

医療の質の評価とアメリカの医療システム

石田 道彦

■ 要約

アメリカでは比較的早い時期から医療の質について関心が向けられてきた。アメリカの医療システムにおいては、連邦政府や州政府による公的規制に加えて、医師や医療機関による自主規制の仕組みが存在している。これらの多様な組織が、それぞれ固有の観点から医療の質の確保にとって重要な役割を果たしている。

■ キーワード

医療の質、同僚評価、自主規制

はじめに

アメリカの医療システムの特徴として、細部における過度の合理性、効率性の追求と大局における非合理性、非効率性が指摘されることがある¹⁾。前者の例としてはDRGの開発を、後者の例としては国民すべてをカバーする医療保険制度の欠如をあげるのが適当であろう。また、これに加えて制度の複雑性もアメリカ医療の特徴として指摘することができるだろう。頻繁な制度の改廃や各種民間保険の分立、多様な利害関係者の存在が医療制度の複雑性を増大させている。

このようなアメリカの医療システムを理解するには何らかのサーチライトを必要とする。試みに医療法(Health Law)というタイトルのケースブック(アメリカのロースクールで使用される教科書)を繙くと、医療の質の確保を基軸に、複雑な諸制度について体系的な叙述がなされていることが注目される²⁾。

アメリカでは比較的早い時期から医療の質の評

価やコントロールに関する研究が盛んである。アメリカ医療に関する研究のうち、わが国に有益な示唆をもたらす可能性のある数少ないものの一つが、サービスの質に関する研究であるとの指摘さえある³⁾。

本稿もまたこの「医療の質」を手がかりに、複雑なアメリカの医療制度を検討することにしたい⁴⁾。医療の質を確保するための諸制度は、公的規制をとっていても連邦法と州法上の規制に分かれており、さらに各種民間団体による自主的規制が存在するなど多様な仕組みから構成されている。紙幅の都合上、本稿では、民間の規制として病院の利用権審査と民間団体による認定制度、公的規制として州の医師免許審査会、メディケアPRO、全米医療従事者データバンクを取り上げることにしたい⁵⁾。これらの検討を通じて、本稿ではアメリカにおける医療サービスの質の評価主体と評価の視点の多様性を明らかにしたいと考える。

I 医療サービスの質の評価

1. 医療の質

アメリカでは医療へのアクセスの平等が軽視された代わりに研究開発に力を注ぎ、国民の健康水準の向上を図る政策が行われてきた⁶⁾。また、これに呼応して比較的早い時期から医療の質に関する研究が進められてきた。とくに近年は産業分野での品質管理の手法を取り入れた医療の質のコントロールの研究が盛んである。

医療の質とは何を指すのであろうか。合衆国医学研究所 (Institute of Medicine) では、医療の質を次のように定義づけている。「医療の質とは、個人や一定の集団に向けられた医療サービスが望ましい結果をもたらす可能性を高めている程度であり、現在の専門的知識と一致している程度である。」⁷⁾

医療の質の研究に強い影響力をもつドナベディアン (Donabedian) によれば、このような疾病への診療技術の適用といった技術的側面に加えて、医師と患者の間の対人関係的側面や医療機関のアメニティも医療の質に含まれるとされる⁸⁾。診療過程における医師と患者とのやりとりにおいては、社会的規範、専門家の倫理規範、患者の期待などへの適合の程度が問題となる。

2. 医療の質の評価の視点

医療サービスを評価する視点として、ドナベディアンがすでに40年前に提唱した「構造」、「プロセス」、「結果」という三つの指標があげられることが多い。最近の合衆国医学研究所の報告書では近年の動向も含めて次のように説明している⁹⁾。

(1) 構造 第一の「構造」とは、病院の設備や医療従事者の配置、医療従事者の資格の有無などに対する評価である。評価の対象が形をとってあらわれているため、判断が容易である。また、こうした条件に問題が多い場合、サービスの内容にも問題がある可能性が高いと考えられるため、

これまで行政機関や民間の認定機関による評価の手段として用いられてきた。医療機関に対する州政府の許可制度や医療従事者に対する免許制度などは、このような観点に立つ制度といえる。

(2) プロセス 第二は、診療行為や疾病管理などサービスの提供過程に焦点を当てた評価である。診断の正確性や、治療方法の選択、治療の際に発生したトラブルへの対処などが問題となる。また、このような技術的側面に加えて、医療サービスの対人関係的側面 (患者への情報提供、患者による質問への対応など) や時間的な適切性も評価の際の考慮の対象となる。このようなプロセスが誤っている場合、何らかの形で患者に危害が及ぼされる可能性が高く、プロセス面での評価は医療の質を測る上で重要な指標である。後述する民間の認定団体による評価では、このプロセスの評価に近年、力点が置かれるようになっている。

(3) 結果 第三は診療の結果に対する評価である。医療においては最終的に望ましい成果が求められているのであり、医療の質の究極の評価方法であるといえる。これまで、結果による評価として症状の改善の程度やリスク修正後の死亡率、感染率などがあげられてきた。また、治療やリハビリテーションによる身体機能の改善については患者自身の満足度も結果の評価に結びつく。しかし、この評価方法は患者を取り巻く環境や個々の患者の遺伝的条件などによって左右されるため、客観的な評価の指標とするには多くの問題が残されている。近年、医療保険財政庁 (Health Care Financing Administration) によるメディケア指定医療機関の審査や民間団体による認定評価においても、結果による評価を取り入れる試みがなされている¹⁰⁾。

II 医療従事者・医療機関による自主的規制

アメリカにおいては、医療従事者の自主規制を基礎とした制度が存在しており、医療に対する規

制の枠組みをとらえる上で無視することのできない要素となっている。以下では、病院の利用権審査制度、民間の認定団体を取り上げる。

1. 病院における利用権審査制度

(1) アメリカでは病院に勤務する医師の割合は非常に少なく、大半の医師は、患者の必要に応じて病院へ出向き、病院内の設備を利用して診療を行っている。ただし、これらの医師が病院の設備を利用するには、病院の利用権(staff privilege)を得ている必要がある。新たに病院施設の利用を希望する医師に対しては、暫定的な利用権を与えた上で、各病院内の審査委員会が審査を行う。委員会はすでに病院を利用している医師から構成されており、申請中の医師が一定の技能を有すると判断すると正式な利用権を与えることになる。いったん利用権が与えられた後も定期的に審査は行われる。利用権審査は、病院が医療サービスの内容をコントロールする手段であるとともに、同僚の医師が他の医師の能力を評価する同僚評価(peer review)としての性格も有している。

現在、いくつかの州法やJCAHOなど民間認定団体の評価基準では、医師の診療活動を審査するプログラムの設置を病院に求めている¹¹⁾。加えて近年は、医師に対して医療過誤訴訟が提起された場合、病院の使用者責任も追求されるため、利用権審査を通じた医師の質の確保に病院は力を入れるようになってきている¹²⁾。

(2) 利用権審査制度は医師に対する利用権の取消しをサンクションとする病院の自主規制として機能しているが、良質保障システムとしてみた場合、次のような限界がある¹³⁾。

第一に、利用権審査は最低限の質の確保を目的としたものであり、サービス内容の審査は最小限のものに限られる。従来、医師の利用権の取消しの理由としてあげられてきたのは、①医療事故を発生させたなど診療能力に問題がある、②薬

物中毒など診療活動の存続に問題がある、③患者への医療サービスに重大な影響を与えるほど他の医師との協調性を欠いている、などである¹⁴⁾。

第二に、利用権審査では、同僚である医師が審査を担当するために判断に歪みが生じているとされる。新たに利用権を申し込む医師に対する審査では、競争相手の出現を警戒して消極的な判断が生じやすいのに対し、すでに利用権を得た同僚の医師に対しては審査が緩やかになる傾向があるとされる。

第三に、適格性を欠いた医師の利用権を取り消したとしても、問題とされた医師は他の病院へ移って診療を続けることになる。つまり問題を病院の外へ移すだけであり、総合的な医療の質の向上に結びつくわけではない。

そして、この第二、第三の問題に対処するために「医療の質の改善に関する法律」が制定されることとなった。

(3) 利用権審査制度などの同僚審査は反競争的性格を有する場合があるために、しばしば審査にあたった医師が訴えられるという問題が生じていた¹⁵⁾。こうした事態に連邦議会も対応を求められることとなり、1986年に「医療の質の改善に関する法律(Health Care Quality Improvement Act、以下ではHCQIAと記す)」が制定された¹⁶⁾。

このHCQIAの規定は大きく二つに分かれる。第一は、良心的な同僚審査に対しては反トラスト法など連邦法上規定された損害賠償責任について免責を与えるというものである。免責規定の導入により同僚審査を促進し、適格性を欠いた医療従事者の発見、処罰を容易にすることをHCQIAは目的としている。免責が与えられる要件は、同僚審査が医療の質の向上を目的としたものであったこと、処罰の対象となった医師に対して告知聴聞手続の機会が保障されたことなどである¹⁷⁾。第二は全米医療従事者データベースの創設である。これについては後にふれる(III-3)。

2. 民間の認定団体

(1) アメリカでは、医師や医療機関の自主規制から発展した民間の認定団体が数多く存在している。医師については、外科医、緊急救命医、神経科医など専門分野ごとに現在25の認定団体があり、専門医の認定を行っている。認定専門医は一般の医師と比べて報酬や社会的地位が高い。認定の取得により、医師は患者からの信用を高めることができることに加えて、病院の利用権の取得が容易になる、医療過誤保険料を低く押さえることができるなどのメリットを享受できる¹⁸⁾。

医療施設についても現在13の認定団体が存在している¹⁹⁾。なかでも医療機関合同認定委員会 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations、以下ではJCAHOと記す) は、病院、ナースিংホーム、在宅ケア事業者など約1万8千の医療機関に対して認定評価を実施しており、最大の認定団体である²⁰⁾。専門の医師、看護婦などから構成された専門の調査員による実地調査にもとづいて医療機関の評価が行われる。長らくJCAHOは施設の構造的条件を中心に評価を進めていたが、1990年代に入って、サービスのプロセスや結果も評価の対象として取り入れるようになっていく。また、認定記録の一部を公開するなど消費者や保険者、事業主に対する情報提供にも力を入れている。

このJCAHOの認定を取得した病院に対しては自動的に営業許可を認める州が存在しているほか、メディケアの指定医療機関とみなされることになっている²¹⁾。

(2) こうした専門の認定団体による評価・認定の仕組みは、医療従事者や医療機関に関して一定の質を保証し、消費者へ向けて表示するという機能を果たしている。認定団体の活動については、専門家による自主的な規制を通じて医療の質の確保に貢献しているとの評価がある一方、同業者による画一的な基準の形成により必要以上に競争を抑制しているとの批判も存在する²²⁾。

III 政府による規制

医療サービスが市場に全くゆだねられる性格のものでないことについては、アメリカでも大半の論者の見解は一致しているように思われる。ただし、政府による規制がいかなる領域で機能すべきかについては議論が分かれる。例えばJostは、政府による規制の役割として、①強制力を有した規制により適格性を欠いた医療従事者を排除し、最低限の質を確保する、②自主規制が反競争的な目的のために利用されないよう監視する、③メディケア、メディケイドを通じた最大の医療サービス購入者として、サービスの内容を監視する、④情報を収集、創出し、市場や自主規制を円滑に機能させる、などをあげている²³⁾。このように政府の役割は多様であるが、以下では州の免許審査会、メディケアPRO、医療従事者データベースを取り上げる。

1. 医師免許審査会

(1) 医師が州内で診療活動を行うためには、州の免許審査会 (medical licensure board) から開業免許を取得しなければならない²⁴⁾。免許制を採用する州の権限は、コミュニティの健康、安全、福祉を守る州の警察権限 (police power) にもとづくとされている²⁵⁾。ただし、医師会が提出した名簿の中から審査会のメンバーを知事が選ぶなど医師会の意向が強く反映される制度である²⁶⁾。

免許審査会は、州で新たに開業しようとする医師の技能に審査を加えることで医療サービスの最低限の質を維持することを目的としている。審査にあたっての判断材料は各州ほぼ共通しており、医学校の修了、卒後研修の実績、医師資格試験の成績、人格面での健全さなどが考慮される。

また免許審査会と懲戒委員会が併設されている州が多く、すでに免許を取得した医師が倫理綱領等に違反した場合には、その適格性が審査される。具体的には、問題のない環境であるにもかかわらず

医療ミスが繰り返されている場合、医療過誤を何度も発生させた場合、法律で禁じられた医療行為を行った場合などに懲罰手続が開始される²⁷⁾。1996年の時点で、処罰の対象となった医師が州内の医師総数に占める割合は、ミシシッピ0.97%、カリフォルニア0.43%、ニューヨーク0.59%となっており、州によりかなりの開きがある²⁸⁾。

(2) 免許審査会の機能は、適格性を欠いた医師を発見し、処罰を加える点にあり、平均的な医師の質の向上に関与するものではない。ただし、医師の質を維持するための何らかの仕組みが必要であると考えられており、アメリカの約半数の州では、免許の更新の際に、医学研修を受けることを義務づけている(例えばミシガン州の場合150時間の研修となっている)。もっとも、このような研修の受講だけでは医師の能力の維持に結びつかないとの批判もある²⁹⁾。

さらに現状の州免許審査会の運用では、実際に問題がある医師のうちのごく一部しか発見されていないとの指摘があり、最低限の質を現実に保証できているのかについても疑問が示されるようになってきている³⁰⁾。このため、より強力な監督を行う州もある。例えばフロリダ州では、医師会の影響を強く受ける免許審査会とは別に監督機関(Division of Medical Quality Assurance)を1988年に設置し、病院による医師の監督を強化させるとともに、医療事故などに関する報告を義務づけている³¹⁾。またニューヨーク州では、医師の再試験を9年ごとに実施する案まで提示されている³²⁾。

2. メディケアPRO

(1) 同僚審査機関(Utilization and Quality Control Peer Review Organization、以下ではPROと記す)は、メディケアによる医療費の支払いの適切性を審査する機関である³³⁾。メディケアでは1970年代に入ると医療支出の抑制が重要な政策課題となっていた。当初は、地域の医師による

審査組織が診療の適切性を審査するPSROs(Professional Standard Review Organizations)が導入された。しかし、期待された成果を上げることができずにPSROsは廃止され、1982年からPROプログラムが導入された。

PROは、医師や看護婦で構成される非営利法人である。連邦保健福祉省(Department of Health and Human Services)は、各州につき、一つのPROを選定し、3年間の契約を締結する。PROは、メディケア受給者に提供される医療サービスが、①医学的に必要なものであるか、②専門家が認めた医療の質の基準を満たしているか、③入院医療が経済的にみて適切に行われているかを審査する³⁴⁾。

(2) PROの審査過程は次のようになっている³⁵⁾。まずPROの審査員(通常、看護婦などの医療従事者)が、選び出された医療記録を審査する。不適切と思われる入院や早期退院を発見した場合、審査員はPROの担当医師へ記録を送付する。また、疑わしい点については医療機関や医師から説明を求めることになる。医療機関に問題があると判断された場合、専門の医師で構成されるPROの審査委員会へ記録が送られる。必要に応じて医療機関には改善計画の提出などが求められる。

問題点が改善されない場合、PROは連邦保健福祉省の監察局(Office of the Inspector General)に対して制裁措置の発動を求めることになる。監察局は、PROの手続は遵守されたか、違反行為は生じたのかなど判断した上で、メディケアによる償還払いの停止や罰金の賦課といった制裁を加える。

(3) PROの活動は三つの時期において変化している³⁶⁾。PROの前身であるPSROsの時期も含めて第一の時期(1972年から1983年まで)は、メディケアの医療支出の抑制に主眼が置かれた時期である。PROプログラムが導入された直後の1983年には、メディケアによる入院費支払いについて診断群別包括支払方式(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System: DRG/PPS)が導入され

ている。この時期のPROの任務は、DRGに従わない不正な診療が行われていないかを監視することであった。

第二の時期(1983年から1993年)に入ると、医療支出の抑制に加えてメディケア受給者の保護にも関心が寄せられるようになった。DRGの導入により入院日数の短縮は実現されたが、必要以上に短い日数での退院が患者に強制されるなど医療の質が低下しているとの懸念が世論や議会に生じたためである。1986年の法改正によりPROに消費者代表が参加する仕組みが取り入れられたほか、消費者の苦情にもとづいて医療機関を調査する権限がPROに与えられた。

第三の時期にあたる1993年以降、PROの活動方針は、個々の不正事例の発見からメディケアが提供する総合的な医療の質の向上のための活動へと変化している。個別事例を摘発する従来の方針では、医師の診療行為への介入がはなはだしく、PROと医師との協調関係を妨げ、医療の質の向上を阻害しているとの批判が存在していた³⁷⁾。また、「継続的な質の向上(Continuous Quality Improvement)」といった医療の質の新しい管理手法が提唱されるようになったこともこの変化の大きな要因となっている³⁸⁾。

現在、PROには、「医療の質改善プログラム(Health Care Quality Improvement Program)」が導入されている。これはPROの活動を医療提供者に向けた情報提供活動へと転換するというものである³⁹⁾。活動の方向性として、①医師の直感にもとづく地域的な医療標準から脱却し、診療に関する画一的な全国基準の確立を目指す⁴⁰⁾、②例外的な事例を摘発するのではなく、日常行われている多くの診療行為を達成可能な目標へと近づける、③医療機関との協働活動を促進し、細かい審査は個々の医療機関にゆだねるなどがあげられている。これを受けてPROの個別審査は、メディケア受給者から苦情を受けた場合や、医療データ収

集中に低劣な医療サービスが発見された場合などに限定されるようになってきている⁴¹⁾。

3. 全米医療従事者データバンク

(1) II-1でみたように、利用権や免許の取消しを受けた医師は他の州へ移動して開業を続けることが可能であった。1984年の連邦会計検査院(General Accounting Office)の報告書は、メディケアおよびメディケイド受給者保護の観点からこの問題を取り上げ、免許を失った医師が他の州でメディケア受給者に医療を提供することを防止する対策を連邦議会に求めた⁴²⁾。同時に、この報告書は連邦保健福祉省に対して当時作成中の懲戒処分に関するデータバンクに医師の記録を加えるよう求めていた。これは州の専権領域にまで連邦政府が踏み込むものであったが、当時のメディアがこのような医師の問題を大きく取り上げたため、ニューヨーク州、カリフォルニア州、ニュージャージー州などの州議会でも州免許審査会の機能不全が問題とされるようになっていた。最終的に、当時問題となっていた同僚審査の免責規定とともに「医療の質の改善に関する法律(HCQIA)」は制定され、全米医療従事者データバンク(National Practitioner Data Bank、以下医療データバンクと記す)が創設された⁴³⁾。

(2) 医療データバンクは連邦保健福祉省とユニシス社との契約により1990年から運営を開始している。医療データバンクは、①専門職として倫理に反する行為を行った医師を他の医療従事者が発見し、処罰を加えることを支援するとともに、②適格性を欠いた医師が前歴を開示せず他の州へ移動することを制限し、医療の質の向上を図ることを目的としている。

医療従事者に関するデータの収集のために、州の免許審査会や医療機関には次のような義務がある⁴⁴⁾。第一に、州免許審査会は、医師の免許の停止や取消しを行った場合、30日以内に医療データバンクへ報告する義務がある。第二に、病院そ

の他の医療機関や医師会が、医師に対して病院利用権の取消しなどの懲罰的処分を行った場合、15日以内に州免許審査会に報告書を提出しなければならない。州免許審査会はこの報告書を15日以内に医療データバンクに送付しなければならない。また病院が新しい医療スタッフを採用する際には、医療データバンクに照会することが求められており、既存のスタッフについても2年おきに問い合わせることになっている。第三に、医療過誤保険を運営する保険会社が、医療過誤による損害賠償の支払いを行った場合、30日以内に医療データバンクと州の免許審査会へ報告することが求められている。

(3) 1994年12月の時点で医療データバンクには、医療従事者への懲罰的処分や医療過誤に関する約9万7千件の情報が集められている。これは7万3千人の医療従事者に関するデータであり、その75.1%が医師に関するものである。データバンクへの照会が認められているのは、報告義務が課せられた医療機関、州免許審査会、医師会である。医療従事者は自己に関する情報のみ問い合わせることができる。問い合わせは有料であり、1件につき6ドルが徴収される。医療過誤保険を扱う民間保険会社には医療データバンクへの照会は認められていない。

1990年から1994年までに医療データバンクには約450万件の問い合わせがあったとされる⁴⁵⁾。連邦保健福祉省監察局の報告によれば、このうち実際に病院やマネージドケアにおける医師の選定に影響を与えているのは、全体のおよそ2、3%であるとされている⁴⁶⁾。このため医療データバンクに対する評価は分かれており、2、3%であっても何千人もの患者に影響を与えているとの評価もある一方、アメリカ医師会はその効果を否定している。

現在のところ、一般の市民による医療データバンクへの照会は認められていない。このため消費者団体などはデータの公開を強く要求しており、

1994年に提出されたHCQIA改正法案では市民への公開が法案に盛り込まれた。この改正案は成立しなかったが、医師の側はこうした動きを強く警戒している。

おわりに

アメリカの医療システムの変遷については、次のような理解が一般的であるように思われる⁴⁷⁾。すなわち、1970年代初めまでは医療に関わるあらゆる場面において医師による決定が尊重されたシステムであり、政府や保険会社、医療機関は対抗勢力とはなり得ていなかった。自律的な医師の活動が質の高い医療に結びつくと考えられていたため、自主規制の仕組みが尊重された。続いて1970年代の半ばからは、医療支出の抑制を目的として、医療計画など政府による統制が強化された時代が始まる⁴⁸⁾。しかし、医療支出の抑制は成功せず、政府による規制は発展をみなかった。そして、1980年代半ばからはマネージドケアを中心とした市場主導型の医療改革が進行中である、というものである。

しかし制度の側面からみた場合、それぞれの時代を特徴づけた制度の大半は現在も機能を変えるなどして姿を残している。本稿では、これらの制度の一部を断片的に取り上げたにすぎないが、政府の規制やさまざまな民間団体など多角的な制度から構成された良質保障の仕組みは—それ自体一貫した視点にもとづくものとはいえないが—、わが国医療供給体制の検討にあたり参考とすべき点があると考えられる。

最後に、現在のアメリカの医療システムには、これらの多様な仕組みの存在にもかかわらず、以下のような一定の傾向が観察できると考える。この点を指摘して本稿の結びに代えたい。

第一に、医療の質の改善にあたっては「継続的な質の向上(Continuous Quality Improvement)」や

「総体的な質の向上 (Total Quality Management)」といったキーワードがかかげられることが多い。従来の医療の質の管理は、免許制や利用権審査にみられるように「悪いリンゴを摘み出す (check out bad apple)」のものであった。これに対して、近年は産業分野におけるクオリティ・コントロールの仕組みを参考にシステム全体の改善が目標として設定されるようになってきている。最近のPROの運用の変化や民間認定団体 (JCAHO) の評価方法などにごうした傾向は端的に表れている。

第二に、医療の質の向上を図る方策として、医療情報を積極的に活用する動きがみられる。従来、医療サービスにおいては、医師と患者の間に「情報の非対称性」が存在し、種々の弊害が生じるために政府による規制が必要であるとされてきた。これに対し、近年は情報を積極的に生み出し、活用することで、この「非対称性」を克服しようとする動きがあらわれているとみることができる。政府の活動においても、診療記録の収集・蓄積 (PRO) や、医療従事者に関する記録の活用 (医療データベース) などこの傾向を認めることができる。本稿では十分にふれることができなかつたが、民間認定団体であるJCAHOも近年、消費者や保険会社、事業主への情報提供に努める傾向にある。膨大な医学知識や技術の習得にもとづく診療行為について消費者が完全な情報を獲得し、医師と対等な立場に立つことはほぼ不可能に近いが、情報を利用した良質保障システムの発展により、消費者や保険者の立場が今後さらに強められてゆくものと予想される。

[付記] 本稿は、1998年度・1999年度科学研究費補助金 (奨励研究A) による研究成果の一部である。

注

- 1) 岡本 (1993) pp. 105-124.
- 2) 例えば Havighurst によるケースブック (第1版) は次の

ような興味深い構成になっている。Havighurst (1988).

はしがき 法と政策を学ぶ実験台としての医療

第1部 医療政策における緊張関係

(1 医療分野と医療問題入門, 2 医療へのアクセス—法律上の権利と義務, 3 プロフェッショナリズム対商業主義, 4 プロフェッショナリズムをめぐる反トラスト法上の諸問題)

第2部 良質保障のメカニズム

(5 医療従事者の認定と規制, 6 施設における医療の質, 7 医療事故における責任)

第3部 医療費のコントロール

(8 医療費抑制への規制的アプローチ, 9 政府プログラムにおける医療費のコントロール, 10 民間主導による医療改革)

第4部 倫理、法、経済の交錯問題

(11 重病患者の治療におけるディレンマ)

- 3) 二木 (1991) p. 216.
- 4) 医療へのアクセスの観点からアメリカの医療システムを考察した論文として菊池 (1993) がある。
- 5) 近年のアメリカの医療システムを語るには、大きな潮流となっているマネージドケアを欠かすことができないが、これについては本特集における菊池論文を参照されたい。
- 6) 広井 (1992) pp. 86-89.
- 7) IOM (1999) p. 3.
- 8) Donabedian (1980) pp. 4-6.
- 9) IOM (1999) pp. 7-10.
- 10) GAO (1996a) pp. 26-27.
- 11) E.g., JCAHO (1996) pp. 266-272.
- 12) Jost (1988) p. 555.
- 13) Ibid.
- 14) 近年、病院の費用節減のために、有能だが費用のかかる手術を行う医師の利用権を取消すことは可能かという問題が生じている。E.g., *Belmar v. Cippolla*, 475 A. 2d 533 (N.J. 1984).
- 15) E.g., *Patrick v. Burget*, 800 F. 2d 1498 (9th Cir. 1986).
- 16) 42 U.S.C. §§ 11101-11152.
- 17) 42 U.S.C. § 11112.
- 18) Jost (1988) p. 543.
- 19) GAO (1996a) p. 45. またマネージドケアの認定団体として National Committee on Quality Assurance が 1979 年に設立されている。
- 20) JCAHO については、石田 (1998) を参照。
- 21) JCAHO 以外にも、病院については American Osteopathic Association, 在宅ケア事業者については Community Health Accreditation Program の認定によりメデイケアの指定機関とみなされる措置がとられている。
- 22) Jost (1988) p. 547.

- 23) Jost (1988) pp. 581-582.
- 24) E.g., California Business & Professional Code § 2050.
- 25) See *Dent v. West Virginia*, 129 U.S. 114 (1889).
- 26) Brennan and Berwick (1996) p. 45.
- 27) 伝統的に免許停止とされてきた事例は、① 精神状態に問題がある、② アルコール中毒者である、③ 刑事的に違法な中絶手術を実施したり、背徳的行為により刑事訴追を受けた、④ 詐欺的な広告を行った、⑤ 免許審査会に対して資格について虚偽の報告を行った、⑥ 無資格者に医療行為を行わせた、などである。Rosenblatt, Law, and Rosenbaum (1997) p. 968.
- 28) Havighurst, Blumstein, and Brennan (1998) p. 842.
- 29) Jost (1997b) p. 32.
- 30) Rosenblatt, Law, and Rosenbaum (1997) p. 969.
- 31) *Ibid.*
- 32) *Ibid.*, p. 970.
- 33) 42 U.S.C. § 1320 c-3.
- 34) 42 U.S.C. § 1320 c-3 (a) (1).
- 35) GAO (1996a) p. 21.
- 36) Yessian and Greenleaf (1998) pp. 173-175.
- 37) GAO (1996a) p. 21.
- 38) 1990年に公表されたメディケアに関する合衆国医学研究所の報告書でもこうした方向性が示唆されている。IOM (1990).
- 39) Brennan and Berwick (1996) p. 183.
- 40) このため診療行為に関するデータの収集が行われている。診療ガイドラインをもとに大量のデータを蓄積し、メディケア受給者に対する医療サービスの向上に用いようと試みるものである。心臓血管疾患、心筋梗塞などの疾病を対象に実施されている。GAO (1996a) p. 28.
- 41) *Ibid.*, p. 27.
- 42) Yessian and Greenleaf (1996) p. 179.
- 43) *Ibid.*, p. 180.
- 44) 42 U.S.C. §§ 11131-11133; 45 C.F.R. Part 60.
- 45) GAO (1996b) p. 82.
- 46) Yessian and Greenleaf (1996) p. 182.
- 47) Brennan and Berwick (1996) pp. 36-38.
- 48) アメリカの医療計画については、石田(1999)参照。
- Approaches to its Assessment*. Health Administration Press.
- General Accounting Office (GAO). 1996a. *Medicare: Federal Effort to Enhance Patient Quality of Care*.
- . 1996b. *Health Care Fraud: Information-Sharing Proposal to Improve Enforcement Effort*.
- Havighurst, C. C. 1988. *Health Care Law and Policy*. Foundation Press.
- Havighurst, C. C., J. F. Blumstein, and T. A. Brennan, eds. 1998. *Health Care Law and Policy*. 2nd edition. Foundation Press.
- 広井良典 1992『アメリカの医療政策と日本』勁草書房
- Institute of Medicine (IOM). 1999. *Measuring the Quality of Health Care*. National Academy Press.
- . 1990. *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. National Academy Press.
- 石田道彦 1999「病床規制の『必要性』—アメリカ医療計画の側面」『社会保障法』14号 pp. 162-175
- . 1998「第三者評価による医療の質の確保—アメリカの医療機関合同認定委員会(JCAHO)の活動を素材に」『佐賀大学経済論集』30巻6号 pp. 79-113
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). 1996. *1997 Hospital Accreditation Standards*.
- Jost, T. S., ed. 1997a. *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.
- . 1997b. "Oversight of the Competence of Healthcare Professionals." In *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.
- . 1988. "The Necessary and Proper Role of Regulation to Assure the Quality of Health Care." *Houston Law Review* Vol. 25, pp. 525-598.
- 菊池馨美 1993「アメリカ医療保障の現状と課題」『日本労働研究雑誌』403号 pp. 16-29
- 二木立 1994『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房
- 岡本祐三 1993『医療と福祉の新時代』日本評論社
- Rosenblatt, R. A., S. A. Law, and S. Rosenbaum, eds. 1997. *Law and American Health Care System*. Foundation Press.
- Yessian, M. R., and J. M. Greenleaf. 1997. "The Ebb and Flow of Federal Initiative to Regulate Healthcare Professionals." In *Regulation of the Healthcare Professionals*. Health Administration Press.

参考文献

- Brennan, T., and D. Berwick. 1996. *New Rules: Regulation, Markets, and The Quality of American Health Care*. Jossey-Bass.
- Donabedian, A. 1980. *The Definition of Quality and*

(いしだ・みちひこ 佐賀大学助教授)