

## 国際情勢報告 イギリスの 保健福祉 レポート



# 準市場論と医療制度改革 —イギリスの経験からの展望—

ジュリアン・ルグラン氏

(ロンドンスクール・オブ・エコノミクス教授)

保健福祉・介護・医療分野におけるサービスの質の向上は、先進各国共通の課題です。高齢者・障害者が尊厳を持って暮らしていけるようサービスの質を高めていかなければなりません。

保健福祉広報協会では、わが国の保健福祉・介護・医療サービスの質の向上に資するよう、欧米の関係者および研究者から集めた当該国の社会保障制度の動向や課題に関する情報をH.C.R. Newsに掲載し、わが国の関係者に情報提供をしています。

今回は英国のロンドンスクール・オブ・エコノミクスのジュリアン・ルグラン氏のレポート「準市場論と医療制度改革—イギリスの経験からの展望—」をご紹介します。

ソーシャルポリシーの専門家として、医療制度の国際比較をするので、日本の医療制度には関心をもっている。医療、公衆衛生のアナリストの間では、しばしば、自国の制度よりほかの国の制度の方がより良いと考えているが、そうした傾向を差し引いても、日本の医療制度は尊敬に値する。国際的な基準に照らして「非常にコストが安い」ということ、そして日本は「健康・寿命の物差しで見ても世界的にも素晴らしい」ことからである。

ただし、別の見方もあることは事実である。各国の医療制度それぞれに素晴らしい優れたところがあると思うのであるが、私のような海外の人間が日本の医療制度を見ているといろいろ尊敬に値する。しかし他方で、日本の国民にとっては必ずしもそうではなさそうだとすることに気づかされる。最近発表された日本の専門家の論文によれば、日本の有権者の6割以上が、日本の医療制度について不満を覚えていたと指摘している。いわゆる市民の意思の反映については7割台の人が非常に不満であると伝えられている。不満の原因となっているのは、例えば「患者に選択権がない」、あるいは「サービスの質」、あるいは「ケアの質」の水準などである。したがって、日本の国民の目から見れば、やはり今の日本の医療制度には心配になるような点が多々あるのかもしれない。だからこそ、どのように改革を進めるべきか、私の研究やイギリスでの医療改革にかかわる経験なども含めて、議論が行われているのだと推察している。

このような現状認識を踏まえたいうえで、ここで取り上げたいのは、「一般論で見てどのように医療制度改革を進めるべきか」ということについて示唆を与えたいのである。私がここで指摘することの中に、日本のシステムの脈絡に当てはめて参考にできるものが幾つかあれば幸いである。

さて、まず問題提起から始めたい。

「医療サービスを提供するうえで最善の方法は何か？」最善のということよりも、最悪な状況を極力抑えるためにはどうしたらよいのだろうかということである。ほとんど全ての医療制度というのはとても完璧とはいえない。どうしてもいろいろ欠陥があり、不完全なところが多々あるわけだから、その「不完全な度合いをどのようにして最小限に抑えることができるのか？」と言い換えた方がいいのかもしれない。

医療制度、医療サービスの提供といってもさまざまなモデルがあるが、紙幅に限りもあるので、これらのモデルの特徴と比較に重点を置き、医療制度改革の政治力学についても、簡単に触れていきたいと思う。

日本の制度やイギリスの制度のような公的資金で医療サービスを提供する制度には、制度設計や制度運営で見た場合の類型ないしモデルが4つあると考えられる。まず、最初の類型は「信頼型」であり、その反対にあるのが「不信型」である。これらとは別に、「発言力・意見を言うことに基づくモデル」と、「選択と競争を活用するモデル」がある。選択と競争のモデルの一例は、私が1991年の論文で提起した準市場システムである。私は、多くの場合で準市場システムは有効な方法であると思っている。あるいは、少なくとも最悪な状況が少なくて済む方法ではないかと考えている。介護制度としても医療制度としても、準市場システムというのは応用範囲の広いものではないかと思っている。

それでは、それぞれの類型ないしモデルの長所、短所を整理してみたい。そして、なぜ準市場システムがより優れているといえるのかをお話ししたい。

まず信頼型とは何を意味するのか？ この信頼型の制度の下では、政府が予算を決定し、予算を配分するわけだが、その予算は、政府自身が行政的に支出するのではなく、医師や看護師、あるいは経営者に対して予算を提供して使ってもら

仕組みである。いわゆる出来高払い制度というもの日本は採用しているが、国民健康保険制度があって、保険給付の対象として認定されたいろいろな治療法があり、その治療を受けた費用は原則、健康保険で賄うが部分的には公費負担が入る。日本では、現実には「診療行為で認定された治療がされたかどうか」を厳密にくまなくチェックをしてはいない。すなわち与えられた診療や治療法が適切だったのか、費用対効果が高いのかどうか、などをチェックする仕組みはあるけれども、完璧に管理しているわけではない、こうした制度に公費負担を入れているのである。ということは、やはり信頼しているからできるのである。すなわち請求を出してくる医師を信頼し、そして、適切な治療をしてくれたと信頼する。したがって、日本の医療制度は、信頼に基づいたシステムといえるのではないかと思う。

信頼というのは、医療の現場では非常に重要である。信頼なくしては、いろいろなことがうまくいかない。それだけに、信頼に基づくモデルは、医療制度を運営するに当たって長所がある。例えば、モニタリングのコスト、監視コストがかからない。また、医師や看護師など、いわゆるプロフェッショナル、専門職にとっても「信頼されたい」と思うのが自然である。別の見方をすれば、信頼されることによって士気も高まると言える。

ただし、このモデルは問題も含んでいる。専門職がどこにモチベーションを持つのであろうか？ すなわち利他的なモチベーションかどうかである。いわゆる公益意識の高い専門職であれば、その人は利己主義ではなく利他主義であるといわれる。しかし、このような想定に基づくならば、このモデルには幾つもの問題があると言わざるを得ない。

利他的な専門職というのは、「良いことをおこなうことでそれで十分だ」と思いがちであるが、他面、欠点もある。例えば、患者側のニーズ、すなわち患者側がどういう問題に直面しているのか、あるいは広く地域社会のニーズなどには思いが至らないケースが少なくない。そして、受け身になってしまう。人々を助けたいと思っているが、押し付けがましい患者は、利他主義的な医師にとっては到底受け入れられない。

すなわち、患者のニーズに対応しないようなサービスの提供、あるいは提供されるとしても十

分ではない質の悪いサービスを提供することが起こりうる。他方では、サービスを提供する側がサービスを受ける側を見越して、時には過剰になる、無駄が生まれるという場合もある。出来高払い制度だと、治療が過剰になり無駄が起きる場合がありうるわけである。報酬が増えるからこそ、過剰と思えるような治療もしてしまうという傾向も否めないのである。

信頼型についてイギリスの場合を述べれば、1948年に最初のNHSの制度が設立され、80年代まで40年間信頼型を試してきた。その結果、内部的にいろいろな問題が起きてきた。例えば「待ち時間が長すぎる」、「十分にニーズに応じてくれない」、あるいは「非常に無駄が多い」、「効果的ではないサービスが提供されている」といったさまざまな問題が生じてきた。そればかりか、不正が起きたり、不公平であると指摘されたりするような問題も出てきた。

こうした問題点があるためイギリス政府は、信頼型の制度を見直して、対局のモデルを試みようとした。不信型、すなわち信頼型とは全く反対に動くべきだという政策転換がなされたのである。看護師や経営者や医師を信頼するのではなく、上意下達型でおこなう。すなわち「目標を決める」という制度運営を採用した。つまりイギリスでは、一時期、目標を設定し、そして成果を管理するという制度が現実のものとなったのである。

成果管理というのは、ちょっと美辞麗句で飾りすぎたかも知れない。私見ではあるが、ロンドンスクール・オブ・エコノミクスでは、目標と恐怖の一連の仕組みであるとも呼んだ悪評高いものだった。NHSの従業員は、いわば恐怖を持って脅されて目標を達成しなければならないといった状況が生じたのである。実際には、この不信型の制度は、次のように機能する。数値目標を立て、その成果をモニタリングする。目標を達成した従業員には報酬を与えるが、目標が達成できなかった従業員にはペナルティをかける。すなわち配置転換や解雇などである。

このモデルは、実はうまくいく場合もある。少なくとも短期的にはうまくいく場合もあるのだと気付いた。次のような例がある。多くの患者が待機者リストに載って、病院に入院するのを待っていた。ヘルニアの手術や白内障など、単純な手術なのに2～3年も待たされていた。これではいけないと待機者リストに掲載される期間は12か月までにすると目標を設定し、これを守れない場合にはペナルティを課した。この目標設定はある程度うまくいき、2003年の半ばまでに、12か月を超えて手術を待っている人がゼロになった。待機者リストが短くなるように、医療提供のキャパシティの拡充などのためにかなり資金も投入した。

## 英国に関する基礎情報 Part 1

### 国土

『英国』とは一般的な通称であり、その正式名称はUnited Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (グレート・ブリテンおよび北アイルランド連合王国)。

その構成は、イングランド、スコットランド、ウェールズおよび北アイルランドからなっています。イギリス諸島(the British Isles)の最大の島は、グレート・ブリテン(Great Britain)と呼ばれ、イングランド、スコットランドおよびウェールズから構成されています。



### 人口

#### (1) 全人口

英国の人口は6,111万人(08年)。2021年には6,509万人に増加すると推計。  
日本の人口は2005年1億2,745万人が2021年には1億2,366万人に減少すると予測。  
(2008年国連世界人口統計)

イギリスの地域別に見た人口(推計)の割合

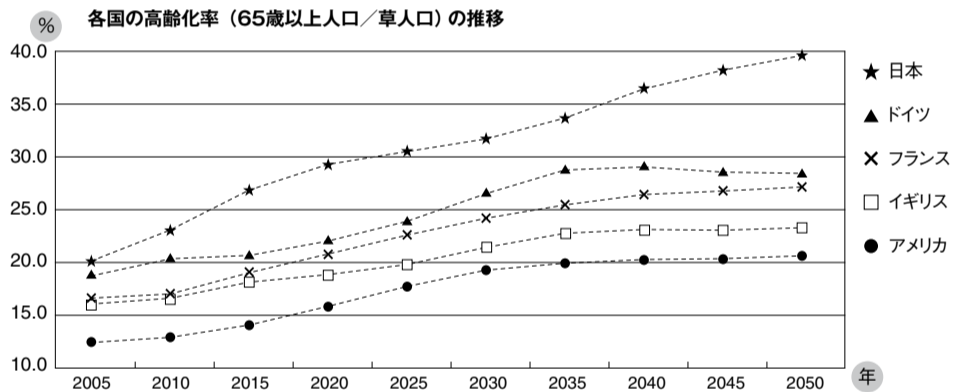
	2006年推計	2011年推計
英国全体人口	6,059万人	6,276万人
イングランド	5,076万人	5,271万人
ウェールズ	297万人	304万人
スコットランド	512万人	521万人
北アイルランド	174万人	181万人

英国国家統計局、2006年度国家人口推計による

#### (2) 高齢化の状況

65歳以上人口が全人口に占める割合は、2006年16パーセントから2031年には22パーセントになると推計されている。

参考 厚生労働省「2005～2006年 海外情勢報告」より抜粋



出所：国連「World Population Prospects: The 2004 Revision」の中心推計(英米独仏)、総務省統計局「平成17年国政調査 第1次基本集計結果」(日本の2005年)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計(日本の2010年以降))」

参考 高齢化の状況(65歳以上が全人口に占める割合 [%])

	1995	2000	2010	2025
英国	15.9	15.	16.6	19.4
日本	14.4	17.2	22.6	29.7
ドイツ	15.4	16.4	20.5	25.1
スウェーデン	17.5	17.2	18.3	21.7

UN World Population Prospects: The 2008 Revision による

参考 高齢化の速度…全人口に占める65歳以上人口の割合が、7%から14%に到達するまでの所要年数を比較すると、日本の24年間(1970-1994)に対し、英国では47年間(1929-1976)を要した。

#### (3) 平均寿命

男性77.2歳、女性81.6歳。ヨーロッパ諸国では中位に位置する。 ※日本：男性79.0歳、女性86.2歳(いずれも世界1位)。  
(UN World Population Prospects: The 2008 Revision)

#### (4) 合計特殊出生率

英国の合計特殊出生率は1.84(06年)と日本に比して高く、安定的である。

参考 日英の合計特殊出生率の推移比較

	1950	1985	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2006
英国	2.19	1.80	1.85	1.71	1.70	1.68	1.65	1.63	1.71	1.84	1.84
日本	3.65	1.76	1.54	1.42	1.38	1.34	1.36	1.33	1.29	1.26	1.32

UN World Population Prospects: The 2008 Revisionより