

米国ヘルスケアにおける新たな潮流

米国における Disease Management の発生と展開

目 次

- ・はじめに
- ・米国におけるヘルスケアの特徴
- ・米国におけるマネジドケアの経緯、仕組みおよび問題点
- ・DM が発生・展開した背景
- ・DM の発生と沿革
- ・DM の基本的仕組み、効果および利益の構造
- ・おわりに - DM をめぐる様々な指摘

研究員 田中 健司

要 約

・はじめに

米国のヘルスケア市場における新しい潮流の1つが、Disease Management（以下「DM」とする）と呼ばれるアプローチである。本稿では、DM の背景と概略について、その要点を紹介する。

・米国におけるヘルスケアの特徴

DM を理解するための前提として、まず米国におけるヘルスケアの特徴について整理する。

・米国におけるマネジドケアの経緯、仕組みおよび問題点

米国における DM の発生・展開について概観する際に無視できないマネジドケアが、米国の健康保険市場において今日の主流になるまでの経緯を整理し、マネジドケア型健康保険プランの特徴をインデムニティ型との比較に基づき図解する。さらにマネジドケアの構造上の問題・問題が深刻化した事例を紹介する。

・DM が発生・展開した背景

DM が発生・展開した背景として、マネジドケアにおける構造上の問題との関わり・慢性疾患の問題・技術の進歩の3点を取り上げる。

・DM の発生と沿革

DM の発生と今日に至るまでの沿革を、具体的な出来事の流れ・DM プログラム自体の段階的発展という2つの視点から、関連資料に基づき概観する。

・DM の基本的仕組み、効果および利益の構造

DM というアプローチの基本的な仕組みを紹介し、次いで実際に公表・評価された内容を取り上げて DM の効果について概観し、さらに DM がもたらす利益の構造について述べる。

・おわりに - DM をめぐる様々な指摘

現在もなお発展段階にある DM をめぐる様々な指摘を、前向きな見方と慎重な見方に分けて紹介する。

．はじめに

2001年7月に発行した本誌第37号において、米国のヘルスケア¹市場を取り上げた。ヘルスケア市場を沿革的に分析し、マネジドケアの発生と発展という観点から簡単に整理した。その際、「ヘルスケア市場」は、ヘルスケアサービスの利用者を中心として、医療サービスを供給する医師、病院、各種の医療関係の専門職、医薬品メーカー、医療機器メーカー、アウトソーシングサービスを提供する企業、第三者評価機関、そして営利保険会社、非営利組織と、多種多様な当事者から構成されている市場として捉えた。さらに、この各々の当事者間の利害関係が様々な要因で変化してきた極めて複雑な構造となっている市場でもあることも指摘した。米国のヘルスケア市場におけるこの特徴が、ヘルスケアのあり方に多様な変化と革新をもたらす可能性を持っている。その多様な変化と革新の大きな一つが、マネジドケアの発生と発展であった。しかし、マネジドケアは、単純に良い方向に向かう革新とだけ捉えることは出来ない。今日まで多くの問題が指摘され、批判されてきたことに留意する必要がある。

米国のヘルスケア市場の多様な変化と革新は、マネジドケアにとどまらず様々な新しい潮流を生み出している。近年注目されている新しい潮流の一つが、Disease Management（以下「DM」とする）と呼ばれるアプローチである。DMとは端的にいえば、特定の疾患の患者集団と彼らを担当する医師に働きかけることにより、医療資源利用の効率性の向上（その一つとして医療費の抑制）・医療サービスの質の向上の双方を実現するためのアプローチである。

DMは、わが国においては今日まであまり取り上げられていない概念である²。そこで本稿では、DMの背景と概略について、その要点を紹介する。

まず第1章では、DMを理解するための前提として、米国におけるヘルスケアの特徴について整理する。次に第2章において、DMの発生・展開に深く関係しているマネジドケアの経緯、仕組みおよび問題点について詳述する。第3章ではマネジドケアにおける問題との関わり等、DMが発生・展開した背景について述べる。さらに第4章においてDMの発生と今日に至るまでの沿革、第5章においてDMの基本的仕組み、効果および利益の構造について述べる。最後に第6章において、DMをめぐる様々な指摘を、前向きな見方と慎重な見方に分けて紹介する。

なお、損保ジャパン総合研究所（旧：安田総合研究所。2002年7月1日社名変更）では、2001年度より、慶應義塾大学田中滋教授を座長として、「欧州諸国のヘルスケアビジネスおよびディジーズマネジメント研究会」を開催しており、今日までに、米国におけるDMについての研究を行ってきた。本研究会の成果として、本稿にて取り上げていない内容も含めてDMについての基本的かつ網羅的な情報を盛り込んだ報告書「米国におけるDisease Managementの発展」（仮称）を、損保ジャパン記念財団（旧：安田火災記念財団。2002年7月1日名称変更）叢書として公表する予定である。

¹ 同号では、「ヘルスケア」という言葉は、狭義には医師等の専門家や病院等の医療施設において患者に供給される医療サービスを指していたが、広義には、従来にはなかったようなより広いサービス供給主体からのサービスや、健康の自己管理までをも含むうる広範な概念となっていることを指摘した。

² わが国における、DM（わが国では「疾病管理」と訳されることもある）をテーマとした文献として、坂巻弘之「疾病管理手法の導入」（「医療白書2000年度版」、医療経済研究機構監修、日本医療企画発行、2000年11月）、Roy Lilley 著、池上直己監訳、今井博久訳「疾病管理」（じほう、2001年8月）等がある。

・米国におけるヘルスケアの特徴

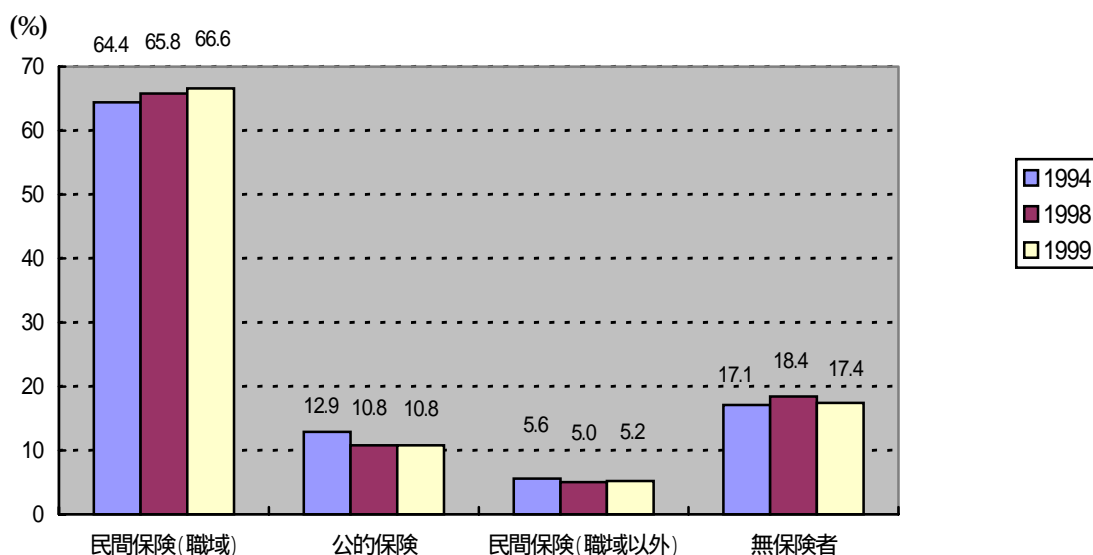
DM は、米国独自のヘルスケアシステムの中で発生し、展開してきた。本章では、DM を理解するための前提として、まず米国におけるヘルスケアの特徴について整理する³。

1．米国における健康保険制度の運営と加入者の状況

米国における健康保険（Health Insurance）制度では、民間保険会社が大きな運営主体となっているが、公的保険制度として運営されているものもある。それは、65歳以上の高齢者・65歳未満の障害者・末期腎臓病患者を対象とするメディケア、および貧困者を対象とするメディケイドである。

米国における健康保険の加入状況を公的機関の統計値で見ると《図表1》のようになっている。すなわち、民間保険加入者が約7割を占め、さらに民間保険加入者の内訳を見ると、企業の雇用主が契約者、従業員が被保険者となる、いわゆる職域加入による者が圧倒的に多く、職域加入以外はごく少数にとどまっている。また全ての国民が健康保険制度の加入者となっているわけではなく、無保険者も17%以上存在している。この傾向は1994年以降大きく変化していない。

《図表1》米国における健康保険加入状況⁴



(出典) GAO, “Health Insurance – Characteristics and Trends in the Uninsured Population” (GAO-01-507T), Mar. 13, 2001, p.7.

2．米国のヘルスケアシステムにおける多様性・多義性

米国のヘルスケアシステムでは、上記のように健康保険制度の運営主体が多種多様に存在している。医療機関も多種多様であって、統一的な社会保険制度の指定を受けているのではなく、保険者と個々に契約し、保険の加入者（患者）または保険者から医療費を得て医療サービスを提供している。また、企業の雇用主が従業員に対し

³ 本章の記述においては、西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業 - 沿革、現状および最近の動向 - 」(安田総研クォーターリー 第37号、2001年7月)を主に参考とした。

⁴ 複数の健康保険に加入している者がいる場合は重複してカウントせず、以下の優先順位に応じて優先度の高いものに該当した場合は、そのカテゴリーでのみカウントしている。すなわち、民間保険（職域加入）、メディケア、メディケイド、その他公的保険、その他民間保険の優先順位によることとする。

て医療サービスを提供する方法も、保険会社と契約する方法以外に、アドバイザーの助言を受けて自家保険として行う方法もある。

米国のヘルスケアにおいては、「Provider」、「Health Plan」という用語が頻繁に用いられる。その概念を理解することは、米国のヘルスケアについて理解するための必須条件である。しかしながら、それぞれに多様な態様があり、またその意味も多義的である。以下、それぞれの概念について説明する。

(1) Provider

米国のヘルスケアにおける「Provider」(以下本稿では「医療プロバイダー」とする)については、病院、薬局のような「医療機関」と、医師、薬剤師、歯科医師、看護婦のような「医療サービスを提供する人間」を、ともに包含するとの見方がある⁵一方、医師を意味する用語として用いられる場合が多いとの見方もある⁶。本稿では、医療プロバイダーを前者の意味、すなわち医療機関・医療サービスを提供する人間をともに包含する意味で用いる。

(2) Health Plan

米国のヘルスケアにおける「Health Plan」(以下本稿では「健康保険プラン」とする)という用語の実際の使われ方を見ると、健康保険という保険サービスのみならず医療プロバイダーのネットワークも含めた、ヘルスケアサービスの供給システム全体を意味する場合もあれば、そのようなシステムを企画設計、運営している組織を意味する場合もある⁷。本稿では、健康保険プランを前者の意味、すなわちヘルスケアサービスの供給システム全体という意味で用いる。

3 . 健康保険プランにおける当事者の基本的関係

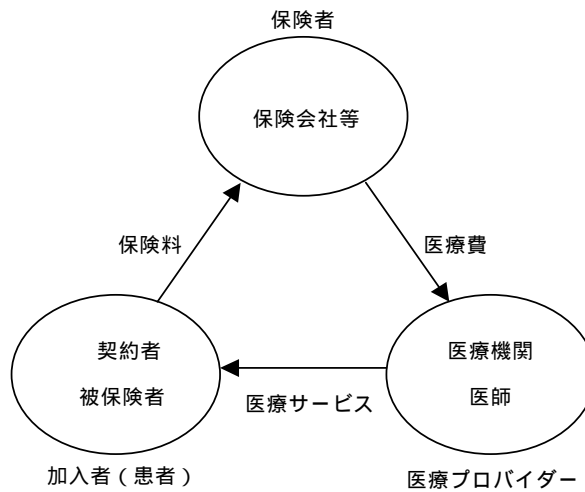
健康保険プランをごく単純化した場合の1つの典型を示したものが《図表2》である。すなわち基本的には、健康保険プランにおける当事者は加入者(契約者と被保険者)、保険者(保険会社等)、医療プロバイダー(医療機関、医師等)の3つであり、これらの当事者の間で保険料、医療費、医療サービスという資源がやりとりされている、という図式になる。

⁵ Sheryl Tatar Dacso et al., "Managed Care Answer Book, 3rd Ed.", Panel Publishers, 1999, pp.GL-42, GL-43.

⁶ Peter R. Kongstvedt ed., "The Managed Health Care Handbook, 4th Ed.", Aspen Publishers, Inc., 2001, p.1372.

⁷ 健康保険プランがシステム・組織の双方の意味で用いられていると見受けられるケースもある。例えば、米国ヘルスケア業界の民間会社の1つである Health Net of the Northeast 社のホームページにおける会社案内 (visited Oct. 18, 2002) <<http://www.phshealthplans.com/info/about.html>>を見ると、「当社親会社の Health Net 社は、500 万人を超す米国民に豊富な種類の健康保険プランをご提供しています」という表現とともに、「Health Net of the Northeast 社は 4 つの州の 100 万人を超す会員にご奉仕する健康保険プランです」という表現も見られる。

《図表2》健康保険プランにおける加入者（患者）、保険者、医療プロバイダーの基本的な関係



（出典）損保ジャパン総合研究所作成。

上記に示した、三者間の基本的関係は、次のとおりである。加入者（患者）は、保険者に対して保険料を払い込むことによって、医療プロバイダーからサービスの提供を受ける。保険者は、加入者（患者）から収受した保険料を原資として、医療プロバイダーに医療費を支払う。医療プロバイダーは、加入者（患者）に医療サービスを提供した見返りとして、保険者から医療費の支払いを受ける。

4．健康保険プラン：インデムニティ型とマネジドケア型

上述した当事者間の関係に基づく健康保険プランは、現在インデムニティ型とマネジドケア型⁸という2つの種類があると一般的に理解されている。インデムニティ型は加入者の医療サービスの利用に要した費用を全額カバーするものであり、マネジドケア型は加入者の医療サービスの利用に保険者が制限をかけるものである。そして、今日米国健康保険市場では、マネジドケア型健康保険プランが主流になってきている。

DM に対する理解の前提である米国ヘルスケアにおいて、マネジドケアは特に重要であると考えられるため、次章においてマネジドケアの経緯と仕組みについて詳述する。

・米国におけるマネジドケアの経緯、仕組みおよび問題点

米国における DM の発生・展開について概観する際、マネジドケアの発展を無視することはできない。本章ではマネジドケアに注目し、まず米国の健康保険市場においてマネジドケアが今日の主流になるまでの経緯について整理し、次いでマネジドケア型健康保険プランの特徴をインデムニティ型との比較に基づき図解する。さらにマネジドケアの構造上の問題、および問題が深刻化した事例を紹介する⁹。

1．マネジドケアが米国健康保険市場の主流となった経緯

1930 年代から 1940 年代初頭にかけて、従業員の福利厚生を目的としてつくられたグループ診療プランに端

⁸ 本稿では、マネジドケアをインデムニティ型健康保険プランとの比較において述べる場合や、マネジドケアの種類を取り上げる場合に「マネジドケア型（健康保険プラン）」と記述している。

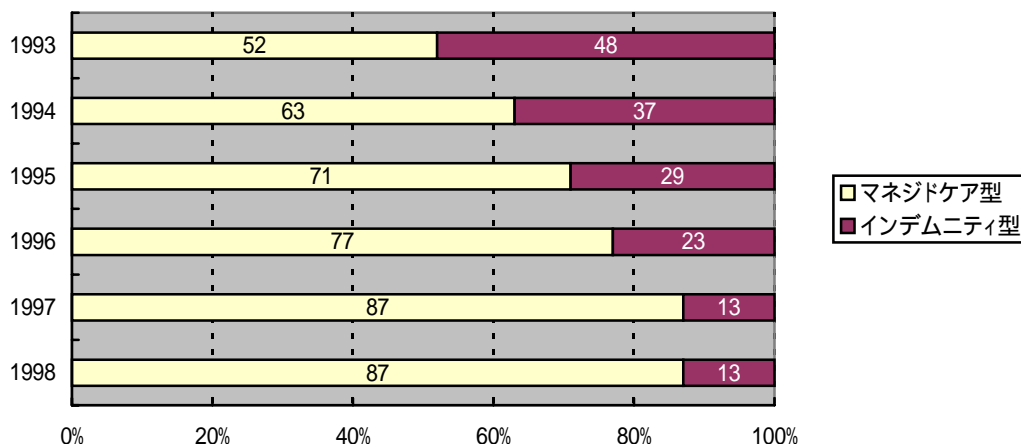
⁹ 本章の記述においては、西村徹・江頭達政・中村岳、前掲注 3、荒木由起子「米国における HMO 訴訟と HMO 事業の見直し」（安田総研クォーターリー 第 33 号、2000 年 7 月）を主に参考とした。

を発する HMO (Health Maintenance Organization) をはじめとするマネジドケア型健康保険プラン¹⁰は、以下のような経緯により米国健康保険市場の主流となってきている。

米国では 1970 年代以降、人口の高齢化や医療技術の進歩を主因として、医療費が増加する傾向が顕著になり、医療費の高騰が社会的問題として認知されるようになった。医療費の増大は、医療費を全額カバーするインデムニティ型健康保険プランにおいて、保険料の高騰による無保険者の増大をもたらした。このような状況の中で、被保険者に対する医療サービスの提供に保険会社から一定の制約をかけるマネジドケア型の健康保険プランが、医療費の抑制や健康保険プランの保険料負担の軽減につながるとして、注目されるようになった。

例えば、職域加入者について見ると、1993 年から 1998 年までの間に、インデムニティ型健康保険プランとマネジドケア型健康保険プランの加入者の比率は《図表 3》のように推移しており、マネジドケア型健康保険プランへの移行傾向が表れている。

《図表 3》職域マーケットにおける 2 つの健康保険プランの構成比率



(出典) Kenneth Black, Jr. & Harold D. Skipper, Jr., “Life and Health Insurance, 13th Ed.”, Prentice-Hall, Inc., 2000, p.496.

2. 2 つの健康保険プランの比較

(1) 選択の自由度に関する比較

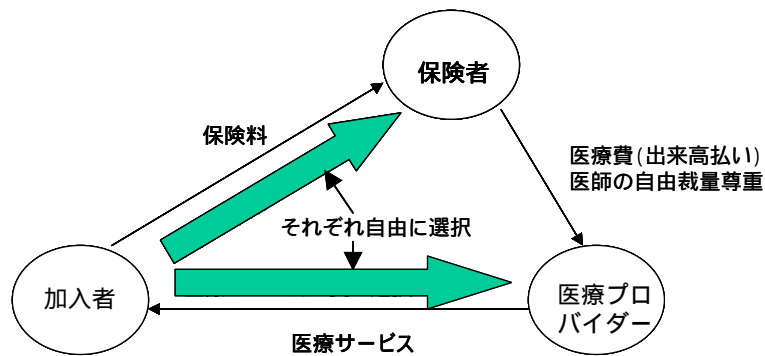
マネジドケア型とインデムニティ型は、様々な観点から比較検討することができるが、ここでは選択の自由度に着目して比較する。

インデムニティ型

インデムニティ型を単純化し図示すると《図表 4》のようになる。この図が示すように、インデムニティ型では加入者が保険者、医療プロバイダーをそれぞれ自由に選択できる。保険者から医療プロバイダーへの支払いは出来高払いによって行われ、医療関連の情報は医療プロバイダーが独占するという、医師の自由裁量を最大限に尊重したものである。一方、保険者の機能は、単なる保険料徴収や給付事務にとどまる。

¹⁰ マネジドケア型健康保険プランは、HMO、PPO(Preferred Provider Organization)、POS(Point-of-Service Plan) の 3 種類に大別される。この 3 種類の発展経緯は、概ね次のように理解できる。当初 HMO が保険者主導で創設され、それに対抗する形で PPO が医療プロバイダー主導で創設された。さらに PPO に対抗する形で、再度保険者主導で創設されたのが、POS である。

《図表4》インデムニティ型における加入者、保険者、医療プロバイダーの関係



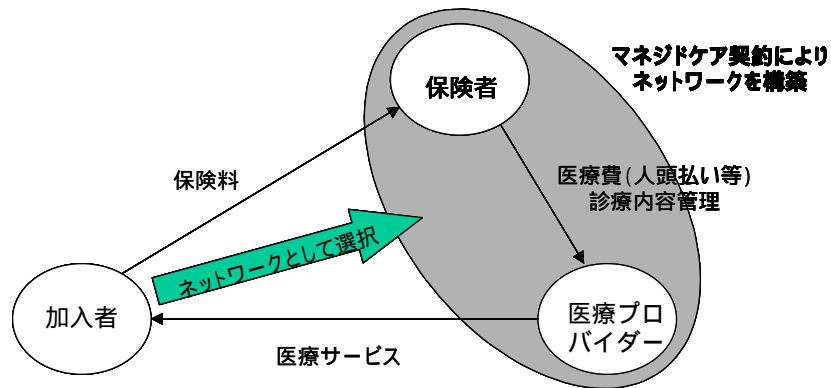
(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

マネジドケア型

上記のインデムニティ型に対して、マネジドケア型を同じく単純化すると《図表5》のようになる。

この図が示すように、マネジドケア型では加入者における選択の自由が制限される。保険者は、自ら選別した医療プロバイダーとマネジドケア契約を締結してネットワークを構築しており、加入者は保険者、医療プロバイダーをネットワーク単位で選択する。保険者から医療プロバイダーへの支払いは人頭払い¹¹の場合が多い。保険者は、加入者から医師、病院へのアクセスの制限や、医療プロバイダーの診療内容・診療期間に関する管理を行う。

《図表5》マネジドケア型における、加入者、保険者、医療プロバイダーの関係



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

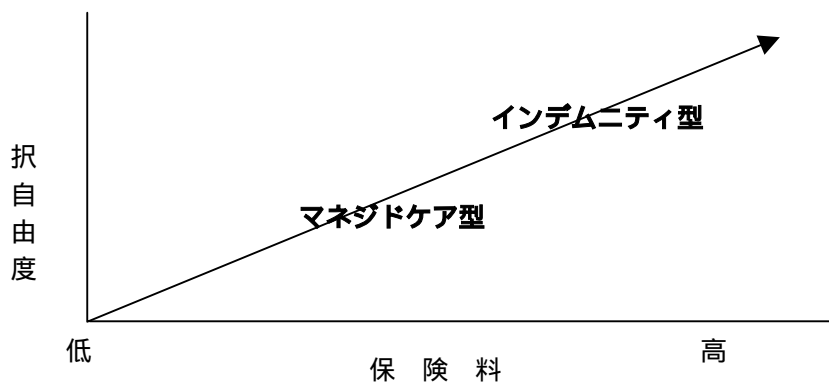
(2) 選択の自由度との関係で見た、加入者の保険料負担に関する比較

《図表6》は、インデムニティ型とマネジドケア型における選択の自由度と加入者の保険料負担の関係を概念的に整理して比較したものである。

この図は、インデムニティ型は加入者が保険者、医療プロバイダーをそれぞれ自由に選択できる反面、加入者の負担する保険料は高くなり、一方マネジドケア型は加入者における選択の自由が制限される分、加入者の負担する保険料は安くなるという関係を示している。

¹¹ 医療サービスの提供に伴い実際に発生した費用をベースとして医療費を支払うのではなく、加入者(患者)1人につきいくら支払うかについて取り決めた上で、加入者(患者)の数に応じた一定額を前払いする方式。Sheryl Tatar Dacso et al., supra, 1999, p.GL-10.

《図表6》インデムニティ型とマネジドケア型の比較（選択の自由度と加入者の保険料負担の関係）



（出典）損保ジャパン総合研究所作成。

マネジドケアは、保険料という資源の節減はできるものの、選択の自由を制限せざるを得ないという構造上の問題をかかえている。

3. マネジドケアをめぐる問題

医療費削減効果というメリットから急速に発展してきたマネジドケアの構造上の問題から、近年患者側・医師側からの反発の動きが見られる。本節では、マネジドケアの構造上の問題、および問題が深刻化した事例について取り上げる。

（1）マネジドケアの構造上の問題

1990年代半ば以降 HMO に対する批判が高まり、その批判の一部は HMO に関する訴訟問題として顕在化した。この HMO に関する訴訟は、マネジドケアの構造に起因する2つの問題を浮き彫りにしている。

1つは前節でも述べた、選択の自由が制限されるという問題である。前節では、加入者における選択の自由度を中心に述べたが、医療プロバイダー側から見た場合でも、治療内容の選択に対する保険者の管理が厳しい点において、やはり選択の自由度の問題が存在している。ただ、全てのマネジドケア型健康保険プランにおいて一様に選択の自由が制限されているわけではなく、制限が若干緩和されたタイプも存在する¹²。これは、マネジドケアにおける選択の自由度の問題を解決するために、マネジドケア自身の構造の見直しが図られていると解することもできる。

もう1つは、マネジドケアにおいて医療費の抑制を優先することにより引き起こされる医療サービスの質の問題であり、今日まで根強く残っている。1997年9月のABCニュースによる世論調査では、HMOに加入している人の57%が保険会社はコスト削減を優先しているとしており、マネジドケアは医療サービスの質を向上させることよりもコストを削減することに注力しているとの見方が示されている¹³。また、2002年に行われた世論調査では、1990年代後半における加入者からの反発に対応すべくマネジドケアの多くが各種の制限を撤廃

¹² 前掲注10で取り上げた3つの種類の中で、最初に登場したHMOはマネジドケア型健康保険プランの中で最も選択の自由度が低く（利用できる医療プロバイダーが原則ネットワーク内に限られる）HMOの後に登場したPOSとPPOにおいては、加入者はネットワーク外の医療プロバイダーも利用できるようになっている（ただし加入者の自己負担額は高くなる）。

¹³ Richard L. Huber, "The Health Care Debate in Washington: Focused on the Wrong Health Crisis" (CEO Series Issue No. 33), CSAB, June 1999, p.2, n.6.

してきたことにより、マネジドケアに対する不満は縮小してきたとされる¹⁴。これは全米に居住する 1,000 人に対して行われた電話調査であるが、「マネジドケアは医療サービスの質を劣化させる」と回答した人の割合は 2000 年では 59%であったものが 2002 年では 51%にまで減少している。ただし、マネジドケアに対して否定的な人の割合が高いと報じられている¹⁵ことから、医療費の抑制を重視しているとの見方は未だに強いことが窺える。

(2) 問題が深刻化した事例

上述したマネジドケアの問題が深刻化した事例として、大手民間健康保険会社 Aetna 社に対する患者側・医師側の反発の動きを紹介する。

患者側の反発

1999 年 1 月 20 日、カリフォルニア州サンベルナルディーノ郡の州裁判所は Aetna 社に対し、450 万ドルの賠償金と 1 億 1600 万ドルの懲罰的賠償金の支払いを命じる評決を下した。

本件は、Aetna 社が提供する HMO の会員であった元カリフォルニア州職員の男性がガンで亡くなったあと、夫人から提起されたもので、支払いの遅延と実験的治療に対する給付の拒絶により、加入者の死期が早まったとして、損害賠償を求めるものであった¹⁶。

医師側の反発

1998 年 10 月、Aetna 社と HMO 契約を締結していたテキサス州の医師 400 人が Aetna 社の子会社 Aetna U.S. Healthcare 社との契約を破棄した。その背景には、合併によりヘルスケア業界最大手となった Aetna 社が、利益の落ち込みと投資家からのコスト圧縮の圧力から、医師の治療行為についての裁量を厳しく制約してきたことがある。特に問題となっているのが、ギャグ（さるぐつわ）条項と呼ばれるものである。テキサス州の Aetna 社と医師との契約条項（当時）には、「医師は保険加入者に対して、治療が、費用支払いの点から、順位の劣るようなものとなることを暗に知らせてはならない」とあり、これは、医師が患者に対して、健康保険プランからの承認の有無に関わらず、すべての治療法を説明することを押しとどめるものであるとの指摘がある。

なお Aetna 社は、2000 年 12 月に、全米規模で医師との契約の条件を緩和する方向性を打ち出した。これは、Aetna 社と契約する医師が同社の提供する全ての健康保険プランに加入する義務を撤廃することにより、加入する健康保険プランを医師が柔軟に選択できるようにするものである¹⁷。このような動きは、マネジドケアにおける選択の自由度の問題への対応として解することができる。

¹⁴ “U.S. consumers less angry at HMOs this year – poll.”, Reuters English News Service, Oct. 22, 2002.

¹⁵ Id.

¹⁶ なお最終的には、本件は亡くなった職員の夫人と Aetna 社との間で和解に至っている。Diane Levick, “‘Weeping Widow’ Case Ends As Aetna Settles”, The Hartford Courant, Apr. 26, 2001.

¹⁷ Aetna が提供する全ての健康保険プランへの参加、HMO タイプの健康保険プランのみへの参加、PPO タイプの健康保険プランのみへの参加のいずれかを、医師が選択できることとされた。Aetna Inc. Press Release, “Aetna President And CEO John W. Rowe, M.D., Announces National Implementation Of More Flexible Physician Contracting Strategy”, Dec. 19, 2000(visited Oct. 18, 2002) <http://www.aetna.com/news/2000/pr_20001219.htm>.

・DM が発生・展開した背景

米国ヘルスケアにおける新たな潮流であるDMを定義するならば、ある特定の疾病の患者集団を対象として、医療プロバイダーによる診療の手順を極力標準化する一方、服薬や行動改善といった患者のセルフケアに関する教育を通じて、医療資源利用の効率性の向上・医療サービスの質の向上を図るとともに、患者の健康レベルおよび生活の質の向上も図るアプローチである（DMにおいて、医療費の抑制は、医療資源利用の効率性の向上の1つとして位置づけられる）。セルフケアの方法が分からず、さらに本来必要とされる医療サービスを受けることができずにいた患者自身が、DMによって高い満足感を得ることも可能である。

次章以降においてDMについて詳述するが、まず本章では、DMが発生・展開した背景として、マネジドケアにおける構造上の問題との関わり・慢性疾患の問題・技術の進歩の3点を取り上げる。なお、この3点以外に、DMが促進された要因として、診療ガイドラインが改良されたこと、アウトカムに関する研究が急増したこと、医療プロバイダーが経験を積み重ねて医療サービスの質を改善するための手法を習得したこと等が指摘されている¹⁸。

1．マネジドケアにおける構造上の問題との関わり

前章において述べたように、マネジドケアにおいては、選択の自由の制限・医療サービスの質の低下という2つの問題が存在する。

DMのアプローチは、診療の手順を極力標準化するという点からは、マネジドケアにおける選択の自由度の問題を積極的に解決しようとするものではないと考えられるものの、医療費の抑制のみならず医療サービスの質の向上も目指しているという点からは、マネジドケアにおける医療サービスの質の問題を克服するための1つの試みとして捉えることができる。

2．慢性疾患の問題

米国では、慢性疾患による医療費の増大が深刻な問題として捉えられている。疾病予防センター（Centers for Disease Control and Prevention：以下「CDC」とする）によれば、米国では9,000万人余りが慢性疾患に罹患しており、全死亡の70%が慢性疾患によるものである¹⁹。さらにCDCによれば、年間1兆ドルにのぼる医療費のうち、慢性疾患に罹患した人々に対する医療費がその75%を占めると推計される²⁰。

このように米国では、慢性疾患が今日もなお問題となっているが、「DMは慢性疾患に適用されるものである」との指摘がある²¹ように、DMは医師による治療のみならず患者の自己管理が長期にわたり不可欠とされる慢性疾患において、特に有効なものであると考えられる。

¹⁸ Mark Zitter, "A New Paradigm in Health Care Delivery: Disease Management", in "Disease Management – A Systems Approach to Improving Patient Outcomes", p.5 (Warren E. Todd & David B. Nash eds., Jossey-Bass Inc., 1997). なお、診療ガイドラインについては注27、アウトカムについては注34参照。

¹⁹ CDC, "Chronic Disease Overview"

(visited Oct. 21, 2002)<<http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm>>.

²⁰ Id.

²¹ 坂巻弘之、前掲注2、p.127。

3. 技術の進歩

DM を発展させる要因として、技術の進歩を指摘する見方が存在する²²。技術の進歩の具体例としては、以下に述べるようなコンピュータシステムの進歩があげられる。

すなわち、コンピュータシステムが進歩することにより、将来的に高コスト医療が必要となるリスクを個々の患者について正確に把握し、DM において重点的に働きかけるべき患者、逆にそれほど働きかける必要のない患者を特定することが容易になる。このようなコンピュータシステムは、特定の疾病の患者集団を対象として患者のセルフケアに関する教育を行うという面において、DM を機能しやすくするものであるといえる。

. DM の発生と沿革

本章では、DM の発生と今日に至るまでの沿革を、具体的な出来事の流れ・DM プログラム自体の段階的発展という2つの視点から、関連資料に基づき概観する。

1. DM の発生・展開に関する具体的な出来事

(1) Mayo Clinic の取組み

1980 年代終わりに初めて DM を専門用語として用い、かつ実際に DM に取り組んだのが、医療機関 Mayo Clinic であるといわれている²³。

その後 1992 年 12 月、Mayo Clinic を運営する Mayo Foundation for Medical Education and Research と、農林・建設機械メーカー John Deere 社²⁴が、マネジドケアの分野における戦略的業務提携を行うことで合意し、本提携のもとに、Mayo Clinic は、John Deere 社傘下の子会社 John Deere Health Care 社と共同で、DM 戦略を推進することとなった²⁵。具体的には、John Deere 社の従業員、退職者および彼らの扶養家族向けにプライマリケア²⁶を提供する診療所の設立・運営を Mayo Clinic が支援する他、John Deere Health Care 社の子会社が提供するマネジドケアにおける医療サービスの質の向上と医療費の抑制を図るべく、Mayo Clinic による DM 戦略としての診療ガイドライン (practice guideline)²⁷が、喘息、乳ガン、糖尿病、高血圧等の治療につ

²² Mark Zitter, supra, p.5. なお、DM において特に対象とすべき患者を特定するための手法に関して詳述したものととして、以下の文献がある。Michael S. Cousins et al., “An Introduction to Predictive Modeling for Disease Management Risk Stratification”, Disease Management, Vol. 5, No. 3, 2002.

²³ Mark Zitter, supra, pp.4-5.

²⁴ John Deere 社は、医療費の高騰を背景として、保険以外の方法による医療費給付について検討した末、1971 年から自社内で従業員からの医療費請求を処理するようになったという経緯がある。

John Deere Health Care Inc., “History” (visited Aug. 23, 2002)

<http://www.johndeerehealth.com/01Visitors/30About_Us/40History/>.

²⁵ “Deere & Company, Mayo Clinic Announce Signing Of Letter Of Intent For Creation Of Strategic Alliance In Managed Health Care”, PR Newswire, Dec. 22, 1992.

²⁶ 患者が最初に受診する医師から受ける医療サービス。患者にプライマリケアを提供する医師は、さらに治療が必要となる場合には専門医にその患者を紹介する。“Merriam-Webster’s Medical Desk Dictionary, Rev. Ed.”, Merriam-Webster Incorporated, 2002, p.665.

²⁷ 特定の医療行為の手順について、その利点・リスク・コストを、医学関連文献・専門家の判断に基づき明記したもの。特定の臨床状況における医師、患者等による医療上の意思決定を支援するために作成される。診療ガイドラインは DM のアプローチに必須の要素であり、類似の特性を有する患者に対する一貫性のある治療方法を実現するための手段の一形態である。Sheryl Tatar Dacso et al., supra, p.GL-40, Mark Zitter, supra, p.15.

いて、新たに構築されることとなった²⁸。

(2) Boston Consulting Group による DM の概念の公表

DM の概念が初めて公にされたのは、1993 年 4 月、経営コンサルティング会社 Boston Consulting Group (以下「BCG 社」とする) が製薬業界の会議において、ヘルスケアにおける製薬会社の価値に関する同社の研究成果の公表を行った時であった²⁹。

その後 BCG 社は 1993 年 9 月、Pfizer 社等の製薬会社をスポンサーとする研究の成果として公表した報告書 “What's at Stake for America: The Contribution of Pharmaceutical Companies” (以下「BCG 社の報告書」とする) においても DM を取り上げた³⁰。BCG 社の報告書は、1970 年代から 1980 年代にかけて採用されていたアプローチ (BCG 社の報告書では「Component Management」と称している) を代替するものとして、DM のアプローチを取り上げている。すなわち Component Management では、ヘルスケアシステムにおける個々の医療機関毎に医療費を抑制しようとした結果、システム全体として十分なコスト削減効果をあげることができなかったのに対し、DM は個々の疾病について患者の生涯にわたるコスト構造全体に着目するものであると特徴づけられ、DM を通じて医療費の抑制と医療サービスの質の向上が実現する可能性が高いとの指摘がなされている。

(3) 現代的 DM 契約のおこり

DM 業界組織の 1 つである Disease Management Purchasing Consortium & Advisory Council (以下「DMPC」とする)³¹ のエグゼクティブ・ディレクターである Al Lewis 氏は、「現代的な DM 契約が初めて締結されたのは 1996 年 2 月における Corsolution 社 (DM プログラムのサービスを提供する会社) と Humana 社 (健康保険プランを提供する会社) の間においてであった」と指摘している³²。

以上、本節で述べた一連の出来事は、DM のアプローチが 1980 年代終わりから 1990 年代にかけて徐々にその認知度を高め、その結果として今日において本格的な DM ビジネスが展開されるまでに至ったという流れとして解釈することができる。そしてこのような解釈は、次に述べる DM プログラムの内容自体が今日まで段階的に発展してきていることと整合していると考えられる。

²⁸ 提携合意に先立ち、既に Mayo Clinic と John Deere Health Care 社との間で、虚血性心疾患、鬱病等についての診療ガイドラインが構築されていた。前掲注 25。

²⁹ William G. Castagnoli, “Is disease management good therapy for an ailing industry? disease management as major part of pharmaceutical industry marketing”, *Medical Marketing & Media*, Jan. 1995.

³⁰ 本稿において BCG 社の報告書の内容を取り上げるに際しては、Pfizer 社のホームページにおいて公開されている内容を参考とした (visited June 25, 2002) <<http://www.pfizer.com/pfizerinc/policy/publicfrm.html>>, <<http://www.pfizer.com/pfizerinc/policy/stake.html>>。

³¹ 保険者による DM プログラム購入契約の締結を支援する組織。DMPC Home Page (visited Oct. 8, 2002) <<http://www.dismgmt.com/>>。

³² “Disease Management: Outcomes, Strategies, Outlook”, Atlantic Information Services, Inc., 2002, p.1, p.10.

2. DM プログラムの段階的発展

1997年に発行された米国の文献“Disease Management – A Systems Approach to Improving Patient Outcomes”は、DMに関する標準的なテキストとして推奨されている。同文献は、DMが以下の4つの世代を経て発展していくものであるという見方を提示し、最も一般的なDMプログラムを第二世代、また数は少ないが最先端を行くDMプログラムを第三世代、さらに将来的に予想される究極のDM像を第四世代としている³³。

以下、これら4つの世代を通じて、DMのアプローチがどのように生成し、どのように変化していくかについて概観する。

(1) 第一世代：断片的なサービスの提供

第一世代のDMプログラムは、典型的な医療サービスの域には入らないようなサービスを断片的に提供するだけのものであり、疾病に対してあらゆる視点から対処したり、医療費の高騰を抑止するような包括的アプローチは見られなかった。

例えば、製薬会社をスポンサーとする、あるDMプログラムでは、高血圧の患者に電話で処方箋薬の再調剤を促していた。このプログラムでは、血圧をコントロールする上での主要課題となっている服薬遵守に徹することにより、通院回数や治療コストを抑制できることが実証された。しかしこのプログラムでは、投薬を受けていた高血圧の患者のみを対象としており、対象とする患者を病気の重さによって決めていたわけではなかった。また治療の適切さは重要視されず、アウトカム³⁴の測定も行われていなかった。

(2) 第二世代：高い効果が期待される患者を対象とする介入

第二世代のDMプログラムでは、重症患者や医療費が高額となるリスクが極めて高い患者を対象として、最大の効果を上げるように介入が行われる。

例えば、ある試行的DMプログラムでは、プライマリケアの医師に対して鬱病の発見に関する教育が行われ、鬱病患者に対しては服薬遵守の重要性に関する教育が行われた。また致命的な状況になる前に症状の再発に対処できるよう、最初に症状が出現して以降定期的に、予防的観点から患者の診察が行われていた。

(3) 第三世代：DMを通じた医療サービスの統合

第二世代のDMプログラムが高リスクの患者のみを対象とするのに対し、第三世代のDMプログラムは、特定の病気に罹患しているか、罹患するリスクを有する患者の集団全体を対象とする。それぞれの患者は病気の重さや健康リスクの程度により階層化され、それぞれの患者のリスク面や費用面を考慮した戦略が採用される。また第三世代のDMプログラムでは、医療サービスの統合を通じて、複数の医療機関の連携による効率的な患者の治療が行われるよう配慮される。

例えば、ある喘息のDMプログラムでは、全ての喘息患者が、軽度の患者(mild)・中度の患者(moderate)・重度の患者(severe)という3つのグループに分類され、それぞれのグループに必要とされる医療サービスが提供された。具体的には、教育、ケアプランの作成、基本的な治療は全てのグループに対して提供される一方、

³³ Mark Zitter, *supra*, pp.21-23.

³⁴ 患者に対して講じられる医療手段の有効性を示す指標、または疾病の予防・発見・治療のプロセスによって得られた結果を意味する。Sheryl Tatar Dacso et al., *supra*, p.GL-36.

重度の患者に対してはさらに、対面式の教育、医療プロバイダーによる日々のピークフロー³⁵の把握、およびケアマネージャーによる定期的訪問も行われた。

(4) 第四世代：究極のDM像 - 健康そのものの管理

前述したように、以下に示す第四世代のDMは、1997年に発行された米国の文献が予測する将来のDM像である。

すなわち第四世代のDMは、真の健康管理モデルとして、病気の治療よりも最適な健康状態の維持に大きなウエイトが置かれるものとなり、生涯にわたる健康教育を通じて、病気の予防のみならず、安全かつ健康なライフスタイルの維持を促進することを使命とするようになる。

遺伝子マーカーや定期的な健康アセスメントを通じて、医療プロバイダーは健康教育や行動改善プログラムを必要とする患者を対象を絞りやすくなる。また医療プロバイダーは個々の病気ではなく、患者のトータルの健康状態を重視するようになる。健康管理としてのDMの基本にあるのは、病気や事故の予防であり、医療的アプローチは影をひそめることとなる。

・DMの基本的仕組み、効果および利益の構造

本章では、DMというアプローチの基本的な仕組みを紹介し、次いで実際に公表・評価された内容を取り上げてDMの効果について概観し、さらにDMがもたらす利益の構造について述べる。

1. DMの基本的仕組み

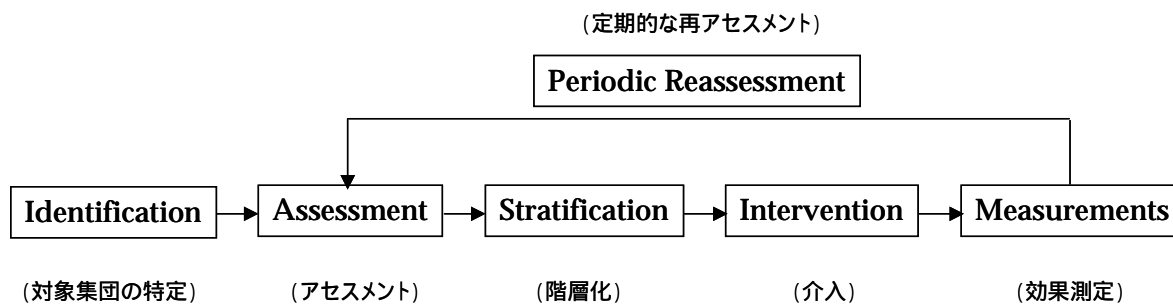
DMを通じて高品質の医療サービスを低コストで供給できるようにするためには、潜在的に高コスト医療が必要となるリスクが高い患者集団をいかに特定し、またそのような高リスク集団が高コスト医療を利用しなくても済むように介入をいかに行うかが、特に重要なポイントとなる。よってDMでは、《図表7》に示す基本的プロセスを踏むことが必要となってくる。

すなわちDMは基本的に、対象集団を過去のデータ等から特定し(Identification)、過去の病歴等に基づき個々の患者をアセスメントし(Assessment)、疾病リスクにより高リスク層と低リスク層を階層化し(Stratification)、患者・医師への介入により効率的な医療サービスの提供を促し(Intervention)、介入の効果(アウトカム)を測定(Measurement)するというプロセスをとることとなる。このプロセスが、定期的な再アセスメント(Periodic Reassessment)を通じて繰り返される。

なお、患者への介入における具体的手段としては、教材の送付、看護師の訪問、電話等がある。また医師に対しても、診療ガイドラインに基づく教育を通じた介入が行われる。

³⁵ 肺から吐き出される空気sの最大流量のことであり、ピークフローメーターと呼ばれる機器によって測定される。喘息が引き起こす気管支痙攣によって気道が狭くなるとピークフローが低下するため、ピークフローメーターにより、喘息の重度についてアセスメントを行ったり、気管支拡張薬による喘息治療の効果を測定することができる。“Black’s Medical Dictionary, 39th Ed.”, A & C Publishers Limited, 1999, p.416.

《図表 7》 DM の基本的プロセス



(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

2 . DM の効果

以下、糖尿病、喘息、鬱病に関する DM 導入の効果について、American Healthways 社が公表した DM プログラムの効果、BCG 社による評価の 2 例を取り上げて概観する。

(1) American Healthways 社の糖尿病患者向け DM プログラムによる効果

米国の大手 DM 会社である American Healthways 社は、メディケア (米国の公的健康保険制度の 1 つ。第 4 章において既述) に加入している糖尿病患者を対象とする包括的 DM プログラム (実施期間 1 年) による効果について、以下のように公表している³⁶。

医療費削減効果

American Healthways 社の DM プログラムに参加した全ての糖尿病患者 (20,539 名。以下「全参加者」とする) について見ると、患者 1 名につき 1 ヶ月当たり 114 ドル (17.1%) の医療費が削減された。継続的にプログラムに参加した糖尿病患者 (9,978 名。以下「継続的参加者」とする) に限って見ると、患者 1 名につき、1 ヶ月当たり 125 ドル (21.2%) の医療費が削減された。

費用削減効果が最も高かったのは入院費用である。全参加者について見ると、1 名につき 1 ヶ月当たり 54.47 ドル (15.9%) の入院費用が削減され、継続的参加者に限って見ると、1 名につき 1 ヶ月当たり 67.91 ドル (23.7%) の入院費用が削減された。

検査受診率の向上

目、足等の検査の受診率が、《図表 8》に示すとおり向上している。

³⁶ American Healthways Inc., “American Healthways' Comprehensive Diabetes Disease Management Program Improves Health Status for Medicare Recipients and Reduces Health Care Costs by 17.1 Percent”, May 24, 2000 (visited Aug.30, 2002) <http://www.americanhealthways.com/res_art01.pdf>.

《図表 8》 American Healthways 社の糖尿病患者向け DM プログラム実施前後における受診率の変化

(単位：%)

検査項目	全参加者		継続的参加者	
	実施前	実施後	実施前	実施後
グリコヘモグロビン検査	61	74	74	88
目の検査	25	27	35	39
足の検査	2.5	12.2	2.9	15.8
血清クレアチニン検査	4	20	22	46
コレステロール検査	4	16	25	43

(出典) American Healthways Inc., “American Healthways’ Comprehensive Diabetes Disease Management Program Improves Health Status for Medicare Recipients and Reduces Health Care Costs by 17.1 Percent”, May 24, 2000 (visited Aug.30, 2002)
 <http://www.americanhealthways.com/res_art01.pdf>.

(2) BCG 社による評価

BCG 社はヘルスケアの実務に関する広範な研究を通じて、喘息と鬱病における DM の導入による費用削減効果を以下のように評価している³⁷。

喘息

患者に正しいステロイドの使用法を教育し、また喘息患者を早期に特定し専門医に紹介するよう医師を教育することにより、約 25%の費用削減が可能である。

鬱病

早期の診断と治療、コンプライアンス（患者が医師の指示を遵守すること）の徹底、再発を最小限に抑えること等により、10～20%の費用削減を図ることが可能である。

3. DM というアプローチにおける “win:win:win” の構造

DM には、その供給者たる DM 会社を別にすれば、健康保険プランと同様、医療プロバイダー・患者・保険者という 3 つの当事者が存在する³⁸。DM というアプローチがうまく機能することにより、この 3 つの当事者全てが利益を得ることができる。言い換えれば、DM における 3 つの当事者が win:win:win の関係となることが可能である。それぞれの当事者が DM によって得ることのできる利益を整理すると《図表 9》のようになる。

³⁷ Mark Zitter, supra, p.20.

³⁸ DM 会社には、完全に統合された DM サービスを提供する会社（Fully Integrated Disease Management Companies : FIDMC）と、特定の DM ツールのみを提供する会社（Disease Management Tool Companies : DMTC）という 2 つのタイプに分けられる。ここでは、前者のタイプの DM 会社を前提としている。

《図表 9》DM における各当事者の利益

当事者	利益
医療プロバイダー	<ul style="list-style-type: none"> ・より効果的な治療を行うためのツールを入手することができる。 ・症状の重い患者に対して、より注意を払うことができる。 ・コンプライアンスが改善される。
患者	<ul style="list-style-type: none"> ・健康、QOLが向上し、高い満足度を得られる。 ・慢性疾患患者に対してより良い患者教育が提供される。
保険者	<ul style="list-style-type: none"> ・少なくともいくつかの疾病における医療費が削減され、投資収益率が向上する。 ・サービスの質の向上により、販売・マーケティング上の評判が向上する。 ・加入者の継続率が向上する。
DM会社	<ul style="list-style-type: none"> ・削減される医療費に見合うコストでDMプログラムを運営できれば、利益を得ることができる。

(注) 各当事者間の関係については、《図表 2》を参照。

(出典) 損保ジャパン総合研究所作成。

一方 DM 会社も、削減される医療費に見合うコストで DM プログラムを運営することができれば、上記各当事者とともに、利益を得ることができる。

・おわりに - DM をめぐる様々な指摘

以上述べてきたように、米国ヘルスケアにおける新しい潮流である DM は、マネジドケアにおける構造上の問題、慢性疾患の問題、技術の進歩等を背景として、医療資源利用の効率性の向上を図りつつ、医療サービスの質も向上させようとする試みの 1 つとして展開してきたという沿革がある。DM は現在もなお変化し、発展している。米国ではこれまでに、DM についての様々な指摘がなされてきているが、本章では、そのような指摘のいくつかについて、前向きな見方と慎重な見方に分けて紹介する。

1. 前向きな見方

まず、DM についての前向きな見方を 2 つ紹介する。

(1) DM プログラムをうまく機能させている要因

米国の DM 関連レポート“Disease Management : Cost Containment Strategies For Employers and Health Plans”には、DM プログラムは医療サービスの質を向上させると同時に医療費の削減を図る手段であり、今日のヘルスケアシステムにおいて不可欠な存在であるとの見方が示されており、さらに DM プログラムをうまく機能させている要因として、以下の点があげられている³⁹。

- ・ 健康に関する情報や代替医療に対する消費者の関心の高まりに伴い、患者側において、自らの生活を管理し、自己決定が行えるようにしよう (self-empowerment) という意識が高まっている。
- ・ インターネット上で稼動する種々のアプリケーションや在宅ケア用機器等、技術が進歩している。
- ・ 医療関連情報が整備され、サービスを最も必要としている患者層を対象として、より効果的に DM プログ

³⁹ “Disease Management : Cost Containment Strategies For Employers and Health Plans”, Atlantic Information Services, Inc., 2001, p.3.

ラムを運営できるようになっている。

- ・ DM 業界は、医療における資源利用の削減と質の向上を図るという保証のもとにサービスを供給する能力を身につけ、現在も成長を続けている。

(2) メディケアにおける DM の普及拡大の可能性

前章において、メディケアに加入している糖尿病患者を対象とする American Healthways 社の DM プログラムの効果を挙げたが、メディケアにおいて今後なお一層、DM が普及拡大する可能性があるという見方が、Robert Mosby 氏⁴⁰により示されている⁴¹。

メディケアに DM がもたらされることは、メディケア、DM の双方にとっての戦略的機会である。両者を組み合わせることは、医療・情報・政府財政の三者間における相互作用をもたらすための新たなパラダイムであるだけでなく、政治的にも、社会的にも、経済的にも相乗効果をもつ大きな出来事でもある。

おそらく将来的には、メディケアは DM 業界におけるイノベーションを引き起こす最大の原動力となり、そのイノベーションが情報技術や政策上のニーズとあいまって、全米のメディケア加入者という最大規模の集団に対する介入を可能にするものと考えられる。

2. 慎重な見方

上述した前向きな見方に対して、慎重な見方もある。以下、DM についての慎重な見方を 3 つ紹介する。

(1) DM 会社の信頼性の問題

DM 会社が有する信頼性の問題について、以下のような Al Lewis 氏の指摘がある⁴²。

保険者に「DM は医療費を削減できるか？」と質問すれば、半数は「分からない」と回答するであろう。その大きな理由は、保険者が DM 会社の提示する医療費削減効果に関する数字を信頼していないからである。

一方、DM 会社に対する不信感の原因が、DM 業界そのものにあるとも考えられる。例えば、ある DM 会社が自社の提供する DM による医療費削減の成果を公表すると、他の DM 会社は直ちにこの DM 会社がとった方法論に異を唱えようとする。DM 業界自体が最も懐疑的であるという状況の中で、医療費削減効果に関する数字の正当性など追い求めようがない。

(2) インターネットを活用した DM について

インターネットが発展して DM において非常に有効に活用できるとの考えに対して、Al Lewis 氏らによる以下のような慎重な見方もある⁴³。

Web は DM プログラムを補完するものであって、代替するものではない。インターネットに精通していない患者のために別のアクセス手段が必要であり、さらに重症患者に対しては追加的サポートも必要である。また、インターネットによる DM の提供が、全ての患者・全ての疾病について有効であるというわけではない。

⁴⁰ DM 会社の 1 つである QMed 社のコーポレート・コミュニケーションおよび当局対応担当取締役。

⁴¹ 前掲注 32、p.19, p.27。

⁴² Id., p.2, p.4.

⁴³ “Disease Management: Innovative Internet Strategies And Program Trends”, Atlantic Information Services, Inc., 2001, p.1, p.9.

(3) DM 業界のさらなる成長に向けた課題

DM 業界は近年急成長しているとはいえ、まだ発生期の段階にあり、今後も成長を続けるためには、以下の課題を解決していく必要があると、Robert E. Stone 氏⁴⁴は述べている⁴⁵。

- ・ DM 業界は、DM、医療適正審査 (utilization review)⁴⁶を含むあらゆる医療上のマネジメントによる介入を 1 つの情報プラットフォームに統合し、全ての利害関係者がアクセス可能な状態にする方法を見出すべきである。
- ・ DM 業界は、医療プロバイダーによる DM プログラムへの深い関与を促進すべく、彼らにサービスを提供しなければならない。
- ・ DM 業界は、DM プログラムの対象である集団に属する個々の患者が、自らのヘルスケア管理に積極的に関与するようにしなければならない。
- ・ DM 業界は、単に DM を行うだけの存在 (Disease Managers) から集団全体の健康管理を手がける存在 (Total Population Managers) へと進化しなければならない。
- ・ DM 業界は、集団全体を対象とする健康管理プログラムを、連邦政府・州政府を含めた全ての保険者に提供するための方法を見出さなければならない。

<参考文献>

(英文文献)

- ・ “U.S. consumers less angry at HMOs this year – poll.”, Reuters English News Service, Oct. 22, 2002.
- ・ Michael S. Cousins et al., “An Introduction to Predictive Modeling for Disease Management Risk Stratification”, Disease Management, Vol. 5, No. 3, 2002.
- ・ “Merriam-Webster’s Medical Desk Dictionary, Rev. Ed.”, Merriam-Webster Incorporated, 2002.
- ・ “Disease Management: Outcomes, Strategies, Outlook”, Atlantic Information Services, Inc., 2002.
- ・ Peter R. Kongstvedt ed., “The Managed Health Care Handbook, 4th Ed.”, Aspen Publishers, Inc., 2001.
- ・ “Disease Management : Cost Containment Strategies For Employers and Health Plans”, Atlantic Information Services, Inc., 2001.
- ・ “Disease Management: Innovative Internet Strategies And Program Trends”, Atlantic Information Services, Inc., 2001.
- ・ Diane Levick, “‘Weeping Widow’ Case Ends As Aetna Settles”, The Hartford Courant, Apr. 26, 2001.
- ・ Kenneth Black, Jr. & Harold D. Skipper, Jr., “Life and Health Insurance, 13th Ed.”, Prentice-Hall, Inc., 2000.
- ・ Sheryl Tatar Dacso et al., “Managed Care Answer Book, 3rd Ed.”, Panel Publishers, 1999.
- ・ Richard L. Huber, “The Health Care Debate in Washington: Focused on the Wrong Health Crisis” (CEO Series Issue No. 33), CSAB, June 1999.
- ・ “Black’s Medical Dictionary, 39th Ed.”, A & C Publishers Limited, 1999.

⁴⁴ American Healthways 社のエグゼクティブ・ヴァイス・プレジデント。

⁴⁵ 前掲注 32、pp.17-18。

⁴⁶ 医療サービスや治療計画について、医学的に見た場合の必要性、効率性、適切さを、「将来的に見てどうであるか」、「現在どうであるか」または「過去においてどうであったか」という視点から、所定の形式に基づいてアセスメントすること。Sheryl Tatar Dacso et al., supra, p.GL-52.

- Mark Zitter, “A New Paradigm in Health Care Delivery: Disease Management”, in “Disease Management – A Systems Approach to Improving Patient Outcomes” (Warren E. Todd & David B. Nash eds., Jossey-Bass Inc., 1997).
- William G. Castagnoli, “Is disease management good therapy for an ailing industry? disease management as major part of pharmaceutical industry marketing”, Medical Marketing & Media, Jan. 1995.
- “Deere & Company, Mayo Clinic Announce Signing Of Letter Of Intent For Creation Of Strategic Alliance In Managed Health Care”, PR Newswire, Dec. 22, 1992.

(英文ホームページからの取得情報...本稿において参照した順に記載)

- GAO, “Health Insurance – Characteristics and Trends in the Uninsured Population” (GAO-01-507T), Mar. 13, 2001(visited June 27, 2002)<<http://www.gao.gov/new.items/d01507t.pdf>>.
- Health Net of the Northeast, Inc., “About Health Net of the Northeast, Inc.” (visited Oct. 18, 2002) <<http://www.phshealthplans.com/info/about.html>>.
- Aetna Inc. Press Release, “Aetna President And CEO John W. Rowe, M.D., Announces National Implementation Of More Flexible Physician Contracting Strategy”, Dec. 19, 2000(visited Oct. 18, 2002)<http://www.aetna.com/news/2000/pr_20001219.htm>.
- CDC, “Chronic Disease Overview” (visited Oct. 21, 2002)<<http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm>>.
- John Deere Health Care Inc., “History” (visited Aug. 23, 2002)<http://www.johndeerehealth.com/01Visitors/30About_Us/40History/>.
- Pfizer Inc., “Public Policy” (visited June 25, 2002)<<http://www.pfizer.com/pfizerinc/policy/publicfrm.html>>.
- Pfizer Inc., “What's at Stake for America” (visited June 25, 2002)<<http://www.pfizer.com/pfizerinc/policy/stake.html>>.
- DMPC Home Page (visited Oct. 8, 2002)<<http://www.dismgmt.com/>>.
- American Healthways Inc., “American Healthways' Comprehensive Diabetes Disease Management Program Improves Health Status for Medicare Recipients and Reduces Health Care Costs by 17.1 Percent”, May 24, 2000(visited Aug.30, 2002)<http://www.americanhealthways.com/res_art01.pdf>.

(和文文献)

- Roy Lilley 著、池上直己監訳、今井博久訳「疾病管理」(じほう、2001年8月)
- 西村徹・江頭達政・中村岳「米国ヘルスケア市場と保険会社のヘルスケア事業 - 沿革、現状および最近の動向 - 」(安田総研クォーターリー 第37号、2001年7月)
- 坂巻弘之「疾病管理手法の導入」(「医療白書 2000 年度版」、医療経済研究機構監修、日本医療企画発行、2000年11月)
- 荒木由起子「米国におけるHMO訴訟とHMO事業の見直し」(安田総研クォーターリー 第33号、2000年7月)