

テーマ 新しい社会保障の考え方を求めて

——医療・介護等の分野へ、準市場・社会市場からのアプローチと検証——

〈午前の部〉

- 基調講演 1 …………… (ロンドンスクール・オブ・エコノミクス教授) ジュリアン・ルグラン
- 基調講演 2 …………… (OECD 雇用・労働・社会問題局医療課長) ピーター・シェーラー
- 基調講演 3 …………… (国立社会保障・人口問題研究所所長) 京 極 高 宣

〈午後の部〉

パネルディスカッション

- パネリストのコメント…………… (一橋大学大学院経済学研究科教授) 井 伊 雅 子
 (聖学院大学大学院人間福祉学研究科教授) 郡 司 篤 晃
 (読売新聞東京本社編集委員) 南 砂
 (国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長) 金 子 能 宏
 司会: (国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官) 西 山 裕

ディスカッション ……………ジュリアン・ルグラン, ピーター・シェーラー, 京極高宣,
井伊雅子, 郡司篤晃, 南砂, 金子能宏, 西山裕 (司会)

閉会挨拶……………西山 裕

【基調講演 1】

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

ご紹介どうもありがとうございます。また、ご招待をいただいたことを感謝申し上げます。実は日本に来るのは2度目になります。最初の訪日は郡司先生に報告の機会を与えていただくなどいろいろお世話になり、非常に楽しく過ごさせていただきました。今回は2度目の訪問になりますが、

やはり有意義な時を過ごさせていただいております。

現在私は日本社会のさまざまな側面、特に日本の医療制度について勉強をしております。医療、公衆衛生のアナリストの間では、日本の制度はほかの国の制度と比べてより良いという確信がある



ようです。日本は国際的な基準に照らしてコストが非常に安く、複数の健康指標で見ても世界的にも素晴らしいといえます。医療制度がその一部を担っているのではないのでしょうか。

日本の医療制度を見ていますと、いろいろ尊敬に値する、素晴らしい優れたところがあると思うのです。しかし、日本の国民にとっては必ずしもそうではなさそうだとということが分かります。今日来ていらっしゃるかどうか分かりませんが、最近、医療経済研究機構の副理事長である近藤先生の論文を読ませていただきました。これによれば、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いうことです。さらに7割台の人が、いわゆる市民の意思決定における参加については非常に不満であるということのようです。不満の源となっているのは、例えば患者に選択権がないこと、あるいはサービスの質、あるいはケアの質の水準等々のようです。ですから、日本の国民の目からするならば、やはり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、議論が行われているのでありましょう。

私からは、一般論として、医療制度の改革をどのように進めるべきかの示唆を与えられればと思っています。今日私がお話することの中に、日本の状況に当てはめて取り上げていただけるものがあれば幸いです。

さて、医療サービスの提供を行う上で最善の方法は何かという問題提起をしてみたいと思います。正確には、最善のということよりも、悪い状況を最小に抑えるためにはどうしたらいいのかということになります。ほとんどの医療制度というのはとても完璧とはいえません。やはりいろいろ欠陥や不完全なところが多々ありますから、その不完全な度合いをいかに最小限に抑える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かと思います。時間はあまりありませんが、簡単に医療制度改革の政治力学についても触れられればと思っております。私個人としても、イギリスにおける医療制度改革、医療保険改革等について、ブレア政権のときにアドバイザーとして首相に諮問をした経験がありますので、教訓を学んでいただけるのではないかと思います。

さて、公的資金で賄う医療サービスの提供制度、例えば日本の制度もそうですし、あるいはイギリスの制度もそうですが、基本的に四つの方法・タイプがあるかと思います。分類しますと、まず「信頼型」。その反対にあるのが「不信型」。それから「Voice」、あえて言えば「民主制」あるいは「意見表明型」とよべるものです。最後に、「選択と競争」です。

「選択と競争」というのは、いわゆる準市場(quasi-market)です。準市場は今回の会議のテーマにもなっているようですが、準市場というのは多くの場合政策的により結果を導く方法で、言い方をかえれば悪い状況が最も少なく済むやり方ではないかと私は思っています。介護についても、医療制度としても、準市場というのをお勧めできるのではないかと思っています。

それではそれぞれのタイプ(型)やモデルの長所、短所を整理してみたいと思います。そして、なぜ準市場がより優れているといえるのか、お話をしたいと思います。まず「信頼型」です。この「信頼型」の制度の下では、政府が予算を決定し、予算を配分します。医師や看護師、あるいは経営者に対して予算を与えて使ってもらう。これは日本でも同じような状況だと思います。日本は出来高払い制度を採用しています。国民健康保険・健康保険組合制度があり、健康保険によって認定されたいろいろな治療法があります。ただ、制度的に個々の保険者によるチェックは行われていません。すなわち与えられた診療や治療法が適切だったのか、コスト効果が高いのかどうか、保険者の上部組織では部分的にチェックすることはあっても保険者自身でチェックする仕組みがあまりありません。したがって、請求を出してくる医

師を信頼し、適切な治療をしてくれたと信頼する、信頼に基づいたシステムといえるでしょう。

医療の現場では、信頼は非常に重要です。信頼なくしては、いろいろなことがうまくいきません。したがって、医療制度を運営するに当たって長所もたくさんあります。例えば、モニタリングのコスト、監視コストがかからないということが挙げられます。信頼しているわけですからモニタリングは必要ない、監視する必要がないということになります。さらに医師のような専門職の方も気に入っています。信頼されることによって士気も高まります。

ただし、問題もはらんでいます。特にモチベーション、動機という問題です。医師や医療スタッフなどのプロフェッショナルが持つ動機が利他的かどうかの問題になります。公益意識の高いプロフェッショナルは利己主義ではなく利他主義であるといわれますが、それでも問題があります。これについては後ほどまた詳しく述べたいと思います。制度を運営する人々は、利他的なプロフェッショナルは、いいことをやるということで、それで十分だと思いがちです。したがって、その外側にあるユーザー側のニーズ、どういう問題におつかっているのか、すなわち広く地域社会のニーズなどには思いが至らない傾向があります。人々を助けたいと考える一方で、患者がその権利を主張、要求してきます。このような患者、特にモンスター・ペイシエントなどは、利他主義的な医師にとっては到底受け入れられないということになりがちです。

また、プロフェッショナルといえども必ずしも完全に利他主義とはいえません。やはりみんな少々は自己利益、利己的な部分があります。もちろん公益志向も高い、人のためになりたいと思っているわけですが、自らの自己利益を全く無視するというわけにはいきません。したがって、信頼という要素は難しい問題もはらんできます。例えばニーズに対応できないようなサービス、あるいは十分ではない質の悪いサービスといった問題です。サービスを提供する側、あるいはサービスを受ける側について、時にはサービスが過剰にな

る、無駄が生まれるという場合もあります。出来高払い制度ですと、過剰の治療という無駄が発生する状況もあります。報酬が上がる以上、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からです。

イギリスの場合、1948年に最初のNHS（National Health Service、国営医療制度または国民医療制度とよばれる制度）が設立されて以来、80年代まで40年間「信頼型」を試してきましたが、内部的にいろいろな問題が出てきました。待ち時間が長すぎる、十分にニーズに応えてくれない、または非常に無駄が多い、非効率な、あるいは効果的ではないサービスが提供されているといった問題、さらには不正がある、不公平である、不公正であるというような問題も出てきました。それについても後ほど触れてみたいと思います。

そこで、イギリス政府は「信頼型」の制度はもはやうまくいかないと判断し、「不信型」、すなわち「信頼型」の全く反対に動くべきだとなりました。看護師や経営者や医師を信頼するのではなく、彼らにこうせよ、あせせよと、上意下達型でやることを考えました。すなわち目標を設定し、そして成果を管理するということです。これはロンドンスクール・オブ・エコノミクスにおいて、目標と恐怖の一連の仕組みであると呼ばれた悪評高いものであります。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りません。制度は次のように機能します。まずは数値目標を立て、その成果をモニタリングします。目標を達成した従業員には報酬を与えますが、目標が達成できなかったスタッフを解雇するなどのペナルティをかけます。

私自身はエコノミストです。エコノミストは、このような上から命令される制度が好みません。ただ首相府で働いていたとき、この制度は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きました。その例を挙げます。従来多くの患者が病院に入院するのを待っていました。ヘルニアの手術や白内障など、単純な手術なのに、2～3年も待たされるという状況が見られました。多くの患者が単純な手術のために何年も待たなければな

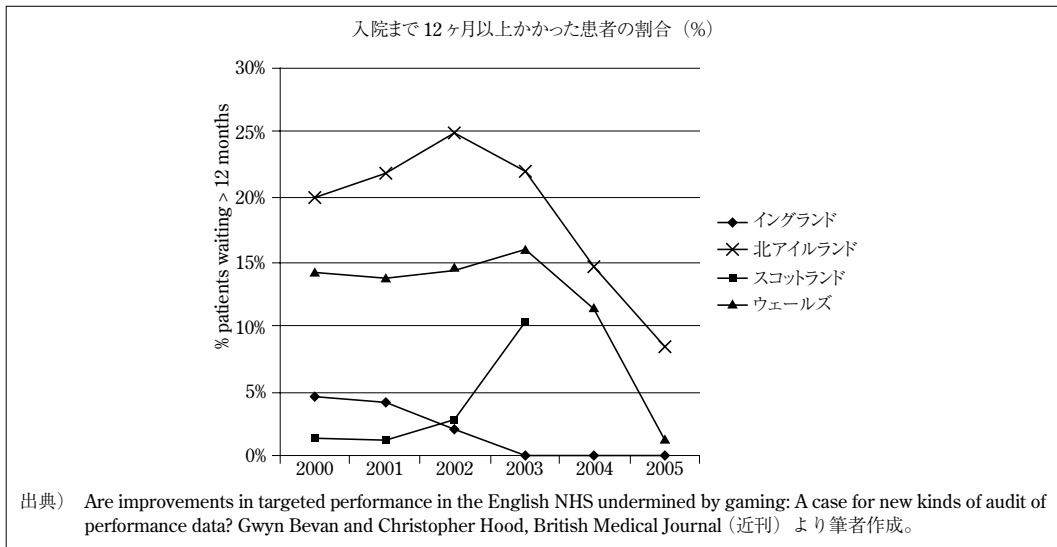


図 1

らないのはよくないということで、12 カ月以上待たされることがあってはならないというように期限を区切りました。これにより、2003 年の半ばまでに、12 カ月を超えて待つ人がゼロになりました。つまり、ある程度、この目標はうまくいきました。このときかなり資金も投入しましたが、資金が投入された故にこういう結果が得られたわけではありません。現在イギリスには、イングランドの制度、スコットランドの制度、ウェールズの制度、北アイルランドの制度と、四つの独立した国民医療制度が存在します。したがって、イギリスといっても四つの制度と考えてください。ウェールズと北アイルランドとスコットランドについては、当初「不信型」を導入しませんでした。つまり「信頼型」を続けていました。その結果をお示しします。スコットランドでは、待ち時間が増えてしまいました。ウェールズも同様です。しかも、資金はイングランドよりも多く投入されていました。北アイルランドでも、ほとんどの場合で待ち時間が増えています。1 年以上待たされている患者も 25% にも上っていました。

その後、ウェールズと北アイルランドが目標と恐怖によって目標を達成させる、いわゆる成果管理型、「不信型」のシステムを導入しました。こ

の結果が(図 1)に示されています。またスコットランドは、別の目標を設定しました。例えば救急医療部門では、患者のうち 98% は、救急部門では 4 時間以内にきちんと処置されなければならないという目標を立てました。この目標を設定したときには、誰もこれが達成できるとは思っていませんでした。しかし、この期間に病院に来る患者の数が 25% 近く増えたにもかかわらず、これが達成できたのです(図 2)。

しかし私や政府の人間は、目標設定という方法は必ずしも正しくなく、問題が多すぎると考えました。例えば時間を短縮したとしても、十分な治療が与えられないといったような、さまざまなほかの重要な問題が無視されていることに問題がありました。また、医師や看護師や経営者といったプロフェッショナルの間では、意欲の低下、士気の低下ということが見られました。常に上から命令されることが士気の低下につながっていました。さらに主体性、革新が抑えられてしまいました。プロフェッショナルは、上からいろいろ言われることを嫌がります。しかしこのシステムにおいては、常に上から大量の命令が下ってきます。これによって彼らの意欲が失われてしまいます。革新を主張しよう、何か生み出そうとしても、そ

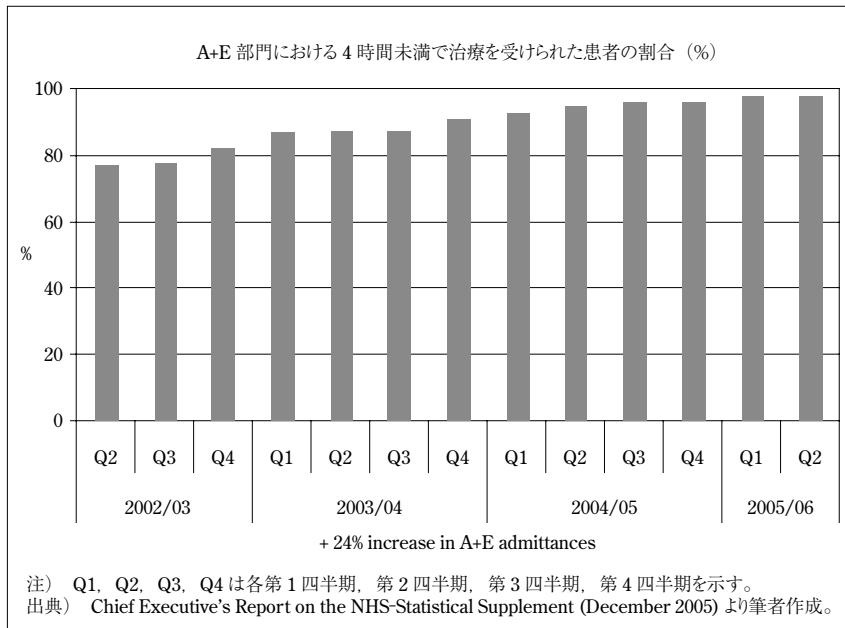


図 2

れが抑え込まれてしまったのです。

あるとき私はブレア首相と会議に臨み、救急部門における目標設定の話をしておりました。彼は目標が達成されたということで非常に喜んでいました。しかし、このような上からの命令、またはむちをバシバシと上からたたき続けるようなことをエンドレスに継続することによって成果を追求する必要があるのか、逆に患者や治療をする人々からボトムアップによってサービスの品質を高めることができるのではないのかということをお話ししました。言い換えますと、何かほかの方法でインセンティブをシステムの中に織り込み、自ら改良ができないのかということです。このとき私は、インセンティブをシステムの織り込む方法が二つあると回答しました。一つは“Voice”（民主制あるいは意見表明型）、もう一つが「選択と競争」、あるいは準市場なのです。

まず“Voice”についてお話ししたいと思えます。例えば、ある意味当然日本の制度でも起こっていることですが、サービスに満足していない人たちが必ず存在します。“Voice”という方法では、不満足な人たちはサービス提供者に不満をス

トレートに訴えます。これにはさまざまな方法があります。医師や経営者とインフォーマルな協議することができるかもしれません。場合によっては患者が自ら経営理事になることができます。また請願や署名のような公式の苦情申し立ての手段があるかもしれません。あるいは、選出されている地域の国会議員に訴えるという方法があるかもしれません。この“Voice”には、それによって品質を高める多くのメリットがあります。つまり、サービスに対して苦情を申し立てることで、提供している側は利用者からの不満を聞くことという形で、問題に対する情報が提供されます。

しかしデメリットもあります。時には実践の困難なものもあります。とりわけ患者の側に自信がない場合には、医師と話をすることは難しいものです。医師の方でも、ほかの人からの管理がなければ、患者が文句を言ったとしても、聞くインセンティブがないかもしれません。あるいは、平等ではないかもしれませんし、公平ではないかもしれません。

なぜかといえば、意見表明では富裕な人が有利だからです。お金がある人たち、あるいは発言権

がある人たち、自信を持って声を上げることができる人たち、こういうメカニズムを使うことができる富裕で元気な人たちが有利になってしまうのです。システムを自ら操作することができるという自信がある人が声を発信するのです。居住地を選ぶことができる、その場所を選ぶことができるお金を持っている、病院に近い所を選ぶことができるとか、住宅価格も払うことができるという人が有利になるのです。例えばイギリスのNHSのサービスの下でどういうサービスを求めているのか調査を行うことにより、次のことが分かりました。失業していて所得が低く、かつ学歴も高くない人は、職業を持っていて裕福な人に比べて、医療サービスの利用がニーズに対して少ないという状況がありました。日本とは違いますが、イギリスでは処方薬以外は自己負担の制度ありません。それにもかかわらず、裕福な人の方がシステムを効率的に利用できていました。例えば股関節の置換手術であるとか、GP（General Practitioner：家庭医またはかかりつけ医）にかかるということであったとしても、システムを変える方策は常にお金がある人の方が持っていたのです。したがって「信頼型」、あるいは「不信型」、「Voice」（民主制あるいは意見表明型）、といった三つのモデルによって医療制度を運営するという方法には、いずれもそれぞれメリットとデメリットの両方があります。

では「選択と競争」、あるいは準市場はどうでしょうか。さまざまな選択の種類があります。例えばどこの病院に行こうか、どこの診療所に行こうかという選択が可能です。あるいは、どの治療を選ぼうか、いつ行こうかといったことも選択できます。ただし、今日私がお話しするのは、プロバイダー、サービス提供者、すなわち病院の選択についてのみです。日本において、医療提供者は数多く存在しています。選ぶ余地があるということは大きなメリットです。またそれぞれの病院で何らかの余剰資金が発生した場合には、自らそれをキープさせてインセンティブを提供することで準市場が機能するわけです。

一方で、患者は提供者を選びます。ここが重要

です。つまり、お金は患者が選ぶところに付いていくのです。すなわち、より多くの患者さんを引き付けることができる医療施設は、結果的に多くの資金を得ることができるのです。ここには多くのメリットがあります。強いインセンティブが発生しますので、ニーズに対応しようと病院は考えますし、効率を高めようとするはずで、アメリカのデータを見てみますと、「選択と競争」はコストを下げ、提供されるサービスの品質を高める効果があり、またこれにより社会正義と平等も進むといわれています。つまりあまり富裕ではない人たちの権限が大きくなり、よりサービスを使うことができるようになるということです。サービスが気に入らないということであれば、その医師のところに行かず、ほかの医師を選択すればよくなるためです。さらにこれは、利他的な人と利己的な人の両方に有効です。例えば病院を経営している状況を考えます。利己的であれば、もうけたいから、そして、自分の仕事を失いたくないから病院をうまく経営しようと考えたかもしれません。しかし、患者さんのことを一番に考える利他的な経営者であったとしても、いいサービスを提供するためにはきちんと病院を運営する必要があります。したがって、準市場は良い病院運営に資することになります。

しかし、それでもデメリットがあります。選択肢や代替案が存在しなければならぬことです。各国にいろいろな地方があって、なかなか選択肢の提供できないような地方もあるでしょう。それでも、代替的な選択肢が存在しなければなりません。結局、政策を正しく立案し、これらのデメリットを乗り越えることができるように考えることが重要なのです。また、こういうシステムは常に情報の問題を抱えています。サービスの品質についての情報がユーザーに提供されなければなりません。現在イギリスでは、各病院の外科手術による死亡率、例えば心臓外科医、心臓病に関する死亡率のデータが、実際に名前を出してリストアップされています。どれだけ効果が高いか、救命率、あるいは逆にどれだけ命を救うことができなかったかという指標のリストを公表しているので

す。議論の余地はありますが、少なくとも患者さんが選択肢を考える際の情報になっています。このような情報開示が必要ですが、場合によっては、裕福でない人たちがその情報をうまく使うことができずにいます。

また準市場には取引コストが発生します。例えば提供されている価格を測らなければなりません。できるだけこれを低くしなければシステムは機能しません。しかし、「いいとこ取り（クリーム・スキミング）」という危険性が必ずつきまといまいます。一番治療がしやすくて、病院にとってお金がかからない患者が選ばれてしまうという危険性です。これは、困っていない人たち、お金持ちの方が得をしてしまうという問題につながります。さらに、このマーケットにはリスクがあります。インセンティブが過剰診療につながる危険性です。過剰診療に関するコントロールがかかっていない場合、過剰な診療に関するコントロールがない場合には、リスクが発生しうることになります。

イギリスではプライマリーケアのシステムを持っています。患者は専門病院に直接かかることができます。まずはGPにかからなければならないことになっています。さらに、高等の病院に紹介しなければいけないかを決めるのはGPです。イギリスにはこのようなゲートキーパーシステムがあります。日本でも何らかのシステムを導入して、準市場をこういう形でコントロールができないか考えていることは承知しております。しかし既に患者がいきなり専門病院にかかることに慣れている場合、ゲートキーピングのシステムを途中から導入することは難しいものです。イギリスは以前からこのようなゲートキーピングの伝統があるという意味で幸運だといわざるを得ません。

ただし、できる方法は幾つかあります。例えば現在フランスで行われている実験の例です。自己負担の制度があるのであれば、まず家庭医にかかってから専門病院にかかると、自己負担が減る、場合によっては自己負担がゼロになります。一方で、初めから専門医にかかってしまった場合には自己負担が発生します。このように何らかのゲ-

ートキーピングでコントロールをかけることが必要なのです。

「いいとこ取り」についてはあまり詳しく言いませんが、取り組む方法はあります。例えば超過医療支出保険です。つまり、お金がかかる患者さんについては、国が資金を提供します。医師、看護師、病院経営者に対して、入院の裁量判断を与えないようにします。つまり自ら患者を選ぶ余地はなく、求めてきたすべての患者を受け入れなければならない方法です。あるいはインセンティブを提供することができます。一番扱いが難しい、コストがかかる患者を受け入れるインセンティブを提供し、その場合には価格を高く設定します。つまりハイリスクの患者さんについては高い診療報酬を与えその部分については超過医療支出保険から支払うのです。このシステムづくりは複雑ですが、不可能ではありません。

それでは、メリット、デメリットがどのようなものであるか、その全般的な問い掛けを考えてみます。ありとあらゆる医療制度、どれを取ったとしても、先ほど紹介した「信頼型」か、あるいは「不信型」か、“Voice”（民主制あるいは意見表明型）、「選択と競争」の四つのモデルのどれかを組み合わせて使っているといえます。つまり、この中の一つだけに基づいているものはありません。医療改革では、ただ単に一つのシステムから別のシステムに変えるということではなく、この項目のバランスを変えることになります。例えば、もっと“Voice”や「選択と競争」を拡大して「不信型」のバランスを減らす、あるいは「信頼型」の部分を減らすといった方法です。

次に政治的な側面についてお話しします。イギリスで準市場を導入しようとしてきました。かつてイギリスは医療制度の分野で準市場を使うということ考えたことのない国でした。特にこの導入を考えていたときの政権が、あまり市場や準市場を好まないはずの社会民主主義的な政権であったことが、さらに導入を困難にしました。導入にあたっては、彼らが申し立てる意見に対応する必要があります。例えば、国民が必要なのは良いサービスだけであり、選択肢は必要がないのだという

声がありました。あるいは、平等や公平を求める、別の反対意見もありました。つまり、裕福な人が得をして、貧しい人たちには、残り物の落ちぶれた悪い病院しか残らないではないかという意見です。さらにもっと哲学的な反対意見もありました。「選択と競争」を導入すると、利他的とか、人のためとか、公益というもとの公共サービスの精神をある意味で傷つけるのではないかという意見です。また反対意見は政権のサポーターである社会民主主義的な人たちだけから出されたわけではありませんでした。一方で保守派、野党もいましたし、医療サービス分野で働いている医師や看護師、あるいは補助職員等がいました。さらには患者、つまりサービス利用者も、このモデルに対して違う考えを持っていました。

まず社会民主主義寄りの考えの人たちは、「信頼型」がいいと主張しました。基本的には信頼、信用ができるという考え方です。もともと医師や看護師などの専門職の中には、社会民主主義的な政治的立場を取っている人が多く、自らを利他的だと考えています。騎士、ナイトという言葉をあえて使いますが、専門職の人たちは、自分たちは利他的で人のために頑張っている、騎士のようなものだという自負があるのです。このような人たちが、「信頼型」は機能しないと思うとき、次善のモデルは“Voice”（民主制あるいは意見表明型）となります。さらに“Voice”だけでは無理だと考えるのであれば、次は「不信型」がよいと言いました。一方で「選択と競争」、つまり準市場は好きではありませんでした。その中でブレア前首相のアドバイザーをしていたわれわれは政府内部を説得しなければなりませんでした。

まず、人々は選択を望んでいないという議論があります。果たしてそうなのかどうかを聞き、面白いことが分かりました。特に「選択と競争」を求めていたのは、例えば男性より女性というように、力やお金をそれほど持っていない人たちだったのです。また社会階級で見ますと、経営者と専門家は、それほど「選択と競争」を望んでいませんでした。次に、所得、収入で見てみましょう。1万ポンドの年間所得を切る人たちが、お金

持ちと比べた場合に、「選択と競争」を強く望んでいました。学歴で見た場合にも、「選択と競争」を強く望んでいたのは学歴の低い人たちでした。ほかのサービス分野やほかの国の事例を見た場合も同じようなことが分かりました。

次はアメリカの例です。学校の「選択と競争」についての情報ですが、それほど富める人たちではない大半の人たちが「選択と競争」を求めていました。ニュージーランドでも同じことが分かっています。どこの学校に行くかという選択に関しても、準市場モデルのパワーを示しています。つまりお金を持っていない、貧しい人たちが「選択と競争」を強く求めているということです。

それでは、「国民が必要なのは良いサービスだけであり、選択肢は必要がない」という意見についてはどうでしょうか。「選択と競争」を求めているのか、それともサービスを求めているのかと聞きましたら、当然ながらみんないいサービスが欲しいと答えるわけです。しかし、これは間違った二分法です。例えば、普通のテレビと完璧なテレビ、どちらがほしいですかと聞けば、当然ながら完璧なテレビの方が欲しいと答えるわけです。この聞き方が問題です。「選択と競争」というのは、いいサービスを獲得するための方法なのです。きちんとしたインセンティブを提供することが、いいサービスにつながるのです。さらに、お金持ちの方が良い選択ができるという議論があります。これについて、ロンドンでの実験の結果をお示しします。今までは選択をすることができなかった人々に選択を許しました。その結果、貧しい人たちも、お金持ちと同じぐらいの頻度で同じような選択をしていました。つまり、貧しい人たちは選択をしない、という想定が間違っていることが分かりました。

次に、民間から公共サービスを提供することによって、公共サービスの精神が損なわれるという議論について考えてみましょう。これは非常に強い議論でありました。しかし、サービスを提供している人たちと一般の人たちとの認識の差が問題になるわけです。イギリスで一般の国民に、医療サービス、もしくは教育サービスも含む公共サー

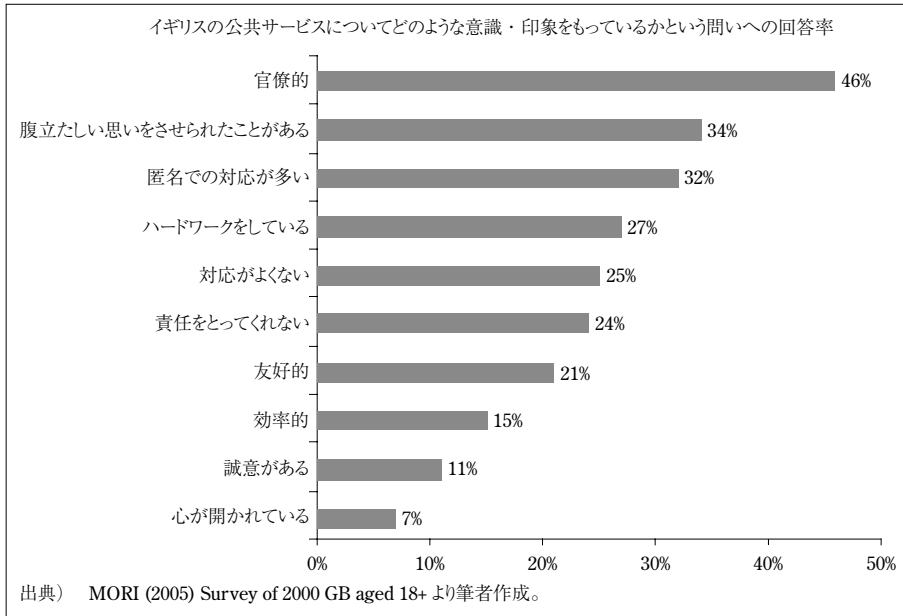


図 3

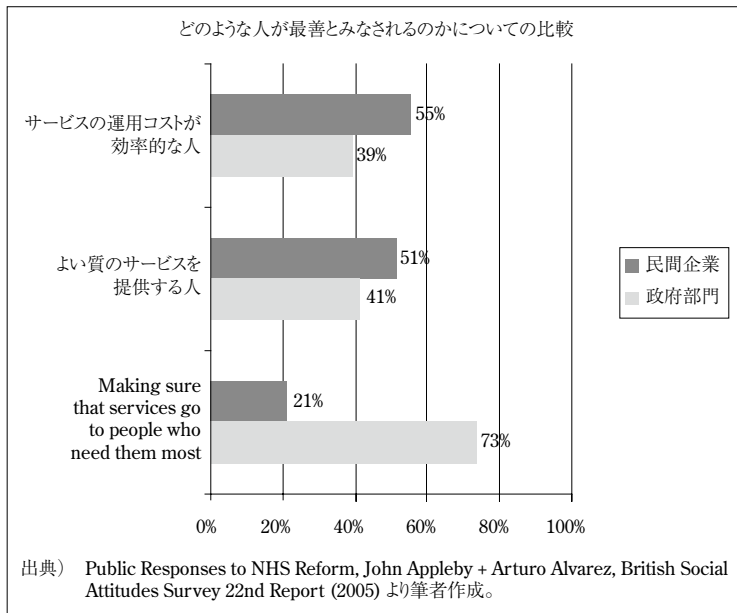


図 4

ビスに対してどういう言葉を思い浮かべるかと聞いてみました。公共サービスに関してオープンである、誠実であると考えていた人は、それぞれ

7%と11%しかいませんでした。一方「官僚的、腹立たしい」という回答を見ますと、46%が官僚的と答えていますし、34%が腹立たしい

と答えています。一般的に、いい言葉というのは下位に、悪い言葉は上位に出てきています。勤勉かどうかに関しては、公共サービスで仕事をしている人たちが勤勉だとはとらえられているようです。私自身も公共部門で仕事をしていますからうれしく思いますが、それ以外に関しては、公共サービス、公共部門は、そのまま維持しなければいけない、素晴らしいものを持っているというわけではないと感じられているようです(図3)。また、公共サービスを民間企業から提供された場合にどういうふうになるか、政府がお金を出すか、民間企業が提供するとした場合にどう考えるかと聞いてみました。日本はそういうような形ですね。民間企業も公共サービスを提供しています。イギリスで質問した場合には、多くの人たちが、全く構わない、喜んでそれを受け入れると答えています。政府の内部からも反対意見があったにもかかわらず、こういうような議論を活用することで、最終的にはこの変革を達成することができました(図4)。

いい医療サービスが提供されていないと感じた場合には、どんなことができるのかということに関して、四つのモデルがありました。「信頼型」、「不信型」、「Voice」(民主制あるいは意見表明型)、そして「選択と競争」、すなわち準市場です。医療サービスの提供においては、この準市場の方がよりよい成果をもたらしてくれるということが分かります。しかしながら、うまく機能するための制度設計をきちんとしなければいけません。

日本では準市場のようなものが既にあると思います。このシステムは既に非常にいいところがたくさんあるわけですが、より効率化を進めるために、よりニーズに応えるために、より公平なサービスを提供するために改善の余地はあると思います。以上で報告を終了させていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

(Julian. Le Grand ロンドンスクール・オブ・
エコノミクス教授)