

投稿（論文）

## カイザー・パーマネンテの新しいマネジドケア

—民間医療システムとしての「KP HealthConnect」の意義—

安部 雅仁

### ■ 要約

マネジドケアは、アメリカの医療保障における基本システムとなっている。1980年代以降、その拡大・定着過程において医療が効率化され、短期的にせよ無保険者率の上昇が抑制された。しかし、こうした成果は次第に薄れ、90年代後半には、国民の受診機会格差の拡大が大きな社会問題にもなった。

これに対応する方法の一つとしてカイザー・パーマネンテは、2002年以降、KP HealthConnectといわれるプログラムを構想・導入している。最大の特徴は、セルフ・ケアを保障プランの対象とすることにある。具体的には、医師と加入者が電子医療記録を共有・管理した上で、電話と電子メールによりセルフ・ケアの情報交換が行われる。電子医療記録には、各加入者の健診結果、治療の内容と経過（検査の画像や動画を含む）および担当医のアドバイスがそれぞれ記録される。

KP HealthConnectの目的は、医師と加入者間での「情報の非対称性」を軽減して、医療の効率化と成果の向上をはかり、これにより民間医療システムとして保険の加入者を拡大しようとするところにある。

### ■ キーワード

マネジドケア（管理医療）、KP HealthConnect、電子医療記録、セルフ・ケア、「情報の非対称性」の軽減

### はじめに

本稿の目的は、アメリカの代表的な医療保険団体の一つであるカイザー・パーマネンテ（Kaiser Permanente）が、2002年以降、構想・導入を進めているKP HealthConnectを取り上げ、民間医療システムとしての意義を探るものである<sup>1)</sup>。KP HealthConnectは、Kaiser Permanente HealthConnectの略称であり、主な機能はIT（情報技術）を活用した医療と保険のオンライン・サービスである。カイザー・パーマネンテは、これを「新しいマネジドケア」と位置づけ、2013年度中に導入を完了する予定である。

マネジドケアの本来の目的は、医療の効率化をはかりながら医療費と保険料を抑制して、保険の

加入者を拡大することにある。その方法は、保険団体が医師と病院の各サービスあるいは医療行為を管理することであり、広義には保障プランと診療報酬の設定および改訂も含まれる<sup>2)</sup>。

マネジドケアは、1980年代以降、急速に拡大することとなり、その過程において上記の目的に関して一定の成果を確保することができた。しかし90年代の前半以降、そうした成果が次第に薄れるなかで、各保険団体は医療費抑制を進める上で「医師サービス」に対する管理を強化した。この結果、多くの国民の受診機会が制約され、医療を受ける「患者の権利」にも抵触する深刻な問題が生じることとなった。

KP HealthConnectは、こうした課題に対応する上で、多数の消費者・加入者が医療と保険サービスの情報を入手および活用できる機会を提供しよ

うとするものである。特に重要な方法は次の3つにあり、これについてあらかじめ整理しておきたい。

第1は、医師と加入者（患者）間での対面治療を補足するサービスとして「セルフ・ケア」の機会を用意して、これを保障プランの対象とする。第2は、その前提として、加入者の個体差(individual differences)に応じた「電子医療記録」を医師と加入者本人が共有・管理する。第3は、各加入者に対して、担当医が在宅での対処法と予防医療の基礎知識を電子医療記録および電話と電子メールにより提供する。

KP HealthConnectは、医療の効率化と成果の向上により加入者を拡大することが長期的とされ、そのための民間医療システムの一つとして次の意味をもっている。すなわち、主に上記3つの方法により他の保険団体との「市場差別化」(market differentiation)をはかり、医療サービスに本来的な「情報の非対称性」を軽減して「市場原理に整合的な医療保障」を指向する<sup>3)</sup>。これらの詳細については、カイザー・パーマネンテより提供された資料と情報を参考に本稿のⅡとⅢにおいて取り上げるとして、まずはその基本モデルとマネジドケアの経緯および課題を整理しておこう<sup>4)</sup>。

## I カイザー・パーマネンテの基本モデルとマネジドケアの歴史過程

### 1-1 HMOの原型モデルとしてのカイザー・パーマネンテ

#### (1) 現代の基本モデル

カイザー・パーマネンテは、HMO (Health Maintenance Organizations) を基本とするマネジドケア組織であり、次の8地域において医療保険事業を展開している。すなわち、カリフォルニア州（サンフランシスコ・オークランドを拠点とする北カリフォルニア地域とロサンゼルス・パサディ

ナを拠点とする南カリフォルニア地域）、コロラド州、ジョージア州、ハワイ州、中部大西洋地域、北西部地域およびオハイオ州であり、オークランドにこれらの統括本部が置かれている。

現在（2011年）の組織概要は、被用者がおよそ18万2,000人（契約医師の1万6,000人を含む）、メディカル・センター（病院）が39施設、外来センターが611施設となっている（研究所などを除く）。これにより、約900万人の加入者に保険、病院および医師の各サービスが提供される<sup>5)</sup>。

これらのなかで「保険サービス」は、カイザー財団医療プラン（Kaiser Foundation Health Plans：非営利）といった組織体により提供されている。「病院サービス」はカイザー財団病院（Kaiser Foundation Hospitals：非営利）、「医師サービス」はパーマネンテ医師グループ（Permanente Medical Groups：営利）といった組織体によりそれぞれ提供されている。

こうした3つのサービスが一体的に運営・提供されるシステムは、IHDS (Integrated Health Care Delivery System：以下、IHDSと称する) といわれる<sup>6)</sup>。その起源は、1930年代のニューディールから第2次大戦期におけるカイザー産業（主に道路・ダム建設と鉄鋼・造船の各事業）に導入された「カイザー医療プラン」にある。こうしたプランは、1945年7月に設立されたカイザー・パーマネンテに引き継がれ、これが現在の基本モデルにもなっている<sup>7)</sup>。

カイザー・パーマネンテのIHDSに関する特徴の一つは、各事業地域において上記3種類の組織体と加入者が医療保障のパートナーシップを形成することにある。図1はその概要であり、□内は各組織体の主な機能を示している。

KP HealthConnectは、IHDSの「情報システム」（図1の中央部）における基本プログラムの一つである。これによる保険、病院および医師サービスの情報は、オークランドの統括本部と各事業地域の組織体において共有・管理され、医療保険事

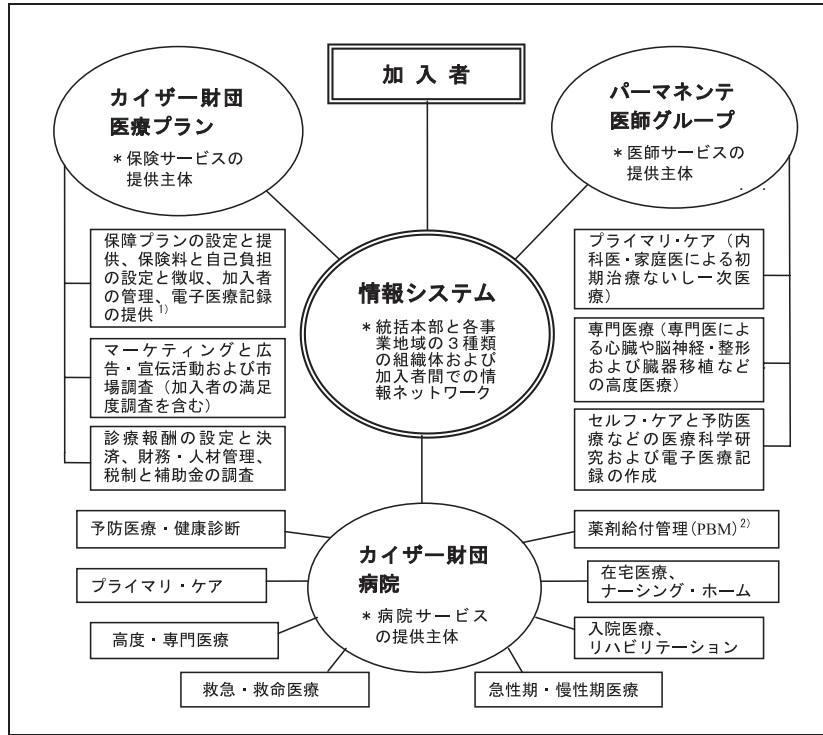


図1 カイザー・パーマネントのIHDS

1) 電子医療記録は、主に医師（各加入者の担当医）によって作成された上で、保険サービスの一環として加入者に提供される。

2) PBMは、Pharmacy Benefit Managementの略称である。

出所：カイザー・パーマネント（オークランド・統括本部）提供の資料「Our model」、同（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Kaiser Permanente HealthConnect<sup>TM</sup>」、Kovner and Knickman (eds) (2005) pp.233-234より筆者作成。

業の基礎資料として用いられる。そのなかでも電子医療記録は、各加入者にセルフ・ケアの情報を伝達する手段となっており、保障プランの選択や対面治療および経過観察の際にも活用される。

こうしたシステムあるいは手法が構想・導入された背景は、アメリカの医療保障とりわけマネジドケアの動向と深く関係している。KP HealthConnectの機能と意義を考察する前に、それが構想されるまでの歴史過程を整理しておきたい。

(2) アメリカの医療保障にマネジドケア (HMO) が導入された経緯<sup>8)</sup>

アメリカの医療保障の中核は、企業福祉として

の雇用主提供医療保険にあり、これを通して大半の労働者が民間保険に加入する。こうしたシステムは、ニューディール期に普及しはじめ第2次大戦後に拡大したとされ、主な背景は次の3つにある。第1は、労働者（特にブルーカラー）の傷病に伴う生産性の低下を最小化するために、雇用主が医療保険の加入機会を用意したことにある。第2は、1935年のワグナー法（Wagner Act）を契機に、労働組合が労使交渉における要求事項の一つとして、医療保険の提供（扶養家族の保険を含む）を求めたことにある。第3は、企業福祉を浸透させる上で保険料負担の税額控除規定が導入され、これが雇用主提供医療保険を定着させる制度的誘因

にもなった。

民間医療保障を補足する公的制度として、メディケアとメディケイドが用意されている。これらは「貧困との戦い」を中核とする「偉大なる社会」政策の一つとして1965年に導入されたものであり、制度の浸透に伴ってメディケアの加入者とメディケイドの対象者が次第に増加した。

民間および公的医療保障の基本体系が形成されるなかで患者が急増した一方、医療の提供体制については、医師数は安定的に増加していたが、病院施設（病床を含む）の整備が極端に遅れていた。このため、主に1946年に導入されたヒル・バートン法（Hill-Burton Act）を通して、地域の公立病院と非営利民間病院を中心に建設・増改築が進められた（なお、同法は、「戦後における財政収入の使い方」を定めた制度の一つとして広く支持された）。医療提供の場としての病院施設の増加に伴って各地に医療保険団体が設立され、その代表例が、病院サービスのプランを提供するブルークロス（Blue Cross）であった。

以上の過程において医療費が大きく増加することとなり、とりわけ1961～70年の10年間には、病院サービス関係の費用（病院の建設・増改築費を含む）が約3倍に急増した<sup>9)</sup>。その要因としては、医療技術（薬剤や医療機器を含む）が高度化して、医師報酬（Doctor's fee）と病院報酬（Hospital fee）が上昇した他に、次の2点があげられる。第1は、病院施設と医師の増加による医療提供体制の拡充に伴って、特に病院サービスをカバーする民間保険および強制加入のメディケア・パートAそれぞれの加入者・患者が増加したことにある。第2は、医療に対する需要が拡大するなかで、出来高払い制（より正確には、コスト・プラス方式〈cost-plus basis〉）の診療報酬がいわゆる「医療インフレ」を加速させたことにある。

これらにより、公的医療制度の公費負担が急増した他に、医療の質的向上が必ずしも確保される

ことなく保険料が上昇した結果、良質の民間保険を望む多くの消費者（主に労働者）の保障プラン選択が制約された。また、保険加入者と無保険者間での受診機会格差が拡大したことに加え、その加入者間においても特に「医師サービス」保障の内容により同様の現象が生じることとなった。さらに、病院施設が過剰となるなかで病床の約25%は入院医療の必要性が低い患者に利用され、平均入院日数も長期化した。

1970年代の初頭には、これらが国内の重要課題の一つとして取り上げられ、ニクソン大統領は「新しい国家医療戦略」（new national health strategy）を提言した。これに基づいてHMO法が作成・提案されることとなり、その基本モデルとしてカイザー・パーマネンテのIHDSが参考にされた。

HMOは、1973年の法案成立後の数年間においては、設立の基準と運営方法に関わる多くの規制により必ずしも普及しなかったが、その修正後の80年代以降、マネジドケアの原型モデルとして、あるいは雇用主提供医療保険の基本プランとして急速に拡大した。HMOのプランは民間医療保険と公的医療制度に導入され、運営主体の大半は営利および非営利の保険団体である。

## 1-2 1980年代以降のマネジドケアの動向と課題

アメリカの医療保障にマネジドケア（HMO）が導入された基本的背景は、病院サービス関係の医療費急増と保険料の増加に伴って受診機会格差が拡大した他に、入院医療の非効率が生じたことにある。

こうして1980年代におけるマネジドケアの主な対象は「病院サービス」とされ、病院報酬の定額払い制化（特に、DRG/PPSとCapitationの導入・拡大）および入院日数の短縮が進められた<sup>10)</sup>。また、70年代以降、ヒル・バートン法の修正により各地の病院建設が制限され、これに関わる連邦政府の支出が減少した。

以上による医療費抑制とHMOの加入者増加の一つの効果として、無保険者率（65歳未満を対象とする値：以下も同様）は、例えば1983年のDRG/PPS導入時から86年の間には14.5～15%の範囲で安定あるいは一時的に低下した。同時期の無保険者数（65歳未満を対象とする値：以下も同様）は、83年の約2,970万人、86年の3,130万人となったが、人口増のなかで必ずしも大きく増加したわけではない。なお、この期間は好景気とされ（1983～86年の実質GDP成長率の平均は4.9%）、こうした景気動向も無保険者率（数）の抑制に一定の効果があったと考えられる<sup>11)</sup>。

1980年代の後半には、HMOよりも受診制約が少なく、したがって医療費（保険料）が割高なPPO（Preferred Provider Organizations）のプランが普及しはじめた。これは、いくつかの保険団体が消費者のニーズに応じて用意したプランとされ、持続的な景気安定によりその加入者が増加した（1987～89年の実質GDP成長率の平均は3.8%）。また、各医療機関は、病院報酬の抑制と入院日数の短縮に対する経営および治療上の対応として、外来サービスと日帰り手術（day surgery）を拡充した。これらは医師が中心となる医療であり、出来高払い制が基本になっていた医師報酬のもとで、外来医療費（手術の技術料を含む）が増加することとなった。こうしたなかで、景気が停滞した1990年（実質GDP成長率は1.9%）には、無保険者率と無保険者数が増加して、それぞれ17.2%、3,720万人となった。

1980年代末の医療費増加に伴って、マネジドケアの対象は「医師サービス」の効率化とコスト削減にも向けられ、医師報酬の一部に定額払い制（Capitationの他にRBRVSなど）が導入された<sup>12)</sup>。さらに、高度・高額医療については、保険団体による事前および事後審査が強化され、門番（Gatekeeper）としての内科医と家庭医が患者の受診機会を管理あるいは制限するケースさえあった。

これらは医療費と保険料の増加（率）を抑制する要因の一つとなり、無保険者率は1995～96年には平均で16.5%程度に低下して、無保険者数は3,800万人前後にとどまった。一方、医師サービスに対するマネジドケアの強化により多くの加入者の受診機会が制約され、医療を受ける「患者の権利」が侵害されたとの批判が拡大した。

これに対して各保険団体は、PPOに加えPOS（Point of Service）などのマネジドケア・プランを提供・拡大して、1990年代後半には景気の回復に伴ってそれらの加入者が大きく増加した（1997～99年の実質GDP成長率の平均は4.6%）。こうしたプランは、HMOに比べて保険料が割高で自己負担が高く設定されるとはいえ、受診アクセスと保障の範囲が広く、一定の条件付きで出来高払いの医療も認められる（したがって、医療費の抑制効果は弱いとされる）。

PPOとPOSの拡大および医療技術の高度化（臓器や組織の移植医療の普及を含む）により医療費が増加するなかで、無保険者率は2000年に16.8%、無保険者数は同年に4,050万人となった。これ以降の動向を概観すれば、2000年代初頭は一時的な変動を除いて経済が停滞した時期でもあり（2001～2010年の実質GDP成長率の平均は1.7%）、無保険者率と無保険者数は、2006年にそれぞれ17%と4,390万人（2010年には18.2%と4,830万人）となっている。

こうして、医療保険（その大半はマネジドケア・プラン）の加入者と未加入者間での受診機会格差が拡大した他に、加入者間においても保障内容によって同様の現象が生じることとなった。また、メディケア加入者のなかで、特にパートBを補足する民間保険に加入しているか否かにより、高齢者においても十分な医療が受けられないケースがあった。

医療費と保険料の長期的増加およびそれに伴う以上の実態は、アメリカの医療保障における構

造問題として提起され、とりわけマネジドケアに対しては、本来、期待された成果が薄れた結果、「Backlash against Managed care」、「the End of Managed care」といった批判がなされた<sup>13)</sup>。これに関する基本問題は、第1に医師サービスの受診機会格差が拡大して、第2に消費者・加入者にとって有益な医療と保険サービスの情報が不足したことにある。

マネジドケアのあり方が問われるなかで、いくつかの保険団体（例えば、エトナ〈Aetna〉、シグナ〈Cigna〉およびヒューマナ〈Humana〉）が新しいサービスを検討あるいは導入しはじめている。これは、ウェブ・サイトを通した情報提供であり、具体的には、電子医療記録の開示、健康の維持・管理のための一般的なアドバイス、および年齢や症状に応じた保障プランの案内である。

これに対してカイザー・パーマネンテは、マネジドケアの運用方法自体の見直しにより、上記2つの問題に対応することとした。これがKP HealthConnectの基本的着想であり、その目的は「電子医療記録によるセルフ・ケアの普及と治療成果の向上、および医療の効率化と保険加入者の拡大」にある。

後述するように、KP HealthConnectには5つのプログラムが用意されており、そのなかでもセルフ・ケアは「My health manager」といったプログラム

によるものである。カイザー・パーマネンテは、これをベースに他の保険団体との市場差別化をはかり（表1）、新しいマネジドケアを展開しようとしている。

カイザー・パーマネンテは、およそ50億ドルの資金を投じてKP HealthConnectの構想・導入を進めている<sup>14)</sup>。次のⅡでは、その中核となる電子医療記録とセルフ・ケアの内容を整理しておこう。

## Ⅱ KP HealthConnectの基本システム

### 2-1 電子医療記録とセルフ・ケア

KP HealthConnectの重要な機能は、ITが向上・普及する現代において、オンラインを通したセルフ・ケアにより対面治療（医師サービスの受診機会）を補足することにある。

電子医療記録はそれに不可欠な情報ツールであり、各加入者の次の内容が記録・開示される。すなわち、①年齢・性別、傷病名と症状、外来・入院と服薬などの治療歴、②定期健診と治療の結果および経過（検査の画像や動画を含む）、③①と②に即した健康の維持・管理と傷病の対処法に関する担当医のコメント・アドバイスである（最初の健診結果は、電子医療記録での経過観察のための初期情報となる）。これら以外には、④契約保険の内容と推奨プラン、保険料と自己負担の決済方法および治療スケジュールとなっている。

表1 My health managerによる「市場差別化」

いくつかの保険団体は、一般的な電子医療記録をオンラインにより加入者に開示しているが、カイザー・パーマネンテは、これに加え**My health manager**を通して、**個体差に応じたセルフ・ケアが可能となる情報を加入者に提供する。**

 KAISER PERMANENTE

出所：カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Our Market Differentiation」などより。

通常の電子医療記録の内容は①とされるが、カイザー・パーマネンテの電子医療記録はより広範・詳細であり、そのなかでも②と③の作成および開示は「世界初」とされる（2010年度末）。これは、特にセルフ・ケアにとって重要な意味をもっている。

セルフ・ケアは、各人が自分自身で健康を維持・管理することであり、その一般的な情報はインターネットや雑誌・書籍において公開されている。上記の電子医療記録は、そうした情報の他に③を通して、各加入者の個体差に応じた予防医療と傷病の対処法に関する基礎知識を提供している<sup>15)</sup>。

これは、多くの症例と治療実績を用いた次の3つの調査・研究に基づくものとされる。第1は発症確率の逡減と早期発見・早期治療、第2は医療資源の適正使用であり、第3は発症前後の自己対応を可能にするプログラムの開発である。

これらの結果、カイザー・パーマネンテはセルフ・ケアを次のように捉え（図2）、これを保障プランの対象に加えることとした。

こうしたセルフ・ケアにはプライマリ・ケアが含まれるものとされ、慢性期疾患の自己対応と予防医療が重視される。本来、プライマリ・ケアは

傷病の初期段階での治療であり、予防医療は疾病の予防と健康維持を目的としている。

カイザー・パーマネンテのセルフ・ケアにおいては、これらは原則的に加入者に委ねられるため、電子医療記録の作成と開示に加え以下の対応が採られる<sup>16)</sup>。

- (1) セルフ・ケアの主な拠点は加入者の自宅となるため、次の資源を活用する。第1は、電話と電子メール、パーソナル・コンピュータやスマートフォンといったコミュニケーション・ツール、第2は、薬剤と家庭用の検査キットおよびPBM（図1の注2）を通じたその配送システム、加入者の家族と医療用に転用しうる家具である。第3は、カイザー・パーマネンテの医師と病院の他に、ネットワークとして契約する医師と病院である。
- (2) 加入者に対するサポート体制の一つとして、健康の管理や自己対応の方法について質問を受け付け、担当医がそれに対応する。また、セルフ・ケアと対面治療の内容や自己負担の相違、およびそれらの選択に関する相談窓口を設ける。
- (3) 会員誌「Healthwise News Letter」とウェブ・

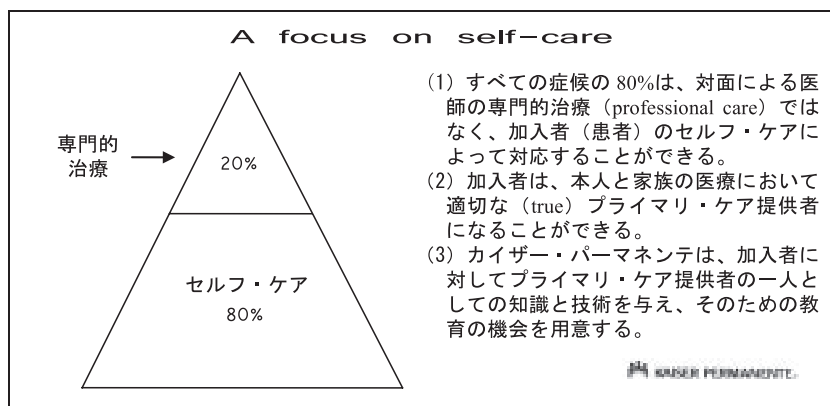


図2 カイザー・パーマネンテのセルフ・ケア

出所：カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「A focus on self-care」より。

表2 電子医療記録に関する調査

調査項目	回答内容	
1.オンラインによる医療と保険サービスの情報を利用しているか	1-1. ウェブ・メディカルドクターやセルフ・ケアに関する情報サイト	「利用したことがある」46% 「利用したことがない」54%
	上記の未利用者を100%として、1-1について	「大いに関心がある」27% 「ある程度関心がある」35% 「不明」38%
	1-2. 保障プランの内容・規定や支払い請求に関する情報サイト	「利用したことがある」29% 「利用したことがない」71%
	上記の未利用者を100%として、1-2について	「大いに関心がある」23% 「ある程度関心がある」33% 「不明」44%
	1-3. 個人の医療記録に関する情報サイト	「利用したことがある」12% 「利用したことがない」88%
2.保険団体および医師による電子医療記録の提供(利用)をどのように考えるか	同一のプランを提供する2つの保険団体があって、一方は加入者に電子医療記録を提供しているが、他方はそうではない場合、あなたはどちらを選択するか	「提供する保険団体」68% 「提供しない保険団体」16% 「不明」16%
	同一の技術をもっている2人の医師がいて、一方は電子医療記録を利用しているが、他方はそうではない場合、あなたはどちらを選択するか	「利用する医師」51% 「利用しない医師」17% 「不明」32%
3.電子医療記録によって得られる(期待される)利益は何か  *右から1つを選択	対面治療以外でも、セルフ・ケアや緊急時の対応が可能になる	31%
	医師と加入者が電子医療記録を共有するため、医療の効率化とコスト削減が可能になる	24%
	医師と加入者が電子医療記録を共有するため、医療の成果・質の向上が可能になる	19%
	医療ミスの削減に加え、保障プランと医師および薬剤に関する情報入手が可能になる	15%
	特に利益がない、不明	11%

出所：カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の次の資料により筆者作成。調査項目の1.は「Consumers want online access to health information」、2.は「Consumer choice」、3.は「What is most important benefits of electronic information?」より。この調査を委託された企業はStrategy One社であり、サンプル数が1,000の無作為抽出調査である。

サイトの他に、『Healthwise Handbook』といった書籍（価格は15ドル程度）において、セルフ・ケアの基礎知識を提供する。

これらにより各加入者は、セルフ・ケアにとって必要となる情報と資源のそれぞれを入手・活用する（具体的な事例については、3-1において取り上げる）。

## 2-2 KP HealthConnectの他の機能

KP HealthConnectは、以上に加え次の2つの機能が想定・期待されている。第1は医療と保険サー

ビスに対する消費者ニーズへの対応、第2は医療の無駄・非効率の抑制である。

まずは第1の前提として、特に電子医療記録に関する消費者ニーズの把握と機能向上を目的に、2002年に次の調査が行われた（表2）。

こうした調査により、多くの消費者がオンラインを通じた医療と保険サービスおよび電子医療記録の各情報に関心をもっていると判断された。ただし、それらの利用者の割合が低くなっており、利用の機会と方法についても十分に周知・理解されているわけではない。



これに対する検討結果の一つとして、電子医療記録において「加入者のカスタマイズ」が可能となるシステムの導入が有益とされた（これが、表1にみた「他の保険団体との市場差別化」をはかる発想の原点にもなっている）。後述するようにカスタマイズの方法は、主に医師と加入者間での情報の双方向性を確保した上で、加入者自身がセルフ・ケアと外来・入院などの保障プランおよび治療方法を選択することにある。

上記第2の機能について2000～2002年の調査によれば、アメリカでは医療サービスのおよそ20%が無駄あるいは非効率とされ、カイザー・パーマネンテにおいてもその7～8%がこれに相当するものとされる<sup>17)</sup>。一例として、慢性期疾患（主に高血圧症、糖尿病、肝炎、緑内障）の患者が複数の医師から治療を受け、薬剤が重複処方された他に高額な薬剤投与が継続されたケースも指摘される。また、検査の15%が再検査とされ、その理由の一つは検査結果資料の紛失あるいは誤記入にある。

さらに、「医師の治療法（主に服薬）に対する患者のコンプライアンス」に関しては、慢性期疾患を中心に多くの症例において「医師の指示に従った患者の割合は約55%（全症例の平均値）であり、45%の患者はそれをほとんど、あるいはまったく守っていない」とされる<sup>18)</sup>。患者の対応如何によって症状が悪化した場合には、医療資源の追加使用が必要となり、これが医療の効率性を低下させる一因にもなる。

こうした問題に対してカイザー・パーマネンテは、医師・病院との連携強化の他に、電子医療記録により投薬と検査および患者のコンプライアンスを一元的・定期的に管理することとした。

次のⅢでは、KP HealthConnectの方法と成果について、My health managerのプログラムを中心にみていくことにしよう。

### Ⅲ KP HealthConnectの方法と成果

#### 3-1 主なプログラムと方法

カイザー・パーマネンテのウェブ・サイトには、KP HealthConnectの次の5つのプログラムが表示される（これらの内容は、インターネット検索として「kp.org」のキーワード入力により参照可能）。

- (1) My health manager
- (2) Health & wellness
- (3) Shop health plans
- (4) Locate our services
- (5) thrive

(1) のMy health managerはKP HealthConnectの根幹であり、電子医療記録やセルフ・ケアに関する個人情報が含まれる。このため、各加入者がこれを確認・利用する際には、ユーザー IDとパスワードに加え医療記録番号の入力が必要となる。

(2) のHealth & wellnessにおいては、傷病の種類や男女の身体の各部位に生じる症候が紹介され、健康維持のための留意点が解説される。また、各傷病に対する一般的な対処法や有効な薬剤についての説明がなされる。

(3) のShop health plansでは、個人・家族や企業・公的機関などの組織と労働者に対する保障プランの他に、メディケア・パートA～Dと制度改正の各内容およびその補足プランが紹介される。これらは定額払い製の医療が基本であるが、契約の内容は「交渉」の上で決められる（HMOの他に、PPOやPOSなどのプランも用意されている）。

(4) のLocate our servicesにおいては、各事業地域での保険の加入方法と病院の所在地・連絡先、および各診療科の医師がそれぞれ公開される。医師の詳細な経歴を確認する際には、上記(1)と同様にユーザー IDなどの3項目の入力が必要になる。

(5) のthriveは健康増進キャンペーンの一環であり、公衆衛生の動向や予防医療に関するカイ

ザー・パーマネンテの取り組みが紹介される。thriveの一つの特徴は、加入者が「健康増進プログラム」（例えば、禁煙、食生活の改善および適切な体重と血圧の維持）に登録して一定の成果を得た場合には、保険料の割引（Member discount）が適用されることにある。これは、主に定期健診の結果と経過が記された電子医療記録により判断され、同一プランの加入者で比べた場合、保険料は最大で30%程度異なるとされる。

次に、上記のMy health managerの方法について「加入者の利用可能サービス」を基本にみた上で、民間医療システムとしてのKP HealthConnectの一つの意義を考えてみたい。なお、医師と加入者間での情報交換の方法は、電話と電子メールの他に電子医療記録内でのメッセージの発信によるものであり、これは「ドクターズ・オンライン」といわれる。

加入者が利用できる主なサービスは次の通りである<sup>19)</sup>。

- ①治療・服薬歴、定期健診と検査の結果および外来・入院時の容体と治療後の経過を電子医療記録により確認する。次の図3と図4は、その一例である。
- ②傷病の対処法と健康の維持・管理について、ドクターズ・オンラインを通して担当医からアドバイスを受け、それに対する質問・要望（苦情を含む）を伝える。医師の特殊な指示や薬剤（自宅への配送）が必要となる場合には、保障プランによっては自己負担が発生するケースがある（特に新薬の処方については、自己負担が高く設定される）。
- ③加入者本人と同様の傷病をもっている他の患者の治療法や薬剤の効果に関する情報、および契約医師の経歴・専門分野や治療実績を確認する。なお、保障プランの選択時と契約期間内において、原則的に担当医を選択・変更することがで

きる。

- ④上記の①～③および自己負担に基づいて、外来・入院と服薬を含め具体的な治療法を担当医と相談・検討する。その際には、医師により対面治療（あるいは入院）が必要と判断される以外、加入者はセルフ・ケアか対面治療（入院）を選択することができる。
- ⑤外来・入院の予約やキャンセルの手続きを行う他に、治療のスケジュールを確認する。また、加入地域以外において受診する際の紹介状をダウンロードする。この場合には、当該地域の担当医（契約医師）に対して、加入者の電子医療記録が伝達される。

My health managerを中心とするKP Health Connectの一つの評価基準は、第1にどのような意味において市場原理に整合的で、第2にいかなる成果が得られるかによる。これについて、「民間サービス」がベースとなっているアメリカの医療保障においては、多くの消費者・加入者が医療と保険サービスの情報を入手して、それを活用できるシステムあるいは機会を用意することが有益とされる。

一般に医療サービスに関しては、医師と加入者（患者）間での「情報の非対称性」が避けられないといわれる。本来、マネジドケアとりわけHMOにおいては、保険団体がその保険者機能の一つとして医療の内容とコストおよび成果を管理・分析した上で、治療のガイドライン（標準的な治療方法）に基づいて定額払い制の保障プランを設定・提供する。

こうした「規格化された医療保険（商品）」に期待される効果の一つは、（高度・先進医療や救急・救命医療を除いて）情報の非対称性が軽減され、医療の効率化とコスト削減がはかられることにある。しかし実際には、1-2においてみたように、医療費と無保険者率（数）が増加するなかで医師サービスの受診機会格差が拡大して、消費者



図3 電子医療記録の一例（治療箇所の動画と説明）\*

\*）これは、気管支炎（咯血）患者の治療箇所の動画を含む電子医療記録であり、症状と経過、日常生活での留意点や自己対処法について担当医の説明とアドバイスがなされている。また、薬剤の内容・留意事項や次回の配送予定日などが記されている。患者名は仮名。

出所：カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・バサディナ本部）提供の資料

「KP HealthConnect：How does it work?」より。

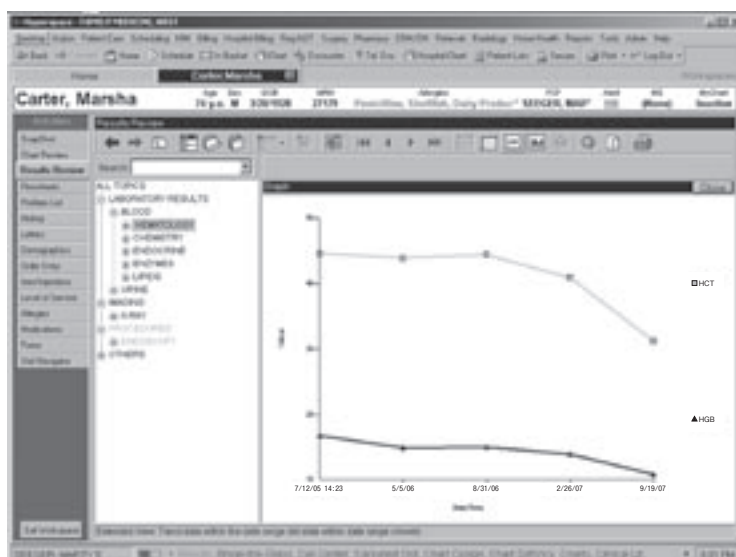


図4 電子医療記録の一例（経過記録と説明）\*

\*）これは、血液検査の経過記録であり、ヘモグロビン（HGB）とヘマトクリット（HCT）の低下により貧血が悪化して、動悸・息切れの初期症状にあることが示されている。これについても担当医の詳しい説明がなされ、一定の基準値から外れた場合の対処法などが記されている。患者名は仮名。

出所：図3と同じ。

に対する情報提供のあり方にも課題が残された。

カイザー・パーマネンテは、その基本原因および対応を次のように判断しており、これがKP HealthConnectの導入につながる重要な背景にもなっている<sup>20)</sup>。

医師サービスの情報格差 (information gap) は、マネジドケアにより「医師と保険団体」間では軽減されているとはいえ、「医師と保険加入者(患者)」間においてはそうとはいえない。特に対面治療の場では、加入者は医師からの情報を受け入れることしかできない。医療保険市場において、医師と加入者間での情報格差を軽減するためには、保険団体が、加入者に対して日頃から健康維持に関心をもつことができる情報と機会を提供して、さらに対面治療を受けながら自宅において医療に接することができる情報と機会を提供する必要がある。

すでにみたようにMy health managerの基本的機能は、対面治療あるいは医師サービスの受診機会を補足して、加入者の健康維持と治療成果の向上をはかることにある。その前提としてセルフ・ケアが保障プランの対象とされ、各加入者は、電子医療記録とドクターズ・オンラインを通して「自分の健康と医療および保障プラン」の情報を得ることができる。また、消費者ニーズに即した情報サービス(表2)に加え、予防医療の促進策としての健康増進プログラムと保険料の割引制度がそれぞれ用意されている。

KP HealthConnectはこうした機能を中心とするマネジドケア・プログラムであり、各加入者は、セルフ・ケアを含む医療と保険サービスの一般的な情報および個体差に応じた情報をそれぞれ入手・活用することができる。これは、医師と加入者(患者)間での情報の非対称性を軽減して、市

場における医療保障を「商品経済になじませる」<sup>21)</sup> 民間システムあるいは保険者機能の一つとして重要な意義をもっている<sup>22)</sup>。

### 3-2 2010年度までの成果

カイザー・パーマネンテは、KP HealthConnectの各プログラムのなかで完成したものを2005年以降順次、導入しており、2010年度末の導入状況はおよそ80% (全事業地域の平均値) となっている。電子医療記録については、同年度末に約600万人分(全加入者の67%程度)が完成したとされ、340万人がセルフ・ケアのプログラムを実際に利用している。これらにより、次の現象あるいは効果が現れはじめている<sup>23)</sup>。

第1は、外来患者数の減少と加入者の満足度向上である。My health managerの利用者は、その未利用者に比べ外来の割合が約14%低くなっており、これはセルフ・ケアの浸透と成果の向上によるものとされる。また、加入者の意識調査によれば、「電話や電子メールでの医療相談と医師のアドバイスは、早期の対応にとって有益であり、対面治療を受ける際の待ち時間が短縮され効率的な医療につながっている」との評価がなされている。

第2は、医療の無駄・非効率の抑制である。2-2においてみたように、電子医療記録の利用目的の一つは投薬と検査の管理・適正化にあり、これによってそれらのコスト節減がはかられている。また、電子医療記録とドクターズ・オンラインを通じた加入者の管理(経過観察)は、そのコンプライアンスを確認する上で有益とされる。

第3は、対面治療の効率化である。カイザー・パーマネンテは、症候の20%程度については医師の専門的治療が必要と判断しており(図2)、この場合にも電子医療記録が活用される。例えば、対面治療の際にデジタル画像と経過記録(図3、図4)のモニター映写が容易になる他に、検査・放射線のオーダリングや報告書の作成が迅速化される。

また、各加入者の電子医療記録は、医療技術が高度化するなかで、実績あるいは根拠に基づく治療を行うための情報源となっている。こうした情報は、医療の標準化・ガイドライン化を進め、保障プランと診療報酬を改訂する際の判断材料としても用いられる。

最後に第4は、保険事業の効率化である。カイザー・パーマネンテの保障プラン、保険料と自己負担および病院報酬と医師報酬それぞれの設定と運用は、次のようになっている。まずは、オークランドの統括本部が一定の基準を設け、各事業地域において、市場の動向とルール（規則）に基づいてそれらが調整・設定される。その運用面では、保障プランの基本情報がKP HealthConnect（特に（3）Shop health plans）を通して提供され、各事業地域において、消費者との交渉・契約の上で加入者の電子医療記録が作成される。保険料と自己負担および診療報酬の決済も各事業地域の業務となっており、電子医療記録を通じた事務処理がなされる。KP HealthConnectは、図1にみたIHDSの「情報システム」の基本プログラムであり、こうした事業の効率化と情報管理にとって有益とされる。

以上により、2005～2010年の事業期間において、医療の質的低下が生じることなく加入者の満足度が向上して、医療と保険サービスに係るコスト（原価）がおよそ19%低下したとされる（KP HealthConnectの導入コストを除く）。これらの結果、医療の成果について一定の評価を確保するなかで、他の保険団体よりも（同等の保障プランと比べて）15～20%程度低い保険料を設定することが可能となっている<sup>24)</sup>。

アメリカの医療保険市場における競争上の基本的要件は、「医療の質的維持・向上と効率化」および「保険料の抑制」にあるが、現代では「消費者指向（consumer oriented）の情報提供」が重要になっている。カイザー・パーマネンテの加入者がカリフォルニア州を中心に増加している背景

の一つは、これらの要件を確保しようとするKP HealthConnectの成果と考えられる。

## むすびにかえて

本稿は、マネジドケアの経緯と課題を整理した上で、カイザー・パーマネンテが2002年以降、構想・導入を進めているKP HealthConnectの内容と成果の一部をみてきた。

KP HealthConnectは2013年度中に「full model」として導入が完了する予定とされ、そのためには、特に全加入者の電子医療記録の作成が前提となっている。これらが完成した後の長期目標として、主に次の3点があげられている<sup>25)</sup>。

第1は、セルフ・ケアを保障プランの一つとして浸透させ、その成果を向上させながら他の保険団体との市場差別化を進める。第2は、KP HealthConnectの各プログラムを通して、消費者ニーズに応じた医療と保険サービスの情報提供を拡充する。主な対象は、企業などの組織とその労働者（連邦政府と州・地方政府の職員を含む）、およびメディケアの加入者である。セルフ・ケアの対象の一つとなる慢性期疾患は高齢者に多くみられるため、その保障プランは「メディケアの補足プラン」としても有益と考えられている。第3は、セルフ・ケアと対面治療の効率化および成果の向上をはかり、他の保険団体よりも割安な保険料を維持した上で加入者を拡大する。

カイザー・パーマネンテの現在の事業地域はカリフォルニア州などの8地域であるが、これ以外の消費者もKP HealthConnectにアクセスしてその概要を把握することができる。将来的に、そうした消費者に対して（健康診断の上で）保険の加入機会が用意された場合には、電子医療記録とセルフ・ケアの情報がオンラインを通して提供される。また、現在の事業地域以外において、医師および病院との新規契約によりネットワークが拡大した

際には、その地域の消費者はカイザー・パーマネンテの加入者として対面治療を受けることが可能となろう（これについては、「Out-of-Area Plan」として導入の検討が進められている）。

KP HealthConnectは「the Future of American Health Care System」の一つともいわれ、カイザー・パーマネンテは、その拡大・定着を通して医療保障における「アメリカのリーダー（national leaders）になる」としている<sup>26)</sup>。民間システムを基本とするアメリカの医療保障において、KP HealthConnectが将来的にどの程度まで浸透して、いかなる成果が得られるかが問われることになろう。

最後に今後の展望として、本稿の1-2に触れたように、KP HealthConnectに類似するプログラムは他のいくつかの保険団体でも導入され、あるいはそのための検討が行われている。主な目的は、多数の消費者を対象にITを通して医療と保険サービスの情報提供を進め、これにより加入者の拡大をはかることにある。

医療保障に関するこうしたシステム・手法は、情報の非対称性に伴う市場の弊害を軽減することにつながり、したがって「市場原理に整合的なモデル」が尊重されるアメリカにおいて広く浸透するものと考えられる。これらの動向と成果および課題については、KP HealthConnectを中心に継続的に調査を行い、新しい資料と情報を入手した段階で、別稿において詳細を検討する。

投稿受理（平成25年7月）

採用決定（平成26年1月）

#### 付記

本稿の作成におきましては、2名のレフェリーより有益なコメントを頂戴しております。ここに記して、謝意を添えさせていただきます。もちろん、内容や表記などの誤りは、すべて筆者の責任です。なお、本稿の目的と内容につきましては、いかなる利益相反もないことを宣言いたします。

#### 注

- 1) 「民間医療システム」は、民間の医療保険を基本とする医療保障であり、広義には保険と医師・病院サービスの提供方法を含む。
- 2) Andersen, Rice and Kominski (eds) (2007)、Kongstvedt (2004)、Kovner and Knickman (eds) (2005)、安部 (2003) と (2007) を参照。
- 3) 市場経済あるいは資本主義国家における医療保障のあり方については、加藤 (1991) pp.116-120、渋谷 (2005a) pp.9-14を参照。
- 4) 筆者がカイザー・パーマネンテにおいて調査・資料収集を行った時期は、2007年、2009年および2011年の各3月である。
- 5) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「Kaiser Permanente : at a glance」より。
- 6) Kovner and Knickman (eds) (2005) ch.7、McCulloch (2010) を参照。
- 7) カイザー・パーマネンテの詳しい歴史過程については、安部 (2011a) ~ (2011c) を参照。
- 8) 以下の内容の詳細については、注7) と同じ文献を参照。
- 9) ヒル・バートン法を通して、1970年までに各地に建設・増改築された病院施設数は約9,200、病床数は42万4,000であった。
- 10) 定額払い制の病院報酬の詳細については、安部 (2003) と (2007)、広井 (2000) などを参照。
- 11) 無保険者率と無保険者数の動向については、U.S. Department of Health and Human Services (2009), "Health Insurance Coverage Trends, 1959-2007", National Health Statistics Reports. No.17, July, Center for Disease Control and Prevention (CDC)・ホームページ (2014年1月)「Trends in Health Care Coverage and Insurance for 1968-2011」([http://www.cdc.gov/nchs/health\\_policy/trends](http://www.cdc.gov/nchs/health_policy/trends)) を参照。経済の動向（実質GDP成長率）については、U.S. Bureau of Economic Analysis・ホームページ (2014年1月)「Gross Domestic Product Percent change」(<http://www.bea.gov/national/index.htm#gdp>) を参照。無保険者率(数)の動向は、医療費と保険料および景気その他に、広くは保障プランの内容や労働者に医療保険を提供する雇用主の判断、さらに連邦および地方政府の医療政策にも関係する。
- 12) 定額払い制の医師報酬の詳細については、注10) と同じ文献を参照。
- 13) Blendon, et al (1998)、Havighurst (2001)、Robinson (2001) を参照。
- 14) エトナは、7~8億ドルを投じてこれに類似したシステムの導入を計画している。カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）

提供の資料「Aetna's big investment」、Robinson (2004) より。

- 15) カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「The Buzz about personal health records」、[「KP HealthConnect: How does it work?」、Chen, et al (2009) より。
- 16) カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Primary Care Transformation: 21st Century Care Innovation Project」、[「Our Vision for the Future: Blue Sky」]より。
- 17) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「Health care in the United States」、Lohr (2004) およびインタビュー調査より。
- 18) 保険加入者（メディケアの加入者を含む）の45～50%が1つないし複数の慢性期疾患を抱え、少なくとも医療費の64%がこれによるものとされる。
- 19) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「A focus on Information technology」、[「A focus on prevention: screening exams」、同（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Member-Centric Services」、[「My health manager on kp.org」]などより。
- 20) カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）でのインタビュー調査より。
- 21) 注3) と同じ文献を参照。
- 22) 保険者の機能に関しては、わが国でも医療制度改革のテーマの一つとして取り上げられ、近年ではそれを拡充する方向での検討が行われている。一例として、医療の質的維持・向上と効率化をはかる上では、「情報の非対称性」の軽減および情報の活用機会の拡大が有益とされ、そのための保険者の権限や裁量の範囲についていくつかの提案がなされている（山崎泰彦・尾形祐也編（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社などを参照）。

本稿が取り上げているKP HealthConnectのなかでも「電子医療記録とドクターズ・オンラインの活用」、これによる「セルフ・ケアの促進」は、わが国において保険者を中心に医師・病院および加入者の3者間での情報の双方向性が確保された場合には、上記の保険者機能の事例として参考になりうると思われる（電子医療記録については、一般的な診療記録ではなく、詳細な内容での作成・開示が必要となり、またセルフ・ケアについては、担当医がその内容を電子医療記録を通して保険者に伝達した上で、「かかりつけ医の医療行為」の一環として診療報酬の対象にすることが望ましい）。これは、保険者機能の拡充をベースとする医療制度改革の一つと考えられるが、国民皆保険制度のもとで平

等な受診機会が尊重され、「公共サービス」としての性質が強い医療保障において、考慮されるべき課題も残されている。例えば、現在の公的システムが前提とされる限り、わが国の国民は電子医療記録を含め医療サービスの情報を入手・活用する必要性あるいはインセンティブが必ずしも高いとはいえず、また、被保険者としての医療保険の契約書（約款）に相当するものが存在しない。こうしたなかでも国民は、加入要件としての保険料負担と一定の自己負担の条件を満たせば、セルフ・ケアなどを利用することなく、原則的にフリーアクセスにより対面治療（医療給付）を受けることができる。情報の非対称性を軽減して一定の成果を得るためには、国民に対して医療と保険サービスの情報が提供されるだけではなく、本来は、加入者・患者が“消費者として”そうした情報を入手・活用しようとする「意識」、さらに保障プランと治療方法および医師・病院（あるいは保険者）を選択しうる「機会」がそれぞれ必要となろう。

情報の開示と活用に着目して保険者の機能を拡充しようとする場合には、その前提の一つとして医療保障の基本原則、特に公的システムをどの程度まで維持するか（あるいは民間システムに代替するか）についても問われなければならない。これは、国民皆保険制度の目的と手段の他に、消費者の価値観とニーズおよび保険者の再編と統合を含め、多方面からの分析・考察が必要となるため、機会をあらためて詳しく検討したい。

- 23) 以下の内容は、カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「A focus on Information technology」、[「A focus on care management」、同（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Preliminary Findings」、[「E-mail Reduces Office Visits & Phone Calls」、[「Caregiver Benefits」]より。
- 24) カイザー・パーマネンテ（オークランド・統括本部）提供の資料「Kaiser Permanente as a leader」、U.S. News and World Reportのランキング調査およびLohr (2004) より。
- 25) カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Kaiser Permanente HealthConnect Goals」およびインタビュー調査より。
- 26) Crosson (2009)、EurekAlert (2013)、Lohr (2004)、MarketWatch (2013)、カイザー・パーマネンテ（南カリフォルニア地域・パサディナ本部）提供の資料「Kaiser Permanente HealthConnect Goals」より。

#### 参考文献

Andersen, R., T. Rice and G. Kominski (eds) (2007)

- Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (3<sup>rd</sup> ed), Jossey-Bass.
- Blendon, R., M. Brodie., J. Benson., D. Altman., L. Levitt., T. Hoff and L. Hugick (1998) "Understanding The Managed Care Backlash", *Health Affairs*, July/Augst. Vol. 17, No. 4.
- Chen, C., T. Garrido., D. Chock., G. Okawa and L. Liang (2009) "The Kaiser Permanente Electronic Health Record: Transforming and Streamlining Modalities of Care", *Health Affairs*, Vol. 28, No. 2.
- Crosson, F. (2009) "21st-Century Health Care – The Case for Integrated Delivery Systems", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 361, No. 14.
- EurekAlert・ホームページ (2013年5月) 「Kaiser Permanente study finds efforts to establish exercise as a vital sign prove valid」 ([http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2012-10/kp-kps101512.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-10/kp-kps101512.php)).
- Folland, S., C. Goodman and M. Stano (2010) *The Economics of Health and Health Care* (6<sup>th</sup> ed), Prentice-Hall Inc.
- Havighurst, C. (2001) "Backlash against Managed Health Care: Hard Politics Make Bad Policy", *Indian Law Review*, Vol. 34 No. 2.
- Kongstvedt, R. (2004) *Managed Care-What It Is and How It Works*, Jones and Bartrett Publishers.
- Kovner, A. and L. Knickman (eds) (2005) *Health Care Delivery in the United States* (8<sup>th</sup> ed), Springer Publishing Company.
- Lohr, S. (2004) "Is Kaiser the Future of American Health Care?", *The New York Times*, October 31.
- MarketWatch・ホームページ (2013年3月) 「My Health Manager Users More Likely to Remain Kaiser Permanente Members」 (<http://www.marketwatch.com/story/my-health-manager-users-more-likely-to-remain-kaiser-permanente-members-2012-07-30>).
- McCulloch, A. (2010) "Health Care Reform – Integrated Health Care Delivery System Perspective", *INSIGHTS*, Spring.
- Robinson, J. (2001) "The End of Managed Care", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 285, No. 20.
- Robinson, J. (2004) "From Managed Care To Consumer Health Insurance: The Fall and Rise of Aetna", *Health Affairs*, Vol. 23, No. 2.
- 安部雅仁 (2003) 「DRG/PPSの意義と課題」国立社会保障人口問題研究所『季刊 社会保障研究』Vol. 39, No. 3.
- 安部雅仁 (2007) 「マネジドケアと医療改革」渋谷博史・中浜隆編『アメリカの年金と医療』日本経済評論社.
- 安部雅仁 (2011a) 「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (1) – ニューディールから第2次大戦期までの歴史過程」北星学園大学経済学部『北星論集』第51巻1号.
- 安部雅仁 (2011b) 「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (2) – 第2次大戦期から終戦直後までの歴史過程」北星学園大学経済学部『北星論集』第51巻1号.
- 安部雅仁 (2011c) 「カイザー・パーマネンテのマネジドケア (3) – 第2次大戦後からHMO興隆期までの歴史過程」北星学園大学経済学部『北星論集』第51巻1号.
- 加藤栄一 (1991) 「福祉国家システムの再編－プライバタイゼーションの歴史的意味」東京大学社会科学研究所編『現代日本社会 I 課題と視角』東京大学出版会.
- 渋谷博史 (2005a) 『20世紀アメリカ財政史[I]』パクス・アメリカーナと基軸国の税制』東京大学出版会.
- 渋谷博史 (2005b) 『20世紀アメリカ財政史[II]』「豊かな社会」とアメリカ型福祉国家』東京大学出版会.
- 渋谷博史 (2005c) 『20世紀アメリカ財政史[III]』レーガン財政からポスト冷戦へ』東京大学出版会.
- 広井良典編 (2000) 『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社.

(あべ・まさひと 北星学園大学教授)