

## 論文

# ニュージーランドにおける医療制度改革と ニュー・パブリック・マネジメント

藤澤 由和\*

ニュージーランドにおいては深刻化する危機的経済状況に対処するための改革が80年代中盤より着手された。この改革は一般にニュージーランド型ニュー・パブリック・マネジメント（以下NPM）と呼ばれ、90年代以降本格化する医療分野における改革は、このニュージーランド型NPMの流れの中に位置づけられるものであり、特に医療制度改革の核心であった公立病院の独立企業体化すなわち企業化は医療分野におけるNPMの最も典型的な適応例であるといえる。いわばニュージーランドにおける医療制度改革は、ニュージーランド型NPMを公的医療システムの中に導入するといった側面を併せ持つものであったのである。本論ではまず70年代、80年代の深刻化する経済状態を概観し、次いでニュージーランド型NPMの中核を形成している三つの法律を検討する。そして最後に90年代の医療制度改革とNPMの関連性および医療制度改革の成果と課題を明らかにすることを通して、ニュージーランドにおける改革の試みから学びうる点を検討することとする。

キーワード：ニュージーランド、ニュー・パブリック・マネジメント、医療制度改革、企業化、規制緩和、民営化、市場原理、購入と供給の分離、医療政策

## 1. はじめに

現在、日本において進められつつある医療制度改革はいくつかの側面を持つものであるが、なかでも国立病院の独立行政法人化の動きは、医療供給体制における政府の関与のあり方に大きな変化を生み出すと考えられる。こうした医療供給体制における政府の関与のあり方に関する改革は90年代以降、多くの先進各国において試みられてきたが、特にイギリス、オーストラリア、ニュージーランドといった旧英連邦諸国において、非常に類

似した概念と手法に基づく改革が試みられた。こうした国々の改革における焦点は、これまで医療供給体制において中心的な役割を担ってきた政府の役割を見直すことにあり、具体的には公的医療機関の民営化などを通して、既存の医療供給体制をより効率的かつアカウンタビリティの高いものにするというものであった。

たとえばニュージーランドにおいては、1984年労働党政権により行財政機構の効率的運営とそのアカウンタビリティの向上を目指した改革、いわゆるニュージーランド型ニュー・パブリック・マネジメント（New Public Management: NPM）が着手されたのであるが、この動きは90年に政権の座に着いた国民党が、NPM改革の射程を社会保

\* 国立医療保健科学院政策科学部 リサーチ・レジデント  
現：新潟医療福祉大学 講師

障分野に拡大することにより、医療制度の抜本的な改革、つまり医療制度の効率性追求とアカウントビリティ向上を求める改革へと道を開いたといえる。この90年代の国民党による医療制度改革は、91年に改革案が示され93年に実行に移されたのであるが、96年には国民党の単独政権から中道右派との連立政権により、効率性重視の姿勢が緩められ、99年に労働党および中道左派連立政権に政権の座を渡すことによって完全に終焉したといえる。したがって、ニュージーランドにおける医療制度改革は、前史としてのニュージーランド型NPMの開始からそれに基づく医療制度改革自体とその終焉といういくつかの段階が存在しており、必ずしも直線的に改革が進んできたものではないといえる。

そこで本論においては医療制度改革の基盤を提示したニュージーランド型NPMがどのようなものであったかに関して概観を行い、これが国民党政権下で具体的にどのような形で医療制度改革として展開されたのかに関して批判的に検討を行う

表1 経済動向比較  
(ニュージーランド・OECD諸国平均)

	NZ	OECD
年平均実質経済成長率		
1960-68	3.3	5.1
1968-73	5.1	4.7
1973-79	0.2	2.6
1979-85	2.9	2.2
年平均失業率		
1968-73	0.3	3.4
1974-79	0.8	5.2
1980-85	7.6	7.8
年平均消費者物価変動率		
1960-68	3.3	2.9
1968-73	7.4	5.6
1973-79	13.8	10
1979-85	12.8	7.6

出典：OECD Historical Statistics 1960-1987より筆者作成

ことを通して、日本における医療供給体制の改革を初めとする一連の改革への教訓を引き出すものとする。したがって本論においては、医療制度改革に関しては1991年に示された改革案と1993年におけるその実行過程に焦点をあて、医療制度改革自体が具体的にどのような結果をもたらしたかに関しては別途述べることとする。

## 2. 改革のコンテクスト：国際環境の変化と経済状況の悪化傾向

そもそもニュージーランド経済の悪化は1970年代に生じた二つの要因によって決定付けられた。一つはイギリスのヨーロッパ共同体への加入であり、もう一つは第一次オイルショックである。前者はニュージーランドから安定した農産物のマーケットを失わせ、後者は国内エネルギー価格の高騰をもたらし、ニュージーランド経済に深刻な影響を与えた。

こうした理由からニュージーランド経済は1973年以降、急激に悪化していく(表1)。経済成長率は、60年代後半から73年までの安定した状態から73年以降急激な落ち込みを見せる。インフレーションに関しては、他国においてコスト上昇に落ち着きが見られた70年代後半以降、急激な伸びを示している。失業率は数字上OECD平均と比べて一貫して低い値を示しているが、実際のところニュージーランドにおいては学生や移民など雇用補償とは異なる形で生活補償や給付を受けている者が多数存在しており、こうした失業者としては統計上表面化しない者の数が経済状態の悪化とともに急増していた。

こうした状況に対して、80年代前半までの国民党政権の対応は、いわゆる公共投資を中心とした景気刺激策が中心であり、特にその産業政策は国際競争力を欠く国内産業を補助金の増額や規制の

強化などによって延命させていたにすぎなかった。そもそも景気刺激策としての大型発電プラント開発プロジェクトなどへの公共投資は、オイルショック以降のエネルギー価格の国際的な高騰に対応するためといった論拠に基づいたものであったが、この石油価格の永続的な上昇といった前提は、80年代に入り石油価格の下落とともにその根拠を失い、公共投資プロジェクトの経済的な意味は実質的に喪失し、あとには巨額の財政赤字という負債だけが残されたのであった。結果的に経済の悪化状態に歯止めをかけることができなかった国民党政権は、1984年の国政選挙で敗れ、新たに政権の座についた労働党が抜本的な改革に乗り出すこととなった。

### 3. 行財政改革の概要およびその特徴：ニュージーランド型ニュー・パブリック・マネジメント (NPM)

労働党によって着手された1984年以降の改革の特徴は、その目的が政府の役割の見直しを通して、公的サービスの効果、効率を向上させるという点にあり、さらにこの目的を達成するために民間企業における組織原理を公的組織に大胆に導入するというものであった。こうした考え方の背後には新古典派経済学などの経済学理論に基づく考え方が存在しており<sup>2)</sup>、こうした理論的基盤がニュージーランド型NPMという改革を、場当たりのものではなく、論理的に一貫性のあるものにしたとされる<sup>3)</sup>。

こうした特徴は、80年代に公表された財務省の二つの政策文書 Economic Management や Government Management などに端的に現れている<sup>2, 3)</sup>。そしてこうした考えを具体的な形で展開したのが、State Owned Enterprise Act 1986、State Sector Act 1988、Public Finance Act 1989、

Employment Contract Act 1991、Fiscal Responsibility Act 1994などの一連の法律群と、政策における戦略的方向付けの強調などであった。なかでもState Owned Enterprise Act 1986、State Sector Act 1988、Public Finance Act 1989の三つの法律はニュージーランドにおけるニュー・パブリック・マネジメントの基本的枠組みを形作るものであったといえる。

#### (1) State Owned Enterprise Act 1986

ニュージーランドにおいてはこの法案成立以前、政府が非常に多くの事業活動を自らが所有し、その運営を行っていた。こうした事業活動は、旅客事業、鉄道事業、船舶事業、電話事業、郵便事業、銀行事業、放送事業、出版事業、旅行事業、発電事業、森林事業、鉱山事業、建設事業などほぼ全ての産業をカバーするものであった。そのため1970年代以降の経済成長率の著しい低下傾向により、政府の経済活動に占める割合がさらに高まりをみせたのであるが、しかしその活動内容やその効率性といった点には多大な問題があるとされた。

このような状況下、政府による経済活動の見直しとその改革が求められることとなったのであるが、この段階における改革へのアプローチには大きく分けて商業化 (commercialization) もしくは企業化 (corporatization)、規制緩和 (deregulation)、民営化 (privatization) という三つの考え方が存在した。商業化および企業化に関してはState Owned Enterprise Act 1986が実施される1987年4月からそれが始められたといえるが、この法律は、国有独立企業体 (State Owned Enterprises: SOE) が一般の民間企業と同様に効率的な運営によって利益を生み出すと同時に、良き雇用者として可能な限り地域利益に貢献する社会的責任を帯びた組

織であらねばならないという二つの課題の下、政府のコントロールから可能な限り独立した活動を行うための環境を生み出したのであった。独立企業体の運営は、運営担当者らに運営資源のコントロールが認められる一方で、価格決定やマーケティングといった組織の意思決定にかかわる問題は、企業運営の専門家から構成される理事会 (board) の専任事項とされた。またこの独立企業体はその活動収益から法人税を支払い、所有者としての政府に対してその投資に見合った配当を行わなければならないとされた。

規制緩和は、1986年にこの法案が策定される以前に部分的に一部着手されていたが、まず金融、放送、輸送といった分野で始まり、次いでその他の政府独占事業であった電力、郵便、電話といった分野において規制緩和が進められていった。

民営化は「政府の役割」および財政原理を再定義することを意味したのであるが、この問題に対する最終的な結論は、たとえ大臣がその所轄省庁に対する権限を有するにせよ、このことは必ずしも大臣がその所轄省庁における事業活動を行うのに最適な立場にあることを自動的に担保することにはならないというものであった。従って民営化によって非効率的な事業活動に対する政府の直接的関与を可能な限り少なくして、政府が経済的および社会的な政策上のプライオリティ決定に専念できるようにすることが重要であるとされたのである。

独立企業体の所有権の一部は、財務大臣と独立企業体担当大臣 (Minister of State Owned Enterprises) らによって保持される。また政府に対する独立企業体のアカウントビリティは、民間企業が投資家に対して示す企業データと同様なデータからなる「国有独立企業体企業趣旨文書」を作成し公表することを通してなされるとされた。

さらに独立企業体を管理しその活動の評価を行

う組織、Crown Company Monitoring Advisory Unit (以下CCMAU) が設立され、国有独立企業体とは別形態の独立企業体 (Crown Company)、例えば Crown Health Enterpriseや Crown Research Instituteなどの活動に関してもCCMAUが評価するとされた。

## (2) State Sector Act 1988

State Owned Enterprise Act 1986によって実行段階に入った改革は、次の段階として政府の公的サービスにおけるマネジメントの効率性およびそのパフォーマンスの効果といった問題にその焦点を移すこととなり、State Sector Act 1988はこの問題に対応するためのものであった。

1988年以前この法律が導入されるまで、公的サービスにかかわる全ての職員は国家サービス委員会 (State Services Commission) に雇用され、各省庁のトップはこの委員会によって雇用期間の規定が明示されない形で任命されていた。さらにスタッフの給与形態、昇進などもこの委員会が全般的な管理監督を行っていた。

State Sector Act 1988はこうした国家公務員、特に上級公務員の雇用システムを抜本的に改革することにより、公的サービスの効果、効率を高めようというものであったが、その具体的な手法は公的サービスに民間サービスのマネジメント原理を可能な限り取り入れようというものであり、具体的には特定の事業を運営する担当者、支払い、スタッフの任命、組織、生産システムなど、事業にかかわる全ての資源インプットをコントロールすることを認める一方で、その事業の最終的なアウトプットに対するアカウントビリティを適切な形で提示させるというものであった。

またこうした考え方に基づいて、事業遂行に最も適切な人材を確保し、人材雇用および配置の透明性を高めるために、公的サービスにかかわる全

てのポストに公募という形での人材配分方式がとられた。また各省庁の実務担当の長は「執行責任者 (Chief Executive)」という新たな名称が与えられ、その雇用関係は国家サービス委員会との期限付き雇用契約に基づくものとされた。この執行責任者は、人事、雇用形態、組織、生産システムなどの各省庁の運営に関する全ての権限を有するとされるが、業務上の全ての責任を担当大臣に対して持ち、かつ被雇用者としての国家サービス委員会との雇用関係を保持するとされる。こうした執行責任者、担当大臣および国家サービス委員会との関係の明確化は、担当大臣が直接雇用主となることを避けることによって、執行責任者に及ぶと考えられる政治的圧力を避け、かつ執行責任者の業務上の専門性を守ることが目的であった。

執行責任者は担当大臣との間で、自己の業務に関する「パフォーマンス同意書 (Performance Agreement)」を結ぶと同時に、大臣により示された政治的プライオリティに沿った省庁活動の特定のアウトプットを明示した「購入内容同意書 (Purchase Agreement)」の二つの同意書を取り結ばねばならないとされた。

### (3) Public Finance Act 1989

1989年までニュージーランド政府の財政システムは現金主義に基づいたものであった。そのため減価償却や未払い支払金といった多年度にわたる項目が、財政年度ごとに独立したものとして処理され、年度の連続性が全く考慮されていなかった。また各省庁予算が、財やサービスにかかわるインプットの観点からのみ構成されており、各省庁が産出するアウトプットに対する関心は全くといってよいほど存在していなかった。こうした硬直的な予算管理下においては、個々の事業を担当する事業担当者らは、事業遂行の結果に対する関心および権限は実質的に存在しなかったといえる。つ

まりインプットのみが重視される財政システムの下では、各省庁はその活動の結果に対する関心を事実上持つ必要はなく、むしろ可能な限り自己予算の拡大を目指し、かつ次年度も同様規模の予算を確保するために、予算を年度終了時点で全て消化しなければならないというインセンティブのみが存在したのであった。

政府にとっても、こうした状況下で可能なのはせいぜい投入財源の操作でしかなく、人員の削減を通して生じた余剰分を公共投資などに振り振り経済活性化を目指す以外の政策の余地が残されていなかったのである。結局こうした状況下ではパフォーマンスやアカウントビリティといった考え方は生じえない。従って公的サービスの分野にパフォーマンスやアカウントビリティそしてアウトプットという概念を導入するには、それを可能にする新たなシステムが必要とされるのである。これを具体化したのがPublic Finance Act 1989であった。

導入された新たな財政システムにおいて、各大臣はサービス購入者 (Purchaser)、各省庁はサービス供給者 (Supplier) と位置づけられる。それぞれの役割、つまり大臣は政府の目的を達成するために最適な形で担当の所轄省庁や関係省庁から供給されるサービスを購入する役割を担う。またこうした状況を可能にするためには、サービス購入者およびサービス供給者両者で何が最終的に望まれるアウトプットであるかに関して、明確な形で認識が共有されている必要である。つまりサービス購入に際しての契約内容自体の明確化とそれに対する両者間における正確な理解、さらに契約にかかわる全ての手続きが透明化とそれともなう両者の責任の明確化といったことが必要なのである。

各省庁から大臣に対して供給される商品やサービスといったアウトプットは、両者間における購

入同意書の中で明確化される必要がある。つまりサービスの質、量、価格、納期など両者間の契約にかかわるすべてがこの同意書において明記されるのである。こうした状況は結果として、各大臣に対して、当該年度に購入すべきサービスに関する熟考を促し、かつ競争的な環境にある場合にはどの供給者からサービスを購入することが最も適切であるかという判断を求める環境を生み出すこととなる。また供給者側は、サービス提供にかかわる契約期間の終了時点で、サービス内容およびそのパフォーマンスが明確な基準に基づいて評価され、ここから得られた情報が翌年度の契約時に用いられることを理解する必要があるとされた。

#### (4) ニュージーランド型NPMの成果と課題

ニュージーランド型NPMは、上記三つの法律が支柱を成す形で展開されていったのであるが、こうしたNPMの展開はニュージーランドが直面した問題に対するある種の回答であったと同時に、この改革の動きにより生じた帰結はニュージーランド社会に様々な変化をもたらしたといえる。

まずニュージーランドにおける「国家の役割」の再定義化という問題は、State Owned Enterprise Act 1986によって一定の解答が与えられたと考えるべきであろう。つまりこの法律は、国は商業的事業活動に直接かかわるよりも、独立企業体の所有者として、その活動から得られる収益の配分を受けるといった関与の領域を逸脱すべきではないということを明確にしたといえる。こうした形で国家の役割を明確化したことによって、国は財政的負担を減らすことができ、かつ政策目標の達成のための政策的課題やその優先付けに専念できるとされた。

確かに国が直接的な事業活動への関与を減らすことは、財源的な問題を一定程度解消することに

つながることになったが、財政面以外では、特に雇用面に関して、政府事業の独立企業体への転換を通してより効率的な組織運営が求められた結果、非熟練的、半熟練的雇用需要から、近代的なマネジメント遂行能力を持ち効率的な組織運営を担える人々への雇用需要を高め、それにともない高等教育レベルで専門的なマネジメント教育が強く要請されることとなった。

State Sector Act 1988 は公的サービスの維持管理および提供システムのあり方を省庁の上級人事改革を通して抜本から変えるものであったが、さらに1991年のEmployment Contract Act 1991によりこの改革が一般職員にももたらされ、最終的に各省庁における全てのスタッフの活動評価が「パフォーマンス」といった概念に基づいて評価されることとなった。その結果、公的サービスに関わる人々の業績評価は、それ以前の踏襲的なものとは異なり、客観的な規準に基づいた結果によって評価がなされるという意味で、その責任に対するアカウンタビリティが高められたといえる。だがこうしたサービスの結果に対する個々のアカウンタビリティの強調は、最終的な評価が求められる期間が通常3年から5年と短いため、執行責任者などに多大なプレッシャーをもたらしその離職率を高めたとされる。

Public Finance Act 1989によってもたらされたこの新たな財務システムは以下の三つの大きな変化を促したと考えられる。第一に執行責任者にその省庁活動の全責任と権限を与えることを通して省庁マネジメントの柔軟性と戦略性を高めたState Sector Act 1988による改革を、財務システムといった面から補強し強化した点。第二に各省庁のサービスアウトプットにおける量と質に関する情報、とくに個別事業単位でのコストなどの情報を可能な限り正確に把握する必要性を高め、そのための制度的基盤をもたらした点。第三にサ

ービスアウトプットの購入者たる大臣、供給者たる各省庁およびその執行責任者の役割と責任が明確化され、供給、購入に関するアカウントビリティが増した点である。

この法律により改革された財務システムは、個別事業へのインプットやそれに伴うコストと言った問題を明確化することによって一定程度解消したといえる。その結果、改革の焦点は、さらに供給されるサービスアウトプットの価値や影響度、つまりアウトカムといった点に移されていったのであった。

#### 4. ニュージーランドにおける医療制度改革

##### (1) 90年代医療制度改革

###### ①医療制度にかかわる問題および行財政改革との関係

ニュージーランドは1930年代に公的社会保障制度を成立させており、基本的な医療サービスを国民一般に無償で提供してきた。医療サービスのための主要な財源は国による一般税であり、医療サービス提供の主要な担い手は、一次医療を担う独立自営のGeneral Practitioner（以下GP）と急性期医療を提供する公立病院である。またその他にも高齢者ケアや精神病関連サービスなどを提供する民間医療機関やボランティア組織などがサービス供給において一定の役割を担っている。

こうした医療制度は、政府による医療費支出のコントロールを比較的容易なものとしてきたが<sup>註2</sup>、その一方でサービスの効率性、費用対効果、アカウントビリティの欠如、サービス計画やコーディネーションの欠如が指摘され続けてきた。特に制度の中核をなす公立病院の運営に関しては、その予算の恒常的増加に歯止めがかからないなどの点から、抜本的な改革を必要性が強く求められてい

た。また同時にニュージーランドを始め世界的な医療制度改革の流れも、マクロレベルの医療費財源のコントロールから、医療制度全体の効率性を高める改革へとその焦点が変化してきたといえる<sup>註3</sup>。

こうした医療制度に内在する問題とともに、80年代より始まった行財政改革いわゆるニュージーランド型NPMが、外部より医療制度改革に強い影響をあたえ、その基本的な枠組みを提示していた。具体的には、国による公的事業組織の企業化を促す法律State Owned Enterprise Act 1986が、91年に示された医療制度改革案における公立病院の企業化の基本的な方向性と枠組みを提示し<sup>註4</sup>、State Sector Act 1988に基づいて、企業化された公立病院、厚生省および関係医療行政関係機関の仕組みとガバナンスのあり方が根本的に改められ、Public Finance Act 1989によって組織間関係および個々の組織および担当者らの責任とアカウントビリティに関する基本的な枠組みが整備された。医療制度改革はこうした先行する行財政改革の枠組みを基本としつつ、1991年の改革案が示され、1993年に法律として具体化していく。

###### ②改革案の提示とその実行

1990年10月新たに政権の座に返り咲いた国民党は、改革をより推し進め、その対象範囲を医療、教育、雇用、年金といった領域にまで拡大していく。こうしたなか、医療分野における改革のたたき台を作るため1991年初頭にHealth Services Task Force（以下医療サービス・タスクフォース）と名付けられた厚生大臣の私的諮問組織が設立される<sup>註5</sup>。この医療サービス・タスクフォースの検討案に基づいて1991年7月医療制度改革案が提示された<sup>4)</sup>。

この改革案においてはまず改革の目的が示されたのであるが、それは①「サービスアクセスの向

上)、②「効率性の向上」、③「サービス供給形態における柔軟性と革新性を高める」、④「医療サービス消費者たる患者の選択を広げる」、⑤「医療従事者の労働環境・条件の向上」、⑥「公衆衛生の重視」の6点であり、さらにこれらの目的を達成するための具体的な改革内容として以下の具体的な実行案が提示されたのであった<sup>注6</sup>。

まずこれまでArea Health Boardとして統合されていたサービス購入者と供給者の役割を分離(Purchaser/Provider split)。具体的にはサービス購入者としてのRegional Health Authority (以下RHA)を全国に4つ設立。またサービス供給者としてArea Health Board (以下AHB)によって維持管理されていた公立病院を政府所有の独立企業体Crown Health Enterprise (以下CHE)として全国に24設立。さらにサービス購入者と供給者間の関係は契約関係に基づくものとされ、サービス購入者は担当地域における最適なサービスポートフォリオを達成するために、あらゆるサービス供

給者からサービスを購入することを可能とする。

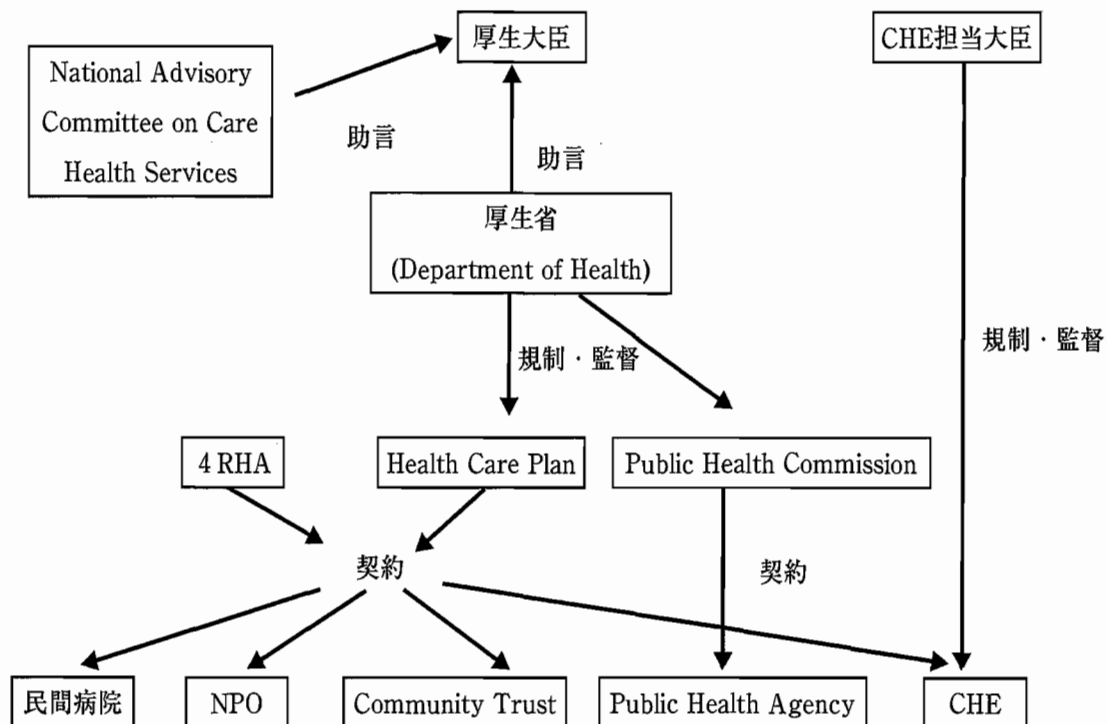
第二にこれまで様々な形で分断されていた医療サービス財源をRHAに可能な限り統合する。また最終的には疾病マネジメントなどを可能とするための一次医療財源と二次医療財源の統合を目指す<sup>注7</sup>(図1)。

第三に公衆衛生行政およびそのサービス提供に関して、公衆衛生サービスの維持管理行政およびその政策立案などに特化した独立機関Public Health Commissionを創設し一元的な公衆衛生行政を行う。

第四にサービス購入者レベルでの競争を通して公的サービス購入者であるRHAの効率性と責任を促進するために、国民一人一人にRHAから離脱する権利を与え、リスク調整された一人当たりの自己の割り当て分を、他のサービス購入者Health Care Planへと持ち出すことを可能にする。

第五に国による基本的医療サービス(Core Health Services)の確定とそれを行うための独立

図1 改革案で提示された組織とその関係





した組織National Advisory Commission on Core Health Servicesの創設。

そして最後に医療財源調達に関して、患者自己負担分の引き上げと医療費負担に対する補助金のターゲット化の促進である。

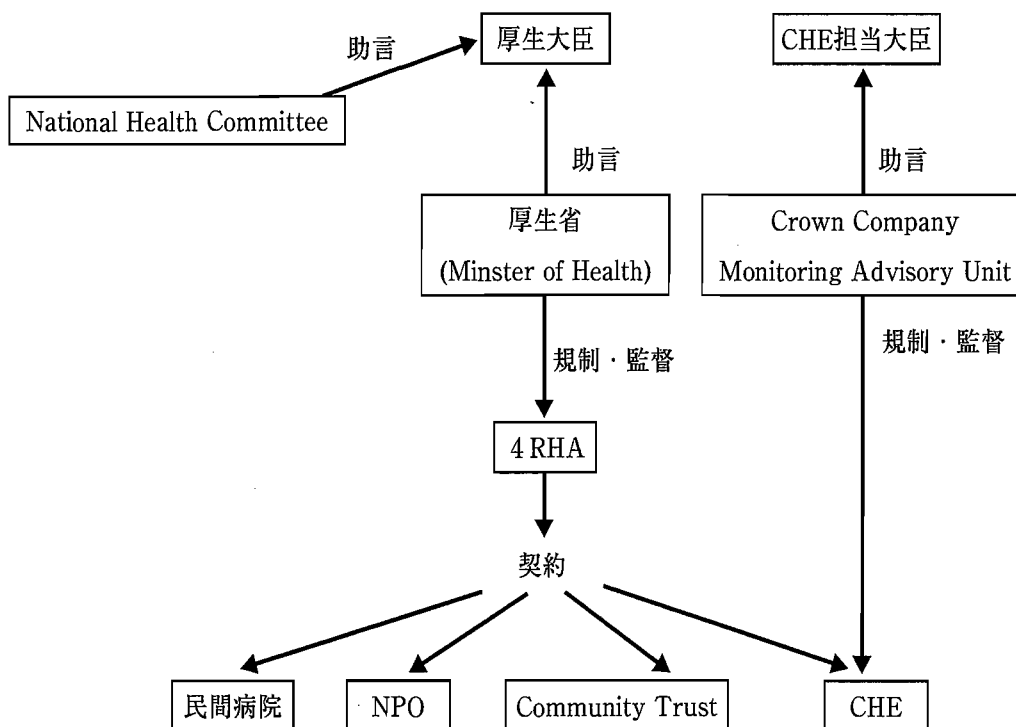
またこうした具体的な形で示された改革内容とは別に、広く議論を求める改革課題として医療財源調達のあり方に関して、および国による基本的医療サービスのあり方をどのような方法でどういった形で決定していくべきかという二点が提示された。

だがこうした改革案に対しては十分なコンサルテーションがなされなかったこともあり、結果として改革への国民的理解を欠き、非常に大きな反発を招いたとされる。また地域の公立病院閉鎖に対する感情的な反発や、医療制度における効率性重視の姿勢が、アクセスや公平性の問題を犠牲にしてなされるのではないかという危惧が示された。

また制度のテクニカルな面に対する批判としては、その国土面積が北海道を除く日本の国土面積とほぼ同じで、かつ人口が日本の約30分の1（約400万人）で都市部に30%弱集中している状況で競争を可能にするほどのサービス供給者が現れるのかという問題、医療制度下における競争を支えるための取引費用の見積りが低すぎるのではないか、そして新制度移行への膨大な準備作業とそのコストがどのような形で賄われるのかといった疑念が示されていた。

改革案への反発およびその実行に関する具体的な問題に直面した政府は、最終的に改革の法制化段階で改革案の変更を余儀なくされた。とくに公的なサービス購入者ではない民間Health Care Planの創設の中止、国が提供すべき基本的医療サービス（Core Health Services）の確定の断念、そして一定の利用者負担を求めるとの観点から提案されていた、急性期医療サービスにおける検査料、入院料の患者負担の取りやめなどが大きな変

図2 改革実行後の実際の組織とその関係



更点であったといえる。

こうした変更の結果、当初計画段階では想定されていたサービス購入者レベルとサービス供給者レベルの二つの段階で競争的環境を整備するといった状況は、実際の改革では、Health Care Planの創設が中止され、公的なサービス購入者RHAのみが創設され、サービス購入に関しては地域独占的な状況が生じたといえる<sup>28</sup>。また公衆衛生サービスにかかわる実施を担うとされたPublic Health Agencyの設立も断念された(図2)。最終的にこの法案は1993年7月1日Health and Disability Services Act 1993という形で実行に移された。

### ③改革後

改革案が当初想定していた競争原理の導入による制度効率の向上という目的は、その導入に限られた範囲のサービス供給者レベルでのものであったという意味で、曖昧なものとなってしまった観がある。またサービス供給者レベルの競争は、結果として不採算施設やサービスそのものの減少をもたらすと想定されていたが、実際は政府が予期した通りには進まなかったといえる。

サービス供給レベルでの競争原理が機能しなかった理由にはいくつかの原因が考えられるが、最も重要な問題点としては、まず以前から指摘されていたように、独立企業体化された公立病院CHEとサービスに関して競合する他の医療機関、特に民間医療機関が十分に存在しなかったこと<sup>29</sup>。さらにCHEが企業体として十分な収益をあげるような形で運営されることが求められていた一方で、CHEにはそれが位置する地域における社会的責任が付与され、それを果たすことが法的にも明記されていた<sup>30</sup>。こうした矛盾する目的をCHEに強いることは、当然のこととしてマネジメントの非一貫性を許容する余地を生み出したといえる。こうした問題は医療組織におけるガバナンスの問題と

相まって、CHEのパフォーマンスを著しく低下させたといえる<sup>31</sup>。

またサービス購入者であるRHAとサービス供給者であるCHE間における契約関係の確立に際して、両者の役割と責任を明確化し、それぞれに成果に対するアカウントビリティを求めたことは制度自体のアカウントビリティを高めたという意味で一定の成果があった。だがしかし、サービス購入者であるRHAがCHEのサービス水準が適切であるかを判断するためのベースラインデータが存在しておらず、契約に際して、両者間における客観的なデータに基づいた交渉を行うことが当初は不可能であった。そのため改革当初は結果的に、92/93年度医療費予算において、CHEの赤字を補填するという形で政府は契約額以外に追加支出を認めざるをえず、93/94年度予算に関しても、前年度予算の2%減額という形での支出額を決定せざるをえなかったといえる<sup>32</sup>。

## 5. まとめ

以上見てきたように、ニュージーランドにおける医療制度改革は、80年中盤より始まった一連の行財政改革いわゆるニュージーランド型NPMをその基盤としている。特に医療制度改革の核心であった公立病院の独立企業体化は、それに伴う組織ガバナンスの改革、サービス購入とサービス供給の分離、契約に基づく関係性とアカウントビリティの確保、発生主義会計システムの導入などとともに、それまでのニュージーランドにおける医療供給体制とは全く異なる制度的環境をもたらしたといえる。

こうしたニュージーランドにおける改革の経験から学びうる点は、第一にニュージーランドにおける医療制度改革はNPMといったより大きな改革の枠組みに基づいてなされたものであり、そ

の意味で改革の目的とその論拠が比較的明確であったといえる。こうした点は改革への理解を容易なものとするだけでなく、その目的と論拠に対する開かれた議論を可能にすると考えられる。

第二に組織内の経営に携わる者の役割およびそれに伴う責任を明確化し、かつその業務の結果を客観的に評価するシステムを通して組織内の経営に対するアカウントビリティを高めたこと。こうした仕組みは、単に医療組織が個別に模索したというよりも、State Sector Actといったより基本的な枠組みが提示されていた点が重要であると考えられる。

第三に個々の医療組織に求められる目標を客観的な契約という形で明示化したこと。このことによって個々の組織の活動に対するアカウントビリティが著しく向上したといえる。ただしこの目標をどの程度まで達成したかに関しては、臨床行為に関するデータをも含む、医療組織の活動に関するデータが必要であり、かつそのための情報システムの整備が欠かせない。だが改革初期の段階では十分なデータもそれを収集するための情報システムも存在していなかった点は問題であるとされる。

そして第四に求められる課題が単一のものではない、つまり複数の課題を同時に追求することを医療組織が求められた場合、この状況は医療組織の効率的運営を妨げるばかりか、その活動結果に対するアカウントビリティをも不明確なものにしてしまう可能性が高い。ニュージーランドの場合、組織の柔軟性を高めるために権限の委譲を進めるという名目の下、こうした相矛盾する課題が組織に与えられ、このことが結果として効果的な組織運営やそのアカウントビリティに問題をもたらしたといえる。したがって医療組織が公的性格としての公共性を課されながら、同時に利益追求もしくは効率的な組織運営のバランスをどのようにと

るべきかに関して個別の組織が適応することが可能な指針などが示される必要であると考えられる。

最後に技術的な面として、公的医療組織に可能な限り民間組織の経営的手法を取り入れて、組織の効率性を高めようとする試みは魅力あるものであるが、しかしそのためには個々の医療組織におけるあらゆる活動のアカウントビリティを高める仕組み、つまり組織自体と組織マネジメントを担う者の客観的なパフォーマンス評価とその結果に対するアカウントビリティの確保が求められる。さらにこれを可能にするためには組織がかかわる活動に対する包括的なデータが必要であり、そのためのハード面のみならずソフト面における情報システムの整備が欠かすことができないといえる。

## 謝辞

本論文執筆に際して以下の方々から情報と助言を頂いた。ニュージーランド厚生省Policy Branch 副部長P. Davies氏（現オーストラリア連邦厚生省）、同主任Todd Kriebel氏（現Mental Branch）、ビクトリア大学ヘルスサービス研究センター所長Jackie Cumming氏、オークランド大学地域健康学部Tony Ashton博士、同Paul Brown博士、国立保健医療科学院政策科学部部長長谷川敏彦博士。また本誌二名のレフリーの方からは非常に有益なコメントを頂いた。この場を借りてお礼を申し上げる。なお本論文は平成11年度「健康日本21計画の基本概念と推進手段に関する研究」（主任研究者：国立医療・病院管理研究所長長谷川敏彦）より研究支援を受けた研究成果の一部を取りまとめたものである。

## 注

- 1 Public Choice Theory、Agency Theory、Transaction-Cost Economicsなどの経済学理論の影響に関してはTreasury. Briefing to the Incoming Government: Government Management. Wellington: New Zealand Treasury, 1987. Scott, G. and Gorringe, P. Reform of the core public sector: The New Zealand experience. Australian Journal Public Administration 1989; 48 (1). Horn, M. The Political Economy of Public Administration-Institutional Choice in the Public Sector. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. を参照。
- 2 医療費支出のコントロールが容易であるとの意味は、かつて公立病院は国の機関として他の政府機関と同様な方式で予算投入がなされてきており、予算というインプットレベルでのコントロールが比較的容易であったということである。ただしGPに関してはその支払いが出来高払いのため、そのコントロールが難しく、厚生省における長年の懸案となっていたとされる。
- 3 先進各国における医療政策上の論点が医療制度自体の効率性を高める必要があるという点に行き着いた理由は、それまでの医療費財源をコントロールするというマクロレベルでの政策が壁に突き当たっていたためであると考えられる。
- 4 ただし公立病院の独立企業体化はState Owned Enterprise Act 1986によってではなく、Health and Disability Services Act 1993によって法的な根拠が与えられた。ちなみに政府所有独立企業体としての公立病院の法的位置づけはCrown Entityであるとされた。
- 5 この医療サービス・タスクフォースの最大の検討課題は、医療組織全体の効率性を高めるために、競争原理をどのように既存の医療制度に導入するかという点にあり、以下の文献を中心に競争原理導入の理論的かつ実際の問題点に関する検討がなされた。Enthoven, A. Theory and practice of managed competition in health care finance. Amsterdam: Elsevier Science Publication Co., 1988. Secretary of State for Health. Working for Patients. London: HMSO, 1989. Van de Ven, W. From regulated cartel to regulated competition in the Dutch health care system. European Economic Review 1990; 34: 632-645.
- 6 この医療制度改革案は一般にはGreen & White Paperと呼ばれ、白書部分 (White Parts) は既に決定された内容を知らしめる部分、緑書 (Green Parts) は広く国民に議論を求める部分とされている。だが実際は議論の余地の残されている緑書部分は、長期的な医療財源調達のある方、具体的には社会保険導入の是非にかかわる点と、国による基本的医療サービス (Core Health Services) をどのように決定するかという二点にすぎなかった。
- 7 ニュージーランドにおいては93年まで厚生省の地方出先機関であるArea Health Board (AHB) が各地域における保健医療行政を管理してきた。93年までの医療制度体制とAHB改革に関しては藤澤 由和. 健康目標設定政策とヘルスセクター改革-ニュージーランドにおける初期ヘルス・ゴール&ターゲット設定の試み-. 保健医療社会学論集 2000; 11: 94-103.を参照。
- 8 1991年の改革案で示された制度的特徴は、保険者間の競争、いわゆるマネジド・コンピティション (Managed Competition) と供給者間の競争、いわゆるマネジド・マーケット (Managed

Market) もしくはインターナル・マーケット (Internal Market) の二つの市場を医療制度に導入することを目指していたが、実際の改革では後者の供給者間における競争のみに限定され、そうした意味で市場原理の導入は当初の計画よりもより限定されたものとなったといえる。

- 9 ニュージーランドの医療制度は基本的に公的システムを基盤としているため、民間医療機関は老人病院、眼科、歯科およびGPといったものに限定されてきた。そのため公的な医療機関と対等に競争しうるような医療機関はそもそも存在しえなかった。だがこの改革時における政策的含意としては、民間老人病院などが、その機能を高度化させて特定の疾患に関するサービスを提供することによって、サービス全体ではないにせよ、特定のサービスに関してCHEと競争的状況が生じるとされた。だが問題は、そもそもCHE以外の民間医療機関を新たに創設された医療サービスマーケットに参入させるようなインセンティブ構造が制度自体に全く存在していなかったことにあった。
- 10 Health and Disability Services Act 1993 Session 11。CHEにとってここで意味されている社会的責任とは、実際のところ不採算サービスを提供し続けることを意味した。
- 11 ここでの医療組織におけるガバナンスの問題とはすなわち、公立病院という専門職と官僚主義が支配する組織に、民間型のコーポレート・ガバナンスを適合させようとしたことから生じた問題であった。この点の検討に関しては、藤

澤由和, ニュージーランドにおける医療制度改革とクリニカル・ガバナンス, 病院 2003; 62(7): 601-604.を参照。

## 参考文献

- 1) Boston, J. et al. Public Management: The New Zealand Model. Auckland: Oxford University Press, 1996.
- 2) Treasury. Briefing to the Incoming Government: Economic Management. Wellington: New Zealand Treasury, 1984.
- 3) Treasury. Briefing to the Incoming Government: Government Management. Wellington: New Zealand Treasury, 1987.
- 4) Upton, S. Your Health and the Public Health: A statement of government health policy. Wellington: New Zealand Ministry of Health, 1991.
- 5) Cooper, M. Jumping on the spot - health reform New Zealand style. Health Economics 1994; 3: 67-72.

## 著者連絡先

新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科  
〒950-3198  
新潟市島見町1398  
藤澤 由和  
TEL/FAX. 025-257-4471

# New Public Management and Health Sector Reform in New Zealand

Yoshikazu Fujisawa, M.A., Dip.P.H.\*

New Zealand has faced serious economic deterioration since 1970's. New Zealand Government had to embark itself in changing its administrative structure to deal with its economic problems in 1980'. The restructuring by the Government has been called the "New Public Management" of the New Zealand model. The reform of the health sector that started dramatically in 1990's had a big influence from the leading restructuring, "New Public Management" in 1980'. Actually the main reform of the health sector was corporatization of public hospitals that had a based on concepts and frames of the reform of "New Public Management". This article reviews the economic situation of New Zealand in 1970's and 1980's to the beginning and then analyzes characteristics of the New Zealand model of "New Public Management". And also the characteristics and the environment of the reform of health sector in New Zealand are pointed out. Finally with evaluating a consequence of the adaptation of "New Public Management" to the health sector, it is shown what we can learn from the New Zealand experience.

**[key words]** New Zealand, New Public Management, Health Sector Reform, Corporatization, Deregulation, Privatization, Market Mechanism, Purchaser/Provider Split, Health Policy

---

\* Niigata University of Health and Welfare  
Senior Lecturer in Health Policy & Sociology