

Title	イギリスの社会保障制度改革の意義と課題 : Primary Care Group のコミッショニング機能を中心に
Author(s)	郡司, 篤晃
Citation	聖学院大学総合研究所紀要, No.26, 2003.3 : 225-260
URL	http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=4124
Rights	



聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository and academic archiVE

イギリスの社会保障制度改革の意義と課題

— Primary Care Group のコミッションニング機能を中心に —

郡 司 篤 晃

一 はじめに

ヨーロッパ諸国においては、従来、生産は資本主義でも、社会保障は社会主義的体制とほぼ同様な方式によって行われていた。北欧の国々をはじめ、イギリスも同様であった。ところが、一九八九年のベルリンの壁の崩壊に引き続き、ヨーロッパの社会主義国家が崩壊した。その結果、イデオロギーの対立の消滅し、経済体制としては資本主義経済に対する対案がなくなった。

その後、経済を中心として、globalisation が急速に進行し、各国の経済競争が激化した。各国に誕生した neo-liberalism 政権は、それぞれ自国の社会構造の改革に取り組んで、極めて大胆な改革を次々に行った。その中心的手法は民営化と市場機構の活用であった。社会保障もその対象とされ、各国でその制度改革が進められた。イギリスの Thatcher 政権による国営医療 (NHS: National Health Service) 及び福祉制度改革も、その典型例である。

従来は、社会保障として政府によって提供されていたサービスの多くが、市場をとおして民営化された提供者による

分配へと委譲された。これらのサービスの多くはいわゆる準公共財、その市場を準市場と呼ばれた (Le Grand 1993)。即ち、これらの改革の結果、準公共財とその分配機構である準市場は量的にも、またその範囲においても著しく拡大した。

しかし、これらの準公共財は、その本質から、その分配を完全に市場に任せれば市場は失敗するので、何らかの政府の介入は必須である。それらの準公共財の質とその提供の効率化をはかるためには、どのように介入すべきかについての知見は未成熟であり、この点が今後の政策研究の大きな課題である。

世界の各国はそれぞれの歴史の文脈の中で、諸科学の成果を用いながら、それぞれ独自にそのあり方を模索している。ここに他国の制度研究の意義が存在する。即ち、制度研究の意義は、その国の経験を通して有効な政策の原理を知ることであり、また自国としての改革の可能性を知ることである。

イギリスのサッチャー政権は、それまで国民的評価の高かった国营医療サービスに市場原理を導入するという、極めて急進的な改革を行った。これはNHS始まって以来の大改革であったし (Machpherson 1998; Webster 1998) 明確な原理に基づいており、注目に値するものであった。しかし、一九九七年、イギリス国民は「第三の道 (The Third Way)」 (Giddens 1994; 1998) を主張する労働党政権を選択した。

本報告は、保守政権につづく労働党政権による一連の医療制度改革について、特に新たな組織であるPCG/TS (Primary Care Groups/Trusts) の機能と、特に医療費対策としての二次医療機関との関係に注目して分析する。

二 研究方法

文献の収集、インターネットの活用により基本的な情報を収集し、London School of Economics and Political Science, Department of Social Policyの主任Julian Le Grand教授のもとでVisiting Scholarとして滞在し、同教授らをはじめ、学部のスタッフや大学院生と討論を行った。また、著者らがPrimary Care GroupやPrimary Care Trustを一箇所ずつ訪問し、担当者にインタビューを行った。本研究は郡司とDr. M Bondとの共同研究として行われた。

三 Thatcher政権の医療制度改革

第二次世界大戦終了後、イギリスは戦後復興にむけて、福祉国家の建設に邁進した。医療制度は、個人の経済状態には関係なく、平等に、包括的なサービスを提供することを目標に、医療を国营サービスとし、これをNHS (National Health Service)と呼んだ。NHSにおける一次医療については医師会の抵抗が強く、国营化は断念されたが、病院は国の直轄管理下に置かれた。その行政機構も地方自治体とは別に、当初はRegional Health Authority, Area Health Authority, District Health Authorityと三階建ての別機構となっていたが、その後二階建てに合理化された。

病院予算は行政機構を通して、地域のニーズによって各病院に配分された。

一方、福祉は地方自治体 (Local Authority) の事務であった。この行政機構の分立が、地域における医療と福祉の包

括化における最大の障害となっていた。

国営の病院における国家公務員の医師によるサービス体制の最大の問題は、その質と効率にたいする疑念であった。その象徴が入院や選択的手術の長い待ち行列と待ち時間であった。また、医療の質にも問題があるとされていた。

Thatcher 政権による NHS 改革は、その歴史上最大のものであった (Rivett 1997, Glennerster and Hills 1998)。一九九一年の White Paper “Working for Patient” (Department of Health 1989) に基づき、改革は断行された。その基本的な仕組みは、「購入者提供者の分離 (purchaser provider split)」と「内部市場 (internal market)」の導入であった。

それまで、政府は種々のサービスの提供者でもあり、かつ購入者でもあったが、改革により、政府はサービスの提供者であることを止め、購入者の役割に徹することになったのである。そのために病院を国営から独立のトラストとした。政府はその病院から医療サービスを患者と相談して購入するとした。その購入の代理人は HA か、手を上げた GP である。手を上げた GP は、病院による二次医療までを含めた予算の管理を任せられた。したがって、病院は GP から患者を紹介してもらえないと収入が得られないという構造である。そのような GP を GPFH (GPFH: GP fund-holder) と呼んだ。

GPFH は病院と交渉して、サービスの価格と量について「契約 (contract)」を結ぶ。この契約のやり方には色々な形式があり、種々の試みもされた (Kein 1998; Mays et al 1998; Kiloran et al 1998)。GPFH は、自分の患者で入院医療が必要と考えられる場合には、患者と相談して、最も早く良質の医療を提供する病院を選んで送ることが奨励された。すなわち、GP と病院の間、つまり医療システムの内部に市場を構築したので、「内部市場 (internal market)」といわれた。

移行に関しては GP の間にも多くの心配や議論があったが、結果的には彼らはもともと熱心な支持者になった (Robinson 1993)。一九九七年には GP の五〇%が GPFH となった。

ここで基本になっている考え方は次ぎのようである。即ち、患者と医療提供者の間には情報の非対称があるので医療においては市場は失敗すると考えられている。しかし、内部市場においては双方が医師であることから、この非対称はかなりの程度解消され、市場が機能し、医療の質と効率が進められるはずである、というものである。

この改革は別の観点からも評価される。すなわち、社会保障の民営化であり、いわば大規模な行政改革になっている。さらに、医療の資源の政府による資源配分を、マクロな配分は政府に残しながら、ミクロな配分は患者と医療提供者に任せるという意味で権限の下方委譲 (devolution) であり、民主化でもあるという点である。

福祉においても、一九八八年、Griffith's report に基づき、翌一九八九年 White Paper "Caring for People" (Department of Health 1989) を公表し、医療と同様に市場機構が導入された。即ち、イギリス政府はもはや福祉サービスは行わないうが、国民はこれまで以上に質のよいサービスを受けることができることを保証する。なぜならば、政府が国民の意見を聞いて、市場から良質のサービスを購入してあげるからである、と説明する。

一九九〇年には NHS and Community Care Act が制定され、福祉も含む包括的なケア組織の構築が目指された。すなわち、目標には、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財源の効率的利用が目指された⁽³⁾。

四 保守党の改革の評価と労働党政権の政策

保守政権によるこの医療制度改革の評価に関する文献は膨大である。それらに関する優れたレビューが Le Grand ら (Le Grand 1998)⁽⁴⁾ によって行われている。それによれば、評価自身が困難⁽⁵⁾ではあるが、全体的にみて、きわめてラジカ

ルな改変にもかかわらず、それがもたらした結果はきわめて少なかったという。

内部市場における競争が病院の効率を改善したという証拠はない。GPFHの方がそうでないGPより効率的に働いたが、契約の技術的な困難性 (Flynn 1997) から、取引費用 (transaction cost) が高くなった。GPは小さな単位の契約を好んだが契約単位が小さいほどその費用は高くなった。

GPによる 'cream-skimming' は証明されなかったが、GPFHからの紹介患者がGPからの紹介患者よりも優先的に診てもらえるということが起こった。野党は、内部市場はNHSに不平等、'two-tier issue' を持ち込んだとして批判した。

医療の質が向上したという直接的なデータはない。患者の満足度も大差はなかった。問題の待ち行列も短縮しなかったが、平均待ち日数は減少した。これは、長期に待っている患者数が減少したためであった。

なぜ、このようなダイカ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という点に関する考察として、Le Grand 等⁵⁾

① 政府の制約が強すぎて、incentiveが弱められた。例えば、病院は利潤や借り入れによる投資を厳しく制限された。

② GPFHの個人の所得は医療のための予算とは無関係である。また、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かった。⁶⁾

③ Specialistが抵抗したのか、あるいはプロフェッショナルとしての職業倫理に従い、紳士として行動したのかもしてない (Le Grand 1997)。

とした。

しかし、労働党の非難する「two-tier issue」は、むしろ病院が反応したと考えるべきであろう。戦後、国家公務員でありかつ専門医であった医師たちが、GPFHからの患者を優先的に診るようになったのであり、大きな行動変容である（郡司印刷中）。むしろ問題はGPFHとならないGPが残存したことに問題があったと考えることもできよう。

保守党は地方税制改革などでつまずき、改革半ばにして「第三の道」を主張するBlairが率いる労働党へ政権を譲ることになった。

五 Blair政権の政策

一九九七年、政権の座についた労働党は、医療制度改革についてもいち早く白書を発表した（Secretary of State for Health 1997）。前政権の政策批判をもとに、①内部市場を廃止し、②GPFHを廃止することを明らかにした。しかし、③購入者と提供者の分離（purchaser/provider split）は残す、④新たな地域組織PCG/Tを組織し、⑤PCG/Tと病院トラストとの関係は、内部市場における競争（competition）下での購入（purchasing）の契約（contract）から、協働（co-operation）の関係に基づく三年間の合意（agreement）とし、購入ではなく介入（commissioning）と呼んだ。

（一）新たな組織の整備

PCG/Tsの組織については、後で述べる。これをGPFHと比較すると、GPFHはいわゆる手上げ制であったのになんとして、PCG/TsはすべてのGPが加入しなければならない。したがって、上述したように種々の政治的なレトリックは

用いられたが、労働党の医療政策は保守党の改革の上に築かれ、さらにそれを進めたものであると見ることもできる。PCG/TsはGPHに比べて大きな組織であり、後述するように、将来はPCG/Tsは医療、福祉、公衆衛生などの包括的な地域ケア組織となることが目指されている。

GPがすべてPCG/Tsに移行することによって、HAのケア購入者としての機能は、特殊な治療以外にはなくなる。それにともない、現在九五のRegional Health Authorityを廃止し、二八のSHA (Strategic Health Authority)に改組する⁷⁾。しかし、この新たな制度的な整備がどのような変化や改善をもたらすかは、今後の推移を見守る必要がある。

(2) 質と効率の管理

新NHSでは、'modern and dependable' すなわち質の改善が強調され、また効率の向上のために多くの仕組が導入された。医療の質向上のため、新たな組織であるNICE (National Institute of Clinical Excellence) を組織し、各種のガイドラインや技術の再評価を進めている。政府はNSF (National service Frameworks)⁸⁾ とよばれるガイドラインを作成し、PCG/Tsのトラストへの介入に生かすことや、PCG/Ts内には臨床管理 (clinical governance) の責任者をおき、日常の医療の質向上に役立てることをめざしている。その監視組織を作るなど、医療の質に関して中央管理を強めようとしているように見える。

また、効率 (performance) に関する数多くの指標 (現在三七) を導入して管理しようとしている。全体の進行、地域差の解消を計画し管理するため、HimPs (Health Improvement Programmes) をHIMPs (Health Improvement and Modernisation Plans) と改称強化し、このプログラムの実施も先行きはPCG/Tsに任せられることになっている。

六 病院への介入機能

新政府は、保守政権が行った市場化と分権化による改革の選択性 (choice) と反応性 (responsiveness) の改善といった長所と、集権化と計画化による平等と取引費用の削減といった長所とをうまく生かしたいと考えた。NHSの改革のなかで最も大きなものは、PCGの創設であり、さらにそのTrust化である。内部市場においては多様な組織形態であったPCGを単一の組織に統一し、かつGPは強制加入とした。即ち、PCG/Tsは一定地域内のすべてのGPを含む地域組織となり、プライマリ・ケアの全を提供する責任を持つ。その責任範囲は内部市場における「地域介入 (locally commissioning)」^(a) とか、「包括購入実験 (total purchasing pilots (TPPs))」の機能も含まれてはいるが、さらに広いものもある。

PCG/Tsは三つの中心的な機能が付与されている——プライマリ・ケアの提供、二次医療への介入、そして後に公衆衛生が加えられた。

内部市場

PCG/Tsの二次医療への介入機能は、以前は購入 (purchasing) とよばれていた。GPFHは、保守政権が一九八〇年代後半から一九九〇年代初期に行ったNHS改革で、内部市場をつくっていく上で重要な組織であった。労働党政権のPCG/Tsは、それまでの組織のある面を取り入れ、ある面を廃止したことは上述した。

購入者と提供者の機能分離に関して重要な点は、それが競争的な準市場⁽¹⁾ (quasi-market) を作る上で必要な条件ではあるが十分ではない (Bartlett and Le Grand 1993) とう点である。購入者と提供者を分けることは、提供者間の競争がある市場をつくりだすためにはどうしても必要な条件ではあるが、購入者や提供者がそれによつて益を得る機会を利用できなければ、競争による益を得られない。

組織的がどれだけ環境に反応するかを決定するのは、情報とインセンティブという二つの要因である。組織は、環境に関する情報がなければ、それに対応することはできない。情報の収集ができるというだけでなく、それが実際に行動するアクターに提供される必要がある (Stinchcombe 1992)。

組織として、もう一つ重要なことは、組織の直面するインセンティブは、組織を構成する個々人に作用しなければならぬということである。「集团的行動の問題」(Olson 1965; Marwell and Oliver 1991) は、次のことを教えている——組織内の個々人が集団の利益に貢献すれば、集団に属する人々が利益を得る場合でも、個々人にインセンティブが働かなければ有効ではない。

情報とインセンティブは、介入者と提供者の双方に影響を与える。以下、内部市場と労働党改革がプライマリー・ケアの介入における重要なアクターに対する情報の流れとインセンティブの構造がどうなっているかを検討する。

GPFH は、購入者への情報の提供と、意思決定のためのインセンティブを改善しようとして導入された。GP は患者との日常の接触を通して患者のニーズを理解できる良い立場にある。また、GP は地域の二次医療の問題点を良く理解しているので、予算管理者として、予算を効率的に運用するインセンティブも与えられた。使い残した予算は、彼らの医療活動のために投資することができた。ただ、予算の使い過ぎには罰則があるので、そのことも予算を残すインセンティブとなった。罰則とは、一般医療サービス (GMS: the General Medical Services) のための施設設備や人権費などをカバーする予算は削減されなかったが、GPFH の身分は取り消された。

GPFHにならなかったGPの分についての予算管理は、HAの責任であった。彼らの根拠とした情報はGPFHよりもより大きな人口集団におけるニードとその評価に基づいていた。しかし、GPFHと違ってHAは予算を節約してもその恩恵にはあずかれず、その余った予算を代替的な目的に使用することは厳しく制限されていた。

GPFHとHAの介入の方式は両極端で、いくつかの中間的な方法が開発された。中間的な方法の例は「地域的介入 (locally commissioning)」と「包括購入実験 (Total Purchasing pilots)」などである。地域的介入とは、購入の優先順位の設定に地域のすべてのGPに意見を聞くが、予算の管理責任はHAに残す方法である。それに対して、TPPは病院と地域医療サービスのすべての予算をGPFHに任せる方法である。TPPは、たった一診療所の場合もあるが、通常は複数の診療所が関与する方式であり、標準的なGPFHよりもHAの影響力は大きく残った。

表1は種々の介入方式を、三つの側面から見たものである——即ち、選好の決定が集团的であるかどうか、GPが決定に影響できるかどうか、そしてGPが予算をコントロールできるか、である。これらの三つの側面は先に述べた情報とインセンティブとに関係する。選好に関する情報は分権化されるか、あるいは中央で集められて行動が取られるかである。選好に関するインセンティブは各GP個人にかかるのか、GPのグループにかかるのか、それともHAのように組織全体にかかるのかである。

どの購入方法が一番良いかを定めることが難しいのは、内部市場を評価する決まった方法がないからというだけでなく、総合的な評価は多次元的な基準が必要だからである (Le Grand et al 1998)。ある介入方法が一つのクライテリアから見れば優れていたとしても、たのクライテリアから見ればそうではないことがあり得るからである。結局は、一つの方法を選ぶということは意思決定をする人の価値観によるのである。この点を心にとめつつも、それぞれの方式ある

表1 内部市場におけるプライマリ・ケア組織の分類

	選好の集団的決定	GPの影響力	GPの予算管理 (個人的、又は集団的)
G P F H 方式	No	Yes	Yes
包括購入方式	Yes/No (TPPのほとんどは 複数診療所、選好は 集団的に決定)	Yes	Yes
地域的介入方式	Yes	Yes	No
HAによる介入	Yes	No	No

いはもつと一般的に内部市場の相対的な評価は可能かもしれない。良い面としては、GPFHとそれと同様の仕組は、GPが予算を管理することを学び、それによって仕組まれたインセンティブに反応した、ということである。即ち、GPFHは予算を残すのが一般的であった。彼らはGPFHでないGPよりも薬剤費を節約した。また、彼らは新たなサービスを開発したり、サービスの改善を病院側に求める圧力をかけたという証拠がある。

悪い面としては、GPFH方式は多くの購入者が多くの提供者と契約しなければならぬということである。熱心に契約に取り組み組むほど、NHSの取引費用は増大し、患者のケアに行くべき費用が事務処理に使われてしまうということで批判された。さらに、そしてある意味では最も深刻なこととして、内部市場によってGPがGPFHであるか、そうでないかによって、紹介する患者の扱いに不平等が生じ、NHSにサービスの二層化をもたらしたとして批判された。少なくとも、内部市場は患者のケアにそのような差をもたらした。ケアは純粹に患者のニードに対して提供されるべきであるというNHSが掲げるエートスを破壊したとして批判された。

内部市場を取り巻くこれらの議論にもかかわらず、この仕組が患者のケアの質と効率を向上させた点があることは認められてきた。

即ち、購入者と提供者の分離とGPの介入による影響力によって、二次医療や病院トラストが利用者の需要に対してより鋭敏に反応するようになったことは、事実として広く受け入れられていった。意見が一致しなかったのは、契約をするのはGP個人であるべきか、それともGPのグループであるべきかという点であった。即ち、予算の管理責任を個々のGPにたいするインセンティブとすべきか、それともグループ単位とすべきかであり、またその方法をいかにすべきか、と言う問題であった。これはまた、介入の目的からして競争と協働の相対的比重をどう考えるかであった。以下で、PCT/Gsの制度化においてこの問題がどのように解決されようとしているかを考察する。

PCG/Tsの組織における情報とインセンティブ

一九九九年四月の時点で、四八一のPCG/Tsが設立されており、NHSの組織化にはかなりの成果が上がりつつあることを示している。以前の手上げ制による方式は廃止されて、英国内のすべてのGPは制度に入ることを強制された。内部市場を廃止するという主張にもかかわらず、新たな改革は購入者と提供者の分離には触れずに残した。というよりも、GPの介入という概念を廃止するのではなく、PCG/Tsの四段階のモデルに取り入れたのである。四段階とは次のようなものである。

- 水準 1 — GPと保健婦 (community nurse) は所管内の人口に対する介入についてHAに対して助言する。
- 水準 2 — GPと保健婦はHA内の委員会に属して、人口に対するサービス予算のほぼ九〇%の管理について責任を持つ。
- 水準 3 — GPと保健婦を含む独立のトラストを設立し、人口に対する介入サービスにおいてHAに対して説明責任を負う。

任を持つ。

●水準4——GPと保健婦を含む独立のトラストを設立し、人口に対する介入サービスにおいてHAに対して説明責任を持ち、かつ地域保健サービスにも責任を持つ。

当初はPCGからPCTへの移行は徐々に進むだろうと思われたが、移行は極めて急速に進んだ。二〇〇一年の一月までに、一六四のトラストがあったが、二〇〇二年の四月には大多数はPCTに移行したと言われている。「NHSの計画」は二〇〇四年までには全てのPCGがPCTになっているだろう、そしてトラストは最終的にはプライマリケアと福祉サービスを統合するだろうとしている。

おそらく、改革が行ったこの新たな仕組は、きわめて重要なものであろう。多くの理由から、PCG/Tsは従来ものとはかなり違ったものになるだろう。市場における競争は介入目的を達成するための重要な仕掛けだったが、¹²⁾今度の改革が推進するのは協働とパートナーシップであるとするところが大きな特徴であるとされている。¹³⁾

PCGの診療所数の平均は一九（範囲は五〜六六）で、GPの人数の平均値は五五名（範囲は二〜一四一名）であったが、大きなばらつきがあった。PCG/Tsは合併によって、規模が大きくなる。この改革以前、共同での契約が次第に広がっていったが、そのスケールはPCG/Tsで想定されているものとはほぼ同じ大きさである。組織が複雑になることに対して、PCG/Tsはこれまでの共同体制を維持しながら、地域のニーズにも国の基準にも合ったものになろうとしているのである。

PCG/Tsの中心的な意思決定機構は理事会（board）である。表2は保健省が示した構成員の例示である。

構成員からもわかるように、PCGの理事会ではGP達が主なる役割を果たしてきた。理事会の多くが座長にGPを選んだので、GPの力はさらに強まった。PCTにおけるGPの影響力については議論が多いところである。PCTには二つ

表2 PCGとPCTの理事会と執行委員会の構成員

PCG理事会 (board)
<ul style="list-style-type: none"> ● Chief executive ● 4-7 GP members ● 2 nurses ● Health authority non-executive ● Lay member ● Social services member
PCT理事会 (board)
<ul style="list-style-type: none"> ● Lay chair ● Chief executive ● Finance director ● 5 non-executive directors ● GP executive chair ● GP clinical governance lead ● Nurse member
PCT運営委員会 (Executive committee members of)
<ul style="list-style-type: none"> ● Chief executive* ● Finance director* ● GP chair* ● GP clinical governance lead* ● 2 nurse members (one is the nurse board member) ● 3 executive GPs ● Public health member ● Social services member ● Other health professionals including, for example, community pharmacist member or professions allied to health member

*は理事であり運営委員会委員

の意思決定機構、即ち理事会と専門家中心の運営委員会がある。

理事会と運営委員会との関係の実態はまだよく明かになってはいないが、おそらくそれぞれの組織で異なるだろう。しかし、運営委員会はプロフェッショナルの議論の場であり、日々の運営に対する事がらを扱い、理事会はもつと戦略的なことや説明責任に関心を持っている。両組織で注目すべき点は、市民の影響が大きくなっている分、いずれにおいてもGPの影響力が相対的には弱められているところである。

PCGやPCTの活動は、処方や臨床管理などの種々の下部委員会によって支えられている。これらの構成員は理事会や運営委員会のメンバーからだけではなく、広くPCG/TS内から選任される。その他、介入委員会もある。

購入 (purchasing) にかえて介入 (commissioning)

労働党政権が創設した新たなNHSでは、購入という概念を二次医療に対する介入という概念に置き換えた。購入者と提供者の分離は残されたが、その関係の性質が変わった。Light (1998)はこの用語の変更は、政治的にはまあまあ正しくても、購入に対する態度としては真剣味が無いのが欠点だと批判した。Lightの指摘は的を射たものであったが、組織的には全く異なるやり方がありえた。しかし、それらの方式が本当に、内部市場における購入と同様な効果を持つのかどうかはまだ明らかになっていない。

購入者と提供者の分離は一次と二次医療の提供者が異なる利害関係を持っているというモデルに則っていた。それらの関係は交渉と競争という関係であり、契約破棄 (exit) の可能性があることが重要であった。もし、購入者が提供者のサービスに満足できなければ年単位の契約で提供者を変えることが勧められていた。それぞれ自分の利益を追求するために、両者は見えざる神の手によって利益を得るはずであった。購入者は、より質の高いサービスを選択する幅が広

げられ、提供者は購入者が望むサービスをもつと効率的に提供するように強いられるはずであった。これは、現実というより理想であり、種々の理由から、提供者間の競争はあまり起こらなかったのである。¹⁴⁾

新NHSにおける介入者と提供者の分離は、彼らの対象人口に対して良質の一次及び二次医療サービスを提供するという両者の共通意識を基盤としている。双方が医療資源を利用するための最良の計画を立てるために、協働しそれにあたるべきである、と想定されている。介入者は依然として契約を取りやめるといふ選択の余地を持つてはいるが、それが勧められているわけではない。白書は、介入者が提供者を変えることは最後の選択とすべきであるとしている。その趣旨は制度化されており、一年ごとの契約は三年間のサービス水準の同意 (agreement) におきかえられ、地域医療改善計画 (Local Health Improvement Program (Himp)) に沿って、国の定めた目標を達成することが目指されなければならない、とされている。HimpとはPCG/Tsによつて提供されるサービスの計画であり、全体の進行、地域差の解消を目的としている。¹⁵⁾ PCG/TとHAと病院トラストはより長期間にわたつて達成すべき目標とその優先順位に同意しなければならぬ。この計画から外れると処分の対象となる。

地域的な目標と同時に、介入の優先順位は国の定めたNSF (National Service Frameworks) というガイドラインによつて定められる。今のところ、保健省は三つのNSF、即ち精神疾患、冠動脈疾患、高齢者医療についてのNSFを出している。¹⁶⁾ これらは良質な医療を目指すためのガイドラインである。冠動脈疾患のモデルを取ると、すべてのトラストが心発作を起こしたすべての患者に血栓融解療法を行うこと、すべての地域で心不全対策を行うこと、また狭心症診断のための検診を行うようにとしている。NSFは新NHSにおける介入に対して大きな影響を与え、またPCG/Tsに対して明確な介入の目標を与えている。

要するに、新NHSは地域レベルでの介入と協働と、それに対する中央政府から介入に関するガイドラインを与える、という仕組である。優先順位については、地域と国のいずれの意向を尊重するかが介入の方向を定める重要な点となる

であろう。

新NHSは介入と提供者に明確な役割を期待しているが、そのような組織構造が、それらの役割を遂行できるようにする情報とインセンティブを与えているかは疑問である。以下、これらの介入者の組織構造がどのような情報とインセンティブを与えているかを論じ、その後で現在までの評価結果について述べる。

情報と選好

PCG/Tsは多くの利害の異なる関係者の集団である。このような多様な利害にかかわる介入の決定をするためには、優先順位を決定する議論の場と、所管する人口集団の医療ニーズに関する情報収集の仕組が必要である。

内部市場においても、選好と医療ニーズについて集団としての意思決定の問題があった。TPPとか地域的な介入ではGPだけで決定してきたが、PCG/Tsが組織としての介入を行うには、保健婦とか福祉サービスとか、地域のすべての代表が意見を持っているので、さらに幅広い意見の調整が必要になる。

その理事会や運営委員会の議事は、介入以外にも数多くの議題があるので、実際の議論は不十分にしか触れられない状況である。したがって、理事会や運営委員会の代わりに、介入の詳細な検討には各専門委員会に頼らざるを得ない。マンチェスター大学によって行われた国規模でのランダムな調査結果では、六二%が介入のための専門委員会を組織していた。委員会の構成員は、九四%がGPを含み、五八%が保健婦を含んでいたが、他の職種はそれ以下であった。同研究はまた、PCG/Tsへの市民の参加は患者調査とか市民を直接選ぶのではなく、何らかの団体の代表を選出している。マンチェスター大学の報告書は標本の八六%が介入について関係者に諮問しており、四四%の運営委員長は彼等の影響力は大きいと答えていた。

PCG/Ts が情報と選好を決めるためには、もう一つ国が出している一連の優先順位と目標を参照しなければならぬ。冠疾患や精神疾患や老人医療の NSF だけでなく、NICE からもガイドラインが出されている。これらは彼らが提供すべき医療の国の標準を明確に示し、また PCG/Ts が取るべき方向とペースを定めている。これらのガイドラインは HmPs (Health Improvement Programmes) の目標を補い、労働党政権の目標である医療における不必要な地域差をなくするためのものである。

目標を設定するとともに、政府は主な診療行為の参照価格を定めた。これらは一九九七―九八年に HRG (National Casemix Office 1999) ⁽¹⁷⁾ によって、すべての病院に対して五三六の外科的処置の原価を提出することを要求することによって作成され、最終的にはすべての医療行為の参照価格を示すことになるだろう。

「国家参照価格計画 (The National Schedule of Reference Costs)」はこれらすべての価格の平均値と最高、最低価格とそのレンジの四分の一刻みの価格を表示している。すべての価格に基づいて、病院の指標化も行えるようになっていく。この「計画」は介入者と提供者間の透明性を確保する仕組みであると見られている。価格が取引をする二人の当事者から上がってくる価格ではなく、購入者と提供者間の交渉をもとに国がつくった基準である。現在、この価格にはかなりのばらつきがあり、病院から提供された価格データの信頼性にも問題があるだろう。価格計画は地域の介入者と提供者間の交渉の出発点であり、中央政府の高価な病院への圧力でもある。

このような国のガイドラインや地域での情報収集の下部機構の整備にもかかわらず、PCG/Ts に関する多くの研究は、PCG/Ts の情報収集の能力は、彼等の一つの弱点だとしている。彼らが HA を頼りにしてきた最大の理由は、所管の人口の医療ニーズを評価する体制であった。情報収集と選好の決定はかなり HA の機能として残ってきた。HA のとってきた支払方法は GPFH が行ってきた介入ともかなり似たものであった。HA は廃止されて、戦略的 HA (Strategic Health Authority) に改変される⁽¹⁸⁾ことが決まったので、それはさらに遠い組織となり、二〇〇二年の四月からは

PCG/Tsはさらに情報収集の責任が大きくなるだろう。

インセンティブ

介入に参加する地域の組織と二次医療の提供者に対しては、効率的に機能する方向へのインセンティブがかけられて来たが、それにさらに大きな変更が加えられた。それは病院と地域保健サービスと一般医療サービス (GMS: general medical services) と投薬の総予算に対する使用限度額 (cash limit) の導入である。⁽¹⁸⁾ それまではPCG/Tsは予算区分を変更する自由度があった。即ち、GPFHに対して与えられていたGMSには予算制約はかかっていなかったので、予算の区分を超えて変更が可能であった。

この区分を超えて予算を流すことには一つ心配があった。GP達は自分たちの診療を改善するためのGMS予算が、即ち病院及び地域保健サービス (HCHS: hospital and community health services) の予算や投薬のために使われず、使込まれることが心配だった (Majeed and Malcolm 1999)。保健省はこの問題に解決するために、HCHSと投薬の予算はGMS予算に移行させても良いが、反対にこれらの予算がGMSの予算に食いつまむことは地域の医療委員会 (the local medical committee)⁽¹⁹⁾ の承認がなければできないようにした。しかし、GMS予算はインフレですこしづつ削られ、他の二つはインフレ率よりも急成長しているので、全体予算に占める割合は時が経つにつれてだんだん小さくなるだろう。これらのことから、診療への投資は他の二つの予算の効率性にますます依存するようになるだろうといわれている (Majeed and Malcolm 1999)。この政策だと、診療への投資は薬剤と患者紹介のあり方にますます影響されることになるので、PCG/Tsはますます地域の利益に巻き込まれることになる。GMSの予算を総合予算に含めることによって、GPFHの時よりGPをグループとして行動することに巻き込むことになるだろう。

介入を効果的にするためのこの制度整備は、グループにたいしてはより大きいかもしれないが、重要な疑問は、はたして個々のGPに対して、あるいは他の関係者個々人に対してインセンティブとなるだろうか、ということである。GPHHの場合は、個々の診療所単位が介入して、彼等の決定によって効率的な資源配分をしようという明確なインセンティブを持っていたが、PCG/Tsの場合はかなり大きな組織なので、彼らは得るものは少なくなるかもしれない。

この相互関係は介入に関して二つのインセンティブの問題を引き起こす。第一は二次医療提供者との交渉においてである。二次医療提供者との合意を定める場合に関係者の参加を確実にするかどうかは、利害関係者が何らかの改善から得る限界的な利益の程度が、参加することによってかかる費用を償える程度によって決まってくるだろう。相対取引の用語を使えば、契約曲線上に沿って当初の点から動くことによって得られる利益の分配が、PCG/Tsの人々の取引費用を十分補えなければならぬ。契約曲線上を移動していく時に得られる限界利益の大きさは、その利益がどの程度に非排他的であり非競争的²⁰⁾であるか、即ちどの程度財が公共財であるかに懸かってくる。

GPの二次医療提供者との交渉への参加を例にとると、あるGPが二次医療提供者とある診療の価格についての交渉に参加する意欲を持っていたとする。低い価格での交渉が成立すればGP全員にとって利益になる。ほかに多くのGPがいても関係ないし、その価格を適用するメンバーの数にも無関係である²¹⁾。この場合は個々のGPのインセンティブに与えるグループ効果はない。実際の交渉においては、異なる意見やまぢまぢの交渉技術の個々人をまとめていつて交渉するよりも、最も交渉技術に長けたGPが全員を代表して交渉に当たる方が効率的である。

グループ効果の例としては、ひとりのコンサルタントが出張診療所に向きたいと思っているが、その時間をPCG/Ts内のすべてのGPの患者で分けたとしたら、GPの数が多ければそれだけ一人あたりの時間数は減ってしまうので、一人のGPの利益はより少なくなる。このような場合は、二次医療の提供者との交渉に参加するGP達のインセンティブはPCG/Tsが大きくなるにしたがった減衰する。このような状況下では、グループ効果はPCG/Tsの交渉力に

は負に作用するだろう。

GPの二次医療提供者との交渉に参加を促すインセンティブは弱い場合は、その責任は管理者にかかってくることになる。内部市場の歴史は管理者がGPほど交渉力はないことを明らかにしている。しかし、包括予算の下では、上手く交渉をして利益を得ようとするインセンティブは、HAの管理者よりはPCG/Tsの管理者のほうが強くもっている、ということとは考えに入れる必要がある。HAの管理者はPCG/Tsの管理者ほど予算上の自由度はないので、組織としては上手く介入して予算を下げる努力をしても利益をえることはできない。PCG/Tsの管理者は予算の区分を変更することによって利益を得られるので、彼らには利益があり得る。

インセンティブの第二の水準は、PCG/Tsと二次医療提供者間で同意 (agreement) ができた場合、GPの患者の紹介行動に関係してくる。GPFHは、彼らは予算が余った場合にはすべてを利用できるので、効率的に適切に患者を紹介しようとしたが、PCG/TsのGPの紹介行動に対するインセンティブには負のグループ効果がある。もし利益の大部分がほかのGPに分配されてしまうのであれば、効果的に紹介しようという動機は弱められる。このことはとりもなおさず、GPが効率的に紹介する方向へはインセンティブは働かず、他の条件一定とすれば、PCG/Tsの組織構造はGPFH制度ほど効率的に紹介するインセンティブは働かないだろう。この潜在的な問題は労働党政府の白書にも記載されていて、インセンティブを強化するためにHCHSの予算による指示が与えられるだろうといっている。しかし、実際にはこのような指示は有効に機能していない。

マンチェスターの研究は、指示的予算は診療グループに対してPCG/Tsの六%しか適用されていないし、また二%しかこれらのインセンティブと結びつけられていなかった。この指示が実行されていない理由は不明だが、一つにはPCG/Tsが患者紹介の現状のデータが、病院やHAからフィードバックされていないことと関係するかもしれない。

包括予算はPCG/Tsに共通の利害とインセンティブを与えるものだが、PCG/Tsは明らかに国の目標達成のためにイン

センティブを与えられる。それに沿ってPCG/Tsは優先順位を設定しなければならない。中央からの予算が目標別になっており、これらの目標の達成度は、HAと広域局 (regional office) によってモニターされる。少し心配なのは極めて多数の目標が中央から示されて地域における自主性がそこなわれるのではないかということである。特に、地域における負のグループ効果がある場合には、唯一の効果的なインセンティブの仕組は国の目標に関連するものかもしれない。

七 達成度

PCG/Tsは新たな組織であり、NHSの急激な変化のなかで生まれてきた。その結果、多くの時間が組織づくりに向けられてきた。薬剤の処方や臨床管理においてはかなりの進歩があつたが、健康増進や公衆衛生においてはそれほどではない。

PCG/Tsは成果がなかつたわけではなく、バーミンガム大学による一二のPCG/Tsの事例調査では、PCG/Tsは急性期医療の介入においてはあまり進歩がなかつたが、進歩のほとんどは一次と二次医療のインターフェイスにおける地域ケアやサービスについてであつたことを示している。内部市場廃止後、かなりの時間がたち、色々な介入のやり方が試みてきたが、達成された変化は驚くほど少ない。PCG/Tsが効果的な介入者になるかどうか、また組織づくりが期待される役割を果せるかも、判断するには早すぎるかもしれない。しかし、初期段階における結果について、バーミンガムとマンチェスター大学のチームによる二つの研究から見に行きたい。

優性順位

PCG/Tsの介入で最も優先されたものは何だったか？ 両研究とも、二次医療の待ち時間の短縮と接近性の改善が最も重要であると考えられていたことを示している。この二つの次に重要なのは質の問題とNSFに関連する問題であった。次に重要と思われたのは、中間的なサービス (intermediate services) の開発²²⁾であった。PCG/Tsは次第に介入サービスよりも中間サービスの開発が重要だと思い始めており、できれば二次医療によって提供されてきたサービスを置き換えたいと考えているということであった。

参加

PCG/Ts導入の初年度は主として組織づくりに取り組んだ。介入での役割は、HAとトラストの間で交わされた多くの同意の水準を引き継いだことと、また多くの介入の責任がHAに残されていたので限られていた。しかし、組織づくりの問題が解決した時には大きな責任が降りかかってくるものと思われる。その進歩を調べてみた限りでは、多様な予算の管理をしなければならないことは認識されているようであった。

マンチェスター大学の研究では、PCG/Tsは多くの異なった予算に対する責任が増えたことを認識していた。今や、彼らは地域におけるサービスの全予算のほぼ七〇%に対して責任がある。それは一般医療と二次の入院医療における責任が増えたことによるが、以前は病院の予算の四一%、に対してしか責任がなかったが、これからは五〇―六〇%に責任があることになった。PCG/Tsは学習障害とか精神科医療に対してはそれぞれ二二%と一八%しか責任はなかった

が、今度はすべての責任を負わなければならない。

PCG/Ts発展の第二の指標は、彼らが影響を与えるサービス水準についての合意である。サービスの水準を変更したと報告したPCG/Tsはむしろ少なく、四三%が入院サービスの水準を変更したとした。これらの変更の理由は、NSDにあった二次医療の提供の水準に増やし、待ち行列を短縮する目標のために変更したというものと、予算制約をおかす危険性を減らすなどのためというものだった。また、PCG/Tsは前年よりもサービスの水準の合意において、より大きな影響力を感じたとしている。

HAはPCG/Tsには力の差があると見ていた。マンチェスタの報告は、ほぼ三分の二のHAは、PCG/Tsの入院サービスに対する介入の影響力が増大したと感じていたが、三〇%はむしろ地域サービスに対する影響力が増大したと感じていた。HAに依存しつつも、多くのPCG/TsはHAから十分な援助を受けていないと感じていた。多くのHAは彼らが十分援助できていないと認めていた。マンチェスタの報告によれば、最大の困難はHAがPCG/Tsに対して十分な情報の提供ができないことである、としている。

HAに依存しつつも、PCG/Tsは介入サービスではお互いに助け合ってもきた。バーミンガムとマンチェスタのすべての研究対象PCG/Tsは、何らかの形で他のPCG/Tsと合同で介入を行ってきた。他のPCG/Tsと協働できるとともに、合同投資機構(JIP: Joint Investment Plan)⁽³³⁾を通し、協働で介入することができた。マンチェスタ大学が調査対象としたPCG/Tsのほぼ三分の一が、JIPを通して協働で介入を行っていた。

成果

バーミンガム大学でもマンチェスタ大学の研究でも、介入における成果は明らかではない。最大の成果としてあげて

いるものは、地域サービスあるいは病院からプライマリ・ケアに移された中間サービスであった。マンチェスタでは介入の目的を達成したか、と尋ねているが、四分の一がすべての目的を達成したとしており、半分がほとんど目的を達成した、四分の一がなにも達成していない、と答えていた。マンチェスタの研究では、運営委員会の委員長にPCG/Tsの成果を列挙するようにと尋ねたが、たった一三%が介入の役割の成果に言及していた。成果は限られているが、それは接近性の改善、待ち時間の減少と病院からプライマリ・ケアへサービスを移すことなどに伴うものであった。

介入の成果の間接的な効果は、包括予算によって生じた。今のところ、予算の分類項目間の変更が行われることは少なかったが、それが行われればそれにあつた結果が生ずることになるだろう。しかし、マンチェスタ調査では、HCHS予算から薬剤費やGMSに予算を移そうと考えているのはPCGの五五%であつた。そのHCHSから予算を移そうと考えているPCGの六〇%以上が、GMSに振り向けたいとしていた。

考 察

PCG/Tsの介入は今のところ成果がないというべきであろう。このことは多様な介入方式が開発された内部市場から、現在の仕組になったことに関連するかもしれない。介入こそがPCG/Tsのインパクトとなるものだと考えるものもあろう。組織づくりへ焦点があつて、その他に当たらなくなつてしまつたということは理解できる。しかし、介入はともかく、比較的新たにプライマリ・ケアの目録に加わつた臨床管理にも進歩の見られないのは注目に値する。

何が障害となっているのだろうか？ 能力の欠如なのか、それともインセンティブが足りないのか？ マンチェスタとバーミンガムの研究は管理業務の援助がないこと、経済的な誘導が足りないこと、予算が足りないこと、病院が気乗りがしない、情報の欠如などの問題をあげている。これらの障害はすべて弱すぎる下部組織とPCTの地域の医療経済

に対する影響力が小さいことに起因している。

二つの研究はインセンティブに直接関係する実証結果をほとんど示していない。しかし、マンチェスタの報告書にある注目すべき所見は、もつと効果的に介入しようという大きなインセンティブをPCG/TSが持っていない、という指摘である。彼らが将来の鍵となる重要な仕事は何かと問われた時に、前年は二三%が介入であると答えていたのに、次の年はたった七%しかないことである。今日までの成果はないにもかかわらず、運営委員長は他と比べて介入には高い優先順位は置いていない。PCG/TSの組織の形態から来るインセンティブの欠如か、あるいは国がPCG/TSから介入の力を取り去ったからかは分からないが、近い将来PCG/TSが介入において大きな進歩をしそうにもない。

八 日本への示唆

イギリスの医療制度改革においては、前保守党政権は費用と価格の決定を、政府から病院とGPFHの間で決定することへ権限委譲した。労働党政権は内部市場を廃止すると宣言はしたが、前政権の行った改革の基本的な構造は引き継いだ。合意が三年ごとであるので、その改革が病院の行動を直ちに変えるほど効果をまだ発揮しないことはやむをえないであろう。しかし、二次医療の効率を改善させるインセンティブは確かに組み込まれているので、十分な時間が経る中でその効果が出ることは期待されるであろう。

アメリカのHMOは医療に管理科学の知見を導入するという目的で考え出され、管理競争による医療制度改革で中心的な役割をはたしている。その効果は、一九九〇年以来、アメリカの医療費高騰が収まっている事実に現れている。

日本では、一九六一年に皆保険制度が実現して以来、国民は平等な医療を享受してきた。それ以来、患者はいかなる

医療施設を受診することも自由であるとされてきた。即ち、わが国の医療制度においては、患者と医療提供者間に準市場が設けられて来た。そして、その目的は医療の質と効率の確保であった。しかし、この準市場は、その意図とは全く異なつて、その名にふさわしく機能していない。

患者はますます大病院に集中しつつあり、医療資源の非効率的な利用を促進している。施設間の競争は確かに存在するが、施設間の競争はプライマリ・ケアの仕組みを混乱させている。これは戦前のイギリスの状態である。日本の医療制度において、プライマリ・ケアの仕組みをどうするのかに関するビジョンがどこにもない。人口の高齢化に向かう中で、これはゆゆしき問題である。日本はイギリスのプライマリ・ケアの組織づくりに多くを学ばなければならぬ。

わが国の医療の価格は、いわゆる中医協システムよつて中央的に決定されている。それによつて、国全体として医療費が抑制されている。長い間、そして広く日本は医療費抑制に成功して来たと考えられてきた。

しかし、われわれの研究によれば、項目別出来高払いを前提としたこのシステムは、医療の資源の過剰な消費を促進しており、医療従事者に医療資源を有効利用するインセンティブを与えていない。OECDのデータによれば、一九九一年から一九九七年までの、平均の年間医療費増加率は七・六％で、日本は加盟国中で第五位と高く、日本は決して医療費抑制に成功してきた国ではない。因みにこの間のアメリカは五％で二九ヶ国中で二一位である。また、わが国においては巨大な医療費の地域差があり、その差は医療への設備投資の大きさでほとんど説明がついてしまう（地域差研究会・二〇〇一）。

医療資源の消費が過剰になれば、せっかくの医療費は、医療資材を提供する産業へ流失して、医療施設には残らないことになる。例えでいうと、医療施設は糖尿病患者のようである。絶えず飢餓感に襲われて、大食はするが、摂取した栄養が利用できず、体外に排泄してしまうのである。

わが国は、医療施設間の競争は、投資と需要誘発の悪循環を駆動しているのである（郡司篤晃・二〇〇一）。わが国における医療制度の構造改革は、この悪循環を断つことが重要である。そのためには、規制緩和による自由市場化にはこだわらず、インセンティブの設計を十分考える必要がある。

わが国の医療制度で、もう一つ考えるべき点は、保険者の位置付けである。現在の保険者は、単なる資金の管理者であり、きわめて受動的な存在である。保険者は彼らが管理をしている資金の効率的活用するための権限はほとんど与えられていない。

日本はアメリカ型の管理競争へ行くことはできないであろう。なぜならば、日本では法的に加入すべき保険は決められているので、保険者間に競争を導入することは不可能だからである。イギリスの制度改革は、地方分権と同時に進められている点に注目すべきであろう。内部市場は政府の医療サービス価格の決定権限を、民間の団体である病院とGPFHに委譲した。また、労働党政権はPCG/Tと病院の間の事柄としてそれを任せた。ただ、価格のベンチマークのデータを提供する役割を担おうとしている。日本においても地方分権化が進行する中で、医療においても地方の役割に何を期待するべきかを考える時であろう。

九 結論

以上一九九九年以来創設されたPCG/Tsによってもたらされた介入における進歩に焦点を当てて検討した。検討から得られたおもなる点は以下の通りである。

- PCG/Tsの介入は以前の方式でいうと地域介入とTPPに最も近い。
- 購入者と提供者は、競争的な関係から協働に置き換えられた。
- PCG/Tsは処理しきれないほどの情報に直面している。それらを処理する下部機構がどうなるのか明らかでない。
- PCG/Tsは処方、MSとHCHSを含んだ予算を与えられた。
- 包括予算はPCG/Tsの介入機能にさまざまな影響を与えるだろう。
- NSFやNICEからのガイドラインはPCG/Tsの介入に影響を与えるであろう。
- 介入による成果のデータはない。
- PCG/Tsは、情報の欠如、経済的な衝撃力が足りない、病院の意欲のなさなど、介入に関して多くの障害に直面している。

PCG/Tsは内部市場にかわるものとして創設された。それはプライマリ・ケアに関するさまざまな責任を持っている。購入者と提供者の分離は残ったが、競争的な交渉を協働とそれに対する対価に置き換えられた。介入は、地域介入やTPPと似た方式によって、他の関係者とともに診療グループに課せられた。包括予算はプライマリ・ケアに対して効果的に介入するインセンティブを増加させるだろうが、その組織に対するインセンティブが関係者個々人のインセンティブを強めることになるのかどうかは明らかではない。また、PCG/Tsはもし関係者の選好が異なるとした、そしてそれらをまとめなければならないとなると、複雑な情報の問題に直面するだろう。

PCG/Tsの介入についての記載は乏しいが、それらは成果がほんの少しでしかないことと、将来の優先順位を中心にみるとは見えていない。成果がないのには多くの理由があるろう。下部組織がないとか、効果的に介入することに対するイ

ンセンティブがかけているとか、責任がPCG/ITsは十分与えられていないとか、あるいは成果を判断するには時期が早過ぎるかのどである。購買者と提供者の分離は残されたが、効果的なプライマリ・ケアの介入は新NHSの優先となっているのかどうかは明らかではない。

日本の準市場は医療の質と効率を促進する方向には必ずしも機能していない。項目別出来高払いの価格統制による医療の質と効率の確保には限界がある。医療関係者のインセンティブを管理する方向への制度改革が必要である。

現在の日本の医療制度ではプライマリ・ケアに関する展望がない。今後、高齢化の時代に向かって、福祉制度との連携を緊密化する必要性が増大することからも重要であり、イギリスの制度改革に学ぶ点が多い。

注

*本研究は聖学院大学総合研究所の共同研究プロジェクト「社会保障サービスの質と効率向上に関する研究」の一環であり、Malhew Bona 講師 (Health Services Research Department of Primary Care and Population Sciences, Royal Free and UC Medical School) との共同研究として行なわれた。

- (1) 厳密には、England, Scotland, Wales, Northern Ireland では社会保障制度も若干異なる点があるが、大筋においては共通であるので、ここではイギリスとはEnglandの制度を中心として述べることにする。
- (2) 小児のヘルニヤや高齢者の股関節の外科手術は、普通二年以上またされていた。
- (3) 福祉においても、IAはケア提供者と購買者の分離が導入され、‘care manager’を設けて代理人とし、予算管理とニード評

価とケアのコーディネーションを担当させた。

- (4) 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. 約三〇〇の文献がレビューされている。
- (5) 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」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。
- (6) 後に一般医療等への流用が認められた。
- (7) 二〇〇二年四月から移行が始まった。 http://www.doh.gov.uk/UK_governmentのウェブサイトは良くできており、ほとんどの文書等を読むことができる。
- (8) 一九九八年以来、精神科（一九九九）、癌治療（二〇〇〇）、小児ICU治療（二〇〇〇）、冠動脈疾患（二〇〇〇）、老人医療（二〇〇一）などのにガイドラインを作成。
- (9) 一九九九年立法による医療の質向上のための地域医療計画を定めたもの。二〇〇〇年にHIMPs (Health Improvement and Modernisation Plan) と改称された。
- (10) 一つあるいは複数の地域がまとまって病院と契約する方式。
- (11) Bartlett and Le Grand は準市場において競争的な関係を作り出すには多くの障害があるとしている。
- (12) これは協働の規範がNHSの中になかったと言っているわけではなく (Hausman and Le Grand 1999) 、むしろそれが正式な組織理論に基づいてつくられてこなかったということである。
- (13) しかし、この改革は管理とか競争を完全になくしたわけではない。多くの管理組織や国の基準が改革とともに持ち込まれ、購買者と提供者の分離は残されたので、行政による管理と競争は新たなNHSにおいてもいまだに際立った特徴をなしているとみるべきである。
- (14) 例えば、患者はなじみの地域病院に行くことを好んで、他の病院に行くことを好まなかった。
- (15) 一九九九年立法によって医療の質向上のための地域医療計画を定めた。二〇〇〇年にHIMPs (Health Improvement and Modernisation Plan) と改称された、次第にPCTの責任に任ざれて行くことになっている。
- (16) NSFの全文は以下のアドレスで読める—— <http://www.doh.gov.uk/nsf/>

- (17) The National Casemix Office は、過去一〇年をかけて HRGs を作成してきた。これは医療資源からみた医療行為の群別に分類したものである。これは施設間の原価の比較をできるようにして、ケースミックスごとの購入者と提供者間の契約価格の参考になるようにした。
- (18) GMS 予算は診療のインフラ整備、設備や職員の雇用の費用を含んでいる。
- (19) 地域の医療委員会は、当該地域の GP の代表として選出された医師で構成される。
- (20) 非競争性は *indivisibility, jointness of supply* ともいう。
- (21) もちろん、これは部分的な話であり、小さな GCG よりも大きいところの方が交渉しやすいということもあるかもしれない。この事例は契約における組織の規模の効果を所与としての話である。
- (22) 中間的サービスとは一次と二次の中間という意味で、従来は二次医療として提供されてきたものを置き換えようというものである。例えば、GP 診療所における糖尿病外来とか、専門医による診療所への出張診療などである。
- (23) 政府のガイドラインに沿って、HA、LA、病院トラスト、PCG/T、ボランティアなどが合同して高齢者のケアのための資金を形成する仕組。Local Authority Circulars: LAC (99) 13.

引用文献

- Audit Commission (1999), *PCGs: An early view of Primary Care Groups in England*. London HMSO
- Audit Commission (2000), *PCG agenda: early progress of Primary Care Groups in the New NHS*. London, HMSO.
- Bartlett W and Le Grand J (1993), 'The theory of quasi-markets', in Le Grand, J. and Bartlett, W. (eds.), *Quasi-markets and Social Policy*. Macmillan, London.

- Department of Health (1989), *Caring for People* (Cmd 849), HMSO.
- Department of Health (1989), *Working for Patients* (Cm. 555), HMSO.
- Department of Health (1998), *Working Together*. Securing a quality workforce for the NHS, The Stationery Office.
- Department of Health (2001), *The New NHS- Reference Costs*. (<http://www.doh.gov.uk/nhsexec/refcosts.htm>)
- Department of Health White Paper (December 1997), CM 3807, *The New NHS Modern and Dependable*. (<http://tap.ccta.gov.uk/doh/pointnsf/Publications?ReadForm>)
- Flynn R and Williams G (eds.) (1997), *Contracting for Health*: Quasi-markets and the National Health Service, Oxford University Press.
- Giddens A (1994), *Beyond Left and Right*: The future of radical politics, Polity Press.
- Giddens A (1998), *The Third Way*: The renewal of social democracy, Polity Press.
- Glennster H and Hills H (eds.) (1998), *The State of Welfare*: The economics of social spending (2nd edition), Oxford University Press.
- Gordon Macpherson (eds.) (1998), *Our NHS*: A celebration of 50 years, BMJ Books.
- Griffith R (1988), A Report to the Secretary of State for Social Services (1988), *Community Care*: Agenda for action, HMSO.
- Hausman D and Le Grand J, Incentives and Health Policy: Primary and Secondary Care in the British National Health Service, *Social Science and Medicine* 49 (1999): 1299-1307.
- Kein R (eds.) (1998), *Implementing the White Paper*. Pitfalls and opportunities, King's Fund.
- Kiloran A, Jenny Griffiths J, Posnett J and Mays N (1998), *What can we learn from the total purchasing pilots about the management costs of Primary Care Groups*: A briefing paper for Health Authorities, King's Fund.
- Le Grand J (1997), Knights, Knaves or Pawns? Human behaviour and social policy. *Journal of Social Policy* 26: 146-169.
- Le Grand J, Bartlett W (eds.) (1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- Le Grand J, Mays N and Mulligan J-A (eds.) (1998), *Learning from the NHS Internal Market*: A review of the evidence, King's Fund Publishing.

- Light D (1998), *Effective Commissioning*. Office of Health Economics, London.
- Macherson G (Ed) (1998), *Our NHS: A celebration of 50 years*, BMJ Books.
- Majeed A and Malcolm L (1999), 'Unified budgets for primary care groups' *British Medical Journal* 318: 772-776
- Marwell G and Oliver P (1993), *The Critical Mass in Collective Action: a Micro Social Theory*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mays M, Goodwin N, Killoran A and Malbon G (1998), *Total Purchasing: A step towards Primary Care Group*, King's Fund.
- Mays N, Goodwin N, Malbon G, Leese B, Mahon A and Wyke S (1998), 'What are the achievements of Total Purchasing Pilot Projects in the first year and how can they be explained', *National Evaluation of Total Purchasing Pilots Projects Working Paper*. London King's Fund.
- National Casemix Office (1999), *Healthcare Resource Groups*: document 3. NHS Information, Winchester.
- Olson M (1965), *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Regen EL, Smith JA and Shapiro J (1999), *First off the starting block: lessons from GP commissioning pilots of Primary Care Groups*. Health Services Management Centre, Birmingham.
- Rivett G (1997), *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*, King's Fund Publishing.
- Robinson R and Le Grand J (eds.) (1993), *Evaluating the NHS Reforms*, King's Fund.
- Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, Dependable* (Cm 3807), HMO.
- Smith JA, Regen EL, Goodwin N, McLeod H and Shapiro (2000), *Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups*. Health Services Management Centre, Birmingham.
- Smith PC (1999), 'Setting budgets for general practice in the new NHS' *British Medical Journal* 318: 776-779.
- Smith J, Regen E, Goodwin N, McLeod H and Shapiro J (2001), *Passing on the Baton: Final Report of a National Evaluation of Primary Care Groups and Trusts*. Manchester University, Manchester.
- Sinichcombe A (1990), *Information and Organizations*. California University Press. Berkeley.
- Webster C (1998), *The National Health Service: A political history*. Oxford University Press.

Wilkin D, Gilham S and Leese, B (eds.) (2000), *National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts: Progress and Challenges* 1999/2000. National Primary Care and Research Development Centre, Manchester (<http://www.npcrdc.man.ac.uk/Pages/NPCRD/Home.htm>)

Wilkin D, Gilham S and Crawford A (2001), *The National Tracker Survey of PCG/Ts 2000/2001: Modernising the NHS?* University of Birmingham, Birmingham.

地域差研究会 (二〇〇一、代表 郡司篤晃)、「医療費の地域差」、東洋経済新報社。

郡司篤晃編、「医療と福祉における市場の役割と限界」、聖学院大学出版会、印刷中。

郡司篤晃 (二〇〇一)、「医療システム研究ノート」、丸善ブラネット。