

## イギリスの医療制度から学ぶ保険者機能<sup>1)</sup>

府川 哲夫  
泉田 信行

### ■ 要約

イギリスの医療制度を保険者機能の観点から検討すると、保険者機能(に該当するもの)は非常に強く、その結果として医療費の抑制は非常に強力に行われている。その代価は国民の医療へのフリーアクセスの放棄である。日本の保険者が全く行っていない診療ガイドラインの作成や疾病予防および疾病管理などについてもNICEを設立するなど積極的に取り組んでいる。医療の情報公開については日本よりもはるかに進んでいる。これは長いウェイティング・リストを国民に許容させるために必要なためとも考えられるが、情報公開自体が有意義であり、日本にとって特に参考になる点である。

### ■ キーワード

保険者機能、NHS、NICE、PCG、サービスアグリーメント、パフォーマンス

### 1. はじめに

NHS(National Health Service:国民保健サービス)はイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対GDP比も他の先進国より低い。NHSの特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった(Glennister, 2000)。市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存するが、イギリスでは医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している。

イギリスの医療制度は日本のそれとは外見上大きく異なる。しかし、両国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属し、医療サービスに対する考え方は日本とイギリスで大差がないように思われる。このため両国の制度比較を行うことは非常に有意義である。しかしイギリスの税方式に対して日本は社会保険方式であることか

ら、日本の制度に則した保険者機能の分析に対して何の意義があるかとの疑問が呈されるかも知れない。これに対する筆者らの解答は否である。実際の医療提供体制を管理するための技法を比較することは税方式であれ、社会保険方式であれ医療費調達方式に依存するものではないからである。

イギリスでは積極的に医療供給システムを改革し<sup>2)</sup>、より国民の満足度が高いものにしようとする努力が続けられている。他国の改革の成果に学ぶことは自国での改革の帰結を占う上で必要な情報を与えてくれる。この意味からもイギリスの「実験」に学ぶことは日本の医療制度改革に対して含意が大きいものと考えられる。

筆者らは「保険者機能に関する研究」プロジェクトの海外調査の一環で2000年9月にイギリス・ヨーク地方を訪問する機会を得た。その際見聞した情報と事前に日本で収集・調査した資料、イギリスにて収集した資料をもとに、NHSシステムから日本の保険者機能のあり方について検討するものである。

イギリスの医療制度を保険者機能の観点から検討すると、次のような含意が得られると思われる。まず保険者機能(に該当するもの)は非常に強く、その結果として医療費の抑制は非常に強力に行われている。その代価は国民の医療へのフリーアクセスの放棄である。日本の保険者が全く行っていない診療ガイドラインの作成や疾病予防および疾病管理などについてもNICE(後述)を設立するなど積極的に取り組んでいる。医療の情報公開については日本よりもはるかに進んでいる。これは長いウェイトニング・リストを国民に許容させるために必要なためとも考えられるが、情報公開自体が有意義であり、日本が見習わなければならないものである。

本稿の構成は次の通りである。2節においてヨーク地方での訪問調査結果を利用してイギリスの医療制度の実情を述べた。3節でイギリス医療制度を保険者機能の観点から検討した。4節では日本の保険者機能への含意を議論した。

## 2. イギリスの医療制度

### (1) 概要

イギリスにおいては医療政策の管轄はDepartment of Health (DoH; 以下、保健省と訳す)が行い、実際の医療給付はNHSシステム<sup>3)</sup>の下で行われている。NHSの予算は、主に税によって調達されている。1998年度について見ると、病院サービス・地域ケアサービスに対して3/4程度が支出され、残りを家庭医療サービスが占めている。つまり、病院医療費がNHSの太宗を占め、保健省の管理経費はその規模が非常に小さい。

病院や地域サービスの予算はNHS Executives<sup>4)</sup>によって決められる。NHS Executivesは人頭割の原理に従い、HA (Health Authority)に固定予算の形で財政資金を分配している<sup>5)</sup>。現在は病院サービスなどの医療費調達手段は政府を通じたものだけではない。固定資本投資についてはPrivate Finance Initiative (PFI)も利用可能である。PFIは

1992年に導入された民間投資資金の導入方法の一形態である。1993年以降、NHSはPFIを通じて資本支出計画のための資金調達をしている。NHS Trustsに対しては公的資金要請の前に私的資金調達を試みることを求めている<sup>6)</sup>。

### (2) HA

HAは供給されるべきサービスの特定化とそのNHS Trustsへの委託について法制上の責任を持つ。よって、医療機関への支払いの管理もHAが行っていることになる。HAの下位にPractitionerがおかれているが、これはPractitioner(日本での診療所医師に近い存在である)がHAの完全なコントロール下にあることを意味しない。PractitionerはNHSからは独立した存在であり、契約によってNHSとの関係が発生する。

NHS Executiveのうちの1つNHS Executive Northern and Yorkshireは12のHAを管轄し、今回訪問したNorth Yorkshire HAはその1つである。HAの数はイングランド100、ウェールズ4、スコットランド15、北アイルランド4で、合計123である。

North Yorkshire HA管内には6 PCGs、4 NHS Trustsがある。HAの予算の90%はPCG(後述)に配分され、10%が直接病院に行く(図1)。

HAの第1の優先課題はHimP(Health Improvement Program: 詳細は「保険者機能報告書」参照)の策定・モニターやhealth inequalityの是正であり、cost effectivenessは現在のところ優先順位が下がっている。(以下で説明するPCTが地域での広範な医療供給責任をとる予定であり、)HAは今後strategic planningがより重要な機能となる。

HAとNHS Trustとの関係は協調が基本である。病院ごとの実際の予算には実績値によるBaselineと理論値であるTargetの間に乖離があるが、予算の増加分でBaselineとTargetの差を減少させる方向に調整している。医療サービスに関してはHimPの実行が重要である。病院が提供する医療サービ

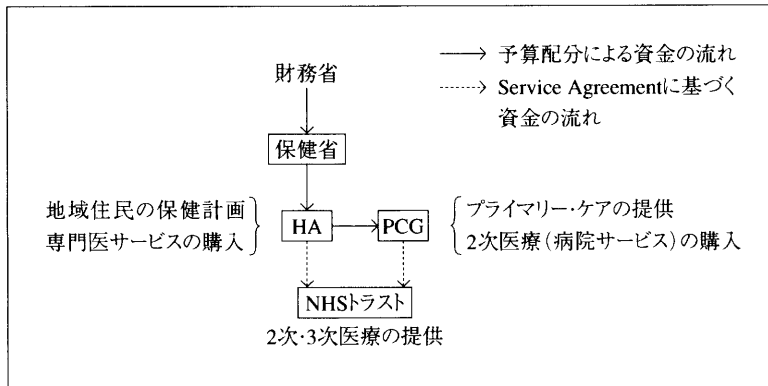


図1 組織と資金の流れ

スの取り決めも Contract から Service Agreement に変わった。HA と NHS Trust や PCG はパートナーである。しかしながら、Agreement の各項目について達成度をモニターするシステムの採用が進みつつある。Performance Indicators に関しては、次の6分野について具体的な指標でモニターされている(カッコ内は指標数)。

- 健康水準の向上 Health Improvement (7)
- 公正なアクセス Fair Access to Services (8)
- 適切な医療の効果的提供  
Effective Delivery of  
Appropriate Healthcare (8)
- 効率性 Efficiency (5)
- 患者の体験 Patient and Care Experience of  
the NHS (7)
- 成果 Health Outcome of NHS  
Healthcare (14)

2000年7月現在で North Yorkshire HA のパフォーマンスは6分野すべてでおおむね良好であったが、49の指標のうち10指標はイングランド平均より悪く、そのうち4指標では悪化している。入院待ちリストの短縮については、常に選挙の争点となり各HAが政府から強いプレッシャーを受けている。私的医療は存在しているが、ロンドンや南部で比重が相対的に大きいものの、北部では比重が小さい

ため、当該HAでは重要性の低い問題である。HAが適正に医療を購入することを確保するために予算配分方式を工夫するほか、Community Health Council (CHC) をHAに対応させて配置している。CHCは保健大臣によって設立される。医療サービスの供給はしないが、消費者のために医療購入の監視人としての役割を持つ<sup>7)</sup>。

### (3) PCG (Primary Care Group)

イギリス政府はプライマリー・ケア重視の政策を打ち出しているが、政策の根拠は1997年の“The new NHS; Modern and Dependable”という報告書である。プライマリー・ケアの中心となるPCGはGP、地域看護婦、社会サービスの代表、lay member およびHAの非常任理事から構成されるHAの委員会である。

GP ファンドホルダーによってもたらされた不公平をなくすためにPCGが作られた。PCG Boardには社会サービスの代表が入り、重視される価値も競争や短期的利益から協調に変わった。PCGにとってもパートナーシップが重要となっているが、病院サービスを効率的に購入する機能の重要性は将来高まると考えられる。PCGは予算をプライマリー・ケア、2次医療、3次医療に配分しているが、疾病ごとにこの配分を変えようとしている。

PCGは平均的に人口10万人に1つであるが、

実際の人口規模は5万人から25万人までバラツキがある(GPは人口2千人に1人が目安)。PCGは発展段階によって次の4つのレベルに区分され、レベル4はPrimary Care Trust (PCT)と名付けられている。

レベル1：HAの病院サービス購入を助言する。

レベル2：HAの一部として活動するが、予算管理機能をもつ。

レベル3：HAから独立して、病院サービス購入の予算を管理する。HAへの報告義務はある。

レベル4：レベル3の機能に加えて、コミュニティ・ヘルス・サービスの提供にも責任をもつ。

2000年4月にPCTの設立が始まり、2004年まではすべてのPCGをPCTにすることが政策目標となっている。PCGレベル1やレベル2はHAの中の組織と位置付けられているが、PCTはHAから独立した組織となり、これまで病院にあったcommunity nursing services部門も吸収する。

PCTはその運営について、中央政府に対して国家的な政策体系の下で、国家的な政策優先度に基づいて活動する責任がある。HAに対しては地域HimPを実行し、説明する責任がある。住民に対しては開かれた理事会を開催することおよびPCTの計画書と報告書を公表する責任を負っている。

#### (4) Trust病院との契約による医療

NHS Trust病院の運営において最も重要な問題は資金調達である。NHS TrustはHAおよびPCGと病院医療サービス供給に関する合意文書(agreement)<sup>8)</sup>を取り交わし、それに沿ってサービス供給を行う。2000年度におけるYork Health Service NHS TrustとNorth York Health AuthorityおよびYork/Selby PCGとの間の供給契約金額は1億59万5900ポンドである。ヨーク地区での病院医療サービスの提供に対して一括して上記の金額を支払う契約である。ただし、この金額の中には① ケースごと

表1 ケースごとおよび利用ベースでの請求分

(単位：1000ポンド)

血友病治療	400
ベータインターフェロン	200
腎透析ユニット運営費用	1100
法精神医学用病床 (above 8 beds)	180
母子ユニット (above 15 beds)	30

表2 別途契約分

(単位：ポンド)

診療管理	125
コンサルタント特別報酬	260
医療過誤関係	600

および利用ベースでの請求分(表1)、② 別途契約分(通常の病院サービス供給契約にはなじまない項目に対する費用負担契約;表2)は含まれていない。

この合意では病院医療サービス供給について2001年3月末までの数値目標を次のように与えている：① 入院待機患者の数を6067人以下とし、年間を通じて18カ月以上入院待機している患者が発生しないものとする；② 13週以上の外来受診待機患者が2001年3月末までに、1117人以下になるものとし、12カ月以上外来受診待機している患者が発生しないものとする。ブレア政権はNHSシステムにおける待機患者の削減を至上命題に掲げており、政権の政策目標が「合意」文書に反映されているものと考えられる。待機患者の削減以外にも「合意」の中には新規発生患者についての数値目標がある。

サービス供給水準の未達成に際して契約額の削減・返還などのプレッシャーは存在しない。逆に計画水準の達成に対してperformance fundが付加される。これはサービス供給計画が未達成な場合には資金が十分でないことが考えられ、計画未達成に対して資金供給を減少させれば必要なサービス提供水準を下回る可能性があるためである。

病院医療サービス供給計画達成のためには病院内部での診療管理が重要となる。York Health

表3 週間パフォーマンスモニタリングの結果

		8月第1週	8月第2週	8月第3週	8月第4週
入院ケース数 (選択的分)	目標	4096	4345	4544	4793
	実数	3556	3778	4012	4215
	差	-540	-567	-532	-578
入院ケース数 (選択的・非選択的分合算)	目標	13435	14202	14920	15688
	実数	13527	14296	15074	15845
	差	92	94	154	157
入院待機患者数	目標	6625	6604	6587	6566
	実数	6799	6654	6481	6365
	差	174	50	-106	-201
入院キャンセル		4	14	11	50

Service NHS Trust においては週ごとに診療科ごとの診療パフォーマンスのモニタリングが行われていた(表3)。

Trust 病院と HA・PCG との関係は次のようにまとめられる。①「合意」に基づく協調的なものである。② 総枠予算制は基本的な治療サービス部分に限られ、1件当たりの医療費が高額になるものや総枠予算になじまないものは別枠の契約として、病院が負う財政的リスクを軽減している。③ 病院の経営努力へのインセンティブを引き出すため契約となっている。しかしそれは医療の質の低下をもたらさないように工夫されたものである。

### (5) NICE<sup>9)</sup>

NICE (National Institute of Clinical Excellence) はイングランドとウェールズの Special Health Authority として 1999 年 4 月 1 日に設立された。その主たる目的は信頼性の高い最良の治療指針の作成を通じて、医療内容の地域差をなくすことである。指針は個々の医療技術(薬剤・医療用具・診断技術・手技を含む)のみならず、特定の状況における臨床管理も含んでいる。NICE は専門家集団が NHS と患者のために薬剤・医療器具・診療手順のガイドラインを作成し、医療者が現代医療において必要とされる、個々の患者に対する複雑な意思決定を

行うことを支援する。

NICE は保健大臣とウェールズ議会に対して、その資源、業務内容の提供、NHS に対して作成するガイダンスについて責任を負っている。NICE の組織は相対的に小さく、約 20～30 人である。NICE 委員会は診療専門家、患者と利用者団体、NHS マネージャーの専門的知識を反映している。ほとんどの業務は学術・専門家・利用者団体のコミュニティを結ぶネットワークを構築してなされている。

NICE のユニークな特徴の 1 つは Partners Council である。そのメンバーは事業において特殊な利益をもっている重要団体から選ばれている。それらは患者団体、医療専門家、NHS 管理部門、質の評価団体、産業・労働組合を含んでいる。メンバーは保健大臣とウェールズ議会によって任命される。

NICE は年間 30 から 50 程度の医療介入(新規であれ既存のものであれ)を評価し、NHS に対して臨床効果および費用対効果についてアドバイスする。実際にどのような医療技術の評価するかについては、DoH とウェールズ議会が選定している。

### 3. 保険者機能の観点から見たイギリスの医療制度

イギリスの医療制度について保険者機能の観点からまとめたものが表 4 である。保険者機能の項

表 4 NHSにおける保険者機能

- 特徴 1. 医療サービスは公共サービス。  
 2. GPが強い gate keeper の役割を果たしている。  
 3. 保険者はいない。

	項目	目的				備考
		効率	質	患者	誘因	
0	保険者またはその機能を果たしている者	HA, PCG/PCT				
I	保険者と被保険者の関係					
	医療機関情報の提供	○ 医療機関自身が情報提供		○		
	アクセスの制限	○ 診療の制限 (効果が少ない, 予算がない)	○		○	ウェイトイング・リスト, 病院には必ずGP 経由
	疾病予防と疾病管理	○ HA が地域単位でHimPを作成 個人単位にはGPの役割が大きい				
	満足度調査	○ 医療機関が苦情件数を公表		○		
	被保険者による保険者の選択	×				
II	保険者と医療機関の関係					
	医療機関の評価・選択	×	病院の評価はあるが選択は例外的 国民はGPを選択できる			
	医療機関との契約・価格交渉	○ HA または PCG/PCT と Trust 病院との間の Agreement (合意書)			○	
	診療ガイドライン (受診時)	○ NICE	○			N. I. of Clinical Excellence
	診療内容の事後審査	○ Accounting Audit による会計監査	○			
III	保険者自らが提供する医療サービス					
	薬剤管理・給付	×				
	保険者直営病院	×				
IV	保険者と政府の関係					
	事業運営の規制	×				
	診療報酬支払制度	×				
	医療サービスの標準化	○ CHI		○		Commi. for Health Improvement
V	保険者による事業の効率化					
	保険者規模	○ HA の統廃合, PCT への移行	○			
	システムの情報化 (被保険者カード等)	×				
VI	医療機関					
	診療ガイドライン	○ 病院のパフォーマンス・モニター NICE				
	EBM					

注：効率＝医療サービスの効率化, 質＝医療サービスの質の向上, 患者＝患者の立場の強化, 誘因＝正しいインセンティブ

目についてはIからIVまでに分類されている。「III 保険者自らが提供するサービス」、「IV 保険者と政府の関係」については、医療サービスの標準化を除いて記入がないが、これはイギリスでは社会保険制度ではないため保険者が存在しないことによる。しかしこの差異を除くとイギリスの医療制度における保険者機能は日本と比較して非常に強いものであることが理解される。

イギリスの保険者機能の特に強い点は、医療費の適正化に表れている。イギリスの医療費の対GDP比は日本よりも低く、6%程度である。これはGP制度によるフリーアクセスの制限と病院に対する総枠予算制による部分が大きいと思われる。GP制度により住民による多受診・頻回受診などの医療費の効率性を低下させる要素が抑制されていると考えられる。これらの受診形態をGPが許容する誘因がないためである。

病院に対する総枠予算制はいわゆる「社会的入院」の発生頻度を減少させると考えられる。医療ニーズの低い長期入院者を入院させておくことは、HA・PCGとのagreementで要請される量的目標を達成することを難しくするためである。Trust病院ではパフォーマンスモニタリングによる数値的目標の管理を行うことにより、これを確実なものとしている。

しかしながら、イギリスでの保険者機能の發揮の仕方は、医療提供者と「対立的」なものではなく、極めて「協調的」なものであるといえる。HA・PCGとTrust病院との関係でも見たように支払側としてのHA・PCGは病院に対して緩やかな契約形態をとっている。重要なのは医療提供者を数値目標に縛り付けるのではなく、自発的にそれを達成しようとするインセンティブを引き出す関係になっていることである。

フリーアクセスの制限と病院に対する総枠予算制は医療の質を低下させる。これはウェイティング・リストの問題を解決するためにイギリス政府が躍起になっていることから明らかである。国民

のウェイティング・リストや医療の質への不満に対処するために医療に対する情報公開が非常に積極的に行われている。NHSダイレクトと呼ばれる電話相談やHA、PCG、Trust病院の運営情報の公開がこれに当たる。

イギリスでは保守党・労働党双方ともに医療制度改革に積極的である。そして実際に改革を実施してきた。これは国民の間にある医療制度に対する不満に迅速に対応している結果である。この点で保険者としてのイギリス政府は効果的な機能を果たしているといえよう。

#### 4. 保険者機能：日本への含意

医療サービス全体をマクロで見ればイギリス、日本とも少ない医療サービス(対GDP比)で高い健康水準を維持しているように見える。イギリスでは病床利用率が高く(85~95%)、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している(府川、2000)。日本では診療報酬点数表による価格コントロールを中心にして医療費増加を抑制してきたが、これまでの方法では不十分な点も多く、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払うNHSによっているため支出をコントロールしやすいからである。しかし、イギリス政府は2000年7月のThe NHS PlanでNHSがunderfundedであることを初めて認め、今後NHSの予算を増加させる一方で、医療サービスの質と効率性を高め、患者を中心に据えた医療制度の構築を宣言した。NHSの仕組みがこれまでも、また、これからもイギリス国民にとって最適のシステムであるとした上で、国営医療の弊害を克服する試み

として、NHS改革は大変興味深い事例である。

ヨーク地方におけるNHSの現状はイギリスにおける医療の一般的な状況といえる。HAの管轄している地域は人口規模において大きなバラツキがあるが、病院は人口25万人に1つの割合で設置されており、病院間で競争するというような状況ではない。PCGは平均的には人口10万人をカバーし、住民から見れば地域のPCGはただ1つしかない。したがって、HAはPCGやNHS Trustのパフォーマンスはモニターしても、その結果、基本的には彼らと協調してやっていく以外に選択肢はない。このような独占的で中央集権的な医療サービス・システムにおいては、効率向上のためのインセンティブが極めて重要である。そのための方策としてマイクロレベルではクリニカル・ガバナンスによる効率および質の向上、マクロレベルでは保険者機能を活用した効率および質の向上を目指すアプローチをとっていると総括される。被保険者の疾病管理や情報化による事務の効率化および被保険者サービスは保険者機能として一般的に行われているものであるが、イギリスの「実験」で次のような点が特に日本の参考になると考えられる。

- ① 医療サービスの質と効率を高めるためのNICEの活動
- ② 患者を中心においた医療を実現するための諸施策
- ③ 病院情報の開示

最も重要な点はイギリスではすべてのNHS Trust病院の経営データが公開されているということである。これは医療システムの財源が税によって調達されていることと密接に関連している。日本においては社会保険制度によって医療費が調達されているが、公費負担割合が高い。それ故、税金の用途を明らかにするためにも、イギリス同様に医療機関の経営状態について透明性を高めることが重要である。

日英の医療システムは大きく相違しているが、両

国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属している。しかし、国民の医療サービスに対する要求が強いために、イギリス政府はNHS予算を持続的に増加して、医療費の対GDP比をヨーロッパ大陸諸国並みに引き上げることを決めた。また、介護に関するRoyal Commissionの主要な提言を受け入れ、ナーシングホームの費用をNHSから支払う方針を明確にした。NHS予算の増加分の中に介護的要素もかなり含まれていることを勘案すると、医療・介護のトータル・コストにおいて日英は将来においても類似した水準に位置する可能性がある。

注

- 1) 本稿は平成11・12年度厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書所収論文(第3部第2章「イギリス訪問調査」)を加筆・修正したものである。
- 2) イギリスにおける改革の経緯は府川・泉田(2001b)を参照のこと。
- 3) NHSを統括するのはNHS Chief Executiveである。Chief Executiveの下位にNHSの各セクションを統括する官僚が配置されている。これらの官僚と8つのNHS地方事務局長がNHS management boardを構成している。
- 4) 地方レベルでは、NHSEの地方事務局長が、① 地域医療戦略の策定、② 内部医療市場の規制、③ 医療購入戦略の展開、④ NHS Trusts ビジネスの検討、⑤ HAの購入戦略の検討とそれとのNHS Trustsのビジネス戦略との調整、⑥ 量・質・効率性と医療費財源調達の点からNHS組織のパフォーマンスのモニタリング、などを行っている。
- 5) 以下の記述はRice and Smith(1999)によっている。詳細は府川・泉田(2001c)も参照のこと。
- 6) 後述するNorth York Health Services NHS Trustを訪問した際にもPFIが話題に上った。彼らはPFIを利用して検査機器を導入したとのことである。その際の審査は非常に厳格であり、(病院予算が全体として抑えられていることもあり)過剰な投資が発生しないようになっているとのことであった。
- 7) ただし病院医療サービスについては監視するだけであり、家庭医療サービスについては監視しない。HAは付随するCHCを1つ持つ。CHCの支出はNHSの中央から賄われる。CHCは特定の権限をもつわけではないが、患者の意見を生かすための機能を果たすた



めの権利をもっている。医療内容に関する質問権、Health Authorityの会議録を閲覧する権利である。しかし、CHCの意義には常に疑問符が付けられており、存在意義が再検討され続けている。その理由はHealth Authorityの会議から排除されてしまったことや、CHCの設立と維持を任されていたRegional Health Authorityが廃止されてしまったためである。

- 8) 保守党政権下で行われた改革では契約と呼ばれていたが、労働党政権下では契約ではなく、合意文書(agreement)と呼んでいた。政府部門同士の資金のやりとりであることも考慮に入れば、「合意文書」という呼び方が当てはまりがよいように思われる。
- 9) この節はNICEのホームページ(<http://www.nice.gov.uk>)の内容をまとめたものである。

#### 参考文献

- Baggott, R. 1998. *Health and Health Care in Britain*.
- European Observatory on Health Care System. 1999. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*.
- Glennerster, H. 2000. *The United Kingdom's New Health and Welfare Policy: A Changed Role for Markets*.
- North Yorkshire Health Authority. 1999. *Annual Report 98/99*.
- Robinson, R. 2000. "Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance." 『海外社会保障研究』 No. 131, pp.83-96.
- The Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern and Dependable*.
- The Secretary of State for Health. 2000. *The NHS Plan: A Plan for Investment A Plan for Reform*.
- York Health Services NHS Trust. 1999. *Annual Report 1999/2000*.
- York Health Services NHS Trust. 2000. *Service & Financial Framework 2000/01 with the York/Selby PCG's & North Yorkshire Health Authority*.
- 武村真治 2000 「イギリス」日本公衆衛生協会編『世界の公衆衛生体系』
- 府川哲夫 2000 『NHS改革の論点。高齢者の医療・介護に関する日英比較研究』IPSS STUDY SERIES 2000.2.
- 府川哲夫・泉田信行 2001a 「NHSの現状—ヨーク地方の訪問調査から—」『社会保険旬報』2087号, 2088号 (2001年2月)
- 府川哲夫・泉田信行 2001b 「イギリス訪問調査」『厚生省厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業「保険者機能に関する研究プロジェクト」報告書』(2001年3月)
- 府川哲夫・泉田信行 2001c 「経済的視点でみるクリニカル・ガバナンスとNHS改革」『インターナショナル・ナーシング・レビュー』2001年5月号
- (ふかわ・てつお 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長)
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部研究員)