい

いであろう。

繰り返しになるがこの考え方には、単独の医療という考え方はない。日本でいえば地域医療連携である。英国においても米国においても従来地域医療連携の考え方はなかったといってもいい。しかし、この考え方が重要だとの指摘である。

英国では、COF (Commissioning Outcome Framework) という考え方が考えられ、CCGが責任を持つ一連のサービスについての評価指標が考えられている。ここでは、標準化、アウトカムの高品質、連携が評価され、NICE (National Institute for Clinical Excellence : 英国国立臨床評価研究所)⁶のサポートが予定されている。

なお、この評価対象における変化は、「競争と選択モデル」の中での変化と考えられる。

ただし、英国ではこの責任がCCGにあるが、ポーターはこの価値を評価する主体として保険者を考えている。言い換えれば患者の代理人として、英国のようなGPではなく保険者を考えている。

このポーターとの考え方の差は、今回の英国保健省との議論でも、本来患者が意思決定すべきであるがそれは無理であろうから共同作業としてGPが行う、とコメントされ、ルグランの前掲書にも記載されている。ルグランは、「疑いなく一般医が多くの場合において患者にアドバイスするうえで大きな役割を果たすだろうし、決定は事実上、合同の決定になるだろう。文献において共同の意思決定と呼ばれているものである。患者が自分で決

6 NICEの役割は、医薬品、医療機器、診断技術等に関する新技術、新製品についての臨床上の効果や費用対効果を評価し、NHSに対して標準を推奨するという任務が原型であった。

めなければならないのは、予算の範囲内にあるすべての治療や供給者の中で自分がどのような治療を望み、その治療をどの供給者から受けたいかということだけである。そして、患者が望む場合は、責任をすべて一般医に委ねてしまうこともできるだろう」という。

13. 直接支払と貯蓄口座

患者など必要な人に直接、その人が必要としていると認定されたサービスが購入できるだけの現金を直接支払う方式を「直接支払」という。

英国では、現在、障害者支援、レスパイト・ケアなどの社会ケアに導入されている。これを医療にも適応するかで議論があるようだ。

似たようで異なる概念に、貯蓄口座すなわちMSA (Medical Saving Account) がある。これはシンガポールで導入され米国でも2003年にブッシュ大統領による方向性の明示以降、あちこちで計画されたり行われている。しかし、この制度では支払いに当局（英国でケアの場合には地方当局）によるニーズの判断や支払への判定がないという点では、MSAとは異なるが、患者に責任を持たせるという意味では共通しており、ここでも自己責任への意向が見られる。ただし、英国が米国やシンガポールと異なるのは、自己責任とはいっても判定を行うわけでここでも単なる市場主義ではない準市場の概念を使った考えが感じられる。

前述した駒村によれば、直接支払いは準市場の概念、すなわち、②需要サイド⁷では、

純粋な市場と異なり、購買力は金銭で示されるわけではなく、特定の目的に対して割り当てられた公的保障という形を取る、といった点を満たしている。この動きは、「競争と選択モデル」への動きと考えられる。

14. 株式会社に委託されたヒンチンブルック (Hinchingsbrooke) 病院

ヒンチンブルック病院 (Hinchingsbrooke Health Care NHS Trustが管理する223ベッドの病院) は、2012年1月31日のBBCニュースによれば、50億円の負債（病院の予算は112億円⁸）を抱えており、経営難になっていた。そこで英国NHSでは最初のケースになるが10年の契約で、Circle (サークル) という会社がこの病院の運営受託した。受託は入札制度であり、この会社が入札で選ばれた形になる。この会社はほかにも、美容系や関節疾患の病院や、病院ではないがNHS医療機関を運営している実績を持つ。

基本の考え方は公務員ではなく、医師などの医療従事者にモチベーションを持って働いてもらうという考え方である。そのために、従業員（主に医師）が株を所有している。

運営委託であり、診療科目の選択もある程度自由であるが、救急とか周産期といった地域に必要な医療は残している。

Circleは50.1%が機関投資家、残りが医師ら医療従事者が株を持つ形式で病院の運営受託を行っている会社である。この会社は英国の代替的新興市場 (AIM)⁹に上場している。政府は、病院に自立してもらうためにFT化

7 P.96の右段2行目、駒村の②のこと。

8 1ポンドあたり約125円 (2012年8月17日レートで換算)

を求めているが、いくつかの病院はとても自立して経営できる状況ではないという（NHSの病院のうち20～30）。そのひとつをイングランドではじめて行ったのがこのヒンチンブルック病院である。

委託後、順調に経営状態は改善しているというが、最終的に負債がなくなるのは2020年だという。

改善の手法は極めてシンプルであるがマネジメントの手法に準じている。PDCAサイクルを回す、理念を共有するといったものである。

しかし、株式会社が経営するといっても、ここでも公定価格の市場であり、米国のような市場主義にはならず、準市場であるという考え方になる。つまり、英国のように、保険者と医療提供者の間で自由に価格がきまる市場ではない、ということである。

ルグラン（2010）によれば、「公共サービスに競争や準市場を導入することはいわゆる民営化と混同されてはならない。なぜなら、民間企業をまったく参加させず、公的所有組織や非営利組織だけの間で競争を実現することは完全に可能だからである。重要なのは競争が存在するという点であり、供給者の所有形態ではない。なぜなら、（中略）競争によってもたらされる行動様式は、供給者のタイプにかかわらずかなり似通っているからである」「経済学理論が予測するところによれば、そうした状況では、価格が固定されている状況とは違って、競争は価格と質の切り下

げにつながりうる。価格が固定されている状況では、理論によれば、競争は質の向上をもたらすだろうと予測される。なぜなら、今やそれだけが競争の対象となる次元だからである」という。

15. NHSで最高評価のFT

UCLH（ロンドン大学病院）はNHSで最高評価のFTが運営する病院である。病床数は700ベッドで平均在院日数は3～4日、ベッドの占有率は70～85%という。2005年にPFIによって作られた極めて近代的な建物の病院である。このFTはそのほかに専門病院やマクミランがんセンターを持っている。これは外来のみではあるが、いわゆるがんセンターで、2012年4月に開業した。

NHSによる病院は、英国ではPFIで作られることも比較的多い。PFIの企業との契約は30年と長期である。

NHSでは、緊急入院に対してバッファとなる病室を作っている。つまり救急患者はいきなり専門医を受診するのではなく、48時間を上限に救急病棟に入院することになる。

また、米国で見られるホスピタリストのような病院総合医という考え方においては、前述した救急で最初に診察治療する医師はまさにそれにあたる、という説明であった。

また、入院期間が短い点について、連携という視点から質問すると、「長く入院することが感染なども含めリスクである、むしろGPや退院後に何がリスクであるか、あるいは

9 証券取引所の中でもベンチャー企業などの創業年数が短かったり、財務体質が悪いなどいわゆる取引所一部や二部の上場基準を満たしていない場合でも、成長性などが認められた場合に上場することができる取引市場のことを指す。日本ではジャスダック、マザーズ等。

服薬内容などを家族やGPに説明して理解し対策してもらうことが重要である」という考えであった。

16. 中国での準市場？

ドイツの経済社会学者であるマックス・ヴェーバーは、西欧近代の文明を他の文明から区別する根本的な原理を、「合理性」と仮定し、その発展の系譜を「現世の呪術からの解放 (die Entzauberung der Welt)」と捉えた。そうした研究が『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』に表されている。なお、ここでは資本主義とは私有に基づく商品の生産と交換を基礎とした経済的（かつ社会的）システムと定義される（クリストファー・ピアソン (1996)）。逆に、共産主義では私有が認められていないものが多くある。共産主義は市民社会的個人が公共物のみにより保証されて生きていく社会であるともいえよう。

筆者が『共済総研レポート』No.122（2012年8月）で報告した華西村では、村人たちが事業に出資するという資本主義の手法を取り入れて、豊かになった。2009年には中国世界記録協会により中国で最も豊かな農村として認定されている華西村は、本稿の視点ではどう分析されるのであろうか。

準市場の「発言モデル」「競争と選択モデル」ではないことがわかる。経済的に豊かな創始者にあたる村民たち¹⁰についても、住居、車は与えられているのであって、選択はな

い。村の主要産業である観光業も1社の独占であり競争はない。また、20時になるとホテルのバーも終了してしまい、外での娯楽の自由はない。「発言」に関しては、詳細は分からないが、少なくとも発言で何かが大きく変わるとは思えない。一方、「命令」や「統制」はあるし、目標管理もおそらくされているであろう。

逆に、「信頼」はどうか。一般には、中国人は国や政府を信じていないといわれる。ただこの村民たちにおいては、少なくとも現在も村長である創始者の呉仁宝前党書記を信じてついていっていることは間違いない。

村に唯一の診療所¹¹で行われている医療サービスは、創始者である村民たちは無料であり、重篤な病気になった場合には、都市の医療サービスを自費で受ける。もちろん、自費であっても、創始者である村民は、平均年収が1,000万円といわれるほど資金余力がある¹²ので、自由診療での診察が可能である。具体的には、この村の診療所が上海の軍関連の病院と提携しており、救急車も含め、創始者の村民を受け入れてくれる体制ができている。なお、この診療所はPET-CTを所有するが、創始者の村民以外は10万円近い金額を支払わねば、撮影することができない。

大塚（1969）によれば、現在の中国のような部分的に外貨を稼ぐあるいは外資を導入するという共同体間分業ではなく、村落での自然発生的に生まれた手工業のようなものから

10 創始者の村民たちは現在、家族を入れて1,500名である。村には3万人以上の人が住んでいるが、その人たちにはここで述べるような受給権はない。

11 ほかの診療所の開設は認められていない。

12 村は株式会社として事業をしている。1,500名は株主としては一人当たり5.2億円の売り上げとなり、配当の90%は再投資であるが、残りの10%でも800～1,000万円くらいの年収になるという。

徐々に資本主義的生産関係が作られていく共同体内分業こそが近代的工業国家を成立させる基本条件とする。議論を進めれば、現在の中国全体をおおっている、共同体間分業での資本蓄積への取り組みにおいては社会保障という連帯の仕組みの意味は相対的に低い。一方、華西村での取り組みは、少なくとも創始者たちの連帯の仕組みを形成するという意味では、異なっている。

この状況を準市場と呼ぶかどうかは別にして、一見、市場メカニズムを医療にもちこもうとしているように見える中国においてこういった考え方が行われていることは、注目に値する。

17. まとめ

準市場という視点で英国を中心に、最後に少し中国での特殊な取り組みをながめてみた。特に中国での取り組みは、共同体間分業なのか共同体内分業なのか、という視点でもみることができる。

金融のウインブルドン現象に代表されるように、英国は、この場合には国家間であるが共同体間分業を具現している国である。その国で始まった準市場という概念が、同じように共同体間分業を推進している国において違った形で生まれていることは興味深い。更なる研究が必要と思われる。

(引用文献)

- ・ 島崎謙治 (2011) 『日本の医療－制度と政策』 東京大学出版会
- ・ 真野俊樹 (2006) 『入門医療経済学』 中公新書
- ・ 駒村康平 (1999) 「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」 『季刊社会保障研究』 Vol.35 No.3, pp.276-84。
- ・ 駒村康平 (1995) 「英国における社会サービスへの市場メカニズム導入政策の研究体系」 海外社会保障情報 No.112 P75-82、P75
- ・ 佐橋克彦 (2006) 『福祉サービスの準市場化：保育・介護・支援費制度の比較から』 ミネルヴァ書房
- ・ 児山正史 (2004) 「準市場の概念」 日本行政学会編 『年報行政研究39 ガバナンス論と行政学』 ぎょうせい、pp.129-46
- ・ 環 洋一 (2008) 「福祉国家における「社会市場」と「準市場」」 『季刊・社会保障研究』 Vol.44 No.1 P82-93
- ・ 遠藤久夫 (2008) 「わが国の医療提供システムと準市場——ネットワーク原理に基づく医療提供システム」 『季刊・社会保障研究』 Vol.44 No.1 P19-29
- ・ ジュリアン・ルグラン著、後房雄訳 (2010) 『準市場 もう一つの見えざる手』 法律文化社
- ・ 武内和久、竹之下泰志 (2009) 『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』 集英社新書
- ・ 川勝平太 (2011) 『近代文明の誕生』 日本経済新聞出版社
- ・ 河森正人 (2009) 『タイの医療福祉制度改革』 御茶の水書房
- ・ クリストファー・ピアソン著、田中 浩・神谷直樹訳 (1996) 『曲がり角にきた福祉国家』 未来社
- ・ 大塚久雄 (1969) 「マックス・ウェーバーのアジア社会観」 『大塚久雄著作集』 第7巻、岩波書店

(参考文献)

- ・ ジュリアン・ルグラン著、郡司篤晃訳 (2008) 『公共政策と人間－社会保障制度の準市場改革』 聖学院大学出版会
- ・ 都留重人 (2006) 『市場には心がない 成長なくて改革をこそ』 岩波書店
- ・ マイケル・E・ポーター、エリザベス・オルムステッド・テイスバーク、山本雄士訳 (2009) 『医療戦略の本質－価値を向上させる競争』、日経BP社
- ・ 損保ジャパン記念財団叢書 No.82 「ディージェズ・マネジメント政策課題研究会」 報告書 平成24年3月
- ・ 河合宏一 (2010) 『ユニオンジャックの政治パワー』 日本経済新聞出版社
- ・ ホリー・トインビー、デイヴィッド・ウォーカー著、青島淑子訳 (2009) 『中流社会を捨てた国－格差先進国イギリスの教訓』 東洋経済新報社
- ・ 武者陵司 (2007) 『新帝国主義論』 東洋経済新報社
- ・ Hinchingsbrooke Website : <http://www.hinchingsbrooke.nhs.uk/>
- ・ Circle Holdings plc Website : <http://www.circlepartnership.co.uk/about-circle>