

## ケアの質向上への取り組みとその課題

郡司 篤晃

### ■ 要約

先進工業国では、平均寿命で見ると健康水準は向上してきた。慢性疾患の時代には生活の質の維持と向上が主眼となり、今後は Health Promotion の考え方と政策の推進が重要である。

医療においては消費者による質の評価が不可能であり、かつ平等の要求があることから、政府の介入が必須である。さらにサービス内容が決定するのは医療施設に到達後であり、そこではいわゆる情報の非対称の大きな相対取引であり、政府の介入によっては、種々の非効率や質の低下などの多様な問題が発生する。

出来高払いのインセンティブを逆転し、医療に管理学の合理性を導入する目的で HMO が考案された。これを基礎に管理競争 (managed competition) の考え方が生まれ、世界的に大きな影響を与えた。しかし、各国の歴史的制約や平等に対する価値観の差、政治思想の違いから、各国における現実のシステムは大きく異なり、いまだ医療・福祉における質と効率を確保する一般解は明らかではない。近年は、情報の非対称を埋めるためのエージェントとインセンティブの設計が、基本的な政策手段となりつつある。

医療の質の管理技法は、同僚による評価しかないと言われてきたが、次第に第三者の評価が導入されるようになった。その方法は結果による評価から構造的な評価へと移行し、そして近年また結果による評価に回帰しつつある。しかし、医療の結果による評価は医療の失敗にかかわる指標が多くなるため医療提供者には歓迎されない。そこで、近年はパス法のようにプロセスを重視するようになって来た。パス法はいわば医療のプロセスの標準化であり、また医療の全プロセスに関する Informed consent である。しかし、すべての患者が標準的な診療で完結するわけではなく、その限界も明らかである。

今後は情報システムの発達により、adverse event や治療成績を含む診療情報の処理が容易になること、一方国民の情報の公開に対する要求が高まることから、その圧力が医療の質の向上を促進することになるであろう。

わが国の医療システムはプライマリー・ケアが混乱している。責任を明確にすることによって市民に安心感を与え、シームレスで良質、かつ効率的なケアを提供するためには、プライマリー・システムの構築が重要な課題である。

### ■ キーワード

医療の質、効率、インセンティブ、代理人

### I はじめに

本報告書における第一章の関心は、健康水準は著しく改善されてきたが、ケアの質を向上させることによって、さらに改善がもたらされる可能性があるのではないか、そのためにはいかなる政策的課題に取り組まなければならないかを考察す

ることにある。

その関心は保健<sup>1)</sup>から医療、福祉にも及ぶ。しかし、同報告書も主として医療を論じているので、紙面の関係もあり、本論では主として医療の質を中心に、またわが国との関連が深い点に重点を置いて論ずることとしたい。

また、何が上質な保健、医療、福祉ケアである

かを、個別の技術について論ずると膨大な議論となり、本特集の趣旨にもそぐわない議論となるだろうから、本論では主として医療の質向上のための政策論に焦点を絞る。

## II 健康水準の向上とヘルス・プロモーションの妥当性

### 1. 健康水準の向上

OECDの報告書に拠れば(OECD, 2004)、近年OECD各国では「健康水準の劇的な向上」があったとしている<sup>2)</sup>。国などの地域人口集団の最も総合的な健康水準の指標はゼロ歳児の平均余命(通称平均寿命)であるとされている。近年、OECD諸国においてはこの指標は一貫して延長してきた。したがって、この指標で見ると、これらの国々においては健康の水準は確実に改善してきた。

しかし、この指標に影響を与える要因は多様であり、必ずしも保健・医療サービスだけが寄与しているのではなく、生活水準の向上による衛生や栄養の改善の方が、その伸長には、大きく寄与している可能性が高い。

感染症の時代には、予防接種などの保健活動の方が、医療サービスの寄与よりはるかに大きかった。多くの人命を奪った天然痘は予防接種によって人類社会から撲滅することに成功したし、ポリオも撲滅寸前まで来た。今後も再興、新興感染症はあるが、人類がこれまで蓄えてきた医学技術を持ってすれば、対処の可能性については悲観的なものはないであろう。

医療と健康水準との関係について、医療費と平均寿命との相関関係を断面的な国際比較で見ると、2者間の相関関係は、きわめて貧困な地域においては見られるものの、先進工業国においてはほとんど無相関である。したがって、その比率を議論することも無意味である。

平均寿命は最も総合的な健康指標であるが、

医療システムの効果を評価するためのoutcomeの指標としてはあまりにも鈍すぎる。医療システム全体の評価のためのoutcome指標にはいまだ適当なものはない。この事実はとりもなおさず、医療、特にその質の平均寿命の延長に対する寄与はかなり限界的であるといわざるを得ない。

医療技術のoutcome評価は、個々の技術ごとに行われなければ、明確な答えは期待できない。その際、実験的な環境下での効能(efficacy)と、実際のフィールドでの効果(effectiveness)は異なることがあるという認識が重要である<sup>3)</sup>。

### 2. 疾病構造の変化

OECD諸国は、人口転換をほぼ終了している。その必然的な結果が、疾病転換である。すなわち、急性疾患から慢性疾患への疾病構造の変化である。現在のOECD諸国においては死因のほぼ6割以上が悪性新生物と循環器疾患である。このようなdemographicな変化に伴い、保健・医療のあり方や政策も大きく変貌しつつある。

予防も社会防衛的な性格を減じて、個人の障害の予防へと変化した。医療と予防の境界もあいまいになってきたことの問題は、必ずしも議論されてこなかった。

例えば、軽症高血圧に対する降圧剤の投与、抗高脂血剤の投与は、医療の場で行われているが、これは予防である。慢性疾患の管理では予防と医療の境界が不明確になったのである。

しかし、それらの薬剤投与の疾病予防効果は、効能は証明されていても、効果は十分証明されていないものが多い。効果の評価が新薬の開発に追いつかず、その証拠があいまいなまま、多くの「医療費」が「予防」につき込まれている。また、これらの薬剤にも副作用があり、生活の質は低下する。

### 3. ヘルス・プロモーションの妥当性<sup>4)</sup>

1986年にカナダのオタワで開催された国際会議

で採択されたHealth Promotion憲章は、「ヘルス・プロモーションは新たな公衆衛生である」という<sup>5)</sup>。その基本的な考え方は、「今や先進工業国においては、生命に対する危険因子はほとんどすべて生活習慣の中にある。したがって、これからの公衆衛生活動は生活習慣を健康なものにすることである」と主張する。

喫煙は極めて有害な生活習慣である。タバコの喫煙で平均余命は数年短縮する<sup>6)</sup>。これは喫煙が肺がんをはじめ多くのがんの危険因子ばかりでなく、循環器疾患の危険因子でもあるからである。さらに、一部の降圧剤の脳心事故に対する予防効果を台無しにする<sup>7)</sup>。

近年、喫煙対策が進んだOECDの一部の国においては、肥満が喫煙を抜いて最大の危険因子になりつつある<sup>8)</sup>。肥満は、アメリカなど喫煙率が低下している国においては、医療費の増加により大きく寄与しているという<sup>9)</sup>。

肥満は、エネルギーの摂取と消費の収支バランスの問題である。交通機関の発達、職場の自動化、家庭の電化など、社会や生活の近代化は一貫してエネルギー支出を減少させてきた。したがって、肥満は進行し、循環器疾患の危険因子となる。対策は、意識的にエネルギー摂取を減らすか、生活活動強度を上げることである。生活活動強度を上げることが循環器疾患の予防につながることは既に証明されており、さらに生活の質も向上する<sup>10)</sup>。

しかし、日本では日本食の伝統が残っているため、かつ喫煙対策においてきわめて遅れをとっているため、いまだにタバコが大きな危険因子である。

慢性疾患の時代にあっては、患者自身が疾病の重要な管理者の一人であることを、患者もケアの提供者も十分認識することが重要である。

“Health Promotion”は「健康増進」と訳すと誤解を生ずる可能性があるため、わが国では「ヘル

ス・プロモーション」と言い習わされている。

重要なのは、以下の諸点である：

- ① 悪い健康習慣を持っている人はその人自身が犠牲者であるので、その人を責めることはvictim blamingであるから、健康に寄与する環境づくりが重要である。
- ② 健康に害を及ぼすような政策を決定した場合には政策決定者の責任であることを明確にしなければならない。
- ③ 健康政策の方向転換が必要である。

そして、具体的な活動は、① 健康な政策づくり、② 健康な環境づくり、③ 地域活動の強化、④ 健康教育、⑤ 保健活動の方向転換が必要であるとした。

しかし、それらの政策推進は必ずしも容易ではない。同報告書は「公的な介入を行うことには複雑な問題およびトレードオフが避けられず、それが政策立案過程を複雑にしている」と述べているが(OECD, 2004)<sup>11)</sup>、この指摘は重要である。医療提供者の暗黙の反感もある。また、タバコについては、政府機関の重要な税源であり、政府の禁煙推進に対する政府内の態度も分かれる。まさにその解決こそが重要な政策課題であることを、ヘルス・プロモーションは主張するのである。

#### 4. わが国のヘルス・プロモーション

わが国の健康増進行政の歴史は古いのが、2次予防である健康診査が中心であった。また、栄養、運動、休養が三要素と言われていたが、栄養行政のみの取り組みであった。その後、運動、休養の行政<sup>12)</sup>が加わり、現在「健康日本21」(21世紀における国民健康づくり運動)が進められている。しかし、保健活動の方向転換の動きは見えないものになっていない。また、同憲章が主張するように政府全体の政策とはなっておらず、一部の行政機関の枠内での取り組みになっている。

### III 医療の質と効率の確保

#### 1. 医療の質

医療の質の定義<sup>13)</sup>はあるが、質を管理しようとするとき質をどう評価するかが問題となる。Donabedianは医療の質を評価しようとするとき、医療の‘norm’を議論することになる、そして効用とリスクの差が最大となるところが最良質の医療であると述べた。しかし、それらの変量を測定することはきわめて困難である<sup>14)</sup>。

本報告書では、問題となる医療の質を分類して、医療技術の過剰な適用、過小な適用、そしてadverse eventとしている<sup>15)</sup>。この分類も極端な事例としては理解できるが、どこまでが過剰、あるいは過小であるかなど具体的な評価は容易ではない。しかし、極端な事例を把握できれば、政策評価の指標としては意味があるであろう。

近年、単純な医療事故が医療の質の問題として社会的に大きな関心を集めている。医療の質の問題ははるかに本質的であり、あらゆる場面に存在するのであり、そのような事故は「量的にはむしろマイナーな問題である」<sup>16)</sup>という本報告書の認識は重要である。

医学・医療技術が進歩し、医療はますます複雑になり、知るべきこと、なすべきこと、管理すべきことがますます増えているにもかかわらず、医療はその質を向上させるためのシステムの構築が追いつかず、幾多の亀裂を生じているというのである<sup>17)</sup>。

#### 2. 医療における市場の失敗

消費者が購入するものやサービスの質を判断できれば、その質の向上と社会的厚生を最大化する方法は、市場という比較的簡単な仕組みによって実現することができる。したがって、政策的な介入は必要ないし、むしろ規制がないほうが良いということになる。しかし、医療サービスの質は事前的

にも事後的にも、消費者が知ることは困難である。

また、医療は他の財との比較において、その平等な分配に対する要求が高い。これらの理由から、各国は何らかの形で政府が介入する公的な制度を設けている。ただ、平等にどの程度の価値を置くかは、国によってかなりの開きがあり、それによって制度設計が大きく異なる<sup>18)</sup>。

多くの国において、政府は費用の補助や公定価格などという形で価格に介入する。そのため、価格はサービスの質に関する情報は含まないので、消費者はそれ以外の代理的な情報により医療施設を選択をせざるを得ない。すなわち、評判や、施設の大きさとか設備の多さなどの外見的な情報で施設を選択することになる。つまり、消費者である患者は、自分で医療の質を判断できないので、施設選択の自由が与えられても、望むサービスを購入するための施設に到達することがきわめて困難なのである。

特にわが国では、法的には医療施設を選択は自由であるが、適切な代理人もいないので、現実にはその選択は困難である。健康に異常を感じたら不安を伴うことは必然だし、状況が許せばできるだけ安心できる施設を選択しようとする。

現在、大病院への患者の集中が問題になっているが、それはきわめて単純な仮定、すなわち「小さな施設に行ったら診断ができないことがあるが、大きな施設に行けば診断ができる」と仮定をすると、その集中は必然的であることが証明される(青木研, 2001)<sup>19)</sup>。

#### 3. 相対取引

医療に市場モデルがあてはまるとしても、それは患者が医療施設に到達するまでのことである。医療の内容が決まるのは医療施設についてからである。そこで実際にどのようなサービスを購入するかが決定される。それを取引と見るならば、市場的なモデルはあてはまらず、相対取引である。

相対取引のモデルである代理人理論は、PrincipalとAgentの間に情報の非対称がある場合には、Agent側にモラルハザードが起こる可能性があるという<sup>20)</sup>。医療ほど提供者と消費者間の情報の非対称が大きい例は希であるから、医療提供者側にモラルハザードが起こる可能性はきわめて大きいということになる。

現在のわが国のように、項目別出来高払いの支払い方式の下では、サービス項目を増やす方向へインセンティブが働くため、需要が誘発される、あるいはニード論から言えば過剰な診療を引き起こす危険がある。それはとりもなおさず医療の質をあやしくする危険性があるということである。したがって、モラルハザードを防止するのは、医の倫理しかない状況である<sup>21)</sup>。

OECDのHealth Dataで見ると、わが国の医療消費量指数が各国と比較して一貫して高いのは、項目別出来高払いの支払いのためである。

また、著者らによるわが国における医療費の地域差の研究によれば、その差はきわめて大きいばかりでなく(府川哲夫, 2001)<sup>22)</sup>、その大きな要因は、倫理的に許される範囲の需要の誘発であることはほぼ間違いなからう(郡司篤晃, 1998)<sup>23)</sup>。必要がない医療が行われるとしたら、医療の質の観点からも由々しきことである。

代理人理論は、Agentのモラルハザードを防止する方法は、第三者が評価するか、incentive constraintを設けるしかないという。現在OECD諸国において行われている医療の質を確保するための直接的な対策も、この第三者評価とincentive constraintの設定の2種類に分類される。

医療の提供システムには多様な政府の介入が行われているが、それらは直接関係者のインセンティブに触れることにより、医療の質に影響することになる。したがって、医療の質の問題は医療提供者個人や組織の倫理や責任というだけではなく、政策決定者の責任でもあるという認識が重要である。

項目別出来高払いの下では、ケア提供者が軽症よりも重症の患者を選好する方向へインセンティブが働く。したがって、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなることが項目別出来高払いの大きな問題点の1つである(飯島佐知子, 1998)<sup>24)</sup>。

また、逆に包括払いにすると、やり方によっては、サービスが過小になる方向へインセンティブがかかる。いずれにしても、医療の質に直結する政策であるので、その立案には極めて慎重を要する。残念ながら、「医療提供者に対する経済的なインセンティブは、適正な(appropriate)医療に向けて作用していない」という指摘は正しい<sup>25)</sup>。

医師が被雇用者である場合にはインセンティブは直接かからないかもしれないが、経営努力を督促される場合には、たとえ月給制の医師にも影響は及ぶであろうし、中小の私的医療施設が大多数を占めるわが国ではその影響は大きいであろう。

ケアのシステムは、急性期から慢性期の疾患まで、さらに生活の支援までと、多様な種類や段階があり、包括的であることが必要である。すなわち、それぞれの施設で受けるケアはシームレスであることが理想だが、現実のケアの施設や組織は分断されている。このような状況下では、ケアの受け手は健康状態が変化するに伴い、施設間を移動せざるを得なくなり、そのつど多くの問題やロス<sup>26)</sup>を生ずることになる。このような事態は単に効率の問題だけではなく、質の問題も伴っている。

近年の効率を向上させるための市場あるいは準市場的な競争を促進する政策は、ケアの提供者や組織をますます分断し、それらの間の協調を困難にする方向に作用する。すなわち、効率と質に係わる諸要因との間にtrade-offの関係があることを認識する必要がある。

#### 4. 医療費の抑制と質

OECD各国において医療費のGDPに対する割合は、過去において一貫して伸び続けて来たとし、

現在も伸び続けている。他の経済との関係で、将来ともそのまま推移できるはずはないことは自明である。しかし、いまだに自由主義経済の国で、その高騰の制御に成功したと思われる国はない。

社会主義が崩壊し、いわゆるグローバリゼーションが急速に進行しつつある。それに伴い国際経済競争が激化し、各国は社会の効率化を求められている。医療、福祉などの社会保障も例外ではなく、その後各国に誕生した新自由主義政権は、医療・福祉の領域にも市場化を導入した。

経済成長の鈍化の中で、各国ともこの公的制度の維持がますます困難になっている。そのため近年、各国は医療費の抑制に力を入れている。

医療費の抑制と医療の質の関係は、必ずしもはっきりしない。また、それらの関係を直接議論した文献も多くはない。しかし、医療費の過度の抑制は、直接医療の質を低下させるだけではなく、長期的には医療従事者の質やモラルの低下など、交絡要因が複雑に絡み合って悪い結果をもたらす<sup>27)</sup>。

各国は医療の質を確保するための政策を摸索しているが、交絡する要因が多いということは、その政策が極めて総合的でなければならないことを意味するであろう。

イギリスは、先進工業国の中では例外的に医療費の少ない国であったが、それは医療が国営であり、医療費を厳しく抑制してきたためであり、それにより医療の質が低下したとされている(近藤克則, 2004)<sup>28)</sup>。Blair氏は政権につくや、医療への大規模な投資と、医療の質の向上を政策の重要な柱とする白書を公表した<sup>29)</sup>。

## 5. 医療技術の評価

医療技術の過剰、あるいは過小な適用を議論する以前に、個々の技術の有効性と安全性の評価が重要である。薬剤など、医療の個別技術の評価は国際的なハーモナイゼーションも進んでいる。世界12箇所にあるCochrane Centerを中心にした活動

もあり、EBMのインフラとして機能しつつある。

医療提供者は、苦悩する患者を目の前にすると、常に何か(something)をしてあげたいと思うが、それがしばしば何でも(anything)してあげることにつながりがちである(Silverman, W. A., 1998)<sup>30)</sup>。そのような事態に対する反省として近年は証拠に基づいて医療を行うべきであると主張がなされるようになった。いわゆるEBM: Evidence Based Medicineという考え方である。

さらに、近年は費用をも重視すべきであるという考えから、Value for moneyという言葉が用いられるようになった。厳密には、医療技術に複数の代替的な技術がある場合には、その費用と効果についての比較を重視すべきである、という考え方である。

費用との対比で技術を評価する手法は、費用分析、費用対効果、費用対便益分析などと呼ばれるものがあり、学術研究として関心を集めている。その進歩と現状については優れた成書<sup>31)</sup>があるので、それに譲るとしたい。

費用対効果分析の1つに、費用対効用分析(Cost Utility Analysis)がある。これは患者が感じる効用で医療技術を評価しようとするものであり、原理的に興味深い分析手法ではあるが、その測定方法に難があり、残念ながら実用には程遠い段階である。

## 6. 第三者による評価

医療の質を第三者が評価しようとする活動はアメリカで始まった(J. S. Roberts et al, 1987)<sup>32)</sup>。歴史的には1910年のFlexner Reportに触発された外科医E. Codmanが外科診療の質の評価を手術の遠隔成績で行うべきだと主張した。しかし、その主張は医療界に受け入れられず、'End Result System'としてその名前だけが残った。その後も運動は消えることなく、1951年、医療関係団体によって、病院の第三者評価機構であるJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)が組織

された。しかし、その評価は結果ではなく、構造的な評価であった。アメリカの病院は3年に一度、その評価を受けなければならない。したがって、その伝統は既に半世紀を超えている。

連邦政府がMedicareとMedicaidの費用削減のために、その認定を受けられなかった病院には医療費の半額しか支払わないとしたことから、その可否については病院とJCAHの間で厳しく争われることとなった。その結果、JCAHに対しても批判が向けられ(Berwick, D. M, 1985)<sup>33)</sup>その改革が進められることになった。そして、評価方法は構造的な評価基準を結果による評価へ、また基本的な考え方を「切り捨て」から「Kaizen(改善)」へと変更された。また、その名称も在宅医療などの広がり視野に、1987年JCAHはJCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)と改称された。

結果による評価のために‘clinical indicator’(中野夕香里, 1993)<sup>34)</sup>の開発が進められたが、残念ながら医療における結果から医療の質の評価指標は、医療の失敗やadverse eventに関する統計が多いために、必ずしも普及してはいない。

一方、アメリカにおいてDRG導入によって入院期間を短縮する目的で古い工程管理の手法であるCPM: Critical Path Methodが導入された。医療に入って、この方法は独自の発展を遂げ、医療のプロセスを管理する重要な手法となった。わが国では著者らによって研究され<sup>35)</sup>、現在広く普及しつつある。

具体的には、横軸に時間、縦軸にケア項目をとってチャート化し、その実行・評価を行う。Spath(Spath, P. L., 1994)はパス法<sup>36)</sup>は「医療チームが共同で作りに上げた、患者の最良の管理だと信ずるところを示した仮説である」<sup>37)</sup>として、必ずしも客観的に最良の方法でなくともよい、としているが、多くの異なるパスが公表されるようになれば、当然どれが最良であるか、またその根拠が問題と

なる。したがって、パス法は疾病の診療のガイドライン、標準化、そしてEBMへの道である。一般的には標準化の利点は質と効率の向上であり、医療においても例外ではなからう。

医療の質の管理は、このような変化をたどり、構造という間接的な管理から、医療の結果や、ガイドラインによるプロセスの管理など、より医療内容の管理へと進んできたといえる。

さらに、パス法では「患者用のパス」を用いて患者に診療の全過程を説明する。すなわち、患者用パスによる説明は診療の全プロセスの‘informed consent’であり、そのことにより患者の医療への参加が促進される。この側面は医療の本来のあり方として極めて健全なものである。その面に注目した著者らのパス法の定義は「疾病の経過の理解を患者とケアチームが共有することによって協働の体制をつくる医療管理システム。」である<sup>38)</sup>。患者の参加は、医療事故の予防にも大きく寄与することも期待されており、したがって医療の質の改善にも寄与することが期待される<sup>39)</sup>。

パス法にも多くの限界がある。例えば、すべての症例が対象になるわけではない、外科系の急性疾患には適用が広いが、慢性の内科系の疾患には適用しにくい、などである。

パス法はいわばクックブックであるという批判がある。優れた医療技術とは、患者の状態のいかなる変化をも正しく判断し対応できることであるから、その批判は当たっている。しかし、えてして重傷者に関心が集中しがちな医療環境において、医療チームが基本的なことをきちんと実行し管理することもまた重要なことである。

患者も医療チームの一員とする協働の医療にも大きな壁がある。それは、患者の理解には多くの限界があることである。説明をしても「理解できないという壁」がある。そしてすべての患者に満足するまで医療提供者が説明することは、現在の医療供給体制では現実には極めて無理があらう。こ

の問題をアメリカ医師会は“Medical Literacy”の問題として取り組み始めた<sup>40)</sup>。

### 7. Adverse Eventの防止

医療は可能性を求めての挑戦である。だから常に不完全さを伴い、医療が目的としない出来事があるあらゆる場面に発生する。医療が目的としない出来事を総称して‘adverse event’というが、そのうち過失があるものは3割弱で、7割強は過失がない場合である。そして、過失の占める割合は医療の質の指標であるが、adverse eventの発生率は必ずしも医療の質を反映しないという<sup>41)</sup>。

また、手術症例のadverse eventで最も頻度の高いものは感染である。感染はかなりの程度予防可能であるので、いわば当事者のはっきりしない医療事故である。わが国の医療事故対策の中からは感染がのぞかれているが<sup>42)</sup>、その頻度、失われる人命、資源の消費量から見ると、その対策の重要性はいわゆるincident accidentなどとは比較にならないほど大きい。

### 8. 情報システムの役割

診療録の電子化が進みつつあり、情報技術が医療を変えようとしている。患者にとって最も重要な情報は治療成績であり、あるいはadverse eventに関する情報である。

消費者の権利意識が高まるにつれて、これらの情報の開示に対する要求はますます高まるであろう。その要求にこたえる説明責任が医療提供者に要求される。

以前はそのような情報を取ることは極めて大変な労力を必要とすることから、そのようなデータを公表することを要求されることはなかった。しかし、いわゆる電子カルテなどの普及によって、そのような統計は容易に集計可能となった。そのような外からの情報に対する要求の力が医療を変える力になるであろう。

## IV 医療の質向上のための政策

### 1. インセンティブ管理と政策の動向：アメリカの事例

HMOは第二次世界大戦後、Henry Kaiserによって創設された。その目的は、治療に失敗すると医療提供者の収入が増える出来高払いのインセンティブを逆転し、管理学の合理性を医療制度に導入することであった。医師は年間の医療費支出が少ないほど収入が増えるので、医師同士がpeer reviewを行い質の向上に努力し、治療より予防に力をいれるようにインセンティブが設定された。また、予防の質と効率を上げるためにAMHTS: Automated Multiphasic Health Testing Serviceが設置された<sup>43)</sup>。HMOは、その後医師たちの妨害にあたりして紆余曲折を経たが、次第に普及していった。

現在、医療制度設計の基本的な考え方になっているManaged competitionという考えは、このHMOを基礎としてアメリカという文脈の中で生まれた。何の規制もない医療の市場は失敗するので、市場が機能するように何とかmanageする、すなわち医師や病院をHMOの下に組織して、その組織間で競争させることによって市場が機能し、ケアの質と効率の確保が可能となる、という考えである<sup>44)</sup>。

この考え方は広く世界に受け入れられたが、それぞれの国の歴史的な制約や、基本的な政治思想により、現実の具体的な政策では著しく異なり<sup>45)</sup>、いまだいずれの国にもあてはまるような一般解はない。

具体的には、情報の非対称を解消するためにAgentをいかに設定するか、正と負のインセンティブをいかに設定して、サービスの質と効率を向上させるか、ということである。

Clinton政権はManaged competitionの考え方に基づき、新たな健康保険体制を創設しようとしたが失敗した<sup>46)</sup>。しかし、その後、医療の市場競争



は激化し、民間保険はHMOに対抗するために、医師の行動にも介入せざるを得なくなった。いわゆる managed care と呼ばれるものである。また、それに対抗して、HMOの営利法人化が進んでおり、アメリカの managed competition は極めて競争的なものになった。

managed care の事業者は、自主的な第三者機関である NCQA: National Committee for Quality Assurance を組織して、各事業者の提供するサービスの質、接近性、満足度などの調査を行い、そのデータを公表している<sup>47)</sup>。

競争激化の結果、保険料の伸び率は物価指数を下回るまでになった<sup>48)</sup>。しかし、市場競争による効率化と平等は trade-off 関係にあり、アメリカの多くの国民はいまだに健康保険を持っていないか、十分にカバーされていない。すなわち、アメリカの managed competition は極めて競争的であり、そのため平等が犠牲にされている。

医療サービスの質に関しては多くの文献があるが、総じて言えばHMOは、費用は安いがサービスの質についてはかなりの不満があり、一方民間の保険企業が組織するPPOなどのサービスは、費用は高いが満足度は高いようである<sup>49)</sup>。

## 2. イギリスの事例

イギリスのThatcher政権は社会制度全般にわたるラジカルな改革を行い、その改革は福祉、医療にも及んだ。その基本的な思想は新自由主義であった。従来のNHSが専門家に対する全面的な信頼を前提としていたが、その結果は待ち行列に象徴される病院の非効率であり、スキャンダルによる専門医に対する信頼の喪失であった。

Thatcher氏はEnthovenのmanaged competitionを導入すべきとの助言を受けたが、具体的な政策ははるかにドラスティックなものになった。すなわち、病院のTrust化とGP Fund-holder(以下、GPFH)の間にいわゆる内部市場を創設した。

しかし、Thatcher政権が崩壊したために、この改革は明確な評価が得られる前に<sup>50)</sup>、第三の道を主張するBlair政権に移行した。Blair政権は、内部市場とGPFHはNHSに不平等を持ち込んだとして批判しており、マニフェストで公約していたとおり、それらを廃止した。しかし、提供者と購入者の分離は残した。さらに、それまで手上げ制度であったGPFHに代えて、強制加入のPrimary Care Trust(以下、PCT)なる組織を創設し、医療と福祉組織の財源を統合し、保健、医療、福祉のシームレスなケアを提供すべく、PCリードの制度改革に取り組んでいる。

具体的には、ケースミックスの診療報酬を公定価格とし、PCTとTrustは価格の交渉はせず、設定された目標を達成するための量的な協議をし、3年間の合意をとり決める。

量的拡大に対処するため、GDPに占める医療費の割合を、ヨーロッパの平均値まで上げることとし、これまでにない飛躍的な投資をしようとしている。また、医療・福祉サービスの質向上を大きな政策の柱として取り組んでいる。その中には医師や看護婦をはじめとして、スタッフの増員と処遇の改善を含んでいる。これはスタッフのモラルを高め、長期的には医療の質の改善に貢献するであろう。

しかし、経済支払い制度には必ずしも直接的な質と効率の向上に対するインセンティブは組み込まれていない。その代わり、量的目標を定めて、その達成度を評価する。質については主要な疾患についてのガイドラインを定めてその進捗状況を第三者機関が評価するシステムを設けている。そして、平等を貫くために、いまだに医療サービスは無料としている(DOH, 1998)<sup>51)</sup>。したがって、イギリスの改革はアメリカと反対の極にあるもう一つの典型であろう。

Blair政権はNHSの改革においては質の改善に特別な力を入れている。その骨子は以下の様である(DOH, 1998, 2002, 2002)<sup>52) 53) 54)</sup>。

- (1) 政府が主なる疾患の診療のガイドラインを整備する。医療技術評価のために NICE (National Institute of Clinical Excellence) を組織して、診療の標準を明確にする。
- (2) 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- (3) NHS Performance Assessment Framework を定めて、それに従って地域の第三者評価機関 (Commission for Health Improvement) を設けて評価を行う。また、国全体の患者調査を行う。
- (4) 前保守政権は GPFH による Trust からのサービス購入に関するモニターを行ってきたが、現政権はそれでは視点が狭すぎるので、おおよそであっても包括的な評価をしようとして、次の6側面をバランスよく評価しようとしている。6側面とは以下のとおりである。

- ・健康水準の改善、(例: Premature death)
- ・公正なアクセス、
- ・有効な医療の提供、
- ・効率 (例: 在院日数、日帰り手術の割合、疾病単価、労働生産性、管理費、資本効率性など)、
- ・患者/提供者の経験、新たな患者調査、新たな NHS 憲章の制定、
- ・健康アウトカム (例: 感染症の発生率のトレンド)。

医療施設と福祉施設、PCT など、それぞれに評価項目が定められているが、多くの項目は、国が定めた計画のフレームにもとづき、それぞれが定めた目標値とその達成率をモニタリングするものである。ただし、地方ごとに推進速度には自由度を認めている。

この評価の計画は 2001 年からはじまり、2003 年 6 月までに、すべての Trust と PCT の評価を一巡した。次は 2003 年から 3 年間の予定だが、さらに次の計画周期は 2004 年の秋から始まり、2005 年～2008 年までをカバーする。

目標の達成状況については、独立の評価機関

である the Commission for Health Improvement が評価を実施してきた。この組織は 2002 年の白書 *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform* (Secretary of State for Health, 2002)<sup>55)</sup> にもとづいて設立されたが、NHS だけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の 4 つの監視機構を統一して、2004 年 4 月に、the Commission for Health Audit and Inspection (CHAI) に改変された。法的には、2003 年の the Health and Social Care (Community Health and Standards) Act<sup>56)</sup> で制定され、2004 年の 4 月から活動することになった。

福祉サービスの質に関しては、同法によって、The Commission for Social Care Inspection (CSCI) が標準に照らして、公私にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004 年から以下のような活動をしている。

- ・福祉サービス提供者の達成度と質の評価
- ・地方自治体の達成度評価
- ・政府によって設定された基準に照らして、介入者と提供者の評価 (appropriateness, responsiveness, equity, efficiency, effectiveness)
- ・福祉事業者の登録、情報公開、改善の指示
- ・政府や政策立案者に対する、政策の効果についての情報のフィードバック

公開性、透明性を重視し、その活動には利用者を含める。政府と議会に対して報告書を提出する。また、CHAI、Modernisation Agency など<sup>57)</sup> と密接に協働する。評価は 4 段階で行われ、各組織の評価結果はインターネット上に公開されている<sup>58)</sup>。

PCT と Trust が合議して協働の目標を定め、必要な資源を動員する計画がどれだけ効率的に行われるかの評価については、量的拡大の影響が入ってくるので、まだ明らかになってはいない。

第三の道の制度改革は、市場の力に頼らず、インセンティブを管理して、しかも無料で良質のケアを効率的に提供しようという努力である。そのた

め、政府の介入は多岐にわたり、制度としては複雑にならざるを得ない。インセンティブの設定も、個人の功利的なものよりも、‘blame and shame’といわれる負のインセンティブになりがちであり、そのような監視と管理がどのような結果をもたらすかはまだ明らかにはなっていない。

## V 結語：わが国の医療制度改革への含意

薬剤や機器などの医療技術の効能と安全性についての評価は従来から行われてきたが、QOLや費用との関係での評価はまだ十分に行われる体制にはなっていない。

施設におけるサービスの質については、「医療の質に関する研究会」による長年の努力の結果をもとに、1995年、わが国にも医療の質の第三者評価組織ができたが、その評価は構造的な評価にとどまっている。

一方、同研究会のイニシャティブにより、わが国においてもパス法が発展普及し、医療内容の標準化の努力が進みつつあるが、パス法の限界も明らかである。

患者と医療提供者間の市場はそのままでは失敗するので、市場化や規制緩和をすれば医療の質と効率が向上するという単純なものではない。わが国のいわゆるフリーアクセスという医療制度は、その市場が機能して質と効率が向上するという前提でつくられている。その市場は実際には、項目別出来高払い制度の下での非価格競争によって、医療への過剰な投資と医療費の高騰の悪循環を促進してきた<sup>59)</sup>。

項目別出来高払いは、医療の質向上に対しては逆のインセンティブとなっており、医療の質を向上させるシステムは、OECD各国と同様に、わが国においても存在しなかった。

さらに、項目別の単価抑制による医療費抑制策は、医療のサービスの消費量を増やし、コストイン

フレーションをもたらし、施設に対して支払った医療費の多くが、資源の購入のために支出されて施設には残らず、人的資源が確保できないという状況をもたらしている。わが国の医療従事者は忙しさに追われ、事故の恐怖につきまとわれている。

情報システムの発達により、診療情報は容易に集計することができるようになり、それらの情報は開示することが要求されるようになるだろう。その圧力が現実には医療を変える力となっていくものと思われる。

わが国のフリーアクセスによる市場においては診療所も大病院も同列で競争状態にある。この施設間の競争は、本来は協調すべき施設間を分断してきたし、その対立は感情的なものにまでなっている。高齢化が進み、疾病構造が慢性疾患化し、施設間の協調が重要になった現在、これは由々しき問題である。

どのようにしたら、人々が健康の状態にふさわしい施設に入って、ふさわしいケアを受けることができるか、そしてその状態が変化した時にも、シームレスなケアが受けられるようにできるのか、十分検討されなければならない。

患者の立場から見ると、人は病めば不安を感じる。いざというときの施設に行ったらよいかかわからない。不安に対処する方法は、信頼できる誰かが責任を持っていてくれることである。わが国の医療には患者側に立って相談ののってくれるエージェン트가いない。このエージェン機能はプライマリー・ケアの重要な機能の一つである。わが国はプライマリー・ケアのシステムが混乱している。その意味でUKのPCTの組織は極めて注目に値する<sup>60)</sup>。

現在、わが国でPCを提供するための最も適格性<sup>61)</sup>を持つ存在は民間の中小病院である。このような医療施設が福祉機能を持ち合わせてコングロメリット化する形が考えられ、また現実に進行しているが(二木立, 1998)<sup>62)</sup>、その得失を十分研究する必要がある。

注

- 1) 保健は、わが国では公衆衛生と言いつわされている。しかし、Winslowの古典的な公衆衛生の定義は、健康増進、予防、医療を含んでいる。そして、公衆衛生は行政サービスとして行われるべきものであると考えられてきていることもあり、医療は公衆衛生から分離して考えている。そこで、健康増進と予防を保健と呼ぶ。
- 2) OECD. 2004. *Towards High-Performing Health Systems*, pp.23-4.
- 3) 前者をEfficacy、後者をEffectivenessと呼んでいる。Efficacyは、その技術の普及、ケアの受け手のコンプライアンスなどによって大きく減少する。
- 4) 郡司篤見：我が国における「ヘルス・プロモーション憲章」の妥当性。民族衛生、61(付録)、24-26、1995。
- 5) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- 6) 健康づくり事業財団のHRA: Health Risk Appraisalの結果は、喫煙によってどのくらい寿命が短縮するかを、必ずしも厳密に科学的ではないが、「健康年齢」で示すので説得的である。
- 7) 軽症高血圧に対してβ遮断剤を投与しても、喫煙をすれば、脳卒中や虚血性心疾患の予防効果は失われる。
- 8) OECD. 2004. Op. cit., pp.24-25.
- 9) R. Strum. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2): 245-253.
- 10) 生活活動と健康の関係については、郡司篤見ら編著(1998)「身体活動・不活動の健康影響」第一出版を参照。
- 11) OECD. 2004. Op. cit., pp.23-24.
- 12) 1987年、Health Promotionの考え方にに基づき、「健康づくりのための運動所要量」が定められ、健康づくりのための運動指導者の養成、健康増進施設認定制度が発足した。その後、健康づくりのための休養指針、健康文化都市推進事業、などが行われている。
- 13) 例えば、Institute of Medicineは「期待する健康状態をもたらす可能性を増大し、最新の専門知識に合致したサービス(quality consists of the “degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.”)」Institute of Medicine. 1990. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, D. C., National Academy Press.
- 14) 効用を実際に測定しようという研究活動が行われている。また、その効用の期待値をもとに合理的な意思決定ができるという研究(Clinical Decision Making)が行われているが、実際の測定が極めて困難なため、技術として普及するにはいたっていない。
- 15) OECD. 2004. Op. cit., pp.27-28.
- 16) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 17) Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century* National Academy Press.
- 18) 平等と効率はtrade-offの関係があり、USAは効率を重視し競争的な制度となっており、イギリスは平等を重視し今でも無料の医療サービスを続けようとしている。日本はその間にあるが、自己負担を増やしつつあるのだから、次第にアメリカよりなりつつあるということになる。
- 19) 青木研(2001)「第10章患者の行動による地域差」地域差研究会(2001)『医療費の地域差』東洋経済新報社。
- 20) 加えてrisk averseであることも条件である。
- 21) 項目別出来高払いには、そのほかにも重症指向、患者を他の施設に紹介しない方向へインセンティブが作用するなど、多くの欠点がある。しかし、丸めや包括払いの場合には、サービスの過小になる可能性がある。支払い制度のまともは、郡司篤見(1998)『医療システム研究ノート』「第13章医療費支払い制度と医療制度改革」丸善プラネット。
- 22) 老人1人当たりの医療費は、平均値で2倍以上、寝たきり者では8倍もの地域差が存在する。疾病ごとの単価に地域差がないとすると、この差はほとんど消えてしまう。府川哲夫(2001)「第5章傷病と医療費の地域差」地域差研究会(2001)前掲書。
- 23) 郡司篤見(1998)前掲書、第5章を参照。
- 24) 消化器がんの手術は現在赤字傾向であるが、術後感染を起こすとその赤字幅が小さくなる。飯島佐知子(1998)「術後感染が病院の収入および原価に与える影響：胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167.
- 25) OECD. 2004. Op. cit., p.28.
- 26) 電気回路でインピーダンスの異なる2つの回路の接点ではエネルギーの損失(いわゆる‘interface loss’)が生ずるが、異なる組織の間でも同様に種々のインターフェイス損失が生ずる。
- 27) OECD. 2004. Op. cit., p.91.
- 28) 近藤克則(2004)『医療費抑制の時代を超えて：イギリスの医療・福祉改革』医学書院。
- 29) Secretary of State for Health. 1997. The New NHS: Modern, dependable (Cm 3807), HMO; Department of Health. 1998. *Working Together: securing a quality workforce for the NHS*, The Stationery Office.
- 30) Silverman, W. A., 1998. *Where's the Evidence?: Debates in Modern Medicine*, Oxford Medical Publications, pp1-7.
- 31) Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart and G. W. Torrance 1997. *Methods for the Economic Evaluation of*

- Health Care Programmes* (2nd Edition), Oxford Medical Publications.
- 32) J.S.Roberts, J. G. Coal and R. R. Redman; A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *JAMA*, 258(7):936-940, 1987.
- 33) Berwick, D. M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, *NEJM* 320: 53-56, 1985.
- 34) 中野夕香里 (1993), Clinical Indicatorの開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文.
- 35) パス法に関する文献は多数出版されているが, 質研の研究会まとめは, 医療の質に関する研究会, 「パス法の理論と経験の交流」(1997)と医療の質に関する研究会, パス法研究会(代表 郡司篤晃編著), 「パス法: その原理と導入・評価の実際」へるす出版, 2000.
- 36) 英語で 'critical' とはいえ「重症で危ない」という意味があり, 'path' は小道であるので, 'critical path' という名称は印象がよくない. そのため色々な呼び名で呼ばれているが, 著者らは「パス法」と呼ぶことがよいと主張している.
- 37) Spath, P. L. (ed). 1994. *Clinical Paths; Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc..
- 38) 医療の質に関する研究会, 前掲書.
- 39) NPO 医療の質に関する研究会 (2004.3.20) 設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く: 安全の向上を目指して」聖路加看護大学講堂.
- 40) American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.
- 41) 中島和江, 児玉安司 (2000) 「ヘルスケア・リスクマネジメント」医学書院, p.4. は Harvard Study のレビューをよくまとめている.
- 42) 医療安全対策検討会議 (2002.4.17) 「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 (2002) 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社), p.59.
- 43) 人々が進んで予防のために AMHTS を受けることが期待されたが, 現実にはそうならなかった. この施設の部分だけがわが国に輸入されたのが, 人間ドックの始まりである.
- 44) Enthoven, A. C. 1978. Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *New England Journal of Medicine* 298(12): 650-658.
- Enthoven, A. C. 1988. *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland. 講演をまとめた小さな冊子だが, よくまとまっている.
- Enthoven, A. C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48. 当然のことながら, 平等の記述の部分があいまいである.
- 45) Julian Le Grand. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knight & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford.
- 46) アメリカの議会には議員によって多くの議案が提出されるが, その案が国家予算にどのような影響があるかは議会の Congressional Budget Office によって審査される. 当該法案がなかった場合の予算をベースラインとして, その法案が予算を増やす可能性がある場合には, その財源を明確にしなければならない. その原則の例外とするためには上院で 60/100 以上の賛成が必要である, というものである. Clinton 案は議会は共和党が多数であったので, その承認は期待できなかった.
- 47) <http://www.ncqa.org/about/about.htm>
- 48) 近年, また伸び率が高まっているという.
- 49) 郡司篤晃 (2001) 前掲書, pp.182-3.
- 50) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (ed). 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*. King's Fund Publishing.
- 51) Blair 政権の医療福祉制度改革における最近の動向については, 郡司篤晃「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001,02,03 年報告書にまとめてある.
- 52) Department of Health. 1998. green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- 53) Department of Health. 2002. *NHS Performance Ratings and Indicators*.
- 54) Department of Health. July 2002. *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*
- 55) The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
- 56) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.
- 57) The General Social Care Council, *the Social Care Institute for Excellence* がある
- 58) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- 59) 郡司篤晃 (2001) 前掲書.
- 60) UK の PCT は住民のエージェントであると同時に, 予算を預かるなど政府のエージェントであることにも注意する必要がある.
- 61) ソロプラクティスの診療所では 24 時間の対応や病床機能が不十分である.
- 62) 二木立 (1998) 「保健・医療・福祉複合体: 全国調査と将来予測」医学書院

#### 文献

American Medical Association, *Medical Literacy*, Institute of Medicine, 2004.

- Berwick, D. M. Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, *NEJM* 320:53-56, 1985.
- Department of Health. 1998. green paper, *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
- Department of Health. July 2002. *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*.
- Drummond, M. F., B. O'Brien, G. L. Stoddart and G. W. Torrance. 1997. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (2nd Edition), Oxford Medical Publications.
- Enthoven, A. C. 1978. Consumer-choice health plan: Inflation and inequity in health care today: Alternatives for cost control and an analysis of proposals or national health insurance. *NEJM* 298(12): 650-658.
- Enthoven, A. C. 1988. *Theory and practice of managed competition in health care financing*. North-Holland.
- Enthoven, A. C. 1993. The history and principles of managed competition. *Health Affairs* 12: 24-48.
- HMO; Department of Health. 1998. Working Together: securing a quality workforce for the NHS, The Stationery Office.
- <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
- Institute of Medicine. 1990. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, D. C., National Academy Press.
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* National Academy Press.
- Le Grand, J. 2003. *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knight & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford.
- Le Grand, J., Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed). 1998. *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- NPO医療の質に関する研究会(2004.3.20)設立記念シンポジウム「患者と協働する医療を築く:安全の向上を目指して」聖路加看護大学講堂
- Ottawa Charter for Health Promotion, 1986.
- Roberts, J. S., J. G. Coal and R. R. Redman; A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals, *JAMA*, 258(7): 936-940, 1987.
- Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807)
- Silverman, W. A. 1998. *Where's the Evidence?: Debates in Modern Medicine*, Oxford Medical Publications, pp1-7.
- Spath, P. L. (ed): *Clinical Paths; Tools for Outcomes Management*, American Hospital Publishing, Inc. 1994.
- Strum, R. 2002. The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking o Medical Problems and Costs, *Health Affairs*, 21(2): 245-253.
- The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003.
- The Secretary of State for Health. April 2002. *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm 5503.
- 医療の質に関する研究会 1997「バス法の理論と経験の交流」
- 医療の質に関する研究会, バス法研究会(代表 郡司篤見 編著) 2000「バス法:その原理と導入・評価の実際」へるす出版
- 医療安全対策検討会議 2002.4.17「医療安全推進総合対策」(例えば, 医療安全ハンドブック編集委員会 2002 「医療安全管理の進め方」メヂカルフレンド社, p.59)
- 近藤克則 2004 「医療費抑制の時代を超えて:イギリスの医療・福祉改革」医学書院
- 郡司篤見 1995「我が国における『ヘルス・プロモーション憲章』の妥当性」民族衛生, 61(付録), 24-26
- 郡司篤見 1998「医療システム研究ノート」丸善プラネット
- 郡司篤見 2001「医療システム研究ノート」丸善プラネット
- 郡司篤見 2001, 2002, 2003「イギリスの医療制度改革における Primary Care Group の意義と課題」社会保険事務研究協会, 2001, 2002, 2003年報告書
- 郡司篤見ら編著1998 「身体活動・不活動の健康影響」第一出版
- 青木研 2001「第10章患者の行動による地域差」地域差研究会 2001「医療費の地域差」東洋経済新報社
- 中島和江, 児玉安司 2000「ヘルスケア・リスクマネージメント」医学書院
- 中野夕香里 1995, Clinical Indicatorの開発に関する研究, 東京大学医学部, 博士論文
- 飯島佐知子 1998「術後感染が病院の収入および原価に与える影響:胃がん・大腸がん症例を対象として」病院管理 35(3): 165-167
- 府川哲夫 2001「第5章傷病と医療費の地域差」地域差研究会 2001 前掲書

(ぐんじ・あつあき 聖学院大学大学院教授)