

医療の質の評価

—欧米の動向と保険者機能—

池田俊也

I 緒言

わが国における医療保険制度の抜本改革の必要性は誰しもが認めるところであり、今日までさまざまな議論が展開されてきた。こうした中で、医療の質の評価に関する関心が高まってきている。例えば、制度改革の一連の議論のベースとなっている「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」(与党医療保険制度改革協議会、平成9年8月29日)では、患者に対する情報公開の推進や保険者機能の強化といった、良質な医療サービスの確保のための様々な方策が示されている。また、自己負担率の引き上げに伴う患者自身の医療の質への関心の高まりや、診療報酬の包括性の拡大と共に粗診粗療の可能性が危惧されていることなどからも、医療保険制度改革の実施において医療の質の評価に関する検討が不可欠であると考えられる。

Donabedian¹⁾は、医療の質の評価を「構造(structure)」、「過程(process)」、「成果(outcome)」の3つの要素に分類している。このうち「構造」による評価は、医療機関の設備や人員配置などを評価するものであり、主に医療監視の目的での利用がなされている。米国では、1951年に第三者評価機関(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO)による病院機能評価が活動を開始しており、専門医の資格審査や診療録管理の適切性まできめ細かく基準を設け、構造面の評価を中心にやってきた。わが国でも昭和60年頃より自己評

価に基づく病院機能評価の研究が行われていたが、平成7年に財団法人日本医療機能評価機構が設立され、主に構造面の評価を中心とした病院機能評価に着手している。「構造」による評価は医療サービスの質自体を直接的に保証するものではないことに留意する必要があるが、一定の質の医療を提供するための最低条件としての評価としては有用といえよう。

「過程」による評価は、診療手順の正しさを見るものであり、評価の材料となる診療記録の整備や標準的な診療指針の確立が必要とされる。また、一般に医療従事者や専門家でなければ評価は困難である。また、「成果」による評価は、患者の健康結果を直接的に測定することであり、米国では手術死亡率や院内感染死亡率といった「クオリティ・インディケーター」(「クリニカル・インディケーター」)による評価が一般化している。

本稿では、欧米における医療の質の評価に関する最近の動向として、診療ガイドラインとEBM、適切性研究、成果データの公表を取り上げ、概説する。次に、わが国の医療保険制度の枠組みの中で質評価を推進する方策につき、特に保険者による質評価の可能性と課題について私見を述べることとする。

II 欧米における質評価の動向

1. 診療ガイドラインとEBM

1990年の米国医師会の調査では診療ガイドラインの数は1,300を超えていたとされるが、これらの中には非公開の場で作成されその作成過程や

方法が明らかでないものも存在していた。しかし近年は、根拠に基づく診療 (Evidence-based Medicine, EBM) の重要性が認識されており²⁾、診療ガイドラインも包括的・網羅的な文献レビューやメタ解析等の統計手法を用いた「根拠に基づく」診療ガイドラインの作成の取り組みが諸外国で進展している。

米国では、1990年に創設された医療政策研究庁 (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR) において診療ガイドラインの作成や後述する成果研究が推進されてきた。診療ガイドラインは1996年までに19種類の疾患・病態について作成されたが、現在はガイドラインの作成は行っておらず、医療成果に関する科学的基礎ならびに医療の質を向上させるためのそれらの利用の推進を中心課題としている。1998年からは毎年数ヶ所の研究機関を Evidence-based practice center に指定し、文献レビューに基づく Evidence report の作成を委託している。

フランスでは、全国医療評価開発機構 (ANDEM) が中心となって診療ガイドラインの作成を行っている。まず、合意形成会議の方法論とガイドライン定式化を内容とする2冊の刊行物を発行し、415の学会ならびに20,000人の医師のもとへ送付した。その後2年間に、医療専門家、医学会、一般開業医が、系統的で公式化された方法で作業した専門家パネルにおいて、85種類の診療ガイドラインが作成された。

ANDEM はこれらの診療ガイドラインをもとに「医療指標 (Références Médicales Opposables, RMO)」を作成し、RMO に違反した医師には罰金が課される³⁾。罰金額は、60種類のRMOのうち242の小項目について、医療指数と財務指数、ならびに違反回数をもとに個別に定められており、1997年時点で1,562フランから11,250フランである。回数的に最も厳しいものは、非ステロイド性抗炎症薬の処方に関する指標で、2ヶ月中に3回の違反で罰金の対象となる。一方、最も緩いものは13回の違反のもので、血液検査、正常妊娠における3回以上の超音波検査、無症状の場合の複数回の甲状腺検査、中等度高血

表1 合併症のない軽度本態性高血圧症の成人 (妊婦以外) の管理に関する医療指標

- ①二次性高血圧を示す臨床的・生物学的徴候がなく、合併症のない成人の軽度高血圧症 (収縮期血圧が140-180 mmHg 拡張期血圧が90-105 mmHg) を扱う場合、放射線、超音波、内分泌、アイソトープ検査により初回の病因検索を行うのは適切でない。
- ②2カ月以上の間隔で少なくとも3回の診察により、合併症のない軽度高血圧症が存続していることを確認しない限り、降圧剤による治療を開始するのは適切でない。
- ③合併症のない軽度高血圧症患者に、利尿剤との組み合わせや、初期治療として国立医薬品局が認めている他の設定された組み合わせを除き、2種類以上の降圧剤を用いて治療を始めるのは適切でない。
- ④合併症のない軽度高血圧症患者に、高血圧の管理が満足な状態である際に、年1回以上の心電図検査を繰り返すのは適切でない。ただし新規の症状がある場合を除く。
- ⑤高血圧の管理が満足な状態であり、明らかな左心室肥大や関連する心異常が無い場合に、心エコーを行うのは適切でない。

圧患者の複数回の心電図検査、等である。RMOの例として、合併症のない軽度本態性高血圧症の成人 (妊婦以外) の管理に関するRMOを表1に示した。なお、ANDEMは最近ANAESに改組され、病院の認証作業も併せて担当することとなった。

わが国でも、行政当局はEBMに関心を示しており、本年3月の厚生省医療技術評価推進検討会の報告書では、EBMの普及・推進方策を提言するとともに、治療ガイドライン対象疾患の優先順位リストを公表した (表2)。今後、優先順位上位の疾患からガイドラインの作成が行われ、診療ならびに医療行政に生かされていくものと思われる。

2. 適切性研究

米国では、医師の診療パターンに説明不可能なばらつきの大いことが明らかにされて以来⁴⁾、医師自らも最善の治療方針を把握していないことが医療における根源的な問題と認識されるようになり、いわゆる「医療サービス研究 (Health services research)」が活発化する契機となった。大規模な医療サービス研究の例として、RAND研究所による医療の「適切性」に関する研究があり、冠動脈造影、頸動脈内膜切除術、内視鏡、冠動脈バイパス術、鼓膜チューブ留置術などの医療

表2 治療ガイドライン対象疾患の優先順位リスト
(1~20位)

① 本態性高血圧症
② 糖尿病
③ 喘息
④ 急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患
⑤ 白内障
⑥ 慢性関節リウマチ(脊髄除く)
⑦ 脳梗塞
⑧ 腰痛症
⑨ 胃潰瘍
⑩ くも膜下出血及びその他の脳出血
⑪ アレルギー性鼻炎
⑫ アルコール依存症
⑬ 肺結核
⑭ アトピー性皮膚炎
⑮ 胃の悪性新生物
⑯ 急性上気道感染(急性咽頭炎, 急性扁桃炎等除く)
⑰ 慢性閉塞性肺疾患
⑱ 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
⑲ 中耳炎
⑳ 神経症

行為について、実際に行われた診療行為が本来は不適切な適応に対して行われた割合を報告している。例えば、1981年のメディケア受給者の全国代表サンプルにおいて、心血管造影の17%、頸動脈内膜切除の32%、上部消化管内視鏡の17%は、明らかに不適切な適応に対して行われていた⁵⁾。また、7つのHMOで行った別の調査では、子宮摘出術の10%~27%は不適切な適応であった⁶⁾。

1994年に報告された小児の滲出性中耳炎に対する鼓膜チューブ留置術の適切性研究は以下のごとくであった。

Kleinmanらの報告によると、鼓膜チューブ留置術の適切性評価基準は、5名の小児科医と4名の耳鼻咽喉科医によって作成された。まず、研究スタッフは、鼓膜チューブ留置術の便益とリスクに関する文献レビューを行い、9名の医師に郵送した。また、鼓膜留置術の適応となりうる病態として80のシナリオを定義し、これらについて、各医師に適切性について9段階評価を依頼した。9段階のうちの1は「高度に不適切」、9は「高度に適切」を示す。なお、「適切」とは、便益

(benefit) がリスク (risk) を上回ることを意味し、「不適切」とは、リスクが便益を上回ること、と定義された。

この後、9人の医師が集合して全員の評点を参考に意見交換を行い、その結果を踏まえて各人が再度80のシナリオについて、9段階の適切性評価を行った。この結果を統合し、各々のシナリオについて最終的な評価が決定された。最終評価は原則として9人の評価の中間値をもとに「適切」「不適切」「不確定」と判断されたが、意見の乖離が見られた場合には、「不確定」とされた。シナリオと最終評価の例を表1に示した。

患者データの収集に関しては、民間保険会社から手術の事前的審査の委託を受ける会社において、1990年1月1日から1991年7月31日の間に、16歳未満で鼓膜チューブ留置術に対する申請のあった事例6,429例が解析対象となった。まず、看護婦のインタビュアーが、耳鼻咽喉科医のオフィスならびに患者を耳鼻咽喉科に紹介した一般医のオフィスに電話をし、患者情報を収集し、上記基準にしたがって適切性を判断した。もし不適切と判断された場合には、医師の審査員が手術を提案した耳鼻咽喉科医と話し、臨床経過および例外的な状況につき追加的に把握を行った。

これらの事例を上記基準にしたがって評価した結果は、2,627例(41%)が適切、2,078例(32%)が不確定、1,724例(27%)が不適切であった。この結果は新聞やTVニュースなどのマスコミでも大きく報道され、物議をかもした。

なお、本評価基準は実際に民間保険会社の事前承認の審査のスクリーニングとして利用されており、上記サンプルの一部を詳細に分析した報告⁷⁾によると、上記基準により不適切と判定された症例であってもその約70%は審査医師の判断により最終的には手術が推奨されたとのことである。

適切性研究はコンセンサスに基づいた方法で評価基準を作成していることから、評価基準の妥当性に関しては批判の声もきかれる。しかしながら、「根拠に基づいた」評価基準の作成は必ずしも全ての領域において可能ではないため、過程評価におけるスクリーニングの目的としてはこうしたコ

ンセンサスに基づいた評価基準の利用は検討の価値があると考えられる。

3. 医療の質に関する情報公表

米国では医療提供者や一般住民に対する医療の質に関する情報公開が進んでいる。例えば前述のJCAHOでは、これまで認定・評価の結果を公表しない姿勢を取り続けていたが、1994年から各医療機関の報告書の一般公開を開始した。また、マネジドケア組織の認定機関であるNCQA (National Committee for Quality Assurance) には、各保険者が認定を受けたか否かについて1994年から一般公開している⁹⁾。

ニューヨーク州では、冠動脈バイパス術の標準化された臨床データを収集し、リスク調整死亡率を算出した。このデータを病院や外科医らに公表し、さらに質を向上する努力を促進するために利用した結果、州全体の死亡率が下がった^{9,10)}。このプログラムは現在も継続中であり、経皮的冠血管形成術のリスク調整死亡率も算出している。冠動脈バイパス術を行っているニューイングランド地方北部の5病院も、同様に死亡率の低下を目的に質を改善する技術を継続的に用いている¹¹⁾。

また、ペンシルバニア州では「医療の質に関する情報を公表する義務法」が制定され、1980年代後半より疾病毎の死亡率を公表しているなど、いくつかの州や地域でも病院のパフォーマンスについて、標準的なデータをまとめ、発表するようになってきている。

但し、こうした評価結果の患者や医療提供側が利用するに際しては、次のような問題点に留意する必要がある。第1に、患者の病態や重症度を考慮し正確に補正を行うことが重要であるが、この点は十分に解決されていない。第2に、患者側もさまざまな「成果」データの意味を十分に理解していないことがある。第3に、利用されている成果指標は玉石混交であり、粗悪なものも含まれている。第4に、ごく限られた成果指標を見るだけでは、医療システム全体の評価には必ずしもつながらないことがある。

実際、医師らは患者を紹介する際などにこれら

の公表データをほとんど考慮していないとの調査¹²⁾や、外科医が自分のランキングが下がるのを恐れて高リスク患者を避けようとする傾向にあるとの調査¹³⁾も報告されている。

医療における情報公開は基本的には有用と考えられるが、医療の質に関する情報の利用にあたってはこうした限界に十分留意する必要がある。

III わが国における保険者の立場からの質評価の可能性

1. レセプト情報を用いた質評価の可能性と限界

わが国の現状の医療保険制度のもとでは、保険者が医療提供者の診療の実態を把握するためのデータソースとしては、医療機関から提出される診療報酬明細書(レセプト)にほぼ限られており、これをもとに、事後的審査(Retrospective Review)が行われている。

レセプトには、患者氏名、性別、年齢、医療機関名、病名とともに、保険請求しうる診療行為名がもれなく記載されている。従って、患者の属性と診療行為との関連を評価することにより、医療サービスの適切性ならびに質の評価が基本的には可能であり、保険者は医療の質の評価の目的でもレセプトデータの積極的活用を検討すべきであろう。

しかしながら、レセプトデータには以下のような弱点が存在する。

1) レセプトは1月単位で作成・提出されている関係上、1枚のレセプトからは、一医療機関で一患者に行われた1月分の診療内容しか把握することができない。複数の医療機関に重複受診している患者について複数の医療機関にまたがる評価や、複数月受診した患者について経時的な評価を行うには、レセプトの電算化が行われぬ限り相当困難である。

2) 病態については、「病名」しか記載されていないので、患者の重症度等の病態を把握することはほとんど不可能である。また、複数の記載病名のうち、どれが主病名であるか副次病名であるかわからないどころか、その病名が適切であるの

かどうかさえも確認できない。

3) 安価な薬剤についてはレセプトに薬剤名を記載する必要がないこと(いわゆる「205円ルール」)や、検査のマルメ(検査項目数によらず請求額が一定)等の包括化の部分については、医療機関における診療の実態が把握できない。今後、DRG/PPSの導入等、包括化の範囲がさらに拡大した際には、レセプト上で医療行為がほとんど把握できなくなるという事態も考えられる。

こうした理由により、レセプトを用いた質評価には自ずと限界がある。例えば、「過程」評価について考えてみよう。ある手術を行った場合に、それに付随して必要とされる検査が施行されたか否か、といった過程の評価は、(処置や検査が正しく請求されているとするならば)解析可能であるが、そもそもその手術が必要なものであったかどうかという、手術施行の適切性についての評価は基本的に不可能である。レセプトからは、患者の病態や検査値についての情報を得ることはできないからである。

「成果」評価についても限界がある。ある手術の結果として術後合併症が発生したならば、副次病名の記載や追加検査・処置の施行、入院期間の延長といった視点により、成果の評価もある程度可能となる。しかしながら、レセプトのみでは患者特性に関するデータが欠落しており、ハイリスク患者を特定することは困難であることから、合併症発生が患者側の要因で発生したのかあるいは医療提供側の問題によるものかの区別はできない。

このように、現状のレセプト情報のみでは得られる情報には限界があり、患者の「過程」「成果」を十分にとらえることができない。したがって、事後的審査をより充実させるためには、現状のレセプト情報のみでは不十分と考えられ、患者基本属性、入院中や外来通院における治療経過、検査結果等の情報を統合し、包括的な患者データベースを構築することが求められる。例えば、退院時病歴サマリー、オーダリングシステム(特に検査システム)、健診情報といった、大規模病院を中心に整備されつつある病院情報システムを活用し、レセプト情報とのリンケージを行うことを検討さ

れるべきである。

2. 新たな診療内容審査の導入の可能性

保険者が診療内容を審査し質の評価・確保を行う方法(Utilization Review)として、上記の事後的審査以外にも表3に示す方法が知られている。筆者は、これらの手法の中で事前的審査の導入が有用であるのではないかと考えている。従来の事後的審査に比べて事前的審査が優れると思われる点は以下の通りである。

(1) 事後的審査では、診療の適切性、すなわち本当にその診療行為が必要であったのか、という点について十分に評価することができない場合がある。たとえば、虫歯を一度削ってしまえば、治療が必要であったのかどうかの証拠は残らないので、適切性の判断を事後的に行うことは困難である。

(2) 事後的審査において診療内容が否認された場合には、医療提供側は経済的損失を被ることになる。一方、事前的審査においては、事前に診療の可否が判断されるので、医療提供側に不要な経済的リスクを与えることはない。

(3) 患者にとって利益のない(場合によっては危険な)治療が行われようとしている場合に、これを事前に回避することも可能となるので、医療の質の向上へも寄与することとなる。

米国において事前的審査を行う機関を対象とした調査結果によると、審査により当初否認される率は平均9.9%であり、また医師が説明文書を提出するように要求される率は平均60.1%にも上っている¹⁴⁾。

表3 Utilization Reviewの方法

Prospective Review (事前的審査)	入院前や、高額医療の施行前に、その必要性について審査を行う。
Case Management (症例管理)	患者個人のニーズに合った治療計画の策定を行う。
Concurrent Review (同時的審査)	入院している患者について入院の適切性を判断したり、治療中の患者について治療内容の適切性を評価する。
Discharge Planning (退院計画)	退院の時期や退院後のケア提供の方法についてアレンジを行う。

もちろん、すべての患者について事前的審査を行うことは、現実的とはいえないだろう。対象は、外科手術、放射線治療、抗癌剤治療といった高額医療を中心とし、根拠に基づく評価基準が作成可能な領域に限るべきだと考えられる。もちろん、緊急手術や救急症例等の至急の判断を要する症例には適さない。

こうした診療前審査は民間のマネジドケア組織のみならず、一部の州のメディケイドにおいても実施されており、わが国の公的医療保険において導入することも検討に値すると思われる。但し、わが国において事前的審査の導入を検討するにあたっては、明確な評価基準を公表し、医学的に納得のいくものにする必要があるのはもちろんのことである。また、例外的ケースにも個別に対応できるように、審査側に専門知識を有する医師を常駐させておく必要があるだろう。

3. 医師・医療機関の診療の質に関する情報

保険者が評価すべき医師や医療機関の質に関する情報は、レセプト情報のような会計情報のみでは不十分であり、例えば表4に示す項目なども重要と考えられる。但し、情報収集にあたっては()内の条件整備を進める必要がある。これらの調査は、各保険者毎に独立して行うのではなく、支払基金などが代行し統合的に行うことが望ましいと考えられる。現状の制度の下では、保険者として医師や医療機関を選別し、加入者が受診可能な医療機関を限定することは困難であるが、保険

表4 医師・医療機関のプロファイリング

-
- 学会認定医・専門医資格、研修歴
(→認定医制度の改革)
 - 診療ガイドライン遵守率の調査
(→適切な診療ガイドライン作成)
 - 患者に対する処方パターンや、手術施行率の調査
(→患者病態の把握方法の開発)
 - 手術成功率等の治療アウトカムの調査
(→重症度補正法の開発)
 - 患者の満足度調査
(→満足度評価法の開発)
 - 疾病毎・患者毎のコスト把握
(→簡便なコスト分析手法の開発)
-

者が加入者にこれらの情報を提供し、受診の際の参考とさせることが可能であろう。

また、保険者による質評価の活動を補完するものとして、財団法人医療機能評価機構の活動を拡大し、過程・成果に関する評価指標の開発を進めると共に、評価結果を広く情報公開することや、厚生省統計情報部の機能をより充実させ、新たな健康指標や臨床指標の開発・調査を実施するとともに、厚生統計の詳細な解析を行い、患者や保険者にデータ提供を行うことなどについても、今後検討すべきであると思われる。

IV おわりに

わが国でも、医療の質の評価に対する国民の期待は高まりつつあり、質の評価における先進国である米国の状況に関心が持たれている。米国の医療の質向上に対する試みは、必ずしも十分に成功しているわけではなく、例えば、最近 Institute of Medicine では、1996年2月から2年間にわたり「医療の質に関する全国円卓会議」を招集し、表5に挙げた理由により「国として医療の質を向上することに焦点をおくことが最も重要な課題である」との結論に達した¹⁵⁾。実際、米国のマネジドケアをめぐる昨今の悪評については、むしろわが国にとって反面教師といえよう¹⁶⁾。

しかしながら、医療の質のさらなる改善のためには、過程評価や成果評価をもとにしたマネジドケア手法を適切に利用することが有効と考えられ、その手法については米国から学ぶところも多い。例えば、質評価のための臨床指標(クリニカル・インディケーター)は、わが国でもそのまま利用可能なものがほとんどである。また、日本の医療保険制度によく似たフランスにおける質評価・向上の活動はきわめて参考になる。

質評価の主体として保険者が重要と考えられるが、保険者機能を十分に発揮するためには、医療機関から患者情報の収集を行って患者情報データベースを構築し、その情報をもとに医師・医療機関、あるいは加入者にフィードバックを行うことが必要とされる。これを実現させるには、当面は、

表5

- ①医療の質は厳密に定義できる。多くの場合、質を測定する尺度は、臨床医学で患者の治療における重要な決定を下すのに使われている多くの測定法と同等に正確である。これらの質の尺度は、ある特定の質の問題に関してその内容や重要度を調査する実証研究に広く使用されている。
- ②米国の医療は、最善に行われれば実に見事ですばらしいものである。しかし残念ながら最善に行われていない場合も少なくない。医療の質の問題は重要でかつ広範囲におよび、あらゆる医療提供体制や支払い制度のもとで起こるものである。米国は現在、これら質の問題による死亡や機能状態の低下、そして資源の無駄という多大な損害の重荷を背負っている。総体的にみると、これらの問題を解決するには緊急の行動を要する。
- ③いくつかの保険プランや病院、あるいは医療統合システム (integrated delivery system) は、質の向上に向けた努力を惜しまず、ある患者集団における質の向上に成功していることが報告されている。しかしながら、大多数の機関は、質の向上に向けての効果的な努力をほとんど、あるいはまったくせず、システム全般の改革における障害となっている。首尾一貫して最高の質の医療を提供している保険プランや病院、あるいは医療システムを特定できるデータはなく、模範的な提供体制の明確なモデルは存在しない。
- ④以上の状況を総合すると、今後は医療サービスの提供体制のあり方と質の評価、向上する方法について再検討し、再構築していくための大きな努力が求められている。

現状のレセプトデータの電算処理を進め、保険者として統計解析を行うことから着手すべきであると思われる。また、将来的には、レセプトのフォーマット自体を変更して、従来の会計情報のみならず患者の状態像などの情報収集を併せて行うこと、さらに次のステップとして、諸外国で試みられている統一フォーマットによる電子カルテの導入や通信技術を用いた患者情報の一元管理等の可能性も検討すべきであろう。

注

- 1) Donabedian, A (1980) "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment," *Health Administration Press*.
- 2) Evidence-Based Medicine Working Group. (1992) "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine." *JAMA* Vol. 268 : 2420-2425.
- 3) Durand-Zaleski, I., Colin, C., Blum-Boisgard, C. (1997) "An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France." *BMJ* Vol. 315 : 943-946.
- 4) Wennberg, J., Gittelsohn, A. (1973) "Small area variations in health care delivery." *Science* Vol. 142 : 1102-1108.
- 5) Kleinman, L. C., Kosecoff, J., Park, P. E., et al. (1987) "Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures." *JAMA* Vol. 253 : 2533-2537.
- 6) Bernstein, S. J., McGlynn, E. A., Siu, A. L., et al. (1993) "The HMO Quality of Care Consortium: the appropriateness of hysterectomy: a comparison of care in 7 health plans." *JAMA* Vol. 269 : 2398-2402.
- 7) Kleinman, L. C., Boyd, E. A., Heritage, J. C. (1997) "Adherence to prescribed explicit criteria during utilization review. An analysis of communications between attending and reviewing physicians." *JAMA* Vol. 278 : 497-501.
- 8) 川淵孝一 (1999) 「諸外国における医療の広告規制の現状」『社会保険旬報』Vol. 2020 : 13-19.
- 9) Hannan, E. L., Kilburn, H. Jr., Racz, M., et al. (1994) "Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York." *JAMA* Vol. 271 : 761-766.
- 10) Chassin, M. R., Hannan, E. L., DeBuono, B. A. (1996) "Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicity." *N Engl J Med* Vol. 334 : 394-398.
- 11) O'Connor, G. T., Plume, S. K., Omstead, E. M., et al., and the Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. (1996) "A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery." *JAMA* Vol. 275 : 841-846.
- 12) Schneider, E. C., Epstein, A. M. (1996) "Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists." *N Engl J Med* Vol. 335 : 251-256.
- 13) 「公表される手術成績に疑問」『Medical Tribune』1999年5月6日号, 21面。
- 14) Schlesinger, M., Gray, B. H., Perreora, K. M. (1997) "Medical professionalism under managed care: the pros and cons of utilization review." *Health Affairs* Vol. 16 No. 1 : 106-124.
- 15) Chassin, M. R., Galvin, R. W., and the National Roundtable on Health Care Quality. (1998) "The urgent need to improve health care quality." *JAMA* Vol. 280 : 1000-1005. (山田ゆかり・池田俊也訳 (1999) 「医療の質向上の緊急的な必要性」『JAMA日本語版』No. 236 : 73-80)

16) 田村誠(1998)「マネージドケアと米国医療の変容, 2, マネージドケアの急成長に伴い噴き出

した問題」『病院』Vol. 57: 996-1001。
(いけだ・しゅんや 慶応義塾大学専任講師)