

バウチャー制度 = 準市場の概略と 日本における起源と展開

後 房 雄

はじめに

- 一 バウチャー制度 = 準市場の先駆的事例と理論
- 二 医療制度の3類型
 - 1 公共型、保険型、自由型
 - 2 ドイツの事例
 - 3 イギリスの事例
 - 4 アメリカの事例
- 三 日本における医療保険制度の変遷と準市場の導入・定着
- 四 日本における準市場の展開

おわりに

はじめに

1980年代以降のいわゆる新自由主義的改革の進展のなかで、諸外国と同様に日本においても、政府・行政と経済、社会の関係のみならず行政自体のあり方も大きく変化しつつある。民営化や規制緩和、政府支出の抑制・削減に加えて、ニュー・パブリック・マネジメント（NPM = 新公共経営、行政経営）と総称される行政自体の改革が進められてきた。この動向は、別の角度から「公共サービス改革」とも呼ばれる。

そのなかで、民間企業において開発されてきた経営（マネジメント）の考え方や手法が大胆に導入され、さらにはその基礎にある市場メカニズムも可能な限り活用されるようになっていく。

政府の機能を①直接供給、②規制、③課税と資金提供に大別するとすれば、サービスや財の直接供給は明らかに減少しているといえるが、規制や

課税・資金提供に関しては従来のあり方の根本的な見直しが進められつつも単純に減少しているというよりは自由主義の考え方に沿った組み換えが行われているということが出来る (Le Grand 2008)。

小論では、そのなかで注目され各分野で導入されつつある代表的な公共サービス提供の仕組みの一つであるバウチャー制度ないし準市場 (小論では同義とみなす。後述) に焦点を当て、その先駆的事例や理論、日本における国際的にも先駆的な導入と展開の過程について検討する。従来ほとんど認識されてこなかったが、日本は医療において先駆的に準市場を導入しただけでなく、21世紀に入って以降、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉にも広範に導入しており、続いて教育においても導入するかどうかが重要な課題となっているからである。

第一節では準市場の先駆的事例と制度の概略、フリードマンによる先駆的な提案、ルグランらによる理論化、体系化について紹介する。第二節では医療制度の代表的な3類型を確認したうえで、先駆的に公的医療保険制度 (準市場) を導入したドイツ、公共型の代表であるイギリス、自由型の代表であるアメリカの三つの事例の成立過程を辿る。第三節では日本における医療保険制度の変遷を辿りながら準市場が導入され定着した経緯を探る。第四節では1990年代以降の日本において福祉サービス諸分野において準市場が広範に導入されるに至った過程を検討する。

以上を通じて、日本の公共サービスにおいて準市場がすでに代表的な仕組みの一つとなっていることを再確認し、それをさらに教育など他の分野へも導入すべきかどうか重要な検討課題になっていることを明らかにすることが小論の目的である。

一 バウチャー＝準市場の先駆的事例と理論

まず、以下の議論の前提として、バウチャー (voucher) ないし準市場 (quasi-market) という用語とその内容について簡単に整理しておこう。

理論的な厳密化はあとで行うとして、バウチャーについてのアメリカでの一般的定義は、「個人に特定された財やサービスを購入する限定的な購買力を与える補助金」(ランダムハウス英語辞典、Steuerle: 4) ということになる。

こうした仕組みの厳密な起源は明らかではないが、「教育選択のためのフリードマン財団」の資料によれば、アメリカのヴァーモント州とメイン州において、それぞれ1869年、1873年に開始された「タウン教育事業」が現在まで持続している最も古い学校バウチャーだという。

それは公立学校のないタウンの生徒にバウチャーを支給して他のタウンの公立学校や非宗教的私立学校に通えるようにする制度であった。そして、送り出す側のタウンが生徒を受け入れた学校に直接に授業料を支払った¹⁾。

また、オランダでは、学校設立をほとんど国が独占していた体制に対する批判が19世紀半ば以降に激しくなり、カトリックやプロテスタントによる私立学校が設立されるなかで、1917年憲法において私立学校と公立学校に対等な財政的支援が与えられることが規定されて学校論争が決着した。当時の学校は、私立学校が約70%（その大部分がカトリックとプロテスタント）、自治体の公立学校が約30%という構成であり、親はその中から選択することができることになった。そして国は、それらの学校への資金提供の責任だけを担うこととなった。これは、宗派間の対立を「柱状化」によって緩和するオランダ特有のシステムの一環だったといえよう（Ritzen:329-330）。

さらに、1930年代のアメリカにおいて、困窮者に余剰食糧品を購入できるクーポンを支給するという新しい食糧支援制度が導入された。これは戦争によって余剰食糧がなくなったために1943年に廃止されたが、のちに、1964年の食糧切符法によって、現在まで続く食糧切符（food stamp）制度として復活することになる（Steuerle: 120）。

これらの例のように、その時々が必要に迫られてバウチャー制度と呼べるものが採用された事例は他の国でも、また教育以外の分野においても存在していた可能性があるが、ここではこれ以上紹介する用意はない。

明確な制度としてのバウチャーが議論されるようになった契機は、アメリカの経済学者ミルトン・フリードマンが1955年に「教育における政府の役割」と題する論文を公表したことだといってもよいだろう²⁾。フリー

1) Friedman Foundation for Educational Choice “School choice in America” (<http://www.edchoice.org/school-choice/school-choice-in-america/>). “School choice,” from Wikipedia (https://en.wikipedia.org/wiki/School_choice).

2) 教育バウチャーの先駆的な提案としては、J.S. ミル『自由論』（1859年）の次の箇所が指摘される（Steuerle: 253）。「もしも政府が、あらゆる児童のために良

ドマンは基礎教育が生み出す「近隣効果」のゆえに政府が資金提供を行う必要性を指摘しつつも、教育サービスの提供を政府が独占すべきではないと主張する。政府の役割は、親に対して、指定された学校から教育サービスを購入できる「親バウチャー」(parents vouchers)を支給することと、学校が一定の最低基準を満たすことを保障することに限定されるべきだといっているのである。

なお、フリードマンはこのようなバウチャー制度の現実の事例として、第二次大戦後のアメリカが退役軍人に教育支援を与えたいいわゆる GI ビル、イギリスの地方政府が一定の学生にパブリック・スクールの授業料を支給した事例、フランスで私立学校に通う学生の授業料の一部を援助した事例などを挙げている (Friedman 1955: 127-128)。

その後、1962年の著書『資本主義と自由』の第6章でこの内容がよりわかりやすく「教育バウチャー」として一般向けに提案されたことで、広く注目されるようになっていった (Steuerle: 253)。フリードリッヒ・ハイエクも1975年の著作でそれを紹介して強く支持している (ハイエク: 71-72)。

フリードマンの教育バウチャーの提案の内容は次の通りである。

「すでに論じたように、最低限の学校教育を義務づけることと、この義務教育の費用を国家が負担することは、どちらも学校教育の外部効果を考えれば妥当である。しかし学校の運営そのものを政府が行うこと、すなわち教育産業の大部分を国営・公営にすることは、外部効果によっても、また私の知る限り他の理由によっても、まったく正当化できない。政府が運営する方が望ましいとはっきり言えるケースはまずあるまいと思う。政府は大体において、教育機関の運営コストを直接支払うという

い教育を要求することを決意するならば、政府は政府自身がそのような教育を授けることの煩雑さを免れることができるであろう。政府は、親たちの欲する場所と方法で教育を与えることを親たちに一任し、政府自身は、貧困な児童の授業料の納付を補助し、学費の支弁者をもたない児童の学費全額を支弁することで満足することができるであろう。」(ミル: 211)

それ以前にも、トーマス・ペイン『人間の権利』(1791年、92年)に次のような提案がある。「各貧困家庭に対して、税金の免除として、また救貧税の代わりに、十四歳未満の子供一人につき、年四ポンドの金を余剰の税金の中から支給すると同時に、そうした子供たちの両親に命じて、わが子を学校に通わせて読み書きと簡単な算術を学ばせるようにさせ、さらにこの目的のために、各教区、各宗派の牧師に命じて、この義務が履行されていることを役所に対して共同で証明するようにさせるのである。」(ペイン: 337)

形で学校教育に出資している。そして、金を出すとすれば口も手も出すのが当然だと考えているらしい。だが両者は簡単に切り離せるはずだ。政府は最低限の学校教育を義務づけたうえで、子供一人当たりの年間教育費に相当する利用券、すなわち教育バウチャーを両親に支給する。この教育バウチャーは、公立私立を問わず政府が「認定」した教育機関で使用することを条件とし、子供をそうした認定校に入学させバウチャーを提出すれば、それに対して政府が額面額を払う仕組みである。こうすれば両親は、額面額に自分のお金を足し、自分が選んだ認定校で教育サービスを購入する自由が保障されることになる。教育サービス自体を提供するのは、非営利団体でもよいが、営利目的の企業でもよからう。そして、政府の役割は、学校が最低基準を満たすように監督することに限る。たとえば最小限共通して教えるべき内容が学習課程に組み込まれているかチェックする、といったことである。」（フリードマン 1962=2008：177-178）

フリードマンが教育バウチャーを提案する最大の理由は「自由な社会」のために親の選択肢を広げることであるが、それ以外にも、公立私立を問わずあらゆる学校ができるだけ多くのバウチャーを集めようと改善に励むようになること、競争原理の導入により学校の健全な多様化や制度運用の弾力化といった望ましい効果が期待できること、教員の給与に市場原理が働くようになること、などをメリットとして挙げている（フリードマン 1962=2008：183-184）。

この提案の実現への動きとしては、1960年代末からのニクソン政権期に教育機会局の支援のもとにカリフォルニア州アラムロック郡の一学区でクリストファー・ジェンクスの設計によるバウチャー制度が試みられたり（1976年に停止）、レーガン政権期に法案が提出されたりしたが（不成立）、本格的な実施には至らなかった。なお、興味深いのは、1960年代後半以降、それまでバウチャーを敵視していた進歩派のなかに、バウチャーはリベラルな目的のためにも利用可能だという考え方が現われたということである。

その後、1990年のチャブとモーの共著『政治と市場とアメリカの学校』によって再度関心が高まり、それ以降、ミルウォーキー市での1990年からの学校選択制度、クリーブランド市で1996年から実施されたオハイオ州の資金による学校選択制度など地方政府レベルの事例が生まれたほか、

1988年のミネソタ州を皮切りに州レベルの事例も2000年までに15州に広がり、マグネット・スクールやチャーター・スクールという限定的なバウチャー制度の事例も増えた。1998年秋の時点までで、34州とワシントンDCがチャーター・スクールを導入していた。さらに、民間慈善組織による奨学金という形でのバウチャー制度も実施されているという(Steuerle: 254-260)。

2000年のシュトイエルレらの広範なバウチャー研究書によれば、アメリカでバウチャー制度が使われている主な分野として、児童ケア、防犯、教育、雇用と訓練、環境保護、生活保護、医療、住宅、食糧支援、交通という10分野が挙げられるという(Steuerle: 504-505)。

次に、イギリスにおけるサッチャー政権以降の同様の制度の導入とそれらの理論化の動向を見ておきたい。近年の公共サービスへの市場原理の導入という文脈でみると、イギリスの医療制度改革において内部市場(行政内部における購入者と供給者の分離と契約関係)という用語が使われて、それがさらに準市場という用語へと展開したという経過があるからである(なお、quasi-marketの訳語として「疑似市場」という言葉が使われることもあるが、私としては市場の活用という趣旨をより明確に表現するので準市場という言葉を採用する)。

アメリカではバウチャーという言葉で呼ばれ導入されてきた制度を、準市場として初めて理論的、体系的に提示したのは、ルグランとバートレットの共編著『準市場と社会政策』(1993年)だとされる(駒村1995、佐橋: 第2章、見山1999: 199)。それは、1989年に開始された準市場に関する共同研究の成果であった(Le Grand 1993: vii)。

ルグランはその後、2003年から2005年にかけて労働党ブレア首相の上級政策顧問として官邸入りし、実務的にも医療や教育の公共サービス改革に関わっている。その経験も踏まえて執筆した2007年の著書『もう一つの見えざる手』において、準市場について次のような定義を示している。

「準市場は、顧客を獲得するために競争する独立した複数の供給者が存在するという意味で市場と同じである。しかし、準市場は、少なくとも一つの決定的に重要な点で通常の市場とは異なる。それは、通常の市場のように、利用者はモノやサービスを買うために自分自身の資源を持って準市場に来るのではないということである。そうではなく、サー

ビスは国家によって支払われるのであり、しかもバウチャーや、用途が特定された予算や資金提供方式などの形式を通じて、利用者の選択に従って動く資金によって支払われる。それゆえ、通常の市場において人々の購買力の差から生まれる不平等のほとんどを避けるような仕方で公共サービスが提供されることを可能にするので、準市場は根本的に平等主義的な仕組みである。

準市場では、さまざまな供給者がお互いに競争することができる。そこには、スモール・ビジネス、パートナーシップ（合名会社）、ワーカーズ・コープ、株式会社、非営利組織あるいはボランティア組織、公的所有組織などが含まれる。（中略）重要なのは競争が存在することであり、供給者の所有構造ではない。なぜなら、競争によってもたらされる行動様式は、供給者のタイプにかかわらずかなり似通っているからである。」（ルグラン 2008=2010: 38）

すでに見てきたように、アメリカではこの制度についてバウチャーという用語の方がより一般的である。その定義として、たとえばレスター・サラモンが編集した『政府の道具』（2002年）における「バウチャー」の解説では、「個人に対して、一定の範囲のモノやサービスのなかから選択できる限定的な購買力を付与する補助金」と定義されている。補助金や事業委託契約と異なる点は、公的資金がまずサービス利用者へ提供されるので、供給者ではなく公的事業の最終的受益者により大きなコントロール力を与えることである。それゆえ、「生産者側の補助金」と対比して「消費者側の補助金」とも呼ばれる。ただし、バウチャーは購入できるものが限定されており、額も制限されているので、選択権は無制限のものではない（Salamon: 446）。

この定義では個人への購買力の付与という側面に焦点が当てられている（これはバウチャーという言葉の語義からして当然である）が、同時に、バウチャーは「市場に基づく道具」の代表的な例として位置付けられていることも見落とすことはできない。

「サービスを提供する機関ではなく事業の受益者の手に購買力を与えることにより、バウチャーは、受益者たちが自分が受けるサービスの量と質を選択するために行政機構ではなく市場を活用できるようにする。」（Salamon: 32）

準市場という言葉を使うルグラン自身もまた、準市場はバウチャーと「本質的には同じと見てよい」と述べていることを踏まえて (Le Grand 1992: 130)、私としても準市場とバウチャーは同じ制度を示す別の言葉と理解することとしたい。そのうえで、バウチャーという言葉は個人に購買力を付与する一つの道具に焦点を当てすぎる嫌いがあり (バウチャー以外にも用途指定の予算、税額控除、貯蓄口座などの道具も個人への購買力付与のために使われている)、メカニズムの全体へと注目させる準市場という言葉の方が理論的にはより適切だと考える³⁾。

それゆえ、私としては基本的に準市場という用語を使うことにしたいが、日本における一般的な議論や実践の場ではすでにかなり普及しているバウチャーという言葉の方が理解されやすいので、そのような文脈では併用する方がいいかもしれない。

用語問題については以上に止め、次に、ルグランによる準市場の理論的分析の要点を紹介しておきたい。

ルグランによれば、準市場の基本的メリットは、利用者に購買力を与えて選択権を保障し、供給者に競争のなかでより質が高く効率的なサービスを提供しようとする誘因を与える点にあるが、それは絶対的なものというより他のモデルと比較した相対的なものとして主張されていることに注意が必要である。

彼によれば公共サービス (公的資金によって全部または大部分が賄われるサービス) を提供するための手段ないしモデルは4つあり、それぞれに長所と短所があるという (ルグラン 2008=2010: 13-20)。なお、その長所や短所を判定する基準として、ルグランは「良い公共サービス」の要素として、①質が高い、②効率的、③利用者のニーズや要望に応答的、④納税者に対するアカウンタビリティを果たす、⑤利用者や労働者を公平に扱う、という6点を提示している。

ルグランの挙げる第一のモデルは信頼モデルであり、そこでは公共サービスで働く専門家やその他の職員は、政府や他人から干渉されなくても良

3) ルグラン自身は準市場に関する共同研究が開始されて以後に気付いたと述べているが、経済学者のウィリアムソンがすでに1975年の著書『市場と企業組織』において「準市場」と言う言葉を用いていた。それは、「(市場から階層組織にまで至る) 種々の管理構造 (governance structure) のもとで課業を遂行することにともなう計画と適応と監視の費用の比較研究」という文脈においてであった (Williamson 1975=1980: vi, 15)。実際、ウィリアムソンが展開している取引費用の理論は、準市場の分析においても有用だと考えられる。

い公共サービスを提供するだろうとただ信頼される。公共サービスの質や効率性を利用者、政府、経営者が完全に監視することは不可能なので信頼の要素は不可避ではあるが、すべての供給者が良いサービスを提供しようとする意欲を持っていると信頼するのは非現実的である。

第二は命令と統制モデル（特に目標・成果管理モデル）であり、そこでは国家ないし国家の機関が管理の階統制によってサービス提供を担い、上位の管理者が部下に対してサービス提供に関する命令ないし指示を与える。このモデルは、短期的には組織の変化への抵抗を打ち破ることができ、単純な目標を短期的に達成するうえでは機能するかもしれないが、職員への誘因が粗雑で、懲罰的でやる気を阻害し士気を下げるような種類のものなので、サービスの質を損なう可能性が高い。

第三は発言モデルであり、ここでは利用者は供給者に対して、専門家に直接会いに行ったり、議員などに苦情を述べたりとさまざまな方法で自分たちの意見を直接伝えることによって良いサービスを得ようとする。このモデルは、供給者に彼らが提供しているサービスの質に関する重要な情報を与えることができるという長所があるが、供給者に自分たちのサービスを改善しようとする誘因を与えることができない。

そして第四が選択と競争モデル（準市場）であり、ここでは利用者は顧客を求めて相互に競争する多様な供給者の間から選択することができる。ルグランによれば、このモデルは、個人の自律性の原則を満たし、利用者のニーズや欲求に対する応答性を促進するとともに、より質が高くより効率的なサービスを提供しようとする誘因を供給者に与えるので、他のモデルよりも優れている。

ただし、ルグランが、このモデルを中心としつつ他のモデルも必要に応じて活用すべきだと指摘していること、また、このモデルにもいくつかの問題点が伴うことを認めつつ、それらを解決するための具体的な制度設計上の工夫が重要であることを強調していることは確認しておきたい。

なお最後に、ルグランの記述に拠りながら、イギリスにおける準市場の導入過程を簡単に辿っておくことにしよう（Le Grand 1993: 2-9）。

彼がまず指摘するのは、1979年から1987年までのサッチャー政権第一期、第二期においては、従来の福祉国家は公営住宅の売却などの例外を除き基本的に維持されたということである。公的福祉支出のGDP比は1979年も1988年も23%で同じであったし、教育、医療、社会サービス、社会保障は従来と同様に政府が資金を提供し政府が直接供給する制度のもとにあった。

しかし、1988年、89年には福祉国家に内部市場ないし準市場を導入する根本的な改革が開始され、イギリスの社会政策史における転換点を画することになった。それにより、福祉国家の基幹部分において、福祉支出は維持しつつ、サービス提供システムが意思決定の分権化と供給における競争の導入の方向で根本的に改革されたのである。

「国家は基本的には福祉サービスの単なる購入者となり、国家による供給は内部市場ないし準市場において独立の供給者が相互に競争するシステムに体系的に置き換えられた。資金提供の方法もまた変化することとなった。中央集権的な国家機関が主要な購入者であり続ける場合もあったが、その他の分野では用途指定の予算またはバウチャーが潜在的な利用者に直接に与えられることとなった。より多かったのは、利用者のための代理人が資金を受け取り、競争する供給者の中から選択してそこに予算を投入するという仕組みであった。」(Le Grand 1993: 3)

そうした方向での改革の第一は、1988年教育改革法によって小中学校に導入された改革であった。それにより、学校の経営的自律性が高められると同時にそれが受け取る公的資金は生徒数によって大きく左右されることになり、親は一定の範囲内で学校を選択できるようになった。

第二の改革は、厚生省白書『患者のために働く』(1989年)によって提案され、1990年国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法によって実施された国民医保健サービス制度(NHS)の改革であった。これにより、医療行政組織は購入者と供給者に分割され、購入者としては、従来と同様に行政によって直接管理される部門に加えて行政の統制からは基本的に独立したトラストが導入された。

また、資金保持一般医の制度が導入され、自分の患者に代わって第二次医療の予算を競争し合う供給者のなかから選択して支出することとなった。1992年4月までに購入者と供給者の分離は完了し、160のトラストと600の資金保持一般医病院が誕生したという。

この1990年の法律によって、コミュニティ・ケアの分野でも同様の改革が実施された。これにより地方政府の社会サービス部の供給者としての役割は縮小され、基本的に、独立した供給者から社会サービスを購入する購入者の役割へと転換された。他方、資金保持一般医に相当するケアマネージャーの制度が導入され、各利用者に対して指定されたケアマネージャーが利用者に代わって資金を受け取り競争する供給者のなかから選択して支出することとなった。この改革は1991年4月から段階的に実施されていった。

さらに、1988年住宅法によって住宅分野にも準市場が導入された。これにより、従来通り国家から補助金を受け取る地方政府は競争する家主のなかから（利用者のためを考えながら）選択できるようになった。また、これにともない、地方政府が自ら所有していた住宅を特別に設立された住宅協会（非営利組織）に売却するという興味深い動きが生まれた。そして、急増する住宅協会が社会住宅の新しい中心的な供給者として地方政府に取って代わり始めた。こうして、国家の補助金も建物への補助から、低所得の個人への補助金に近づいていったのである。これはバウチャーに近いもので、民間貸家に対しても支出できるようになっていったという。

また、高等教育においても、授業料を引き上げて高等教育機関の収入におけるその比重を高め、他方では学生に対するローン制度を拡充することで、学生の選択権を強め、高等教育機関の競争を促進する改革が1980年代末以降に導入されたという。

また、非営利の全国交通トークン会社を設立して、そこが発行するトークン（バス、電車、タクシーを利用できるコイン）を地方政府が買い上げ、一定の利用者たちに配布する仕組みが設立された。トークンを受け取った交通機関は地方政府からそれと引き換えに公的資金を受け取るわけである。

以上から、準市場制度が多様な分野において導入されつつあり、また導入可能であることが理解できると思われる。

また、保守ないし自由主義の立場からだけでなく、いわゆる新自由主義の台頭を経て以降の新しい社会民主主義やリベラルの立場（「第三の道」など）からも支持される提案だということにも注意しておきたい（ルグラン2008=2010: 第6章、後2009）。

二 医療制度の3類型

日本におけるルグランの準市場論の紹介者の一人である郡司篤晃は、厚生省職員としての経験も踏まえて2009年に次のような興味深い回顧をしている。

「2000年、ルグラン先生が日本に最初に来られた私たちの大学のシンポジウムがありました。その中で日本の医療制度の話が聞かれたルグラン先生は、『日本には準市場は昔からあったのですね』とおっしゃいました。

確かに日本は終戦後はアメリカおよびWHO指導で公立病院のネットワークを建設して医療制度の基本としようとしたのですが、経済が復興し、国民皆保険が実現して、1974年に医療法7条2項の改正というものがあまして、むしろ公立病院を抑制して民間の病院を抑制しませんでした。つまり民間へのかじ切りをしたということです。そして、国民には医療施設を選択をする自由を保障しました。これは患者と医療施設の間にある市場（マーケット）が機能することによって、医療の質と効率が確保されるという前提でした。

日本では当時「準市場」という理解はありませんでした。したがって、それを管理する手段を理解することもなかったわけです。そして今でも、仕組みの改革ということになると直ちに規制緩和という言葉が出てきます。しかし、今日の「準市場」というお話は、いかに管理するか、規制するかという話だと思います。」（郡司：421）

準市場は1980年代以降の国際的な公共サービス改革の動向のなかでいわずば再発見され採用されるようになり、日本でも1990年代末以降、高齢者介護を始めとした各分野で採用されるようになったわけだが、実は日本において1961年に実現した医療の国民皆保険制度（その起源は1922年の健康保険法）が実は準市場でもあったというのは極めて興味深い事実である。郡司が指摘しているように、当時において準市場という用語が使われていたわけではないし固有のメカニズムとして認識されていたわけでもないが、まさに準市場にはかならない制度が全面的に採用されていたことに間違いはない。本章では、医療において日本の準市場の先駆的事例が生まれることになった経過をたどってみたい。

まずその前提として、医療制度に関して通常指摘される3つの類型があ

ること、そしてそれぞれの類型の典型国としてのドイツ、イギリス、アメリカがそれぞれの類型をどのような経過で採用したのかを簡単に確認しておきたい。日本がなぜ早い段階で準市場を採用することとなったかは、それらとの比較においてより理解しやすくなるからである。なお、医療制度の骨格は、「医療サービスの供給に関する医療供給制度と費用の調達・財政に関する医療保険制度の2つ」（島崎：19）によって構成されるので、供給制度と資金制度の二点を中心に紹介する。

1 公共型、保険型、自由型

まず、第一の類型は公共型であり、スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、フィンランド、イギリス、アイルランド、イタリア、スペイン、部分的にはポルトガル、ギリシャ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドが該当する。

国民全員にほぼ無料の医療サービスを提供する。医療の提供はおもに国家が組織し、その財源は税金である。そのなかには非常に中央主権的な組織構造の国（イギリス）もあれば、組織・財政・管理が地方分権化された国（北欧諸国、イタリア、スペイン）もある。

一般的に、公共型の医療制度では、医療サービスの利用面での平等性は高く、医療費は比較的安い。しかし、提供される医療の質の面では、問題がある場合もある。とくに専門医にかかるまで、かなり長期間待たされるという弊害が指摘されている。

第二は医療保険型であり、ドイツ、フランス、オーストリア、ベルギー、ルクセンブルク、日本、オランダ、中欧・東欧諸国の一部が該当する。

医療の提供は民営化されている部分と公共の部分（特に病院部門の一部）があり、患者が医師を選択できることや、開業医の地位が保証されている場合が多い。費用はさまざまな強制加入の社会保険料によって負担される。

医療保険型の医療制度では、患者の選択や利便性が保証されており、医療の質も高い場合が多い。しかし、医療費は高くなる傾向にあり、医療サービスの利用面で不平等が生じやすい。

第三は自由型であり、主にアメリカであるが、その他、中欧・東欧諸国やラテン・アメリカ諸国も該当する。ここでの公共型の疾病保険制度は最

低限型であり、救急の患者、最貧者、高齢者、障害者のみが医療に関する公的支援を受けることができ、その他全員は民間の保険制度を利用しなければならない。その場合、雇用主が保険料を負担する場合がほとんどである。医療サービスの提供は、ほとんどの場合民間が行う。

アメリカ型は、技術面で高いパフォーマンスを誇り、富裕層は質の高い医療サービスを享受できる。しかし、医療サービスの利用や、国民の健康状態に関してきわめて強い不平等が生じる。また、医療費全体のレベルもきわめて高い（パリエ：31-33）。

2 ドイツの事例

以上のような3つの類型が成立していった経過について、まず、1883年に世界最古の社会保険とされる「法定疾病保険」を成立させたドイツの事例（医療保険型）からみていこう（足立：第8章、セイン：126-129、飯田：175-177、リッター：第4章）。

当時のドイツ帝国宰相ビスマルクが疾病保険法（1883年）、労災保険法（1884年）、老齢廃疾保険法（1889年）という一連の社会保険政策を展開したのは、工業労働者の増加を背景に労働組合や社会民主党の影響力が強まりつつあったことへの対応であって、社会主義者鎮圧法（1878年）を制定する一方で社会改良を進めたのであった。

この疾病保険について重要な点は、それがそれ以前のプロイセンにおける共済組合の伝統を継承するものだったということである。プロイセンでは熟練労働者や鉱夫などの共済組合が組織され、組合員の拠出に基づいて疾病や事故の際の生活費を援助することは早くから行われていたが、19世紀になって医師による治療が普及するにつれて、こうした共済組合が開業医と契約してメンバーに対して診療を提供するようになる（メンバーが自由に医師を選択できる組合もあったが、多くの組合は特定の医師と診療契約を結ぶ方式をとっていたという）。

ビスマルク疾病保険は、これらの自主的な相互援助組織に法的基礎を与えるもので、一日6マルク3分の2以下の賃金を受け取るすべての工業労働者に加入を強制した。こうして設立された疾病金庫は、特定の医師と保険医（金庫医）の契約を締結し、そこで協定された条件にしたがって被保

険者に保険治療を提供させた（被保険者が医師を選択できる金庫もあったが、その場合は治療費が市場状況に左右されるため、ますます多くの金庫が医師と直接契約を結ぶ方式を採用するようになったという）。

その後、1911年には労働者につづいて職員にも強制保険が適用されるに至り、医療の需要サイドの組織化が大きく進んだことにより、医師にとっては金庫医となる以外の選択肢が消滅し、金庫と医師との力関係は大きく金庫に有利なものとなった。そのアンバランスを解消するために、1931年の緊急条例によって公法的団体として金庫医協会が創設され、疾病金庫による保険診療をおこなう医師はこれに加入することを義務付けられた。金庫医協会は総体契約を締結する全権を与えられたが、他方では疾病保険の被保険者への金庫医の診療提供の保証責任を負わされることとなった。

この金庫医協会の設立後の段階について、足立は、「被保険者は評判の良い医師をもとめて競争し、医師はより多くの患者を集めて収入を得ようと競争する」という意味において「疑似市場（QM）」が成立していると指摘している。疾病金庫と金庫医協会の間で集団交渉がもたれ、医師の診療報酬を初めとする種々の条件が取り決められる。この集団交渉においては、とくに年間医療費の総額が交渉され、その総額を金庫医協会がそれに所属する医師の間で配分する。この医療費総額請負制のもとでは、医師は診療行為を増やすことによって他の医師に対して相対的に多くの収入を獲得できるが、総額そのものは増加せず、供給量が増加すると単価が減少することになる。これがドイツの医療費を長期にわたって安定させてきた大きな原因だったという（足立：153-156）。

なお、ドイツにおいては、自営業者や一定以上の賃金がある者は公的保険の強制加入適用外であった。被保険者が加入する疾病金庫を選択できるようにした2007年の公的医療保険競争強化法は、公的医療保険に任意加入が可能であるにもかかわらず未加入のものに加入を促すとともに、民間保険会社に公的医療保険と同等の給付の引き受け義務を課すものであった。しかし、依然として無保険の状態を選択するものにまで強制的に保険の「網の目」がかかっているわけではなく、日本の文字通りの皆保険とは異なっている（島崎：149）。

3 イギリスの事例

イギリスにおいては、1906年から1914年までの自由党政権のもとで進められた一連の社会改革（学校給食、学童の健康診断、老齢年金など）の一環として1911年に国民健康保険制度が設立された。それを主導した自由党の政治家ロイド・ジョージが1908年に国民保険制度を調査するためにドイツに旅行し、帰国後、大蔵省の官僚にイギリスに類似の制度を設立する手段を検討するように指示したといわれるように、ドイツ・モデルの影響が強かったといえよう。

その制度では、保険料徴収や給付支払などの日常的運営は従来も同様の役割を担ってきた友愛組合、労働組合、特定の営利的保険会社に委ねられた（全国保険委員会の監督を受ける）。男性被雇用者の場合、週6ペンス（雇用主が3ペンス）の保険料を払い、1日2ペンス以下の所得の人は免除された。国家は労働者一人当たり週2ペンス弱を拠出した（セイン：99-100）。

その後、イギリスの医療保険制度については見直しのための調査や小さな制度改正がなされたものの骨格は変わらなかった。1939年の時点で国民健康保険でカバーされていたのは全国民の半数未満であり、また、主に貧困者向けの治療を担っていた非営利組織が運営するボランティア病院がベッド総数の25%を提供していたが、その財政状況はますます厳しくなっていた。

第二次世界大戦の勃発とともに、空襲の犠牲者に対して治療を施すための国家機関として緊急医療サービス体制が確立された。これは、新たな病院を創設するだけでなく、ボランティア病院と公立病院の両方を接続することによって二つの病院制度のかなりの統合を実現するとともに、中央集権的計画化の利点を証明したとされる。

その後、1945年総選挙において労働党が勝利し、「ユニバーサルで無料の医療サービス」を目指すベヴァンが保健大臣に就任したことが1946年の国民保健サービス法の成立の最大の契機となった。国営の医療サービスをめぐって、政府に雇用される保健医務官たちや貧困者の医療に深く関わっていた一般開業医たちが支持し、一部の病院顧問医や繁盛している一般開業医が反対するという形で医師会が分裂していたことも重要な背景となったと思われる。

1948年に発足した国民保健サービス制度（NHS）は、すべての国民に租税方式による無料の医療サービスを提供するものであった。一般医は独立した開業者として国と契約して第一次ケアを担い、そこからの紹介患者に対して第二次ケアを行う病院の専門医は国家によって雇用される勤務医となった。これが公共型の代表例としての戦後イギリスの医療制度である。ここでも、住民はあらかじめ自分の一般医を選ぶことができ、一般医は契約に基づいて国から人頭報酬、出来高報酬、経費支弁的支払の3つの要素からなる支払を受ける仕組みだったので、この部分は準市場と言えるが、第二次ケアを受ける病院を患者が選ぶことはできなかった。

すでに触れたように、1980年代末からは保守党サッチャー政権のもとでの改革によって政府内で医療サービスの購入者（地方保健当局、予算保持一般医）と供給者（病院）とを分離して契約を行う「内部市場」が導入され、さらには1997年からの労働党政権のもとで、従来からあった患者による一般医の選択に加えて専門医による第二次ケアの選択も可能にするメカニズムの開発が試みられた。一般医は、患者が診療を受ける病院について、いくつかの候補を提示しなければならなくなり、最長限度の待ち時間が遵守されていない場合には、患者は病院を代える権利をもつことになった（パリエ：88、柏木、武内）。本格的な準市場化といえよう（ルグラン 2008=2010: 第4章）。

4 アメリカの事例

「小さな連邦政府」の伝統が強固なアメリカにおいては、憲法上も連邦政府が公的な医療制度を構築する権限を正当化する余地がきわめて小さい。それを正当化しうる条文としては、「一般の福祉に備えるため」に租税を賦課し徴収する権限（第8条第1項）と「各州間の通商を規制する権限」（同第3項）しか存在しない（山岸：32）。

こうしたなかで、20世紀初頭にはアメリカにおいても公的医療保険を導入しようとする動きが生まれる。1905年設立のアメリカ労働立法協会がヨーロッパで発展していた社会政策をアメリカにも導入しようと政策提言を行っていた。連邦政府官僚のなかにもそれに協力する者がおり、アメリカ医師会（1847年設立）も、医療費を支払えない患者が多いことで財

政的に苦しむ医師が多いという背景もあり、当初は強制医療保険に好意的な姿勢を示した。他方で、労働者の最大組織であるアメリカ労働総同盟（1886年設立）は、強制医療保険は雇用主と労働者との間に政府が割って入り、労働者の自立心を低下させ、連邦政府が支配する結果になることを恐れて反対の立場をとったという。

この公的医療保険をめざす最初の動きは、1917年にアメリカが第一次世界大戦に参戦することで一気に衰退することになる。戦争によって政府の政策的優先順位が変わったことのほか、公的医療制度が「親独的」ないし「社会主義的医療」として批判されたことが大きかった。アメリカ医師会もその態度を一変させ、1918年の総会で反対を宣言した。なお、自由や個人主義というアメリカの理念に訴えかけるこの「社会主義的医療」という言葉は、最近のオバマ改革に至るまで、反対派の最も効果的な武器の一つとなってきた。

1920年に憲法修正第19条によって女性普通選挙制が確立したことを背景に、1921年に幼児及び妊婦保護法が成立し、ヘルスセンターで政府によって雇われた看護婦が、妊娠期間から出産後までを通して、女性に医療サービスを提供する体制が整備された。しかし、これに対して、医療全体への影響を恐れたアメリカ医師会が「国家医療」の「輸入された社会主義的陰謀」として反対運動を展開し、1929年には同法を更新停止に追い込んだ（山岸：35-41）。

1930年代には、大恐慌に対処する民主党ローズヴェルト大統領のニューディール政策の展開のなかで、再度公的医療保険の導入が試みられるが、やはり医師会の強い反対のなかで断念されることになる（山岸：43-56）。

しかし、戦時体制と戦後再建という緊急事態のなかで、公的医療保険に向かう新たな推進力が生まれることになる。1943年には、連邦レベルに単一の医療保険基金を創設し、被保険者は制度に参加する専門医や病院を自由に選択できるという準市場型の制度を導入しようとするワグナー＝ミュレイ＝ディングル法案が議会に提出されるが、労働組合側は支持したものの、医師や病院が連邦政府の監督下に置かれることを恐れる医師会の反対で挫折する。

しかし、1943年度補正予算で、州を通じて下士官の妻や幼児に充実した産科医療と小児医療を提供する事業が創設されたり、1919年に開始さ

れた退役軍人向けの公的医療サービスが第二次大戦中に急速に拡大するなどの変化も見られた（山岸：57-71）。

戦後は、1945年4月にローズヴェルトが病に倒れた後を引き継いだトルーマン大統領が1952年まで公的医療保険の創設を繰り返し試みるが、やはり失敗に終わる。この時点では、医師会は民間医療保険の拡大を積極的に支持するという立場（従来は医療保険そのものに反対）に立つようになり、労働組合も、実現しない公的医療保険の次善の策として民間保険を支持するようになった。そして、1950年代以降、民間医療保険の急速な拡大と営利化が起こることになる（山岸：72-92）。

その後、1960年代の民主党ジョンソン大統領の「偉大な社会」計画の一環として、1965年について貧困者向けのメディケアと高齢者、障害者向けのメディケイドという部分的な公的医療制度が成立することとなる（山岸：108-114）。

それ以降も、民間保険に加入しない、または加入できない者が多数存在する状況の中で、民主党側からの皆保険を目指す試みは持続する。特に、1993年にクリントン政権が①皆保険の確立、②平易なシステムの形成、③医療費の削減、④患者や医師の選択の自由の確保、⑤医療の質の確保、⑥市民の責任感の育成という六つの原則を前提に、雇用者に被用者への医療保険の提供を義務付けることを中心にした法案を1993年に提出するが、医師会や民間保険業界が反対しただけでなく、労働組合が雇用主提供保険の現状維持を志向して消極的な態度をとり、全米退職者協会がメディケアを優先して支持しないなどの事情もあり、未成立に終わってしまった（山岸：143-148）。

そして、ようやく最近、民主党オバマ政権のもとで2010年3月にアメリカの全市民に保険加入を義務付ける患者保護及び医療費負担適正化法が成立するに至ったことは周知の通りである。下院での票差はわずか7票であった。この改革は、既存の雇用主提供保険はそのまま残し、無保険者にはメディケイドの受給資格を緩和することで公的保険に加入させ、さらにはその受給資格を満たさない人々には公的補助金を提供する（そして加入を拒否する者へ罰金を科す）ことで民間医療保険に加入させ、皆保険をめざすものであった。

今回実現した仕組みは民間保険を活用した事実上の国民皆保険ではあるが、公的医療保険の創設は社会主義的医療という批判の前に今回も実現しなかった。しかも、26にのぼる州が、今回の制度ですら、主に個人加入義務化とメディケイドの強制的拡大（州に対して）は違憲だという訴訟を提起することとなった。

2012年6月28日にアメリカ合衆国最高裁判所が下した判決は、メディケイドの州への拡大強制については違憲（7対2）とする一方で、改革法の最も重要な部分であった個人加入義務化についてはわずか一票差（5対4）で合憲とするものであった。しかも、後者の合憲の根拠は、州際通商条項ではなく連邦政府の「一般の福祉」のための課税権の範囲で認められる（罰金を税金とみなす）という危うい判決であった（山岸：第6章）。

三 日本における医療保険制度の変遷と準市場の導入・定着

以上で見てきた事例と比較しながら、日本の事例を見てみよう。

日本での最初の福祉立法といわれる1911年の工場法（施行は1916年）に続いて、1922年に非西欧で最初の社会保険といわれる健康保険法が成立した（関東大震災のために施行は1927年まで延期された）。

それまでの過程で、普通選挙制を見越して労働者層へと選挙基盤を拡大することを狙った憲政会が、1920年、1921年に疾病保険法案を国会に提出した（審議未了）こと、1920年8月に農商務省工務局に設置された労働課が中心となって健康保険法要綱案の立法作業を行っていたことに示されるように、第一次世界大戦後の緊迫する労使関係などの社会情勢を政治家や行政が受け止めて先取りの対応したといえる。この法案は、「当時の進歩的官僚の主導によるドイツなどの疾病保険制度にならった新立法であったために、労資ともにその問題点や影響をすぐつかみ切れなかった」（吉原：41）という状況の中で、議会に提出されてからわずか10日余りの間にたいした論議もなく成立した。

健康保険法の概要は以下の通りであった（菅谷1987：61）。

- ①工場法や鉱業法の適用を受ける事業に使用されているもので、一年の報酬1200円以下のものを強制加入被保険者とする。
- ②保険者は政府ならびに法人である健康保険組合とし、常時100人以上

の被保険者を使用する事業主は健康保険組合を設立でき、常時 500 人以上を使用する事業主は健保組合の設立を強制される。

- ③保険給付は、被保険者の疾病・負傷・死亡・分娩にたいして行われる。
- ④健保組合に限り、家族にたいして保険給付の一部（家族給付）を給付することができる。
- ⑤国庫は被保険者一人当たり年 2 円の割合で保険事業に要する費用の一部を補助する。
- ⑥保険料は原則として労使折半とするが、被保険者の負担率は標準日給の 3% を越えてはならない。
- ⑦保険者は被保険者の健康保持のための施設をつくることができる。

成立過程はあっけなかったが、1922 年の健康保険法は、グレゴリー・カザが指摘するようにその後の日本の医療制度の原型、さらには福祉システム全体の原型を据えることになったという意味で重要な意義をもつ。

「社会保険に基礎を置いた政策が好まれること、(保険主義という原則に反するにもかかわらず)政府が一般会計から補完的な支出を行うこと、雇用主と労働者がともに拠出すること、被保険者団体がかかる医師を選択することができること、本質的に公的なプログラムを民間大企業内の健保組合が管理するといった、後に続く日本の福祉システムの仕組みの多くは、この法に起源をもつ」(カザ: 23)。

こうした日本の医療制度の原型は、すでに 18 世紀の中ごろまでに形成されており現在まで日本の医療制度の基底にあるといわれる「自由開業医制」を前提にして、社会保険によって被保険者に対して医療費を保障するものであり、保険者を通じて医師の選択を可能にしているので準市場といえることができる。もちろん、被保険者は全人口の 3% 弱にとどまっていたこと、「ドイツのように労働者が健保の運営に参画することがまったく認められていなかった」ために被保険者の医師選択権がどの程度実質的なものであったかは不明であることなどの問題点はあるが(菅谷 1987: 68-69)、諸条件を整えば準市場へと展開しうる骨格を備えているといえよう。

次の展開は、恐慌下における農村医療問題の深刻化や、準戦時体制のもとで「国民体力の向上」のために 1938 年 1 月 1 日に厚生省が設立されたことなどを背景に、1938 年 4 月に国民健康保険法が成立したことである。内務大臣の説明要旨は次のように述べていた。「最近における農山漁村住民、

都市中小工業者などの疲弊は深刻なるものがあり、斯かる人々にとって医療費は相当経済的重圧となっているのであります。此の医療費問題を根本的に解決するには共同の力と平素の用意とにより保険組織を持って最良の策たることを認め、国民健康保険制度案を作成」しました（菅谷：89）。

農山漁村の住民など一般国民を対象とした保険であることが最大の特色であったが、内務省社会局が主張した強制加入は採用されず、衛生局が主張した任意加入が採用された。その概略は次の通りである（吉原：73-74）。

- ① 保険者は健康保険組合であり、市町村の区域を単位にそこに居住する世帯主を組合員とする普通組合と、同一の事業または同種の業務に従事する者を任意加入の組合員とする特別組合がある。
- ② 非本件者は組合の組合員及びその世帯員とする。
- ③ 保険給付は疾病及び負傷に対する療養の給付、分娩に対する助産の給付、死亡に対する葬祭の給付とする。助産及び総裁の給付は任意とする。
- ④ 組合は組合員より保険料を徴収する。療養については給付を受けた者から一部負担金を徴収することができる。（自己負担は3割から5割だったといわれる）
- ⑤ 国、都道府県及び市町村は予算の範囲内で組合に対し補助金を交付する。
- ⑥ 営利を目的としない社団法人でその社員のために医療施設を行う者は地方長官の許可を受けて組合の事業を行うことができる。

立法過程では、1934年に要綱案が発表されて以降、大きな反響を呼び、賛成反対の論争が展開された。特に、反対する医師会側から、「①産業組合の医療利用組合をして国民健康保険制度を代行せしむるときは、これまでも医療利用組合によって打撃を蒙っていた開業医が一層の打撃を受けること、②国民健康保険組合が個人医と契約する場合には、医療費の低下とこれに伴う医療内容の低下を来すから個人契約を廃し、医師会と団体契約をなすべきことの二点」が強く主張されたことが注目される（菅谷1987：88-89, 吉原：72）。

これは、すでに多くの医療施設を経営していた産業組合が健康保険組合の代行を認めるかどうかという点をめぐっての医師会と産業組合との対立を背景にしていた。ここからは、開業医や医療機関の間の競争が激しくなっていることが伺えるので、保険者（引いては被保険者）による医師の選択権がかなり実質化していたと推測される。

任意加入として始まった国民健康保険であるが、1941年には2013組合、被保険者数672万人まで拡大し、1942年の改正で、普通組合、特別組合、代行組合を問わず、国保組合の強制設立・強制加入の規定が導入されることになる。そして、戦争末期の1944年には、保険者数10331、被保険者数4048万人にまで拡大している。敗戦時には、全国10600市町村のうち10343市町村に国保組合が設立されていた。ただし、医療品や人材の不足で制度の実質は急速に失われていった（吉原：107）。

敗戦直後もしばらくの間、制度は危機状態に陥り、組合数や被保険者数も大きく減少したが、占領軍GHQは1947年6月に制度の崩壊を防ぐための改革を政府に勧告した。それを受けて、1948年の国保法改正で、従来の組合主義を廃して市町村公営を原則とすることとされた。さらに、保険財政の危機を救うため、1951年には地方税法のなかに保険料を目的税とする国民健康保険税が創設され、保険料未納の防止が図られた。さらに、国保の事務費に対する国庫補助は1949年50%、1950年70%、1951年以降100%と引き上げられた。また、1953年の法改正で、これまで認められていなかった国保の給付費にたいする国庫補助も2割相当が実現し、国保保健婦の件費の三分の一も国庫補助されるようになった（これらは保険主義に対する重大な修正であった）。これによって、一時は2500万人前後に低迷していた被保険者数は1956年には3058万人にまで回復した（菅谷：182-190）。

他方、職域健康保険についても、1948年国家公務員共済組合法、1953年日雇労働者健康保険法、私立学校職員共済組合法、1954年市町村職員共済組合法などによる制度整備が進められた（菅谷：191）。

1950年代は、経済不況のなかで保険財政が危機となり、医療費引き下げや保険料値上げをめぐる激しい対立が展開された。そして、1957年の健保法改正によって、政管健康保険にたいする国庫補助金の繰り入れを明確化する反面、保険料の算定の基礎となる標準報酬月額を引き上げ、外来初診料と入院料についての自己負担の導入が行われた。なお、この改正をめぐる論議の過程で、「国民皆保険」の計画が表面化することになった。

このなかでは、5人未満事業所の被用者を職域保険に入れるか国保に入れるかをめぐっての対立はあったものの、労資、自民党、社会党、医師会などの間には国民皆保険に関して異論は見られなかったという。

新国民健康保険法は1958年12月に成立し、1959年1月から施行された。その概要は次の通りである（吉原：164-167）。

- ①国民健康保険は、従来のような市町村の任意の固有事務から国からの団体委任事務に変わり、全市町村に国民健康保険事業の実施を義務付ける。
- ②職域保険などの被保険者とその被扶養者を除き、市町村の区域内に住所を有する者はすべて国民健康保険の強制被保険者とする。5人未満の零細企業者の被用者も国民健康保険の被保険者とする。
- ③給付割合は、一律最低5割（自己負担5割）と法定し、給付の機関や範囲も含めて市町村が財政の充実とともに漸次内容の向上を図る。
- ④従来は国民健康保険に対する国庫補助は都市部に対して少なかったが、新法では国の財政責任を明確にするため、療養給付に対する国家補助を国庫負担に改め、これとは別に療養給付費に対する5分相当額の調整交付金を創設し、さらに事務費も補助金から負担金に改める（これにより大都市部にも最低2割の負担金が交付される）。

これにより、1961年4月の時点で、奄美大島の1町5村を除き国保の全国的普及が達成され、保険者数は3670、被保険者数は4900万人に達した。他方で、1956年公共企業体等共済組合法、1958年農業漁業団体職員共済組合法、1962年地方公務員共済組合法など職域保険も整備され、各種保険の分立、不均衡という問題を孕みつつも医療における国民皆保険（図表1を参照）が達成されたわけである（吉原：167-168）。

以上の経過を振り返ってみれば、ドイツやイギリスと同様に、まずは社会保険型の医療制度が成立したこと自体はむしろ自然な展開だったと思われる。その際に、社会的秩序の維持を優先する国家官僚の主導性が強かった点が日本の特徴として指摘できるだろう。市町村の直営による国民健康保険組合の運営という独特の方式が採用されたことも、行政主導の表れの一つと考えられる。さらに、療養給付にまで国家補助が導入されていた点についても、経済水準の低さからくる財政危機によるものであると同時に、保険組合の自律性の弱さ、行政への従属、依存という日本のシステムの特色を示すものといえる。

他方、日本においてイギリスのような医療供給の国営化、公共型への転換が起こらなかった点については、開業医を基盤とする医師会（1906年郡

市区、道府県医師会が法定、1923年日本医師会が法定）の発言力が強かったことに加えて、医療の国営化を推進するような社会民主主義勢力の台頭と社会民主主義政権の成立が起こらなかったということが最大の理由だと考えられる。

とはいえ、1930年代において産業組合法に基づく医療利用組合の急速な拡大がみられ、その代表的指導者である賀川豊彦が、「協同組合を基礎とする医療（診療所・病院）の普及によって、医療の資本主義的形態である開業医制から医師を解放し、医療行為に専念することができる条件を作り出す医療の非営利化（脱商品化）運動」を提唱していたこと、そして最終的には「医療国営」を目指していたことは注目すべき動向である。もちろん医療の非営利化や国営化は実現しなかったが、こうした医療利用組合の急拡大は、農村も含めて全市町村を区域とする健康保険制度が導入され急速に拡大していった背景として重要であった（高岡：82-83）。

こうして、意識的なモデルの選択というよりも、事態の展開のなかでの自然な帰結として準市場に当たる制度が日本において導入され定着していったというのが実態であると考えられる。それだけに、準市場という仕組みの固有の機能や特徴についての意識は不十分なまま推移してきたともいえる。

四 日本における準市場の展開

1961年に準市場に基づく医療の国民皆保険が実現して以降も、貧困層などの特定の階層のみを対象としていた福祉分野においては戦後直後に確立されたいわゆる措置制度が基軸となっていた⁴⁾。そこでは、利用者は福祉サービスの現物給付は与えられても選択権や異議申し立ての権利はほとんどなかった。また民間サービス供給者に関しては厳しい参入規制が存在していた。

しかし、福祉サービスの普遍化を背景にして、1990年代以降、保育、高齢者介護、障害者福祉などの分野に次々と準市場が導入されるという展開が生まれる。ここで、それぞれの個別の成立過程を検討することはできないが、その展開における決定的な突破口となった公的介護保険制度の導

4) 措置制度およびそれと連動する公益法人の主務官庁制について以下のものを参照。後2015、新藤、中井、成瀬、古川1991、1997、堀など。

入に関しては簡単に触れておきたい。

ドイツと日本の介護保険の成立過程を比較研究したキャンベルは、もし1994年の国民福祉税案が実現していれば、直営方式が採用された可能性が高いとしている。「もし税によって運営するという計画が成功したら、日本はほぼ確実に社会保険に移行するよりも、北欧モデルの長期的ケアの道に留まっただろう」（キャンベル：260-261）。

しかし、仮に財源調達方式が社会保険でなく税となったとしても、膨大な介護サービスの供給体制を行政直営で整備するという方式が日本で支持される可能性があったとは考えられない。キャンベルは、ドイツと比べて日本には「施設とコミュニティの両方のケアを直接提供する実質的な基盤があった」（キャンベル：260）ことを強調しているが、日本では、措置委託制度を通じて民間事業者＝公益法人を活用する伝統もまた強かったことを軽視しているのは間違いである。

なお、財源における税方式が供給の直営方式とセットであり、社会保険方式が準市場とセットだというキャンベルの議論でも前提になっている考え方は、従来の傾向としては概ね事実であったとしても、税方式で提供される公共サービスに準市場を採用するというのは、すでに紹介したフリードマンやルグランの議論からも明らかなように、原理的にはまったく矛盾しないことには注意を喚起しておきたい。

では、介護保険の立案過程（これは2000年の社会福祉法に結実する社会福祉基礎構造改革の進行と重なっていた）ではどのような議論がなされていたのであろうか。

当時の厚生省の担当者が、「今日の介護保険制度に直接つながる制度設計の考え方を最も良く示している」と位置付けるのは1994年12月に取りまとめられた「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」である（香取：3）。

この報告では、システムの基本理念として「高齢者の自立支援」を掲げ、①高齢者自身による選択、②介護サービスの一元化、③ケアマネジメントの確立、④社会保険方式の導入という4つの基本的考え方を提示している。

①に関しては、「高齢者が自らの意思に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することが基本。このため、介護サービスの提供は、高齢者とサービス提供機関の間の契約方式によることを原則とすべき」と述べられている。

これに関連して、公費（措置）方式ではなく社会保険方式を採用すべき理由として、①高齢者によるサービス選択に資すること、②サービス受給の権利的性格が強いこと、③ニーズに応じてサービス供給を拡大させる機能があること、④負担と受益の関係が明確で、国民の理解につながりやすいこと、が挙げられている。

さらに、「利用者本位のサービス提供」を実現するために、次のように「多元的なサービス提供主体と市場メカニズムの意義」が強調されている。

「利用者にとっては、多様で良質なサービスが豊富に提供されることが望ましいが、そのためには地域の非営利組織による活動やボランティアグループ、シルバービジネスといった多様な主体が、それぞれの特性に合ったサービスを提供していくことが望まれる。

そして、多様な事業主体が介護の現場に参加し、利用者のニーズを汲み上げながら、サービスの質の向上やコストの合理化をめぐって健全な競争を展開していく方向を目指すことが適切である。市場メカニズムを活用したシステムは、多様な資金調達のを開き、サービス基盤調整を促進することにもつながるものと期待される。

ただし、介護サービスの特性を踏まえ、市場メカニズムを補完する仕組みを整備する必要がある。介護に関する高齢者のニーズを客観的に評価する態勢を整備するとともに、サービスに関する情報の提供やサービス内容とその質に関する第三者による評価、高齢者が不利益を被った場合に苦情を申し立てることができる仕組みの整備が求められる。」

こうした記述から伺われるのは、バウチャーないし準市場という言葉こそ用いられていないものの、準市場という制度の基本的構造と特質について明確な認識が存在しているということである。

こうした認識は、同時期に進行していた社会福祉基礎構造改革においても当然ながら共有されていた。

中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会の「社会福祉基礎構造改革について（中間まとめ）」（1998年6月17日）が示した改革の基本的方向は次のようなものであった（角谷：164）。

- ①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立
- ②個人の多様な需要への地域での総合的な支援
- ③幅広い需要にこたえる多様な主体の参入促進

- ④信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の向上（ここでは市場原理の活用が明言されている）
- ⑤情報公開等による事業運営の透明性の確保
- ⑥増大する費用の公平かつ公正な負担
- ⑦住民の積極的な参加による福祉の文化の創造

医療制度においてすでに採用されていた準市場という仕組みを他の分野へも拡大するという意識がどこまで明確であったかは確認できないが、この後、準市場に相当する仕組みが保育、高齢者介護、障害者福祉、保育所、幼稚園の分野に次々と導入されていくことになる（なお、利用者の側について言えば、準市場という仕組みは、医療制度ですでに経験していたために利用するうえでそれほど理解しにくいものではなかったのではないかと推測される）。

以下では、それぞれの分野における準市場の概略を確認しておこう。

まず、1997年の児童福祉法改正で導入された保育所の利用制度では、保護者が市町村に対して保育所の選択を含む利用の申請を行い、市町村は保育要件が確認されればその申請に応じることが義務付けられる。この場合、保護者と保育所との間には契約関係はなく、むしろ市町村と保育所との間で委託契約が結ばれ、それに基づいて市町村から保育所に保育費用が支弁される。市町村は保護者から費用の一部を徴収する。利用者と保育所との間での契約関係がないという意味では準市場になり切っていないが、利用者が選択権を持ち、それに伴って保育所間に競争が生じる（公的資金は保育する児童の数に連動する）ので「準市場の要素が導入された」（佐橋：101）と云うる。

とはいえ、この時点での保育所への準市場の導入が不徹底に終わった背景として、「保育問題検討会報告書」（1994年1月19日）が、保育所制度の見直しの方向として、措置制度を維持する考え方と、「市町村を介さないで、保護者が希望する保育所との直接契約で入所できる直接入所制度を導入すべきである」という考え方の両論併記であったことが指摘できる（全国老人福祉問題研究会：71-72）。在宅介護については既存事業者があまり存在していなかった介護保険と異なり、保育分野では社会福祉法人などの既存事業者の反対が根強かったことが推測される。

なお、保育所間の競争に関わって、従来は社会福祉事業法において保育所は第二種社会福祉事業として位置づけられており、法的には社会福祉法人以外でもその実施が可能であったが、1963年の厚生省通知により原則として地方公共団体か社会福祉法人による運営が求められてきていたために競争は厳しく制限されていた。しかし、2000年3月の厚生省通知により、待機児童の解消を主目的とした規制の緩和が認められ、株式会社も含む社会福祉法人以外の者による保育所の設置が可能になった。しかし、社会福祉法人以外に保育所を認可する自治体は例外的なものに止まり、あとで紹介する2015年からの新制度実施に至るまで、社会福祉法人以外への参入規制が実質的な競争を制約する状況は大きくは変わらなかった（佐橋：100-116、古川1991）。

次に、1997年12月に成立し2000年から実施された公的介護保険法であるが、これは特に新しく本格的に事業化された居宅介護サービスを中心に典型的に準市場が導入された事例である。

市町村が運営主体＝保険者となり、40歳以上の国民が保険料納付義務を負う被保険者となり、65歳以上の被保険者が要介護認定を受けるとサービスの利用が可能となる（税でなく社会保険制度が採用された理由として利用者の権利性を明確にするという狙いがあった）。利用者は費用の1割を負担し、要介護度に応じた保険給付の上限まで9割公費負担でサービスを利用できる。

サービスの提供は、知事から指定事業者の指定を受けた事業者が行うが、どの事業者からサービスの提供を受けるかは利用者が選択でき、利用者と事業者の間で契約が結ばれる。事業者は利用者の要介護度に応じ、利用者の承諾を得て介護サービス計画を作成し、それに基づいてサービスを提供する。

選択と競争の実質化という点から見た一つの問題点は、居宅介護分野に関しては株式会社も含めて多様な供給主体が参入できるが、3施設といわれる介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に関しては、社会福祉法人のみに参入が制限されているということである（堀：145、佐橋117-140）。

次に、2003年からスタートした障害者福祉における支援費制度では、利用希望者（障害児の場合はその保護者）は、主に市町村から情報収集を行い、自らに必要なサービスを特定し、市町村に支給申請を行う。次に、

市町村は申請にしたがって支給決定を行い、受給者証を交付する。支給決定を受けた申請者は、受給者証を提示して指定事業者・施設と直接契約を結び、サービスの利用を開始する。サービスの利用者は、本人・扶養義務者の支払い能力に応じて定められた額を事業者等に支払う。同時にサービスの提供者は利用者負担分以外の費用を市町村に請求する。市町村は、その請求を審査した後、提供者に支払うことになる。指定事業者については社会福祉法人以外の参入も自由となっている。

支援費制度においては、施設訓練等支援費は都道府県（福祉事務所を設置しない町村の場合）または市が4分の1を、国が2分の1を負担し、居宅生活支援費は都道府県が4分の1以内を、国が2分の1以内を補助できることとされている。要するに、支援費の場合は、利用者負担分以外の公費については税によって賄われることになっている（佐橋：146）。

2006年に制定された障害者自立支援法では、支援費制度を継承しつつ、障害の種別毎に身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法によって個別に提供されていたサービスを共通の制度のもとに統一的に提供することとした。費用の9割は市町村が負担し（利用者負担は1割）、市町村の費用の4分の1を都道府県が、2分の1を国が負担することとなった。この制度の骨格は2012年の障害者総合支援法にも継承されている。

最後に、2012年に成立した子ども・子育て3法に基づいて2015年4月から施行される子ども・子育て支援新制度においては、認定こども園、幼稚園、保育所を通じた「施設型給付」、および小規模保育などへの「地域型保育給付」が利用者の条件に応じて給付され（施設が法定代理受領する）、利用者は施設を選択し所得に応じた保育料を支払ってサービスを利用する。従来から幼稚園については、利用者が市町村から「幼稚園就園奨励費」という補助金を受け、幼稚園との間で契約を結んで保育料を払ってサービスを利用してきたが、今後は保育所についても利用者が保育所と契約を結んでサービスを利用する。

ただし、児童福祉法第24条において、保育所における保育は市町村が実施することとされているため、私立保育所における保育の費用は施設型給付でなく、市町村が施設に対して保育に要する費用を委託費として支払う形をとる。この場合の契約は市町村と利用者との間の契約となるが、実質的には利用者の選択権は存在するといえる。

供給者間の競争に関して言えば、新制度においては私立保育所の運営主体は社会福祉法人、学校法人以外でも「供給過剰による需給調整が必要な場合を除き」認可することとなり、事実上参入が自由化されるという大きな転換が実現したものの、私立幼稚園についての学校法人以外への参入規制が維持されただけでなく、認定こども園についても、学校法人、社会福祉法人のみに設置主体が限定された。

このように、医療における医療法人以外への参入規制と並んで、教育における参入規制が維持されたことは、日本における準市場独特の重大な問題点、つまり主務官庁制のもとの特定公益法人に対して行政統制とセットで参入独占を保障するというシステムが依然として崩れなかったということの意味する（後 2014、内閣府子ども・子育て支援新制度施行準備室）。

おわりに

これまで見てきたように、日本においては 1922 年の健康保険法において、固有の制度としての認識はなかったものの市場を維持しつつ個人に対して医療費を補助する社会保険を導入することによって事実上の準市場が導入された。

しかし、福祉や教育などの分野では第二次大戦後も措置制度のもとで利用者の選択権は否定され、供給者間の競争も排除されてきた。

しかし、1990 年代に入って以降、公共サービス改革（とりわけ社会福祉基礎構造改革）の展開の中で、保育所、高齢者介護、障害者福祉へと準市場が次々に導入されていき、残る主要な分野としては小中学校⁵⁾のみと言える状況となっている（国公立の幼稚園、高校、大学については以前から制度としては準市場と言いうる）。もちろん、他の諸国での事例のように、雇用と訓練、防犯、環境保護、住宅、交通などの多様な分野での活用も検討課題とすべきである。

5) 文部省通知「通学区域制度の弾力的運用について」（1997 年 1 月 27 日）や 2003 年 3 月 31 日の学校教育法施行規則の一部改正によって「学校選択制」が推進されており、また、2004 年の地方教育行政の組織および運営に関する法律の改正によって導入されたコミュニティ・スクール（学校運営協議会制度）によって教育委員会から学校への権限移譲が可能になったため、両方を併用する自治体においては、生徒数に応じた資金配分という点を除いて準市場に近い仕組みを導入することが可能になっている（石垣）。

こうした展開のなかで、バウチャーないし準市場という言葉が明示されるかどうかにかかわらず、制度の基本構造と特質についての認識は関係者において広く共有されるに至っていると言ってもよいだろう。

しかし、他方で、準市場という言葉が十分普及していないことが、今や多様な分野において準市場という共通の制度が導入されているという明確な認識が成立することを妨げ、引いては多様な分野の準市場の比較研究を成立しにくくしているという点も無視できない。

今後は、ルグランらの準市場研究やアメリカでのバウチャー研究を参照しつつ、日本における多様な分野の準市場の実態（とりわけ準市場の導入の利用者や供給者への影響）を検討し、より良い公共サービスを実現するための具体的な制度設計の改善を提言するような研究が必要であり、かつ可能になっていると思われる⁶⁾。

付言すれば、日本における準市場の改善において、市場メカニズムの作動を歪めている主務官庁制のもとでの公益法人に当該分野への参入を独占させている体制の打破は最も重要な改革課題の一つである（後 2009、2015b）。

（付記）本稿は、次の論文を大幅に再構成し加筆したものである。後房雄「日本における準市場の起源と展開—医療から福祉へ、さらに教育へ」、RIETI Discussion Paper Series 15-J-022、2015 年。

参考文献

- 足立正樹編（1990）『福祉国家の歴史と展望』法律文化社。
飯田洋介（2015）『ビスマルク』中公新書。
池上直己、J.C. キャンベル（1996）『日本の医療』中公新書。
石垣智宏（2014-16）「公教育におけるバウチャー制度導入の効果（1）～（8）」、名古屋大学『法政論集』第 259 号～ 267 号、2014 年～ 2016 年。
岩井克人（2009）『会社はこれからどうなるのか』平凡社。

6) 佐橋克彦の 2006 年の研究は、保育、介護、支援費の 3 分野の準市場の実態を詳細に比較分析した先駆的研究であるが、具体的な問題点を数多く指摘しながら、それを制度設計の改善提案へとつなげるのではなく、一気に市場による「福祉サービス」への原理的批判へと議論を飛躍させていることが惜まれる。この点では、八代尚宏の一連の研究が有益である（八代 2003、2011、2013）。

- 後房雄（2009）「福祉国家の再編成と新自由主義——ワークフェアと準市場」、日本行政学会編『変貌する行政（年報行政研究 44）』ぎょうせい。
- 後房雄（2009）『NPO は公共サービスを担えるか』法律文化社。
- 後房雄（2014）『「準市場」論から見た子ども・子育てシステム改革』、日本教育政策学会編『教育ガバナンスの形態』八月書館。
- 後房雄（2015a）「日本における準市場の起源と展開—医療から福祉へ、さらに教育へ」、RIETI Discussion Paper Series 15-J-022。
- 後房雄（2015b）「公共サービス改革の進展とサードセクター組織—社団法人、財団法人の新たな展開」、RIETI Discussion Paper Series 15-J-023。
- 鶴浦裕（2001）『チャーター・スクール アメリカ公教育における独立運動』勁草書房。
- 遠藤久夫（2008）「わが国の医療提供システムと準市場」、『季刊社会保障研究』第 44 巻第 1 号。
- カザ、J・グレゴリー（堀江孝司訳）（2014）『国際比較でみる日本の福祉国家』ミネルヴァ書房。
- 柏木恵（2014）『英国の国営医療改革 プレア＝ブラウン政権の福祉国家再編政策』日本評論社。
- 香取照幸（1999）「我が国の介護保険制度の特質と成立過程」、『保険医療科学』第 48 巻第 1 号。
- キャンベル、ジョン・クレイトン（2012）「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」、『社会科学研究』第 60 巻第 2 号。
- 訓覇法子（2002）『アプローチとしての福祉社会システム論』法律文化社。
- 郡司篤晃（2009）「医療・福祉の準市場改革」、『季刊・社会保障研究』第 44 巻第 4 号。
- 黒崎勲（2004）『新しいタイプの公立学校 コミュニティ・スクール立案過程と選択による学校改革』同時代社。
- クーンズ、J. E., S.D. シュガーマン（白石裕監訳）（1998）『学校の選択』玉川大学出版会。
- 駒村康平（1995）「英国における社会サービスへの市場メカニズム導入政策の研究体系—Quasi-markets 研究の紹介」、『海外社会保障情報』第 112 号。
- 駒村康平（1999）「介護保険、社会福祉基礎構造改革と準市場原理」、『季刊社会保障研究』第 35 巻第 3 号。
- 駒村康平（2004）「疑似市場論—社会福祉基礎構造改革と介護保険に与えた影響」、渋谷博史／平岡公一編著『福祉の市場化をみる眼』ミネルヴァ書房。
- 児山正史（1999）「公共サービスにおける利用者の選択—準市場の分析枠組」、名古屋大学『法政論集』第 77 号。

論 説

- 児山正史（2004）「準市場の概念」、日本行政学会編『年報行政研究 39 ガバナンス論と行政学』ぎょうせい。
- 児山正史（2011）「イギリスにおける準市場の優劣論—ルゲランの主張と批判・応答」、『季刊行政管理研究』第 133 号。
- 児山正史（2014a）「準市場の優劣論とイギリスの学校選択の質・応答性への効果」、『人文社会論集（社会科学篇）』第 31 号。
- 児山正史（2014b）「準市場の優劣論とイギリスの学校選択の公平性・社会的包摂性への影響（1）」、『人文社会論集（社会科学篇）』第 32 号。
- 児山正史（2015）「準市場の優劣論とイギリスの学校選択の公平性・社会的包摂性への影響（2）」、『人文社会論集（社会科学篇）』第 33 号。
- 佐橋克彦（2006）『福祉サービスの準市場化 保育・介護・支援費制度の比較から』ミネルヴァ書房。
- 佐藤卓利（2008）『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房。
- 島崎謙治（2011）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会。
- 新藤宗幸（1996）『福祉行政と官僚制』岩波書店。
- 菅谷章（1976）『日本医療制度史』三陽社。
- 菅谷章（1987）『日本社会政策史論 増補改訂』日本評論社。
- 須田木綿子（2011）『対人サービスの民営化 行政—営利—非営利の境界線』東信堂。
- 炭谷茂編著（2003）『社会福祉基礎構造改革の視座』ぎょうせい。
- セイン、パット（深澤和子・深澤敦監訳）（2000）『イギリス福祉国家の社会史』ミネルヴァ書房。
- 高岡裕之（2011）『総力戦体制と「福祉国家」』岩波書店。
- 武内和久・竹之下泰志（2009）『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』集英社新書。
- 内閣府子ども・子育て支援新制度施行準備室（2015）「子ども・子育て支援新制度について」
（<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/pdf/setsumeiji.pdf>）
- 中井健一（2009）「続・戦後日本社会福祉論争史 その3 措置制度論争」、『東邦学誌』第 38 巻第 2 号。
- 中静未知（1998）『医療保険の行政と政治』吉川弘文館。
- 成瀬龍夫（1997）「社会福祉措置制度の意義と課題」、『彦根論叢』第 309 号。
- ハイエク、F.H.（渡部茂訳）（1988）『新装版ハイエク全集第 10 巻 自由人の政治的秩序——法と立法と自由Ⅲ』春秋社。
- パリエ、ブルーノ（近藤純五郎監修／林昌宏訳）『医療制度改革』白水社。

- 広井良典（2000）「社会経済における社会福祉のグランドデザイン」、『月刊福祉』2000年第1号、全国社会福祉協議会。
- ヒル、マイケル／ゾーイ・アービング（埋橋孝文／矢野裕俊監訳）（2015）『イギリス社会政策講義』ミネルヴァ書房。
- 福田素生（2011）「医療保険の現状と改革」、斉藤純一ほか編『社会保障と福祉国家のゆくえ』ナカニシヤ書店。
- 古川孝順（1991）『児童福祉改革』誠信書房。
- 古川孝順（1997）『社会福祉のパラダイム転換』有斐閣。
- 古川孝順（1998）『社会福祉基礎構造改革』誠信書房。
- ペイン、トマス（西川正身訳）（1971）『人間の権利』岩波文庫。
- 堀勝洋（2009）『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房。
- 真野俊樹（2012）「社会保障と準市場の考え方」、『共済総合研究』第65号。
- ミル、J. S.（塩尻公明、木村健康訳）（1971）『自由論』岩波文庫。
- 八代尚宏（2003）『規制改革「法と経済学」からの提言』有斐閣。
- 八代尚宏（2011）『新自由主義の復権』中公新書。
- 八代尚宏（2013）『規制改革で何が変わるのか』ちくま新書。
- 嶺井正也・中川登志男（2007）『学校選択と教育バウチャー 教育格差と公立小・中学校の行方』八月書館。
- 山岸敬和（2014）『アメリカ医療制度の政治史』名古屋大学出版会。
- 吉原健二＋和田勝（2008）『日本医療保険制度【増補改訂版】』東洋経済新報社。
- リッター、G.A.（木谷勤ほか訳）（1993）『社会国家 その成立と発展』晃洋書房。
- Cave, Martin(2001)“Voucher Programmes and their Role in Distributing Public Services”, in *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 1/1. (<http://dx.doi.org/10.1787/budget-v1-art5-en>)
- Daniels, Ronald J. and Michael J. Trebilcock(2005)*Rethinking the Welfare State. The Prospect for Government by Voucher*, Routledge.
- Enlow, Robert C. and Lenore T. Ealy(ed.)(2006)*Liberty and Learning. Milton Friedman's Voucher idea at Fifty*, Cato Institute.
- Friedman, M.(1955)“The Role of Government in Education,” in R. Solo(ed.)*Economics and the Public Interest*, Rutgers University Press.
- Friedman, M.(1962)*Capitalism and Freedom*, University of Chicago Press. フリードマン、ミルトン（村井章子訳）（2008）『資本主義と自由』日経BP社（原著1962年）。
- Le Grand, J.(1991)“Quasi-Market and Social Policy,” in *The Economic Journal*, vol. 101.

- Le Grand, Julian and Will Bartlett (ed.) (1993) *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan.
- Le Grand, Julian (2003) *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press. ルグラン、ジュリアン (郡司篤晃監訳) (2008)『公共政策と人間 社会保障制度の準市場改革』聖学院大学出版会。
- Le Grand, Julian, Carol Propper and Robinson (1992) *The Economics of Social Problems. Third Edition*, Palgrave.
- Le Grand, Julian (2007) *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*, Princeton University Press. ルグラン、ジュリアン (後房雄訳) (2010)『準市場 もう一つの見えざる手 選択と競争による公共サービス』法律文化社。
- Le Grand, Julian, Carol Propper and Sarah Smith (2008) *The Economics of Social Problems. Fourth Edition*, Palgrave Macmillan.
- Osborne, David and Ted Gaebler (1992) *Reinventing Government*, Plume. オズボーン、デビッド、テッド・ゲブラー (高地高司訳) (1995)『行政革命』日本能率協会マネジメントセンター。
- Ritzen, Jozef M. M., Jan Van Dommelen and Frans J. De Vulder (1997) "School Finance and School Choice in Netherlands," in *Economics of Education Review*, vol. 16, no. 3.
- Salamon, Lester M. (ed.) (2002) *The Tools of Government*, Oxford University Press.
- Steuerle C. Eugene, Van Doorn Ooms, George Peterson and Robert D. Reischauer (ed.) (2000) *Vouchers and the Provision of Public Services*, Brookings Institution, Urban Institute.
- Williamson, Oliver E. (1975) *Markets and Hierarchies. Analysis and Antitrust Implications*, The Free Press, Macmillan. ウィリアムソン、オリバー (浅沼萬里、岩崎晃訳) (1980)『市場と企業組織』日本評論社。
- Witte, F. John (2000) *The Market Approach to Education. An Analysis of America's First Voucher Program*, Princeton University Press.