

特集：特定健診・保健指導の始動

アメリカにおける疾病管理プログラム

今井博久

国立保健医療科学院疫学部

Disease Management Program in the United States of America

Hirohisa IMAI

Department of Epidemiology, National Institute of Public Health

抄録

アメリカ連邦政府、すなわち Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) の主導の下に高齢者医療保険制度における疾病管理プログラムが試行的に実施された。実際にプログラムを運営する組織は、公募に応じてきた専門性の高い私企業の疾病管理会社であり、CMS がプログラムの実施状況を監督及び評価し契約条件やインセンティブによってコントロールして行こうとするものである。最近、実施 6 ヶ月間における結果の報告書が議会に提出された。

報告書によると、全米の 8 つの地域で疾病管理プログラムが開始され、対象疾患は慢性疾患のうち結果的に糖尿病と心不全が選択されて実施された。疾病管理プログラムは、家庭モニター用の機器使用から 24 時間コールラインに至る内容を持っていた。報告書はプログラムの実施について、第一に医療費分析は不十分に成らざるを得ず、第二に支払金額に関して言えば、プログラムの開始日において介入群と比較群の間において等しくなかった、ということを示していた。第三に参加受給者は介入群の中の健康的な部分集合といえる傾向が判明した。こうした分析結果により、報告書自体が評価に関して具体的な判断を下すことを差し控えていた。

アメリカの場合、プログラムの開発と実施の主体は私企業であり CMS が設定する市場枠において競争メカニズムが働くが、他方わが国の場合、それらの主体は公的部門でありほぼ全国一律の保健指導が実施される。したがって、介入プログラムの内容を効果的で効率的にするベクトルは強くない。また「6 ヶ月間の保健指導の評価」は介入効果を評価するには短いため適切ではなく、後期高齢者支援金制度が特定健診・保健指導に示している参酌標準の達成の如何によって加算減算するインセンティブを取り入れたが、その効果の評価が今後の課題である。

キーワード： 疾病管理, Center for Medicare and Medicaid Services, メディケア・ヘルス・サポート効率, 競争メカニズム

Abstract

The disease management program within the framework of the medical insurance for the elderly has been experimentally implemented at the initiative of the US Federal Government, that is, the Center for Medicare and Medicaid Services (CMS). The organizations that actually execute the program are the private health care providers with high expertise which were selected through the competitive solicitation process, with which the CMS intends to monitor and evaluate the state of implementation of the program and control such implementation through contractual conditions and incentives. Recently, a report on the results after 6 months was submitted to Congress.

According to the report, the disease management program commenced in 8 geographic areas throughout the US and has resulted in the implementation of a program targeting diabetes and the heart failure among chronic diseases. The disease management program covers from the use of family-use monitoring equipment to the call service available for 24 hours. With

regard to the implementation of the program, the report reveals that the analysis of health care expenditure tends to be insufficient, and that the amount of payment differed between that of the intervention group and that of the comparison group at the start date of the program. In addition, the report reveals that the participating beneficiaries tend to be the healthier subset within the intervention group. As a consequence of such situations having been revealed, the report itself has refrained from making specific determinations regarding the evaluation of the program.

In the case of the US, the actors in the development and implementation of the program are private companies where the competitive mechanism is at work. However, in the case of Japan, such actors belong to the public sector, and nationwide uniform health guidance is in effect. Accordingly, the power to make the content of the intervention program more effective and efficient is weak. In addition, evaluation of the health guidance for 6 months is not an appropriately long period for evaluation of the effect of intervention, and an incentive mechanism has been introduced, under which the Assistant Grant for the Old Elderly is added or deleted according to the extent the Reference Standard indicated on the specific health examination and the specific health guidance is achieved. The effect and the evaluation of such incentive mechanism will be the challenge in the future.

Keywords: disease management, Center for Medicare and Medicaid Services, Medicare Health Support, competitive mechanism

1. はじめに

平成20年度から「特定健診・保健指導」が開始される。厚生労働省はこの施策の早い準備段階からアメリカの疾病管理プログラムについて検討をしてきた。しかしながら、わが国と医療事情や社会環境がまったく異なるアメリカで生まれ育ったプログラムを輸入して利用するには様々な課題があった。広範囲に亘って医療が私的部門を中心に行われ、私企業である疾病管理会社や製薬会社が利潤を求めて実施してきた疾病管理プログラムをそのままわが国に採用することは難しい。したがって、わが国の「特定健診・保健指導」には、疾病管理の「理念」や「考え方」、一部の実施方法等を取り入れる程度に抑えられてきた。最近、アメリカにおいて画期的な動きが出てきた。わが国への疾病管理プログラムの取り込みで懸念事項であった「私的部門主導の保健医療アプローチ」の疾病管理が、アメリカ連邦政府が主導する立場になって実施されることになった。すなわち、わが国の厚生労働省と同様のアメリカ連邦政府の保健福祉省が公募を行い、その募集に応じた疾病管理組織が8つの地域で疾病管理プログラムを試行的に実施している。したがって、このアメリカの動きは、わが国の公的部門が中心となって進める「特定健診・保健指導プログラム」の実施に様々な有意義な示唆を与えるだろう。本号の特集では、そうした観点からアメリカの公的部門主導の疾病管理プログラムの試行結果を概観し、わが国が学ぶべき方法論や実施方法を検討したい。なお、わが国と同様に公的部門の主導で進めているドイツについては別項で松本勝明氏が検討を行う。

2. 疾病管理とは

アメリカで産声を上げた「疾病管理(Disease Management)」

は、すでに様々な情報媒体でわが国の保健医療関係者に紹介され理解している読者も多いと思われるが¹⁻⁵⁾、この冒頭の紙面を使って若干説明したい。疾病管理の概念は20年以上も前から原型的な形で存在していたが、理論立てて戦略的に実施されたのは1990年代後半以降である。主に慢性疾患を持つ人々を対象にする包括的な医療アプローチであり、継続的なケア、重篤化予防、適正な臨床評価、優れた臨床診断への志向、医療費抑制、効果的な処方などを促進する可能性を持つとされる。アメリカにおいて連携した医療の重要性が認識され、また患者における薬剤の問題は副作用や医療費管理では不可欠な要素であり^{6,7)}、加えて費用効果的に優れた疾病対策が求められ、疾病管理はそうした課題解決を含む内容であった。疾病管理の定義は、当初はたとえばJAMAによると「疾患の継続性を横軸に、医療提供システムを縦軸に共同的・包括的ケアを重視した患者ケアへのアプローチ」⁸⁾とされていたが、疾病管理の発展とともに多様な内容を有するようになってきている。疾病管理の輪郭を明らかにするために、伝統的な医療アプローチと疾病管理的な医療アプローチを比較した下表に示した。疾病管理的な医療アプローチが伝統的な医療アプローチと大きく異なる点は、後者が場当たりの断片的であるのに対し、疾病管理では継続性のある質の高いケアや疾病の重篤化を防ぐ介入を提供する点である。そのためには多職種の専門家による共同的・包括的な医療が必要となる。限られた医療資源を戦略的にマネジメント(やりくり)しながら対象者のQOL向上と医療費の高騰を抑制しようとするアプローチともいえる。具体的には、私企業の疾病管理会社が医療保険会社と契約を締結して保健医療サービスを提供する構図であり、糖尿病、心不全、喘息、がん等の疾病を持つ患者に対して電話や電子メール、レターなどを用いて保健指導を実施する。私たちが昨年訪問

したボストンやアトランタの疾病管理会社ではビルディングの数フロアを使ってコールセンターを設置し24時間体制で訓練された看護師が相談業務や保健指導業務を実施していた。最近ではこうしたコールセンター式が多くなってきている。

伝統的アプローチ	疾病管理アプローチ
場当たりの介入	継続的な介入・予防的な介入 (悪化予防を含む)
断片的なケア	包括的なケア
個人または単一職種による解決	組織または多職種による解決
主観性・伝統的・習慣的な介入	客観性・EBM・ガイドラインによる介入
医療費管理が不十分	医療費管理を重視

3. 連邦政府の高齢者医療保険制度の枠組みにおける疾病管理プログラム

① CMS の公募と疾病管理会社の応募

アメリカでは民間保険会社が医療保険者の役割を担っているが、それとは別個に高齢者や障害者・低所得者などに対して公的保険制度が存在し、Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) という巨大な機関がその役割を担っている。CMS はアメリカ連邦政府保健福祉省の下部機関であり、わが国の社会保険庁に相当し、メディケア(高齢者医療保険制度)、メディケイド(低所得者医療保険制度)の運営を行っている。このCMSの主導の下に2005年8月から2006年1月の間に全米の8つの地域で疾病管理プログラムの試行が実施され、実施6ヶ月間における結果の報告書が議会に最近提出された。以下では、その報告書の内容を引用し示唆する意味を咀嚼しながら高齢者医療保険制度における疾病管理プログラムについて検討したい。

この議会に対する報告書の目的は、「2003年のメディケア処方薬、改善および近代化に関する法律」(Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003) (Pub. L. 108.173) (2003年のメディケア処方薬、改善および近代化法)により承認された「伝統的な出来高払いメディケアの下での自主的慢性疾患治療改良 (CCI) パイロットプログラム」の第1段階において実施された8件のパイロットプログラムについて初期評価の結果を報告することである。この新しい施策の名称は、「慢性疾患治療改良プログラム」から「メディケア・ヘルス・サポート (MHS)」へ変更された(以下ではMHSを提供する組織をMHSOとする)。このMHSが目指した目的は、医療の質を改善させ、受給者および医療提供者の満足度を向上させ、慢性疾患にかかるメディケア出来高払いの受給者に要している医療資源の節約の目標を達成するために全国的に採用されている実績払い (pay-for-performance) 契約モデルおよびMHS介入戦略を試験することにある。

今回の試みについて順を追って見てみると、CMSは

2004年4月23日付けのFederal Register (連邦官報)に競争入札の告知を掲載し、疾病管理会社やその類似組織に対し慢性疾患治療改善プログラムの実施および運用の実施を公募した。具体的な組織には(1)疾病管理組織、(2)健康保険会社、(3)統合保険医療システム、(4)グループ診療医師団、(5)団体のコンソーシアム、または(6)告知の要件を満たす他の法人であった。2004年8月が申請の期限とされ、2004年12月に9件の申請者に対する落札が公表された。CMSが出した入札書においては、糖尿病、心不全または慢性閉塞性肺疾患の患者に対する介入を公募した。しかしながら、選ばれた落札者のいずれも、慢性閉塞性肺疾患に関する提案を行っていなかった。このため、選ばれたMHSプログラムは、心不全または糖尿病の受給者である人々を対象とするものとなった(慢性閉塞性肺疾患の合併症を持っている患者はいた)。CMSは、8つの地域でプログラムを試行しているが、これは全国のメディケアの出来高払い対象者が居住している地域全体の約10%に相当するものである。地域に一つずつパイロットプログラムが選択されており、選択されたプログラム間では、アプローチの仕方において大きな違いが生じており各プログラムは特色を出している。

②経済的インセンティブの仕組み

CMSは、今回の実施ではかなり工夫を施しかつMHSOに取って厳しい経済的インセンティブのシステムを準備したといえる。基本的な構造は、受給者全体の参加を最大化し提供する疾病管理プログラムの改良を促すインセンティブから構成されている。

MHSOは、交渉により決定された月額の利用管理料をCMSより受け取るシステムになっているが、各MHSOによって設定された利用管理料は受給者一人につき74ドル～159ドルであるか、あるいは比較群の月額医療費PBPM (per-beneficiary-per-month) の5.3%～11.2% (平均で8～9%)に設定されている。MHSOは対象者に対して6ヶ月の接触期間が与えられるが、プログラムに参加する受給者一人一人につき利用管理料を受け取ることができるため、MHSOは受給者の参加数を最大化することについて強力なインセンティブを与えられている。なお、MHSプログラムへの受給者の参加は任意であり、プログラムを受けるために何らかの料金を支払う必要はない。また、参加によっても、出来高払いメディケアからその時点で受けている便益の範囲、期間または金額が変更されることはなく、従来のサービスを受けることができるようになっている。

さらに、MHSOは契約を締結するに当たり、パイロットプログラムの3年後の成果について次にあげる2つの条件を課されている。一つは、「ケアの質と受給者および医療従事者の満足度を改善すること」であり、もう一つは「利用管理料を除いた医療費削減分が比較群の5%以上になっていること」である。

MHSOは受給者および医療従事者の満足度によって利用管理料の一部を返金しなければならず、利用管理料を全額確保するためには利用管理料とは別に5%以上の医療費削減を達成する必要がある。具体的に数値をもって例を示すならば、プログラムの利用管理料を8%に設定した場合、3年後に13%の医療費削減を実現しなければならないということになる。加えて、プログラム実施による医療費削減分を超えて支払われた利用管理料については、法令より完全に回復されることが求められる。こうした仕組みを見ると、CMSはMHSOに対して非常に熟れた経済インセンティブの装置を開発したといえる。一方、これらのシステムはMHSOにしてみればプログラムを運営する上でかなり大きいリスクを伴うものといえよう。

4. MHSのパイロットプログラムの開始

① 8つの疾病管理プログラム

MHSOは、2005年8月から2006年1月までの間にプログラムの実施を開始した。プログラムは、合衆国全域に配分され多様な人々に適用されている。プログラムには、都市および郊外の人々に適用されているものと、大都市圏および地方の人々を対象としているものがあり、対象となった人々の中には、アフリカ系アメリカ人、ネイティブ・アメリカ人、およびヒスパニックという少数派の受給者が存在している。

報告書からMHSOと実施場所を掲載した表を抜粋して示した(表1)。8つのMHSOは、この保健医療サービスの業界ではよく知られた組織であり、その規模および組織としての重点の置き所も様々であり、主に医療管理サービスの提供に重点を置いている組織もあれば、商業的な保険製品、情報システム等の幅広い分野のサービスを提供している組織もある。MHSの介入には、それぞれ多くの重要な点において違う面があるが(例えば、現場における看護師支援、介護ホーム訪問、終末期における支援介護に関する具体的なプログラム、家庭モニター等)、全てのプログラムは、MHS参加者に対し、次のものを主に含む電話による医療管理サービスを実施している。1) 症状の管理および監視のための看護師による保健アドバイス、2) 保健教育(保健に関する情報、ビデオおよびオンライン情報によるもの)、3) セルフケアおよび慢性的な健康状態の管

理を奨励するための保健指導、4) 投薬管理などである。それぞれのMHSOは、プログラムの様々な構成要素の実施方法において違いがある。全てのMHSの介入には、電話によるケアの要素が含まれているが、そのうち5つのMHSOのみが、企業単位で加入している人々に対しかかるサービスを積極的に提供している。若干のMHSプログラムにおいてのみ終末期に関する業務が実施されており、そこでは、個人およびその家族に対し終末期支援プログラムを実施している。ほとんどのMHSOプログラムは、家庭モニターまたは遠隔モニター用の機器を家庭に提供している。MHSのプログラム内容の具体的なものは、①個別評価、②高額医療受給者についての徹底した医療管理計画、③教育および技能、④薬品投与の管理および支援、⑤モニターやフォローアップ、⑥サポートサービスへのアクセス(即ち、看護師、コールライン、電子メール)、⑦ケアの調整および継続性、⑧地域社会を基盤にした補助的サービスの提供、⑨情報管理システム、⑩CMSのデータへのアクセスおよびその利用、⑪リスクの階層化である。とりわけ、⑩の「リスクの階層化」は、わが国の「特定健診・保健指導」で取り入れられたものである。8つの全てのMHSOは、高い費用を要する事態(例えば、入院、救急治療室の利用等)や慢性的健康状態の悪化の可能性について、母集団を様々なリスクのカテゴリーに階層化する手法を利用している。多くのMHSOは、データを分析し、それぞれのMHSOがこれまでに支援を提供した母集団よりも症状が重いMHS受給者をどのようにして分類するかについて検討している。8つのうち6つのMHSOでは、内部において開発したリスク階層化システムがMHSの母集団をいくつかのリスクのカテゴリーに分類するために使われている。MHSOが提供するサービスは、かなり濃厚な内容であり、リスク階層化の手法により介入強度の違いを明確にして効率化が図られている。

② MHSOの受給者の基本的特徴

報告書は、MHSパイロットプログラムにランダムに割り振られた出来高払い(FSS)メディケア受給者に関するいくつかの人口学的な特性を示している。その報告書にある表を掲げた(表2)。白人の割合は64%から93%の範囲になっている。メディケイド参加率が最も高いNo.4(43%)

表1 メディケア・ヘルス・サポート組織(MHSO)

MHSO	対象地域	MHSO 開始日
Healthways	メリーランド州及びコロンビア特別区	2005年8月1日
LifeMastersSupported SelfCare	オクラホマ州	2005年8月1日
Health Dialog Services Corporation	ペンシルベニア州(西部)	2005年8月15日
McKesson Health Solutions, LLC	ミシシッピ州	2005年8月22日
Aetna Life Insurance Company	イリノイ州シカゴ(周辺地域)	2005年9月1日
Cigna Health Support	ジョージア州(北部)	2005年9月12日
Green Ribbon Health	フロリダ州(中西部)	2005年11月1日
XLHealth Corporation	特定の郡	2006年1月16日

は、白人の割合が最も低かった（64%）。その意味については、報告書は言及していない。

表2 メディケア・ヘルス・サポート・パイロットプログラムにランダムで抽出されたメディケア受給者の人口学的特徴

MHSO	高齢による メディケア加入 (%)	メディケイド 参加率 (%)	白人 (対、黒人その他) (%)
1	91	14	91
2	88	17	93
3	80	34	78
4	79	43	64
5	91	16	77
6	84	25	76
7	89	16	68
8	86	21	84

次に、ランダム割り付け時の介入群および比較群の間のメディケア受給者100人当たりの心不全および糖尿病による入院の割合の比較¹を見てみよう。報告書にあるものを若干改変して掲げた（表3）。いくつかの慢性状態の割合、並びに過去の入院の割合については、介入群と比較群の間には統計上または実体上のほとんど違いがないことを見て取れる。

表3 ランダム割り付け時の介入群及び比較群の間のメディケア受給者100人当たりの心不全及び糖尿病による入院の割合の比較¹

MHSO	心不全		糖尿病	
	介入群	比較群 ²	介入群	比較群 ²
1	12	13**	2.6	2.9
2	15	15	3.8	3.5
3	12	13	4.0	4.1
4	13	14	5.3	5.5
5	17	16	5.1	5.2
6	11	11	3.7	3.7
7	12	11	4.0	3.6
8	13	12	3.7	3.8

¹ ランダム割り付け前12ヶ月間におけるメディケア・パートAおよびパートBの保険料請求を用いて算出した。

² *は、相違が5%の統計上有意な水準にあることを示している。
**は、相違が1%の統計上有意な水準にあることを示している。

③パイロットプログラムの最初の6ヶ月間の参加率および満足度

MHSパイロットプログラムの最初の6ヶ月間における参加率を示す表を報告書から抜き出して表4に示した。最初の6ヶ月間の参加率はMHSOのNo.2については92%と高く、MHSOのNo.3については65%と低い。報告書はMHSプログラムについて「受給者からの満足度」と「医師からの満足度」の結果を以下のように報告している。

表4 MHSO毎のMHSプログラムへの最初の6ヶ月間の参加率

MHSO	パイロットプログラム最初の6ヶ月間の参加率 (%)
1	70.0
2	92.3
3	65.0
4	83.6
5	80.3
6	83.2
7	82.6
8	75.6

(1) 受給者からのMHSプログラムについての満足度評価

MHSOのパイロットプログラムの開始から6ヶ月後に、受給者満足度に関する調査が実施された。受給者は「優(excellent)」から「不可(poor)」までの5点評価により採点するよう求められた。各MHSOの受給者の約80%が、医療提供者との経験を、良(good)、非常に良い(very good)、優(excellent)と評価している。MHSO全体にわたり最も一般的な回答は、「非常に良い」であった。

(2) 医師からのMHSプログラムについての満足度評価

一般的には、地域に基盤を持つ医師は「プログラムは慢性疾患を持つ出来高払いメディケアの受給者に利益をもたらしている」と回答していた。また、現在の満足度を推定することは限定的である、と報告書は述べている。プログラムの2年目には、地域を基盤とする医師のMHSのパイロットプログラムへの関与および満足度についてのより幅広い調査を実施するためにメール調査が実施される予定である。

5. 6ヶ月間における主要な結果の概要

①質の改善および健康への貢献度に関する暫定的な調査結果

今回の報告書では、EBMガイドラインに一致したケアを遵守することを「ケアの質」と定義していた。報告書の評価の重点として糖尿病および心不全に関する次の4つの基準、すなわち、1) HbA1cテストの年間回数(糖尿病)、2) 網膜検査の回数(糖尿病)、3) 低比重リポ蛋白コレステロール(LDL-C)検査の回数(糖尿病・HF)、4) 尿タンパク検査(糖尿病)が設定された。

パイロットプログラムの最初の6ヶ月間において、4つの指標に関しては、介入群と比較群の間に治療の遵守において異なるパターンは見られなかった(統計的検定はされていない)。HbA1cテストの割合は、一般的には、MHSO全体にわたり極めて高い水準にあり、質的改善がなされる余地が少ない結果であった。しかしながら、パイロットプログラムの開始の前6ヶ月間にHbA1cテストを受けていなかった約半数がそれより少ない介入群の受給者は、介入期間の最初の6ヶ月間にテストを受けていた。LDL-Cテスト、尿タンパク検査および網膜検査の割合は、HbA1cテストの実施割合よりも低くなっていた。こうした3つのケアの実施過程の指標は、MHSのパイロットプログラ

ムにおいて大幅に改善される余地がある。しかしながら、LDL-C テストを以前に受けたことがなかった介入群の受給者全員のうち約3分の1のみが、パイロットプログラムの最初の6ヶ月間にテストを受けている。同様に、尿タンパク検査を以前に受けたことがなかった糖尿病がある介入群の受給者の約3分の1のみが、パイロットプログラムの最初の6ヶ月間に検査を受けている。

②評価結果の講評

今回の報告書は非常に短い期間の結果についてまとめられたものである。したがって、ケアの質あるいは健康への貢献度に対するパイロットプログラムの影響についての「結論」的な評価は避けられ、断定的な言い方はされていない。実施より6ヶ月を過ぎた時点における評価は、主に以下の三つの課題があり、そのために決定的な評価になっていないようである。第一に、報告のための分析ではパイロットプログラムの最初の6ヶ月およびその間の費用節約を分析したに過ぎず、これは長期的あるいは1年間における節約について指標となるものではない。第二に、PBPM に関して言えば、パイロットプログラムの開始日において介入群と比較群の間において等しくなかった、ということが明らかになった。ランダム化した時点とパイロットプログラムの開始時点の時間的なずれの間に、支払いにおける不均衡がいくつかのMHSO に生じていたわけである。このため、ほとんどのMHSO の基準年のPBPM は、開始日の前に、その比較群と対比して高くなっていったことが判明した。第三に、参加受給者は介入群の中の健康的な部分集合であったといえる傾向が明らかになった。参加者の集合は、人口学、健康状態、利用状況、支払いにおける特徴において、非参加者の集合および比較群とかなり異なっていることが見出された。パイロットプログラムの6ヶ月の期間において、非参加者は参加者または比較群のいずれよりも、メディケアにとって費用がかかるものであった。すなわち、「MHSO は、最も費用がかかる受給者と関与しなかった」ということである。こうした3つの課題は、評価を行う上で大きな問題であり疾病管理プログラムの効果を正確に測定することを不可能にしているといえよう。

6. わが国への示唆

アメリカ連邦政府、すなわちCMS の主導の下に高齢者医療保険制度における疾病管理プログラムが試行的に実施された。実際にプログラムを運営する組織は、公募に応じた専門性の高い私企業の疾病管理会社であり、CMS がプログラムの実施状況を監督および評価し契約条件やインセンティブによってコントロールして行こうとするものである。アメリカとは保健医療を取り巻く環境が大きく異なるが、「特定健診・保健指導」を始動させるわが国に取って有意義な視点を提供している。

MHSO の疾病管理プログラムは、対象者が糖尿病や心

不全にすでに罹患した人であるため、保健指導から始まって家庭モニター・遠隔モニター用の機器の使用、薬品投与の管理、24時間コールラインに至るまでなされ、わが国の予備群の対象者に対する保健指導よりもかなり重装備である。しかしながら、対象者が病人であることを割り引いても創意工夫が十分に行われ、保健指導の効果を高めようとする内容である。アメリカの場合、プログラムの開発と実施の主体は私企業であり、競争メカニズムが働く世界のプログラムであり、他方わが国の場合は公的部門の主導の下で標準的なプログラムが示され、工夫の余地はあるとは言え概して「全国一律の保健指導」の介入が実施される。したがって、介入プログラムの内容を効果的で効率的にするモチベーションは弱く対象者のニーズを汲み取り満足を高めたりするベクトルは強くない。だが、一般に、新しく制度や施策を実施するとき、シンプルでかつスタンダードな内容の方が混乱を減らし順調に全国均一に浸透させることができ、わが国のような国民皆保険制度下の「平等」や「均一」ということを重視する保健医療の環境では「標準的な特定健診・保健指導」の模範を提示しそれに沿って進める方法が適している⁹⁾。したがって、当面は「特定健診・保健指導」の実施を軌道に乗せることが第一にすべきであろうが、始動した後に制度が根付いて行けば、次の段階では保健指導のプログラム内容の効率や効果に焦点が当てられるべきであろう。今後に向けては、そうしたベクトルが作用するような制度にしなければならない。

今回、この報告書によって実施された疾病管理プログラムの評価結果がある程度提示された。しかしながら、報告書の中で何度も述べられているように、「6ヶ月間」という期間は疾病管理プログラムの評価には余りにも短く、評価は適切に出せないといえよう。特に、医療費に関する評価は今回の報告書の中において最も難しく、結果を出しように無い状況であった。わが国の「特定健診・保健指導」では、今回と同様の6ヶ月間の保健指導の介入を実施した後に評価を行うことになっているが、CMS の経験を踏まえると「6ヶ月間の保健指導の評価」は介入効果を評価するには適切ではなく、より長期間の介入を行った後に評価をするべきであろう。財政上の会計年度の観点から、春に健診を実施し、秋から介入を開始し成果をまとめ年度内にすべてを完了するには6ヶ月間としなければならない、という事情があるにせよ、保健指導の介入の評価には少なくとも1年程度の期間（季節変動を考慮するならば2年間）は必要であろう。

報告書から読み取れる範囲から判断すると、CMS は実際の実施者であるMHSO に対して効率よく疾病管理プログラムを遂行させるように用意周到にインセンティブの仕組みを考案したと考えられる。すなわち、CMS はMHSO が対象であるメディケアの受給者の満足度を上げ、医療費を上昇させず効果的で効率的な疾病管理プログラムを遂行するようなシステムを仕掛けたように見える。わが国における経済的インセンティブは、平成20年度から始まる後

期高齢者医療制度における後期高齢者支援金が特定健診・保健指導に示している参酌標準（健診実施率、保健指導実施率、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率）の達成の如何によって加算減算するシステムを用いることとした（詳細は本特集号の東史人氏の論文に譲る）。これには様々な批判が出されているが、わが国の保健医療政策上経済的なインセンティブを制度に取り入れたのは今回が最初であり、一定の評価が与えられて良いだろう。しかしながら、特定健診・保健指導の遂行にどれだけの効果があるのかは不明であり、アメリカの場合と比較して考えると、かなり弱いインセンティブしか作用しないように考えられる。またこうしたインセンティブにより医療保険者の行動がどのように変化していくか、わが国で初めての試みであるので予想がつきにくく恐らく正確なインパクトの評価には長期の期間を要するだろう。

参考文献

- 1) Lilley R. 編. 池上直己監訳, 今井博久訳. 疾病管理. 東京: じほう; 2001.
- 2) 今井博久. 疾病管理とはなにか. Japan Medicine 2001年11月第1週号.
- 3) 今井博久. 疾病管理プログラムの実際. Japan Medicine 2001年11月第2週号.
- 4) 今井博久. 疾病管理における製薬会社. Japan Medicine 2001年11月第3週号.
- 5) 今井博久. 疾病管理の日本への応用. Japan Medicine 2001年11月第4週号.
- 6) Imai H, Fick D, Waller J, Maclean J. Physician characteristics associated with prescription of inappropriate medications using Beers criteria. *Geriatrics Gerontology International*. 2007;7:380-387.
- 7) Hogan P, Dall T, Nikolov P; American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the US in 2002. *Diabetes Care*. 2003;26:917-32.
- 8) Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA*. 1997;278:1687-1692.
- 9) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版). 2007年4月.