

Title	社会保障改革における市場の役割：日英比較研究から
Author(s)	郡司, 篤晃
Citation	聖学院大学総合研究所紀要, No.16, 2000.2 : 227-250
URL	http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=4089
Rights	



聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository and academic archiVE

社会保障改革における市場の役割…日英比較研究から

郡司 篤晃

一 はじめに

イデオロギーの対立が消滅し、globalizationが進行した。特に経済のそれは急速で、その結果、各国間の経済競争は激化した。各国のneoliberalism 政権は国際経済競争に打ち勝つために、社会の構造改革に取り組んだ。その中心的な手法は市場機構の活用であった。例えば、英国のThatcher首相、アメリカのRegan大統領とその後継者達が典型例である。

社会保障も例外ではなく、改革(reform)が進められたが、その基本的な考えは市場機構の活用であった。しかし、社会保障の領域では、市場は全く手放しては機能しないので、それが機能するように管理をすることが必要である。Enthovenらは、それを“managed competition”⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾と呼んだ。そして、それは社会保障制度改革のkey wordになった。

一九九八年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第三の道(The Third Way)」⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾を主張する労働党政権を選択した。新政権は、前政権の施策の反省の上に、新たな政策を打ち出しつつある。そのため、学会においても多くの議論があり、極めて興味深いものがある。

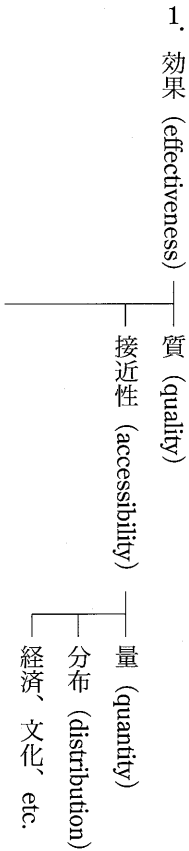
わが国は、社会構造改革は遅れ、産業の構造も社会保障体制も、これから改革が推進されようとしている。しかし、とくに医療においては遅々として進んでおらず、保険者の苛立ちがつのつている。

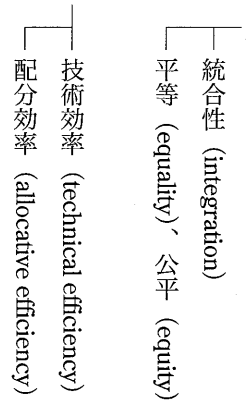
英国をはじめ西欧諸国における、社会保障サービスの質と効率と平等を求めて極めてドラステイックな改革を実行してきた、その経験に学びながら、わが国は二十一世紀に向かってどのような選択をしたらよいかを探ることが、この研究の目的である。従って、研究は管理学、行政学、政策学、場合によっては医学にもまたがる学際的なものとならざるを得ない。

二 社会保障システムの評価の枠組み (frame work)

社会保障システムは極めて多面的なものであるので、その評価は一面だけを評価することでは不充分であり、ある場合には大きな間違いをする可能性がある。従って、その評価の枠組みの議論は重要である。

評価の枠組みが重要なのは、それぞれの側面が相互に関連するばかりでなく、時には、Trade-off⁽⁸⁾の関係にあることである。たとえば、医療システムの評価については次のような枠組み⁽⁸⁾が受け入れられてきた。





質の要素は大きく、①技術的要素、②人間関係的要素、③アメニティ的要素に分かれるとされてきた。⁽⁹⁾ その質を誰が判断するか(患者、提供者、第三者)が問題となる。

質は、通常の商品の取引においては、購入者が市場で購入する際に判断する。しかし、社会保障のサービスはその質の判断が困難なことがある。特に医療サービスの場合は、サービスの購入者は、事前のみならず事後においても評価が極めて困難である。福祉サービスの場合、どの程度評価できるかが極めて重要である。

J. Le Grand は、医療システムの評価の枠組みとして、*choice, responsiveness, accountability* をあげ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾る。*choice, responsiveness* は患者側からの質の判断の要素に入れられるかを検討しなければならないが、*accountability* は次元を異にするかもしれない。

平等は評価における重要な概念であるが、複雑な議論である。社会保障、特に医療や福祉サービスの配分には、できるだけ「平等」に配分したいという基準が存在する。それを、どのように説明し、モデル化するかには諸説があり、深い議論ができる。例えば、Sen の '*commitment*'⁽¹²⁾、Timus の '*imperative*'⁽¹³⁾、Margolis の '*participation*'、Rawls の '*maximin*' などがある。⁽¹⁴⁾ 通常、*Equality* は機会あるいは接近性の平等を意味し、結果の平等は意味しない。接近性の平等は「水平の平等」とも呼ばれる。それに対し垂直の平等⁽¹⁵⁾などの概念がある。

equity は equality と異なり、normative な概念である。⁽¹⁶⁾ 特に平等が重要な議論であるのは、市場化による効率の向上と平等は trade-off の関係にあるからである。

経済学の関心は稀少資源の効率的配分であり、最も受け入れられている基準は、功利的人間を仮定したときは、「パレート最適」である。しかし、この功利的人間という仮説は利他ということの存在とあまりにも矛盾する愚かしい仮定である。⁽¹⁷⁾

さらに困難な作業は、実証可能な指標化である。⁽¹⁸⁾ 平等については Gini 係数がある。

効率の指標化もきわめて困難である。マクロの比較においては、投入については指標化は比較的容易であろうが、出力を何で取るかはきわめて困難である。医療の投入については、OECD により加盟国の医療データベースが整備されつつあり、ある程度諸比較が可能であるが、福祉については未だそのようなものはない。

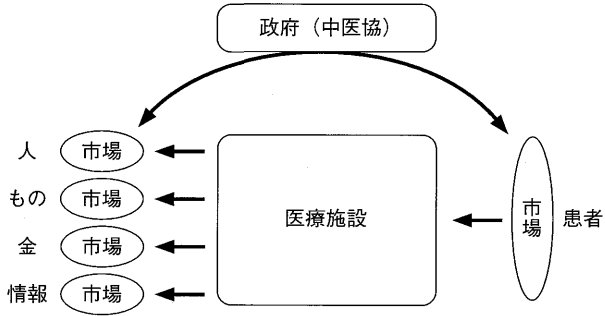
平等をどう説明するかという問題だけに留まらず、効率との関係において、具体的にはどこかに線が引くことを、社会として決定していかざるを得ない。民主的な社会におけるこの意思決定は政治的なプロセスによっておこなわれる。従って、社会の民主主義の質が問われることになる。

三 市場の所在

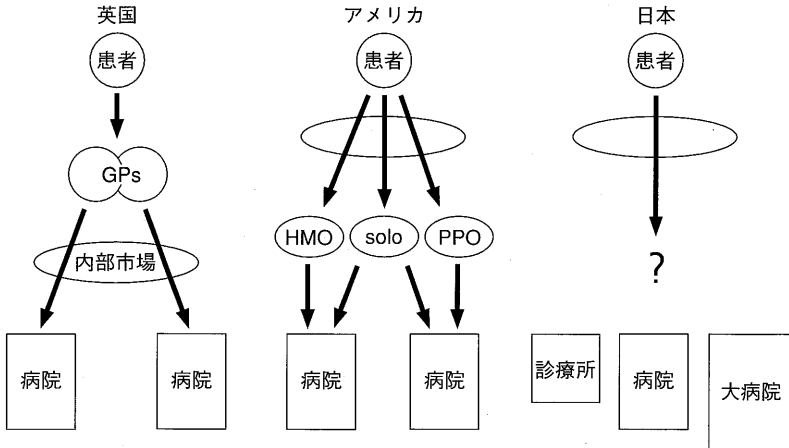
医療施設の経済環境

医療施設は、必要な資源を市場から購入して患者にサービスを提供する。資源には、人、もの、金、情報などがある。例えば、「薬」は良く話題に上る。日本はその消費量が大きいが、比較的通常の市場と考えるとよく、従って良く解析さ

医療施設の経済環境



アメリカ、英国、日本の医療システムの比較



れている。healthは tradable ならず。Health careは tradable だが流通しにくい。薬は流通しやすいので、EUで急速に均一化が進もうとしているのはそのためである。

EUにおける諸システム比較は、必要性を伴って活発になってきた。医療については一九九九年二月に「European Observatory on Health Care Systems」が発足し、比較研究も活発である⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾。福祉については遅れているが、少しづつ仕事が出つつある⁽²¹⁾⁽²²⁾。

問題は、患者と医療提供者の間の市場である。クライアントと福祉サービス提供者の間の市場も同様である。

日本の場合は、患者と医療施設の間に市場があり、医療施設間（診療所から大学病院まであらゆる医療施設間）で競争があるが、保険者間には競争がない。

日本の福祉サービスは基本的に措置による行政サービスで、市場はなかった。本年の社会福祉基本法の改正で、市場が入ってきた。

アメリカの場合は、医療保険者間にも競争がある。他の提供者組織間にも競争がある。

英国の場合は、社会保障 (social service) の領域には市場はほとんどなかった。Thatcher 政権はその社会保障にも市場機構の導入をはかった。医療では、住民は必ず一種の開業医であるGPに登録しなければならぬが、その際はGPまでの距離や評判を聞いてどのGPに登録するかを決定する。従って、GPには出来高払いのような個々のサービスに対する incentive はかからないが、評判は落とせないというゆるい incentive がかかっていた。GPは自分の患者が入院を必要とするときにはその地域の国立病院に送ることになっていた。従って、病院間には競争は無く、その非効率さが問題となっていた。Thatcher 政権は、そのGPと病院間に市場を設けた。このような市場は完全市場とは程遠いため、'quasi-market' と呼ばれている。

四 社会保障における市場の根本問題

医療における「市場の失敗」

医療における患者と医療提供者間の市場は機能しにくい。市場が機能しないことを「市場の失敗」という。その主な要因は、

- ① 効用の不確実性 (uncertainty)
- ② 情報の非対称 (asymmetry of information)、したがって消費者主権 (sovereignty) がない。
- ③ 一対一の取引である。
- ④ 独占
- ⑤ 公共の介入がある場合。

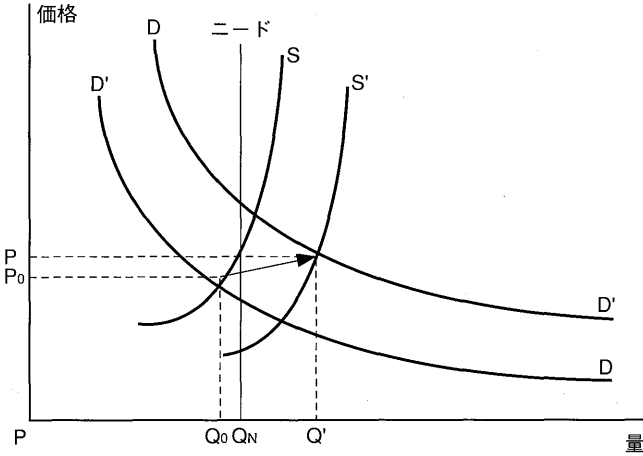
などである。

したがって、完全市場のようなモデルは当てはまらず、Principal-Agent Theory⁽²³⁾ のようなモデルの方が妥当性がある。

医療提供者の'moral hazard'

P-A Theoryを要約するところのようである。agentとprincipalの間に情報の非対称があることは、agent側には'moral hazard'が起こる可能性がある。'induced demand' (誘発需要) はその例である。それを防止するには

ニード・需要・誘発需要



①第三者の評価、②'incentive constraint'が必要だとい
うものである。

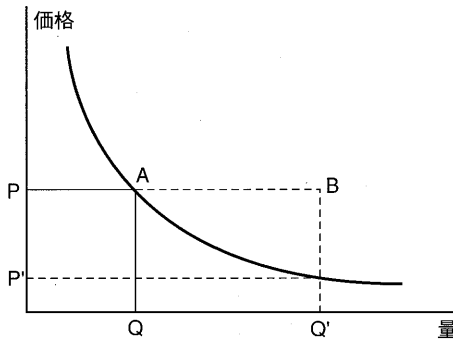
医療提供者の倫理

医療提供者は、自分たちは「患者の医療ニードにした
がってサービスを提供すべきだ」と信じている。ニード
の概念には経済的制約は入っていない。従って、これら
を需要供給曲線のグラフ上に示すと、誘発需要は需要曲
線を上方にシフトさせることであり、ニードはx軸に直
角の垂線となる。ニードの概念は医療提供者の倫理に裏
打ちされている。従って、医療資源が限られ、医療のニ
ードが満たされることが生ずるとすると、極めて深刻
な矛盾となる。

消費者の moral hazard.

次頁の図は、平等を保障するための公共の介入がある
場合には、消費者に moral hazard が起こることを示し
たものである。ある商品が、市場で価格 P で売られてい
る時、その需要を Q とする。右の図のように右下がりの

消費者の moral hazard



需要曲線を仮定すると、需要量は Q となる。ところが、平等を保障するために政府が補助をして見かけ上の価格が P まで下がったとすると、消費量は Q' まで増大する。そうすると実際に消費される総額は PBQ' の面積に等しくなる。これは明らかに $PAQO$ よりも大きい。受益者が負担する金額は見かけ上は少なくなるが、それ以外の部分についても結局は保険料とか税として消費者が負担しているのである。

“Quasi-market”⁽²⁴⁾ とは、

社会保障制度の中に作られた市場は、以下のような諸点で一般の市場と異なっているので、“quasi-market”と呼ばれている。

- ・生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、利潤最大化を目的としてはいない。例えば、学校、病院、福祉施設、などである。
- ・消費者が必ずしも購入の決定者ではない。消費者の購買力は貨幣価値で示されない。(例：割り当ての予算、voucher など)
- ・福祉の場合はさらに、購入者が独占的である。非営利団体と営利団体が競争的である。

このような市場がどのように機能するかは今のところ経験的にしか知ることはできないので、その経験は重要である。

Thatcher 改革前の社会保障制度

英国の社会保障の概要は以下のものである。人口五、八六一万、高齢化率一五・七%、二四%（二〇四一年）、合計特殊出生率一・七一（一九九五年）であり、日本の人口二、五〇〇万、高齢化率一四・五%、三二・三%（二〇五〇年）、合計特殊出生率一・四三（一九九六年）であるので、日本と比べて小さな国であるが、高齢化率は日本より低い。これは出生率が英国の方が高いためであり、日本のような著しい高齢化の心配はない。

英国の Social Service あるいは Social Policy という、年金、医療、福祉、住宅、教育などが対象になる。日本の福祉は *personal social services* と同じである。また老人や精神疾患者などに対するケアは *long-term care* と呼ばれる。本論では、医療と福祉のうち *personal social services* にしぼり、特に高齢者の *long-term care* に関心の中心を置きたい。英国の社会保障は、Beveridge に始まり、労働党保守党ともにその充実に努め、「ゆりかごから墓場まで（From Cradle to Grave）」といわれた。多くの改善が積み重ねられてきたが、Thatcher 政権による改変はその歴史上最大のものである。⁽²⁶⁾

(1) 年金

全ての有業者は退職基礎年金に加入する義務がある。二階部分の年金に、国家所得比例年金（三五%が加入）、職域年金（三九%）、個人年金（二六%）があり、選択制である。

九七年の基礎年金額はほぼ一四、〇〇〇円／週、被扶養の妻八、〇〇〇円／週であり、かなり低い。年金額は所得で

はなく物価にスライドする。

(2) 医療

医療は国営で、NHS: National Health Service と呼ばれてきた。Beveridge 報告に基づき、「全ての国民に、例外なく、所得制約によらず、経済的な障害によって遅滞することなく包括的な医療を提供する」目的で始められた。

病院は国の直轄管理下に置かれ、国から RHA: Regional Health Authority を経由して予算を配分される。つまり、地方自治体と無関係である。日本の制度で言うところ社会保険の地方事務官制度のようなものである。福祉は地方自治体の仕事である。これまで、医療と福祉の統合が課題であったができなかったのは、このような機構上の違いが大きな障害であった。

一次医療は GP: General Practitioner によって提供される。GP は開業医で、一定の人口規模の地域に GP がいない場合、RHA が開業する GP を募集し、契約する。GP はそこで開業するが、開業にあたっては種々の特権が与えられてきた。住民はその医師を評価して、良ければ「登録」をする。受診したときの自己負担は、若干の薬代を除くとほとんどない。

専門的診断治療、あるいは入院医療を必要とすると考えられるときは、GP から地域の一定の病院に紹介される。患者が自分の判断で直接病院を受診することはできない。

欠点は、GP と病院の非効率であった。その象徴的な問題が、病院での待ち行列が長いことであった。選択的な(救急でない)手術の場合、二年あるいはそれ以上待つということは希ではなかった。

医療の質が悪いといわれてきた。しかし、それに関する統計はない。

(c) 対人サービス (PSS: personal social service)

PSSは、政府、慈善団体、私的団体、個人、家族によって提供されている。医療は国営で、NHS: National Health Serviceと呼ばれてきた。

福祉は地方政府 (LA: local authority, SSD: Social Service Department) の所管であった。従って地方議会の監視のもとにある。が、医療はそうではない。

在宅サービスには、①訪問介護、②給食サービス、③デイサービス、など。

入所サービスには、①病院、② nursing home、③ residential home、④ sheltered house など。現金給付として、介護者や本人への介護手当金が出る。

その他、respite service などがある。

児童福祉・家族政策…出生の二四%が婚外児。単親家庭は一七〇万世帯。うち、所得保障を一一〇万世帯、所得補助を三〇万世帯が受給している。

五 Thatcher 政権の社会保障制度改革

基本的な方法は、「内部市場 (internal market)」の導入と「消費者提供者の分離 (purchaser provider split)」の二つである。

一、医療改革

イギリスは第二次大戦後の一九四六年、NHSを導入した。その後五〇年余の間に幾多の改革が行われたが、今回の改革は最大のものである。

解決しようとした問題は、病院とGPの非効率、特にその象徴が入院の長い待ち行列であった。その改革の基本的な考えは、一九九一年のWhite Paper "Working for Patients"⁽²⁷⁾に基づいている。

(1) 内部市場の構築

“GP fundholder”の導入：GPに手上げ制で医療費予算の使用権限を与えた。

“hospital trust”の導入：これまでは病院は全て国立病院、医師は国家公務員であったが、それを順次独立採算の病院にした。GPと病院の間で、「契約 (contract)」を結んで、その契約に基づいて患者を送る。

それまでGPは、地域の決まった病院に患者を紹介しなければならなかったが、改革後はGPは患者と相談して、質がよく、早く診てくれる病院に紹介することができるようにした。すなわち、病院が患者の獲得のため市場で競争することになった。この新たに創設された市場は、患者と医療提供者の間ではなく、GPと病院の間に市場があることから、「内部市場 (internal market)」といわれた。

移行に関しては多くの心配や議論があったが、GPはもつとも熱心な賛成者になった。⁽²⁸⁾一九九七年で五〇%のGPがfundholderとなった。

(2) 消費者と提供者の分離

政府は提供者であることを止め、消費者の側に徹することを言う。しかし、英国国民はこれまで通りの包括的なサー

ビスを受けることができる。なぜならば、政府が消費者の意見 (choice) を聞きながら、サービスを市場から購入しあげることである、という。

この制度改革は、極めてラディカルな行政改革、devolution になっている。資金のマクロ配分は政府が行うが、ミクロ配分は患者と医師に任せることによつて、資源制約と医療倫理の矛盾を避けた。これは極めて大きな改革であるが、わが国では余り注目されていない。わが国では相変わらず、医療提供者は要求する側で、資源を何とか調達するのが政府の役割といった構図である。

二、福祉改革

一九八八年、Griffiths report⁽³²⁾、一九八九年、White Paper "Caring for People"⁽³³⁾に基づき、一九九〇年、NHS and Community Care Act が制定された。

目標は、①在宅ケアの促進、②ケアする人への支援、③ニードの評価とケア管理、④混合経済、⑤責任分担の明確化、⑥財源の効率的利用であるという。具体的には、LAはケア提供者を止め、購買者に徹する。従つて、LAの予算項目から、施設の運営管理費の項目は無くなった。care managerを設けて、ニード評価とケアのコーディネートンを担当し、ケアの市場を育てることが期待された。

一方、LA内に、公、私、慈善団体を監視するための、独立性の高い、監視部門 (inspection units) を設けた。

六 保守党の改革の評価と労働党政権の政策

一、医療

医療の改革に対する評価については膨大な文献がある。最近の Le Grandらのレビュー⁽²⁴⁾によれば、評価自身が困難^{*1}はあるが、全体的にみて、きわめてラジカルな変更にもかかわらず、それがもたらした結果はきわめて少ない、といわざるを得ないものであった。

効率性は、CWAI: Cost Weighted Activity Index²⁵をみると、向上している。しかし、競争状態が病院の効率を改善したという証拠はない。GP fundholderの方がそうでないGPより効率的に働いたが、²⁶ transaction cost²⁷が高くなった。

Equityは、GDによる²⁸cream-skimming²⁹は証明されなかったが、³⁰two-tier issue³¹が起³²った。

質については、直接的なデータはない。満足度も大差なかった。待ち行列は短縮しなかったが、平均待ち日数は減少した。これは、長期の待ち患者数が減少したためである。

選択とresponsivenessについては、改善の証拠はない。

Accountabilityについては、Health Authority, trusts, GPの透明性が改善した証拠はない。

なぜ、このようなラディカルな変革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのか、その考察は以下のようなものである。

- ・ 政府の制約が強すぎて、incentive が弱められた。
- ・ GP の所得には無関係。予算を節約しても、それを保留してケアの改善に利用できない。
- ・ Trust も利潤や借入れによる投資を制限された。specialist の意識は public service、競争や契約に抵抗したか、あるいは 'knaves' ではなく 'knights' として行動したのかもしれない。⁽³⁵⁾
- ・ 契約の技術的な困難性⁽³⁶⁾。すなわち、契約の本来の力は 'exit power' であるが、その力が充分ではなかった。例えば、日本の自動車産業の下請けと本社の間には詳細な契約書が常に存在するわけではない。しかし、ひとたび信頼を裏切るようなことがあれば、関係は終わる。そのような一種の契約関係を 'soft contract' という。病院は相変わらず強者であり、患者を失うかもしれないという心配はない。
- ・ 取引費用 (transaction cost) が高価。契約単位が小さいほどその費用割合が高くなる。どの程度の単位でまとまったら良いか？これは未だ判らないが、Blair 政権が改革しようとしている点に關係する。

Blair 政権の White Paper ⁽³⁷⁾

Blair 政権は、GP fundholder は高価なので廃止し、'Primary Care Group' を組織する。しかし、'purchaser-provider split' は残すとした。

PCG はほぼ五〇人の GP、一〇万人の住民の規模で、GP は強制加入である。HA の購入者としての機能は、臓器移植などの特殊な治療以外にはなくなる。

一年単位の契約ではなく、三年の agreement とする。competition ではなく 'co-operation' であるという。PCG には、できれば公衆衛生、福祉も入れたい。住民代表を入れる。これにより、accountability が改善されること、民主化を狙っている。

PCGについては、現在パイロット地域で実施している⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾。

しかし、いくつかの疑問点は残る。たとえば、住民10万人でGP50人は大きすぎないか、というサイズの問題。誰がその組織の長になるか、意見の相違があつた場合誰がどのように調整するのか、といった管理的問題など、未知数の問題が多い。

本当に新制度のほうが安いのか？ もし安くならないなら、何のためのP.P.splittなのか？

効率 (performance) に関する数多くの (現在三七) 指標を導入して管理しようとしているが、これが機能するのか？ 労働党特有の中央集権的な体質が現れているのではないか？ サービスの質の改善が強調されている⁽⁴¹⁾。そのためNICE (National Institute for Clinical Excellence) を設立して、医療の標準化とガイドラインの作成、またその監視組織を作るなど、医療の中身まで中央管理しようとしているように見える。

二、福祉

福祉改革についての評価は未だ必ずしも充分行われていない⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾。Social Service についてはつい最近、白書が出た⁽⁴⁴⁾。特に重要な動きは、今年三月にげた long-term care に対する Royal Commission の報告書である⁽⁴⁵⁾。それによれば、

・英国には高齢化の時限爆弾はない。

・ long-term care は、①生活費 (living costs) ②家賃 (housing costs) ③ケア (personal care) に分けられる。

・このうち、①、②は個人の所得や節約によつてまかなわれるべきで、means test の対象とする。

・③は政府がみるべきである。その費用は、一年に£800 million から£1.2 billion かかるであろう。

・その費用は租税によるのが最も良い。私的保険、社会保険は積立方式だと、若い世代に生涯に渡る大きな負担をも

たらし、将来の消費に不確定あるいは不適当な条件を与える。

・ 自宅は、入所施設に入所後、三ヶ月間は維持される。それ以上に亘って入所し、資金がない場合は、自宅は手放さなければならぬ。

・ 現在、long-term careに租税の二・二%が当てられているが、本報告書の案を実行するとさらに〇・三%支出が増加し、来世紀の半ばには〇・四%になる。

・ National Care Commissionを発足させて制度の監視をする。

七 日本における医療・福祉における市場競争の影響

日本においては、医療と福祉のバランスが医療に偏っている。

わが国では、医療を公的セクターとするか私的セクターで行うか歴史的にゆれてきたが、昭和三七年の医療法改正で、公を抑制し私を抑制しなかった。そのため、医療の設備投資が活発に行われた。

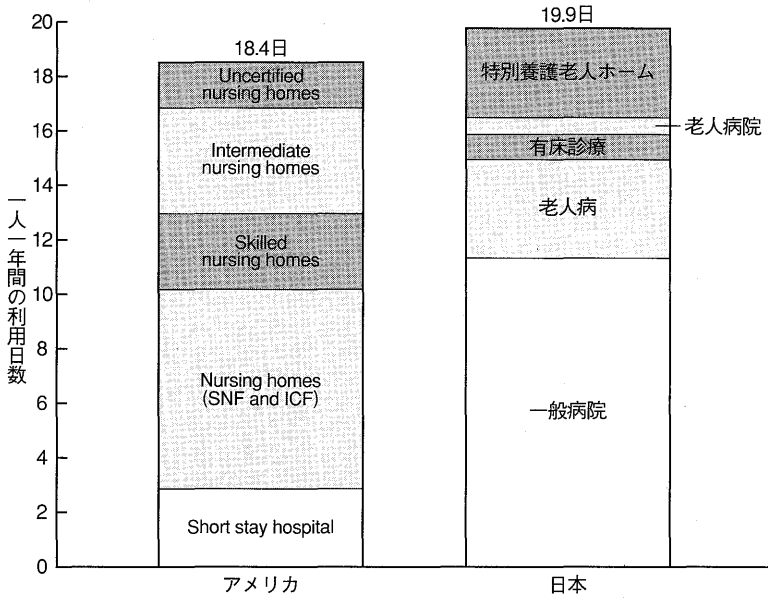
それに反し、福祉は公的セクターで行われてきたので、投資は遅れた。日本では、長期療養の患者が急性の病院病床を占有しているために、医療の効率が低下している。

日本においては、一次、二次、三次医療施設が競争しているが、保険者間には競争はない。

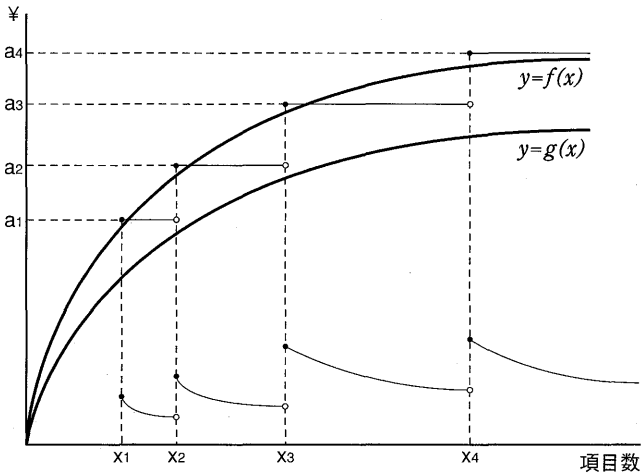
日本の医療の効率性をOECD諸国と比較して検討すると、

(1) 一人あたりの医療費は高くないが、消費量が多い。従って、原価が抑えられない。

高齢者の入所施設利用の日米比較



「まるめ」の効果



支払方式の比較

支払方式	項目別出来高払い	DRG	定額払い	人頭払い
支払単位	サービス項目	病名	件数	人数
支払時期	診療終了後	診断後	入・来院時	病気になる前
危険負担	患者・保険者	中間	医療提供者	医療費支払組織

この原因は、出来高払いで説明される。

地域差が大きい。この差は医療への設備投資の地域差でほとんどが説明される。また、設備投資の大きさは、非価格競争と出来高払いで説明可能である。⁽⁴⁶⁾ わが国の場合も、医療の質と効率を確保する方策は、(1) 第三者評価と、(2) 'incentive constraint' によるざるを得ない。特に医療における出来高払いの改革が必須である。

これまでのわが国においては、さまざまな医療費抑制策が行われてきた。たとえば、わが国における薬価の比重が高いことから、厳しい医療費抑制対策の的となってきた。その主な手法は価格の切り下げである。薬価決定は九〇％バルクライン方式から、八〇％バルクライン、加重平均、そして基準価格制が導入されようとしている。

臨床検査についてはいわゆる「まるめ」が行われた。これは incentive constraint であり、極めて正統な手法である。

図から明らかのように、一定の区分で支払を一定とすれば、検査項目数を減らす方向へ incentive は働く。しかし、項目数が次の区分に近いときには、もう少し増やせば利潤を高めることができる。したがって、まるめが incentive constraint として有効であるためには、区間が十分広くなければならない。まるめる幅を、どんどん広げて行けば、診断群別支払方式、DRG (Diagnosis Related Group) となる。さらに、時間軸の方向へもまるめを広げていけば、人頭払いとなる。

支払い単位と支払い時期と危険負担者は独立ではなく、相互に関連がある。それをま

とめると右の表のようになる。重要なのは、過剰な負担が必要となったとき、誰が危険負担をするかである。出来高払いは、ケア提供者が全く危険を負担しない方式である。過去、世界的に出来高払いが医療提供者によつて強く主張されてきたのはこのためである。しかし、ケアの質と効率を確保するために、それは変えられなければならない。その評価はどのようなシステムの中で機能するかに深く関係する。そのすべてを解き明かす理論や公式はない。とりあえず、経験から学ぶことが重要である。

文 献

- *1 Le Grand らは、評価が困難な理由に、①包括的評価のプログラムがなかった、②「変化」を抽出することの困難、③ confounding factor が多すぎるため、改革の効果のみを抽出することが困難、④測定の方法の問題、をあげている。
- *2 GP fundholder の紹介患者の方が早く優先的に見てもらえ、とごういひてをせぬ。
- (1) Enthoven, A. C. (1978). Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today. Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298 (12) : 650-658.
 - (2) Enthoven, A. C. (1988). Theory and practice of managed competition in health care financing. North-Holland.
 - (3) Ellwood, P. M., Enthoven, C.A., Etheredge L. (1992). The Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health. *Health Economics* 1 (3) :149-68.
 - (4) Enthoven, A. C. (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
 - (5) Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
 - (6) Michael Novak (1998), *Is There a Third Way? Essays on the changing direction of socialist thought*, The IEA Health and

Welfare Unit

- (7) Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
- (8) 藤岡謙亮(1998), 「医療システムの研究ノート」 第二章「丸呑みシステム」。
- (9) Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Health Administration Press.
- (10) Ray Robinson and Julian Le Grand (Ed) (1993), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund.
- (11) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed) (1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund.
- (12) Amartya Kumar Sen (1982), *Choice, Welfare and Measurement*, Oxford, Basil Blackwell. 鈴木寛太郎訳「福祉の経済学：財と福祉能力」 経済書局(1988)。
- (13) R. M. Timmass, *The Gift Relationship*, Allen & Unwin, 1970. (後藤望' A. Oakley and J. Ashtonled, *The Gift Relationship from Human Blood to Social Policy*, LSE Books, 1997.)
- (14) 短ふたねの養ふた review 著' Alistair McGuire, John Henderson and Gavin Mooney (1994), 4. Distribution in The Economics of Health Care, in "An introductory text," Routledge, pp.54-73.
- (15) Culyer, A. J. and A. Wagstaff (1993). *Equity and Equality in Health and Health Care*. *Journal of Health Economics* 12: 431-457.
- (16) Julian Le Grand (1991), *Equity and Choice: An essay in economics and applied philosophy*, Harper Collins.
- (17) Amartya Kumar Sen (1977), 大庭健' 川本隆史訳「合理的な徳か善 経済学＝倫理学的探究」 勁草書房 (1989), pp.120-167.
- (18) Health care system の距離の距離を Able Smith (1992), *Cost Containment and New Priorities in Health Care: A study of the European Community*. Aldershot, Avebury Ashgate.
- (19) Richard B Saltman and Josep Figueras, *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*, WHO Regional Office for Europe, European series: No. 72.
- (20) Elias Mossialos and Julian Le Grand (Ed) (1999), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate.
- (21) Stephan Leibfried and Paul Pierson (Ed) (1995), *European Social Policy: Between fragmentation and integration*, The Brookings Institution.

- (22) Linda Hantrais (1995), *Social Policy in the European Union*, Macmillan Press Ltd.
- (23) Rees, R. (1985). The Theory of Principal and Agent: Part I. *Bulletin of Economic Research* 37 (1): 3-2. Rees, R. (1985). The Theory of Principal and Agent: part II. *Bulletin of Economic Research* 37 (2): 75-95.
- (24) Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed) (1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- (25) Howard Glennerster (1995), *British Social Policy since 1945*, Blackwell Publisher.
- (26) Howard Glennerster and John Hills (Ed) (1998), *The State of Welfare: The economics of social spending* (2nd edition), Oxford University Press.
- (27) Geoffrey Rivett (1997), *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing.
- (28) Gordon Macpherson (Ed) (1998), *Our NHS: A celebration of 50 years*, BMJ Books.
- (29) Charles Webster (1998), *The National Health Service: A pitical history*, Oxford University Press.
- (30) Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO.
- (31) Ray Robinson and Julian Le Grand (Ed) (1993), *op.cit.*
- (32) A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffiths (1988), *Community Care: Agenda for action*, HMSO.
- (33) Department of Health (1989), *Caring for People* (Cmnd 849), HMSO.
- (34) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed) (1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing. 楽しし○○○×鑑をこウト一ホドレノノ
- (35) Julian Le Grand (1997), *Knights, Knaves or Pawns? Human behaviour and social policy*. *Journal of Social Policy* 26:146-169.
- (36) Rob Flynn and Gareth Williams (Ed) (1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford Univeristy Press.
- (37) Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, Dependable* (Cm 3807), HMO.
- (38) Rudolf Klein (Ed) (1998), *Implementing the White Paper: Pitfalls and opportunities*, King's Fund.
- (39) Nicholas Mays, Nick Goodwin, Amanda Killoran and Gill Malbon (1998), *Total Purchasing: A step towards Primary Care Group*, King's Fund.

- (40) Amanda Kiloran, Jenny Griffiths, John Posnet and Nicholas Mays (1998), What can we learn from the total purchasing pilots about the management costs of Primary Care Group: A briefing paper for Health Authorities, King's Fund.
- (41) Department of Health (1998), Working Together: Securing a quality workforce for the NHS, The Stationery Office.
- (42) John Hills (1997), The Future of Welfare: A guide to the debate. Joseph Rowntree Foundation.
- (43) Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), Private Welfare and Public Policy, Joseph Rowntree Foundation.
- (44) Secretary of State for Health (November 1998), Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standars (Cm 4169), The Stationery Office.
- (45) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), With Respect to Old Age: Long term care - Rights and Responsibilities, The Stationery Office.
- (46) 郡司篤晃 (1998) 前掲書。