

損保ジャパン記念財団叢書 No. 82

「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」報告書

ディジーズ・マネジメントに関する政策の国際比較

ディジーズ・マネジメント政策課題研究会
座長 田中 滋
(慶応義塾大学大学院教授)

平成24年3月

公益財団法人 損保ジャパン記念財団

目次

はじめに (P2-P4)

第1章 デイジーズマネジメント・プログラムに関する政策の問題、状況 (P5-P17)

第1節 疾病構造の変化とデイジーズマネジメント・プログラム

第2節 用語・用法の整理および取り上げる範囲

第3節 米国におけるデイジーズ・マネジメント概念の提案・実践と世界的波及

第4節 デイジーズ・マネジメントの用法の多義性と本報告書の定義・用法

第5節 デイジーズマネジメント・プログラムの効果と負担

第6節 デイジーズマネジメント・プログラムの特性と多様性

第7節 デイジーズマネジメント・プログラム政策の当事者と構成要素

第8節 ヘルスケアシステムの特徴とデイジーズマネジメント・プログラム実施方法

第9節 政治経済的な政策形成展開

第2章 各国のデイジーズマネジメント・プログラムに関する政策(P18-P65)

第1節 各国の記述の構成・分析視角

第2節 米国

第3節 オーストラリア

第4節 シンガポール

第5節 英国

第6節 カナダ

第7節 ドイツ

第8節 韓国

第3章 各国比較から得られる示唆(P66-P72)

第1節 先進各国の政策実施の論点と政策実行に関する課題

第2節 日本の特定健診・特定保健指導事業の特徴と政策課題

デイジーズ・マネジメント政策課題研究会の研究活動(P73-P74)

はじめに

＜ディジーズ・マネジメント政策課題研究会＞

ディジーズ・マネジメント政策課題研究会は、2005年損保ジャパン記念財団主催の研究会として設置された。2006年1月には、国際シンポジウム「これからの生活習慣病対策のあり方を探る－米国のメディケア、メディケイドにおけるディジーズマネジメント・プログラム導入から学ぶ」を開催した。2008年度以降は、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策の国際比較を研究テーマとして、研究会活動を継続してきた（研究会の委員および活動概要は巻末の「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会の研究活動」参照）。

ディジーズ・マネジメントおよびディジーズマネジメント・プログラムという用語には、その用語を使用する当事者によって異なる意味合い、意義を与えられている現状にある。各当事者は、そのコアにある考え方・発想は共有してはいるが、必ずしも統一的に収斂している意義でその用語を使っている状況にはない。本研究会は、その状況を考慮して、用語の意義については研究目的に応じて柔軟に考えて、研究を進めてきた。本報告書は、日本における特定健診・特定保健指導に関する政策を国際的に比較する観点から、ディジーズ・マネジメントおよびディジーズマネジメント・プログラムの用語を定義して用いる。

＜慢性疾患等の問題に取り組むためのプログラム＞

先進国では、感染症 (communicable disease) から慢性疾患・生活習慣病 (non-communicable disease, chronic disease) への疾病構造の変化、高齢化、それに伴う医療体制の非効率性、医療費の上昇などの共通問題に直面し、その対応策を実施している。その対応策の一環として、各国ではディジーズマネジメント・プログラムが導入されている。

このディジーズマネジメント・プログラムは、慢性疾患の問題に取り組むための有力なプログラムであるとの判断から、医療保険者が医療保険の加入者を対象として、地方政府は地域の住民などを対象として、米国をはじめ先進各国で広くディジーズマネジメント・プログラムが実施されてきている。

＜疾病予防支援のプログラム＞

ディジーズマネジメント・プログラムは、個人に動機付けを行い、健康リスクを低減するプログラムである。主として慢性疾患に関して個人が疾病予防の行動を持続し健康リスクを低減することを支援する。ディジーズマネジメント・プログラムは、疾病予防支援のプログラムである。

＜国際比較の意味＞

それぞれの国のディジーズマネジメント・プログラムは、個人に動機付けを行い健康リスクを低減するとの共通の目標を実現しようとして実施されているのにも拘わらず、多様な形態を取っている。プログラムが対象とする疾病・領域は、一次予防から特定の疾病の重症化予防まで様々である。また、その担い手も、多種の医療専門職（医師、看護師、栄養士など）を民間事業者が主体となって組織化するモデル、医師を中心とするモデルなど多様な形態を取っている。その多様性は、それぞれの国における医療に関連する異なる制度、資源に由来し、さらに発展経緯に経路依存性があるため生じている。

それぞれの国では、主として慢性疾患の問題に取り組むためにディジーズマネジメント・プログラムを実施する政策が展開されている。日本においては2006年からすべての医療保険者が特定健診・特定保健指導事業を実施する義務を負う法律が施行された。日本の特定健診・特定保健指導事業で実施されるプログラムは、ディジーズマネジメント・プログラムと解することができる。

日本は、ディジーズマネジメント・プログラムをすべての医療保険者が実施する政策を展開している。先進各国において、日本と同じ事例は見あたらない。それぞれの国は、その国の、その時代の問題解決を目指して、独自の政策を展開する。各国別に相違はあるものの、その政策には主として慢性疾患の問題に取り組むために政策が展開されていること、および慢性疾患に対処するためのプログラムが効果をあげるには必要とされる、共通の構成要素・メカニズムがあることから、政策展開には共通性もある。

基本的次元での共通性と国別の相違は、その比較によって有益な示唆を得る可能性を与えている。国際比較は、特定健診・特定保健指導事業に関する政策展開について、今後のより実践的効果的に実施するために考慮すべき課題を考える参考となる。この検討を通して、日本においてディジーズマネジメント・プログラムを発展させる基盤整備に関して今後取り組むべき課題の明確化が期待できる。

＜報告書の構成＞

本報告書は、研究会において行ってきた、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策の国際比較に関する検討結果をとりまとめたものである。本報告書は、3章構成となっている。

まず、第1章において慢性疾患の問題に対して疾病予防支援プログラムであるディジーズマネジメント・プログラムを政策的に展開する状況の国際比較を行うために必要とされる事項を整理した。

第2章は、日本と共通性を有する、先進各国のディジーズマネジメント・プログラムに関する政策展開を概観した。ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する背景、沿革、政策課題についての情報を整理した。

第3章は、日本の特定健診・特定保健指導と各国の比較から得られる、政策課題に関する

る示唆を検討した。

なお、同一の単語でもそれぞれの国で若干相違する意味で用いられていることがある。また、日本においてカタカナとして用いられている用語も当該国では異なる意味合いを持つこともある。このため、本報告書では、必要となる場合には誤認を避けるために原語そのまま用いている箇所があることをお断りする。

第1章 デジタルマネジメント・プログラムに関する政策の問題

状況

デジタル・マネジメントおよびデジタルマネジメント・プログラムなどの用語は、各国において必ずしも統一されていない。また、デジタルマネジメント・プログラムは、それぞれの国においてその国の社会的文脈および発展経緯のなかで実施されるので、デジタルマネジメント・プログラムに関する政策も社会的文脈および発展経緯に影響される面が強い。規模が大きい対象集団に対してデジタルマネジメント・プログラムを実施する公的な政策として展開される場合には、政策実施の構成要素を整理して理解する必要がある。本章では、多義的なデジタル・マネジメント、デジタルマネジメント・プログラム、政策などの基本的な用語・用法を整理し、デジタル・マネジメントが世界的に普及していった経過を概観し、公的な政策展開の際の構成要素を検討し、デジタルマネジメント・プログラムに関する政策の国際比較をするための枠組を提示する。第2章および第3章における、比較分析を容易にすることを企図している。

第1節 疾病構造の変化とデジタルマネジメント・プログラム

先進国共通に、デジタルマネジメント・プログラムに対する関心が高まり、デジタルマネジメント・プログラムを政策的に取り上げ実行しようとする背景として、人口の高齢化が進行するなか、疾患の重心が急性期の疾患から慢性期の疾患へシフトしたという疾病構造の変化がある。

慢性疾患へのシフトは、高齢化している個人にとってはQOLの低下をもたらし、財政的には医療支出増加による財政負担・保険給付の増大をもたらしている。これらの問題に対処する方法として、効果的な予防に取り組むことが広く実行されている。それによって、QOLの低下を緩和し、財政負担を軽減することが期待されている。デジタルマネジメント・プログラムは、有力な疾病予防支援プログラムのひとつである。

慢性疾患に対する予防活動は、短期的には、例えば、人工透析患者数、増悪を繰り返す心不全の入院患者数の減少を実現することができ、財政負担の軽減を実現できる。従って、慢性疾患の疾病予防プログラムは、政策的見地からすると、QOLの低下の緩和と財政負担の軽減から、関心を引くことになる。

予防医学では、予防を3つに分けている。すなわち、一次予防(健康異常が出現する前の、健康増進活動、疾病リスク低減活動)、二次予防(健康異常が出現してから疾病として完成するまでの間の、早期発見、早期治療)、三次予防(疾病として完成した後の、リハビリテーション、再発防止)である。デジタルマネジメント・プログラムは、これらの予防の一部ま

たは全部を実現しようとするプログラムである。従って、目標、対象集団によって予防のあり方が異なることを反映して、多様なプログラムが存在することになる。

第2節 用語・用法の整理および取り上げる範囲

本節では、本報告書で用いる基本的な用語・用法について整理する。基本的な用語としては、①政策、②プログラムである。ディジーズ・マネジメントも基本的な用語であるが、第4節で詳論する。

政策は、公的な組織だけが担うとは考えない。政策は公的な組織である政府・政党などによって実行される、社会的な問題を解決する方策・計画、および私的な組織による目標達成のための方法・計画と捉える。公的な政策の方策としては、自ら予算を持ってディジーズマネジメント・プログラムを執行する以外に、補助金給付、および情報提供による促進などがあげられる。私的な組織による政策としては、医療保険者が、加入者に対してディジーズマネジメント・プログラムを自己の費用で提供することなどがあげられる。

プログラムは、到達すべき目標を実現するための活動計画をいう。ディジーズマネジメント・プログラムには、二つの種類があると考えられる。すなわち、個人に対して支援のために介入する「個人向けプログラム」、ある指標を基準として集団の健康リスクを改善する「集団向けプログラム」がある。本報告書では、個人と集団とを区別する必要がある場合に、「個人向けプログラム」または「集団向けプログラム」と称する。ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策は、関係する当事者に動機付けを行い、ディジーズマネジメント・プログラムが実行されるように計画し運営することをいう。

ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策は、主として慢性疾患の患者およびその予備群に対して、ディジーズマネジメント・プログラムを実行させ、効果をあげることを目標とする政策をいう。

本報告書は、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策を検討する。取り上げる範囲は政策に関することが中心であるので、個別のプログラムの詳細には立ち入らない。

第3節 米国におけるディジーズ・マネジメント概念の提案・実践と世界的波及

慢性疾患の疾病予防プログラムの開発実施とその普及が起きた背景には、慢性疾患が政策上大きな課題になったことがある。慢性疾患に関する疾病予防プログラムの代表例のひとつが、1990年代に米国で発展したディジーズ・マネジメントである。このディジーズ・マネジメントのコンセプトと実践は、米国で興隆しただけでなく、他の国々に影響を与え導入されていった。

ディジーズ・マネジメントのアプローチは、1980年代に実施された。ディジーズ・マネジメントは、医療サービスプロバイダーである Mayo Clinic で開始され、1990年代に Mayo Clinic が医療保険者である John Deere's Health Plan と形成したパートナーシップに遡る

との見方がある¹。その後米国におけるディジーズマネジメント・プログラムの発展は、コマースベースで進められ、かつ医療保険者がディジーズマネジメント・プログラムを採用していったことが大きな推進力になった。しかし、普及拡大の始まりは、製薬業界からであった。1990年代の初め、米国の製薬業界は、ジェネリック医薬品、調剤処方集の展開により自社の製品と他社の製品の差異が少なくなった。このため、製品価格が低下する一方、原材料高騰による利益率の低下を克服しなければならないという課題に直面していた。製薬会社は、顧客の価値創造を実現できる事業モデルを求めていた。1993年に経営コンサルタント会社である Boston Consulting Group 社が製薬業界の会議で提案したディジーズ・マネジメントの概念²は、製薬業界の課題の解決に資するイノベーションとして受け止められたのであった。製薬会社は、自社内にディジーズマネジメント・プログラムを実行する部門を設置し、徐々に成果をあげつつあった。一方、1995年から2000年にかけてマネジドケアを実施している医療保険者は、マネジドケアに対する激しい社会的反発に対処しなければならないという課題に直面していた。その課題解決は、様々な要因によって結果的に生じてしまう医療コストが増加する状態に対して、医療サービスを抑制する医療費コスト削減措置から医療コスト増加の原因である疾病リスクの低減を目指す疾病予防にシフトすることであった。そのシフトを実現できる方法として選択されたのが、ディジーズマネジメント・プログラムであった。マネジドケア実施の医療保険者は、ディジーズマネジメント・プログラムを実施する方法として、自前で実施する方法以外に外部へアウトソースする方法もあった。その当時ディジーズマネジメント・プログラムを実施するサービスの提供事業者が出現していた。これらの事業者は、製薬会社から分離独立した事業者や類似業務から進出してきた事業者である。アウトソース先の事業者は、医療費削減効果を強調し削減効果に疑問を持つ医療保険者にその成果を保証する契約方式も案出することを通して、ディジーズマネジメント・プログラムを実施するサービスを販売した。その結果、アウトソーシング市場は拡大していった。このように、製薬業界のイノベーションは、医療保険者のイノベーションに繋がり、そしてアウトソースできる市場も成立したのである。1999年には、米国においてディジーズマネジメント・プログラムに関する非営利組織 Disease Management Association of America(以下、DMAA という)が設立された。

DMAA は、さまざまな活動を展開したが、そのひとつは学会誌の発行である。その学会誌”Disease Management”は、当時活発化していた、ディジーズマネジメント・プログラムの実践活動と研究活動を取り上げた。その少し前の1997年にはディジーズ・マネジメント

¹ Mark Zitter, “A New Paradigm in Health Care Delivery: Disease Management”, in Todd E and David Nash, “Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes”, 1997. ただし、ディジーズマネジメント・プログラムの開始時期については、このほかにも異なる見方がある。

² Boston Consulting Group 社は1995年にその内容を説明した文書”The Promise of Disease Management”を公表した。この文書は、Stern C and George Stalk eds., “Perspectives on Strategy from the Boston Consulting Group”, 1998.に収録されている。

に関する別の国際的な学会誌”Disease Management and Health Outcomes”が発刊されていた。米国では、ディジーズ・マネジメントに関する研究集会、実践家によるセミナーも活発に行われるようになった。

1990年代に生じた米国の発展の影響を受けて、英国、ドイツ、オランダなどの欧州、オーストラリア、シンガポール、日本などアジア太平洋州では、ディジーズ・マネジメントの概念を受け入れあるいは参照する動きが見られた。欧州では、2001年にWHOの機関誌に米国のディジーズ・マネジメントについて分析し、欧州においてディジーズマネジメント・プログラムを導入できる条件があることを指摘し、導入に関する問題点を分析した論文が公表された³。英国では、米国で発展した概念・実践は英国においても十分に吟味して導入していく価値があるとの政策研究⁴が公表された。また、英国では2002年からNHS Modernisation Agencyが、米国のUnited Healthcare社のEvercare model、Kaiser PermanenteのMedical Care Programme、Pfizer Health Solutions (PHS)社のInformaCare®の3つのディジーズマネジメント・プログラムをUS modelとして試行導入を実施し、暫定的な評価がなされた⁵。ドイツでは構造化された治療プログラム (strukturierte Behandlungsprogramme) との名称でディジーズマネジメント・プログラムが2002年より実施された⁶。オーストラリアでは、2005年からディジーズマネジメント・プログラム導入の実証研究が政府によって行われてきており⁷、またディジーズ・マネジメント産業の事業者団体も結成されている⁸。シンガポールでは、シンガポールのヘルスケアサービスの供給体制に合わせて、ディジーズマネジメント・プログラムであるChronic Disease Management Programmeが実施されている⁹。このように、英語圏、欧州およびアジアのシンガポールで導入されていったのである。

第4節 ディジーズ・マネジメントの用法の多義性と本報告書の定義・用法

ディジーズ・マネジメントは、違う文脈で異なる意味に用いられており、特に非英語

³ Pilnick, A et al, "Disease management: definitions, difficulties and future directions", Bulletin of the World Health Organization, 79: 755–763, 2001.

⁴ Dixon J et al, "Managing Chronic Disease: WHAT CAN WE LEARN FROM THE US EXPERIENCE?", King's Fund, 2004.

⁵ Matrix Research and Consultancy, "Managing chronic disease – what to do as a health and social care community - learning from Kaiser, Pfizer and United Healthcare in England", 2004 (visited March 14, 2012) <<http://www.natpact.info/cms/345.php%e3%80%80>>.

⁶ 松本勝明「ドイツにおける疾病管理プログラム」(保健医療科学 第57巻 第1号 2008年)

⁷ Sharing Health Care Initiative (SHCI) (visited November 6, 2008) <<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/chronicdisease-sharing.htm>>.

⁸ <http://www.adma.org.au/index.html> (visited November 6, 2008).

⁹ Health Promotion Board (HPB)-Chronic Diseases (accessed March 14, 2012) <<http://www.hpb.gov.sg/chronicdiseases/default.aspx?id=4570>>.

圏でその傾向が強いので新たに定義し直すべきであるとの指摘がある¹⁰。ディジーズ・マネジメントの用法は、この言葉が生まれた米国においても多義的に使用されている。そのなかでも、特定の集団である Population 全体を対象とするか、特定の集団のうち、high risk 者のみを対象とするかに大別できる。

前者の典型は、DMAA が提唱した、次の定義である。その定義は、「患者による自己管理の努力が効果をあげる条件がある対象集団に対して、ヘルスケアにおいて関係する当事者を協調させ良好な結果となるよう、働きかけとコミュニケーションを実施するシステム」である。DMAA の定義では、ディジーズマネジメント・プログラムが対象とする集団は、患者による自己管理の努力が効果をあげる条件がある疾患を有する集団となっている。ディジーズマネジメント・プログラムが対象とする疾患は、いくつもあるが、主として慢性疾患であり、糖尿病などの日本でいう生活習慣病である。ディジーズマネジメント・プログラムの対象者は、主に慢性疾患の患者および予備群である。これら慢性疾患の患者および予備群の者は、生活習慣の改善など自己管理の改善があれば、疾患が発症・重症化するリスクを下げる効果があるので、生活習慣の改善が効果をあげる条件がある。

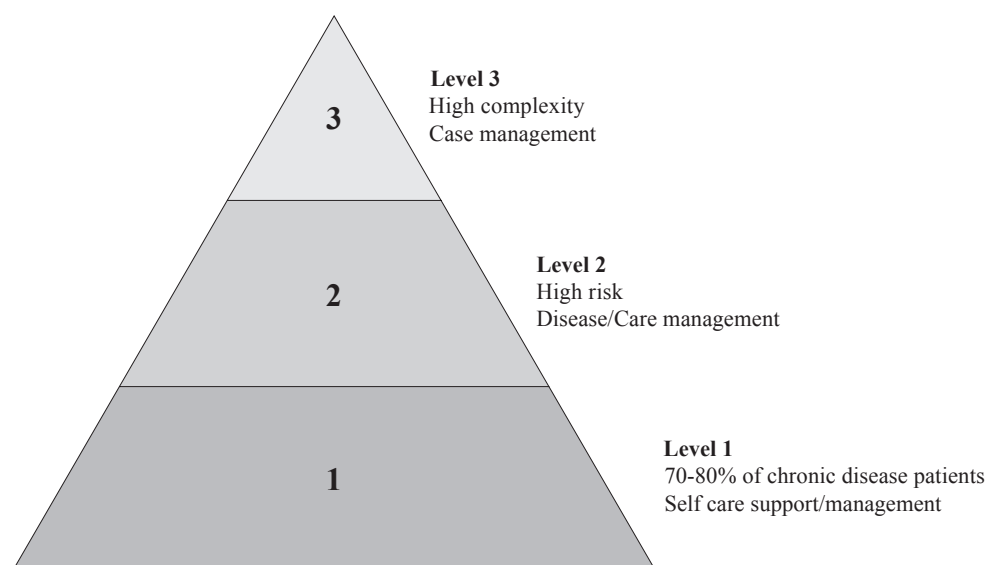
後者の典型は、Kaiser が提唱し広く受け入れられているディジーズマネジメント・プログラムの観念である。伝統的な階層化法である Kaiser Triangle または Kaiser Pyramid は、リスクの程度を基に、慢性疾患の患者を 3 つのグループに分ける(図表 1-1 参照)。この場合、ディジーズマネジメント・プログラムは、Kaiser Triangle または Kaiser Pyramid にある、high risk の階層に属する者に対するものである。

本報告書では、混乱を避けるため、「ディジーズ・マネジメント」を DMAA が定義する集団を対象とする場合に用い、Kaiser Triangle または Kaiser Pyramid における第 2 の階層に対する支援介入プログラムを、ディジーズ・マネジメントでなく care management と称することにする。これは、Capgemini のレポート¹¹と同じ用法である。

¹⁰ Schrijvers G, “Disease management: a proposal for a new definition”, International Journal of Integrated Care, Vol.9, January – March 2009.

¹¹ Capgemini, “The Truth About Disease Management”, 2007.

図表 1-1 Kaiser Triangle または Kaiser Pyramid



本報告書のディジーズマネジメント・プログラムの定義は、DMAA が提唱したディジーズ・マネジメントの定義¹²に盛り込まれているコンセプト¹³を援用して、次の要件を充足する、ディジーズ・マネジメントを実施するプログラムとする。

- ①集団（Population）を対象とする。具体的には、地域・職域・保険加入者などの特定集団である。任意に来院する個人患者は対象外となる。
- ②マネジメント・サイクル（management cycle）を有する。疾病を特定し、具体的な目標を設定し、結果の評価改善を行うマネジメントサイクルのメカニズムがある。
- ③ケア・コーディネーション（care coordination）を伴う。様々な職種が協働し、対象者・対象集団に必要なケアを提供する。
- ④計画立案者または費用負担者は、政府、医療保険者、雇用主などであり、支援介入者・プログラム実施者は、連携し、情報通信技術を活用して、成果を収める遂行能力を有する医療サービスプロバイダーである。

なお、英国等では、Chronic Disease Management との用語が用いられている。この用語のなかに Disease Management が入っているので混乱を招きやすい。Chronic Disease Management は、概ね慢性疾患に関する対策あるいは政策一般を指す意味で用いられている。ディジーズマネジメント・プログラムは、その対策あるいは政策を実現する手段という位置づけになる。

¹² DMAA-Disease Management Defined(visited January 6,2007)<http://www.dmaa.org/dm_definition.asp>.

¹³ 「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「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」（損保ジャパン記念財団叢書 No.65、2003年）pp.4-5.

第5節 ディジーズマネジメント・プログラムの効果と負担

ディジーズマネジメント・プログラムの効果は、何らかの負担があって、始めて実現する。ここでは、個人、集団、政策の3つのレベルの利得と負担を考える。

個人の生活習慣の改善が、慢性疾患・生活習慣病の予防、すなわち、疾病が発症・重症化するリスク（以下「疾病リスク」とする）の低減をもたらすことを実現する可能性が高いことが、ディジーズマネジメント・プログラムの効果の原点である。食生活、運動等の生活習慣の改善とその継続は、個人の自己管理能力に依存する。従って、ディジーズマネジメント・プログラムにおける、個人向けプログラムは、個人の自己管理能力の向上・改善を支援する介入を伴う。多くの個人向けプログラムは、プログラムの対象となる個人の自己効力感を強化促進し自己管理能力を向上させることに注力している。個人レベルの負担としては、生活習慣を改善する行動変容に取り組む、時間的・精神的・経済的負担が生じる。

集団レベルでは、ディジーズマネジメント・プログラムは、保健専門職が個人に対して自己管理能力を向上改善する支援介入を行う活動を実行する。しかし、個人個人の状態・状況は異なる。すべての個人に同じ個人向けプログラムを適用しても同じ効果は生じない。また、どの個人向けプログラムでも、すべての個人に対してもその生活習慣を改善させることは、不可能である。集団向けプログラムにあっては、個人への支援介入に使える資源は限られていることを考慮した取組がなされる。例えば、階層化などは、その資源効率性を高める手法のひとつである。集団レベルのディジーズマネジメント・プログラムの効果と負担は、特定の集団に対して、専門職の労力などを投入し、なんらかの健康指標の改善（アウトカムと呼ばれることが多い）を実現すると捉えることができる。アウトカムとして採用される指標は、血圧、体重等の生体数値および合成指数がある。プログラム実施後のアウトカムの改善は、集団の疾病リスクの低減として把握することもできる。リスクを低減できた個人を増加させたことも、成果とすることも可能である。

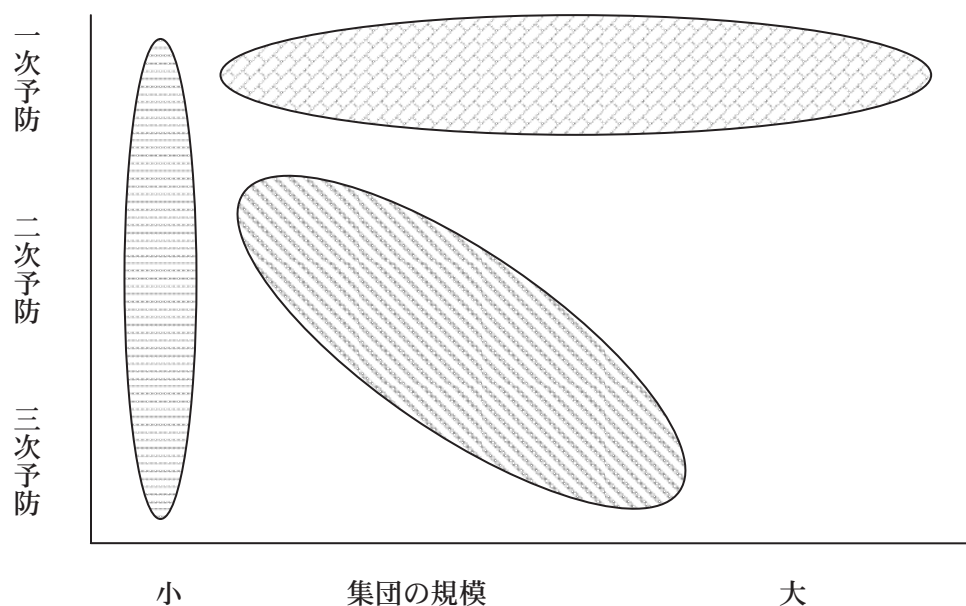
政策レベルでの効果と負担に関して、主要な負担は財政負担である。どのような効果を目指すかは、場合によって異なる。多くの国々では、慢性疾患対策を実施するなかでその効果を定めている。慢性疾患対策は、プライマリケア改革の一部としてあるいは深い関連性を持って実施されている。慢性疾患対策として実施されるディジーズマネジメント・プログラムに関する政策は、単にディジーズマネジメント・プログラムの効果だけでなく、より広範囲あるいは高次の政策のなかにもどう位置づけられているかに関わる面がある。例えば、国民医療費の増大傾向を抑制する政策のなかにも、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策が位置づけられることがある。また、急性期疾患から慢性疾患へのシフトに対応する、新しい供給システムへの移行を促進する政策のひとつにもなりうる。

第6節 デিজーズマネジメント・プログラムの特性と多様性

デিজーズマネジメント・プログラムは、慢性疾患に関する予防支援プログラムである。デিজーズマネジメント・プログラムは、個人の健康リスクの改善が集積してプログラムの効果が発揮する。慢性疾患は治癒しないが、運動食事喫煙などの生活習慣を改善することによりそのリスクファクターは改善することができる。個人の生活習慣の改善を支援し継続するために、個人のマネジメントサイクル管理・支援を行う専門職（多職種）が協働して実施する必要がある。

対象としているのは、個人だけでなく、集団も対象にしている。取り上げる予防の範囲および対象とする集団の規模によって多様な形態が生まれることになる。例えば、統合的なヘルスケアサービスを提供している小規模の集団に対して一次予防から三次予防までを提供する形態、中規模の患者集団に対して二次予防と三次予防を提供する形態、中規模から大規模の集団に対して一次予防を提供する形態などである。（図表 1-2 参照）

図表 1-2 予防の範囲および対象集団



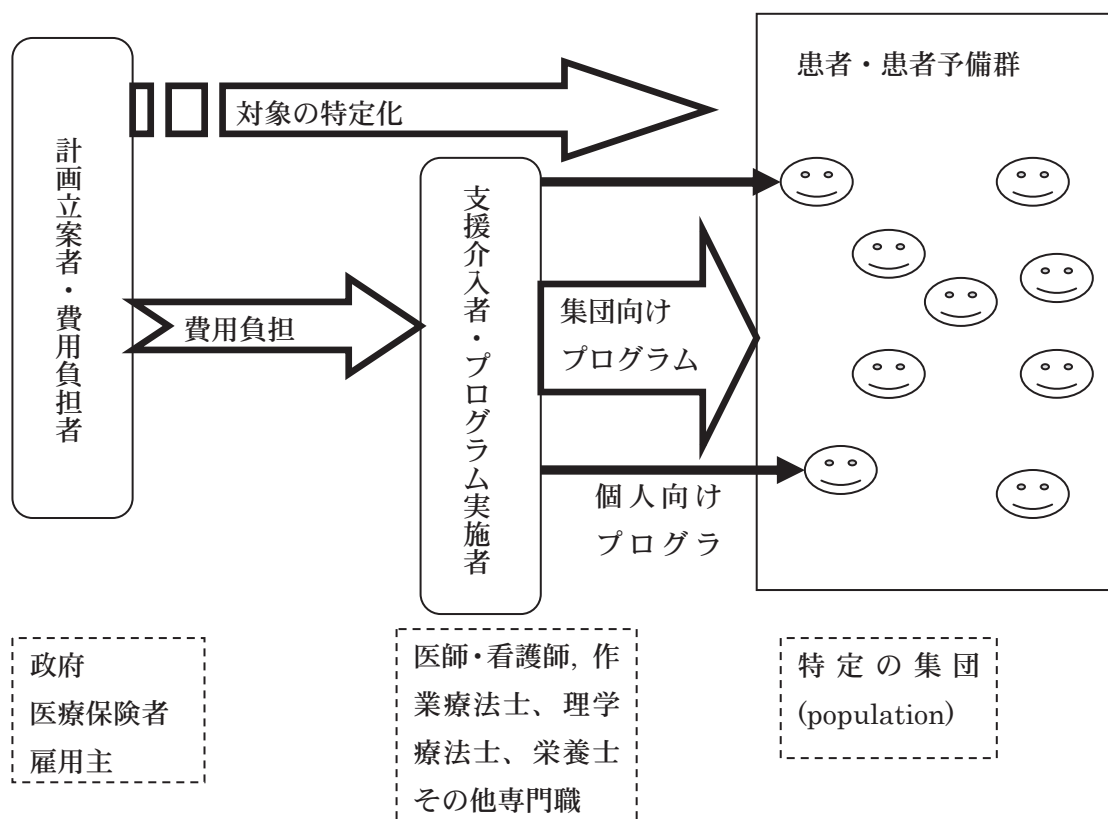
また、ヘルスケア提供システムの改革が進められ制度改正がなされると、それに応じた形態で予防の範囲や対象集団に変化が生じることもある。

第7節 デিজーズマネジメント・プログラム政策の当事者と構成要素

デিজーズマネジメント・プログラムに関する政策に関する当事者を考えると次のと

おりとなる。すなわち、個人は、個人向けプログラムに関するサービス提供を受け、自分のプログラムを実行する。ここでは、当事者は、ヘルスケア専門職である支援介入者と自分のプログラムを実行する個人である。その個人は、慢性疾患・生活習慣病の患者およびその可能性がある者である。ディジーズマネジメント・プログラムには、個人向けプログラムだけでなく、ある特定の集団(population)に対するプログラムもある。集団向けプログラムは、特定の集団に関して、階層化を行い、その階層ごとにその階層に属する個人に対して適合的な支援介入を実施する。ディジーズマネジメント・プログラムを実施する政策を計画し立案し、さらにその費用を負担する者があって、始めてディジーズマネジメント・プログラムが実行される。その者は、計画立案者であり、費用負担者である。多くの場合、両者は一致する。パイロット的事業を実施する場合は、計画立案者と費用負担者は別々でも実行できる。しかし、ディジーズマネジメント・プログラムが、組織的かつ継続的に戦略的な見地から実施される場合には、両者が一致することが一般的である。なぜなら、ある効果をあげることを目的に事業は計画され実行され、そして結果は評価され、改良が続けられることが、戦略的効果的なディジーズマネジメント・プログラムの実行には必要だからである。費用負担には、目的と効果把握を必ず伴う。ディジーズマネジメント・プログラムを継続的戦略的に遂行する主体は、政府機関（財政措置ができる）、医療保険者（保健事業として費用支出ができる）または雇用主（産業保健の一環として費用支出を決定できる）である。この関係を図示したのが、図表 1-3 である。

図表 1-3 ディジーズマネジメント・プログラム政策の当事者



ディジーズマネジメント・プログラム政策を実施するには、少なくとも以下の構成要素を含む必要がある。

第一に、インフラストラクチャーである。医師・看護師、作業療法士等の医療・保健に従事する専門職が対象に対して協働して支援介入を行うには、情報共有システムが必要であり、マネジメントサイクルのメカニズムを実施するには関係当事者が共通に使用できる統一的情報フォーマットが必要である。第二にリソースである。リソースは、費用負担する財源だけでなく過去の経験なども含まれる。第三にプログラムのプロトコルである。多数当事者が円滑にプログラムを運営できるためには、明確なプロトコルの文章化が不可欠である。第四に関係当事者のインセンティブの分析と設計がある。対象者個人には生活習慣改善の動機付け、医療・保健に従事する専門職には金銭的・精神的報償システムが必要である。第五に政策評価のシステムも不可欠である。

政策展開の領域は、個々のディジーズマネジメント・プログラムを個人または集団に適用するレベルで完結することで済む場合、ヘルスケアシステムの提供体制を変更する必要があるレベルまで展開する場合、介護サービスあるいは social care¹⁴まで含めた長期間のパ

¹⁴ 日常生活動作に困難を有する者に対して、身体介助、入浴などの幅広いサービスを提供すること (Department of Health, “What’s What: a glossary of terms used in DH”).

ースペクティブを含む場合がある。それぞれの場合でアプローチが異なる¹⁵。

第 8 節 ヘルスケアシステムの特徴とディジーズマネジメント・プログラム実施方法

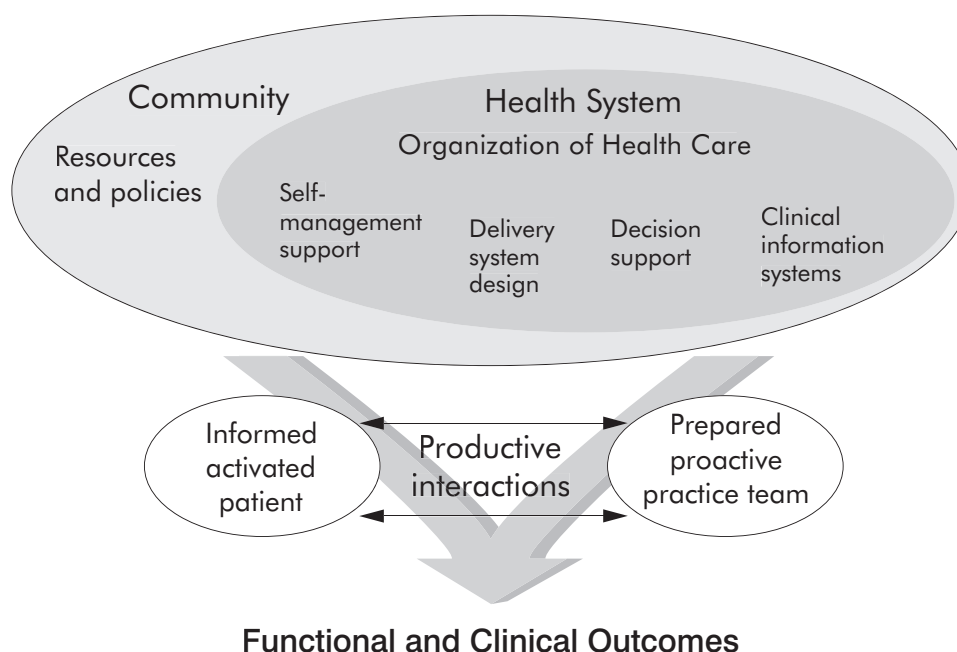
ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策は、歴史的社会的文脈のなかで展開される。実施しているディジーズマネジメント・プログラムは、同じメカニズムを有し、類似している。しかし、ディジーズマネジメント・プログラムを政策として実施する方法は多様である。例えば、米国における民間主体のヘルスケアシステムでは、民間保険者から公的制度へ展開した。ドイツでは、民間保険者でなく公的医療保険者が採用した。その多様性は、政策形成とディジーズマネジメント・プログラム実施が、それぞれの国のヘルスケアシステムが違う特徴と歴史的展開を持っているコンテキストのなかにあるためである。ディジーズマネジメント・プログラム実施方法と政策を理解するには、ヘルスケアシステムの特徴・沿革を理解し、プログラム実施方法を社会的コンテキストのなかで理解する必要がある。

ディジーズマネジメント・プログラムを、プライマリケアに位置づけて実施している国がある。米国、カナダ、欧州、オーストラリアなどでは、ディジーズマネジメント・プログラム実施方法を検討し、議論する際に、Wagner が提唱した Chronic Care Model¹⁶ の概念図が、説明に用いられることが多い(図表 1-4 参照)。Chronic Care Model は、コミュニティにおける、介護 (long term care) まで含めた、プライマリケアにおける慢性疾患に関するケアモデルとして記述されている。

¹⁵ Debbie Singh, "How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?" WHO Regional Office for Europe, 2008.

¹⁶ Wagner, "Chronic Disease Management: What will it take to improve care for chronic illness" Effective Clinical Practice, Volume 1 Number 1, August/September 1998.

図表 1-4 Chronic Care Model



Chronic Care Model には、次の 6 つの要素がある。すなわち、ヘルス・システムにおける、ヘルスケアサービスの組織(health care organisation (HCO))、ヘルスケアサービスの供給システムの設計(delivery system design (DSD))、意思決定への支援(decision support (DS))、臨床に関する情報システム(clinical information system (CIS))、自己管理に対する支援(self management support (SMS))、およびコミュニティにおける community resources (CR)である。さらに、情報を十分得た患者と十分に準備されたヘルスケアサービスの両方がある。

ディジーズマネジメント・プログラム実施方法と政策を理解するには、ディジーズマネジメント・プログラムはプライマリケアあるいは community care¹⁷の領域のなかで実施されること、および政策の形成と展開はプライマリケアあるいはコミュニティケアの領域のひとつとしてなされることに留意する必要がある。

第 9 節 政治経済的な政策形成展開

医療保険者が、自己の事業展開に際して、ビジネスポリシーとしてディジーズマネジメント・プログラムを導入する際には、専ら経済的要因で意思決定する。しかし、政府が公

¹⁷ 患者・障害者・高齢者に対して、ニードに基づき最大限自立して地域で生活できるようにサービス提供と支援を行うケアをいう(White T, "A Guide to NHS", 2010, pp38-39.)。

的な政策としてディジーズ・マネジメントに関する政策を実施しようとする、政治経済的な文脈のなかでの政策展開になる。例えば、英国の状況について、次のように描写されている。保健医療政策を立案するのは政権党である。National Health Service (NHS) の資金調達と運営に責任を負う保健省は閣僚が率いている。ヘルスケアの改善は、現在の政治課題の優先事項であり、最近では医療サービスへのアクセス向上に多額の予算が組まれている。英国も他の国家と同じ状況で、高齢化と慢性疾患による負荷の増大により医療制度は財政難に陥っている。政府はこれに対応するため、疾患予防、健康促進、セルフケアと地域医療を促進する制度に優先して予算を配分している。その目的は、一次医療では医療サービス提供の費用効果が高いという推断に基づき、医療サービスの提供を二次医療から実行可能性の高い一次医療に移行させることにある。

先進国では、ヘルスケアに関する関心も高く、政治的な争点や重要な政策課題になる。さらに、利害関係者がロビー活動を行うことも多くある。政策形成にあたっては、単に医療経済的に合理的かどうかだけでなく、政治的に妥協し実現できるかとの視点が必要になる。

第2章 各国のディジーズマネジメント・プログラムに関する政策

第1節 各国の記述の構成・分析視角

次の3つに関して記述する。

①ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する背景

政策形成と展開の背景を、以下の点を中心に説明する。

- ・国の概況（特徴・沿革）
- ・ヘルスケアシステムの特徴（提供体制と財源調達方法）およびヘルスケア政策・政権の変遷
- ・慢性疾患・生活習慣病予防プログラム実行のための方法・選択肢（具体的には、画立案者・費用負担者、支援介入者・プログラム実施者等の当事者・実施方法の選択肢）

②ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

時系列的に説明する。逐次改正がなされていることが多いが、その理由を説明する。

多くの場合、慢性疾患・生活習慣病予防プログラムの政策は、プライマリケア改革の一環として立案され推進される。具体的には、高額な病院資源の使用削減、入院・再入院の減少、および入院期間の短縮などが考慮される点を説明する。

③ディジーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

政策の現状と課題を整理して記述している。ただし、それぞれの国において情報の入手の制約から、最新の時点は異なっている。

第2節 米国¹⁸

(1) デিজーズマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

米国（アメリカ合衆国）は、50州からなる連邦国家であり、面積962.8万平方キロメートル（日本の約25倍）の広大な国土を有している。人口3億875万人（2010年）を擁する多民族国家である。経済規模は世界最大であり、2010年の名目GDPは14兆6,604億ドル、1人当たり名目GDPは47,284ドルである。

政治面では、共和党と民主党による2大政党制が定着している。米国の医療保障の成り立ちに関しては、共和党と民主党が政権交替を繰り返してきていることが大きく影響している。市場経済を重視し医療分野においても政府の介入を抑えようとする傾向がある共和党と、社会的公正の実現のために政府の一定の介入は必要とする民主党との間で、医療保障は長年にわたって政策の争点となってきた。

連邦制であることは、ヘルスケアに関する政策が連邦と50州で展開されることを意味する。連邦政府の活動だけでなく、州政府、郡政府の動向にも注目する必要がある。

②ヘルスケアシステム（提供体制と財源調達方法）の特徴と沿革

米国のヘルスケアシステムの大きな特徴は、広く国民一般を対象とする公的な医療保障制度が存在せず、代わりに民間保険会社が引き受けを行う民間健康保険が医療保障の面で大きな役割を担っているところにある。公的な医療保障制度は、高齢者、低所得者などリスクが高く、または、経済的に民間健康保険に加入することが難しい人を対象として整備されている。このような医療保障制度のあり方は公的制度和民間保険の混合（mixture）と表現される。

医療提供体制の面では、医療プロバイダーの機能分化が進んでいる。また、医療プロバイダーのネットワーク化も進んでいる。マネジドケアのシステムではgate keeper的なかかりつけ医制度が採用されていることが一般的である。ただし、マネジドケアシステム外では追加的な費用負担により医療サービスプロバイダー側に自由にアクセスすることは可能である。こうした医療提供体制のなかで、二次医療とは機能が区別されたプライマリケア（Primary Care）の分野が存在しているとの明確な観念が存在している。

公的制度である、低所得者向け医療保障制度メディケイドの運営主体は州政府であり、高齢者向け医療保障制度メディケアの運営主体は連邦政府である。また、メディケイドに関しても、その運営が民間保険会社等に委託されている場合も多く、公的制度の中におい

¹⁸ 本節の記述は、その多くを以下に掲げる3文献に拠っている。「欧州諸国のヘルスケアビジネスおよびデジーズ・マネジメント」研究会「米国におけるデジーズ・マネジメントの発展」（損保ジャパン記念財団叢書 No.65、2003年）、後藤愛・久司敏史「米国の企業における健康増進・疾病予防に関する取組の動向- デジーズ・マネジメント、ウェルネス・プログラムを中心として -」（損保ジャパン総研クォーターリー第57号、2011年）、小林篤「米国における2010年ヘルスケア改革後の健康保険の新動向 ～ヘルスケア改革法は何を変えたか、健康保険市場はどう変化するか～」(損保ジャパン総研レポート第59号、2011年)。本節において、上記3文献を参照している場合特に脚注を付さない。

でも、民間保険会社が多くの機能を担っていることも米国の特徴としてあげられる。公的制度と民間保険が混合する医療保障の枠組みは、共和党と民主党との間の峻烈な政策論争の中で、時には政治的な妥協が行われつつ、一定の紆余曲折を経ながら形成されてきたものであると評価されている。

ヘルスケアの財源は、民間市場では民間保険と患者の私費負担である。民間健康保険について見ると、大企業を中心として雇用主が民間保険会社と保険契約を締結するなどして、従業員に医療保障を提供する仕組みが定着している。これにより、全国民の6割程度が医療保障を得ている。自営業者等は、個人で民間健康保険に加入しており、民間健康保険市場は、大企業向け市場、中小企業向け市場、個人向け市場に大別される。民間健康保険の中では、民間保険会社が医療のコスト、質、アクセスについて管理しようとするマジジドケアと呼ばれる形態の保険が一般的となっている。マネジドケアにも医療プロバイダーへのアクセス制限の強さなどによる複数の形態があり多様である。

公的制度である、メディケイド・メディケアの財源は、連邦政府と州政府の財源である。州政府と連邦政府の分担方法は、様々な形態がある。

民間健康保険の引き受けは営利の民間保険会社のほかにも多様な主体によって行われている。民間健康保険を最も早くから引き受けてきた Blue Cross Blue Shield は、州単位で運営されている非営利の組織であり、現在でも相応の規模を有している。このほかにも大手民間保険会社と同規模を有する非営利の組織もある。医療プロバイダーが民間健康保険の引き受けを行っているケースも多い。企業自身がリスクを引き受けて従業員に医療保障を提供する自家保険と呼ばれる形態も大企業を中心に多く見られる。

このように、米国のヘルスケアシステムは、民間を主体とする多様な当事者が存在し、イノベーションが活発に行われるシステムとして形成されている。

米国のヘルスケアシステムの特徴として、最後に医療支出が極めて大きいことに触れておく。米国の医療支出は、対名目 GDP 比で 17% を超えており（2009 年）、他の先進国と比較しても突出しており、しかも年々増加傾向にある。このうち約 60% は、家計・企業といった民間部門が負担している。負担者にとって、医療支出の増加を抑制する経済的なインセンティブは高いということがいえる。また、米国においても徐々に進行する高齢化等を原因として、公的医療保障制度を運営する政府の医療支出も増大傾向にある。公的部門が負担する医療支出は 1980 年代後半には 30% 程度であったが、2000 年代後半には 40% まで上昇している。連邦政府の予算に占める医療関係費用も 2010 年予算では 21% となっている。公的部門においても医療支出の増加を抑制することが大きな課題となっている。

③本節の概要

第 1 章に記述されているとおり、米国においては 1990 年代にディジーズ・マネジメントが発展し、その概念・手法は、各国のディジーズ・マネジメントに大きな影響を与えている。米国のディジーズ・マネジメントは、公的制度と民間保険が混合して医療保障の体系を形成するという米国の事情を背景として、主として民間保険会社が運用するものとして

発展してきた。そして、その大きな原動力となったのは、雇用主が従業員に医療保障を提供するという仕組みのもと、増大する従業員の医療関連費用の抑制に対する雇用主の強い動機であった。

このように、市場取引を前提として発展してきた米国のディジーズマネジメント・プログラムは、民間の医療保険者、雇用主に採用されてきたが、州政府の運営するメディケイドにも採用されてきた。さらに、州政府、郡政府が自前であるいはこれら政府の援助をもとにディジーズマネジメント・プログラムは実施されてきた。

このディジーズマネジメント・プログラムを、連邦政府の政策として取り上げたのが、メディケアで2005年から取り組まれたパイロット・プログラムである「メディケア・ヘルスサポート」(Medicare Health Support、以下MHSという。)である。MHSの成果は、ディジーズ・マネジメント全体の効果性に関する大きな議論を惹起したという点でも、米国のディジーズ・マネジメントの動向に大きな影響を残している。米国のディジーズ・マネジメントの沿革・概念・手法に関しては、すでに第1章でその概略が触れられている。また、その詳細については損保ジャパン記念財団叢書第65号を参照いただくこととして割愛する。そこで、本節ではMHSの概要と、MHSが惹起した議論について簡単に紹介するとともに、最近の米国におけるディジーズ・マネジメントの動向について触れることとする。

(2) ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

① 公的な医療保障制度のなかで取り組まれてきたディジーズ・マネジメント

米国では、公的な医療保障制度の運営を民間保険会社が受託するということが行われてきており、受託した民間保険会社が、対象者に対して、ディジーズ・マネジメントを提供するという形態で、公的な医療保障制度のなかでもディジーズ・マネジメントが実施されてきている。高齢者向け医療保障制度であるメディケアにおいては、対象者が、メディケアの運営主体であるCMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) が提供するプランの代わりに、民間保険会社の健康保険プランを選択することができる。民間保険会社の健康保険プランを選択した対象者には、民間保険会社からディジーズマネジメント・プログラムの提供が行われる場合がある。

また、各州が運営している低所得者向け医療保障制度であるメディケイドにおいては、メディケイドの運営が民間保険会社に委託されている場合があり、メディケイドの対象者は、メディケイドの運営を受託している民間保険会社からディジーズマネジメント・プログラムの提供を受ける。

② メディケア・ヘルスサポートの実施¹⁹

¹⁹ メディケア・ヘルスサポートに関しては、「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」シンポジウム「これからの生活習慣病対策のあり方を探る ―米国のメディケア、メディケイドにおけるディジーズ・マネジメント・プログラム導入から学ぶ」(損保ジャパン記念財団叢書第72

一方、メディケアのなかでも、CMS が運営する出来高払い方式のプランでは、ディジーズ・マネジメントは実施されてこなかったが、出来高払い方式のプランを選択している対象者に対して、2005 年から 2008 年までディジーズマネジメント・プログラムを実験的に実施する試みが行われた。これが、MHS と呼ばれるパイロット・プログラムである。以下、MHS の内容、経過について紹介する。

(A) メディケア・ヘルスサポートの内容

2003 年に成立したメディケア近代化法 (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act of 2003) には、メディケアにおける医療費の抑制、医療の質の改善のための各種実験的プログラムの実施が規定として盛り込まれた。MHS は、その一環として、慢性疾患に罹患しているメディケア受給者のケアの改善のために、ディジーズ・マネジメントの手法の効果を検証する目的で実施された。

8 つの地域が選定され、各地域におけるプログラムの実施は、それぞれ異なる DM 事業者等に委託された。プログラムの対象者は、複数の慢性疾患を有する患者とされ、プログラムの提供を受けるグループとプログラムの提供を受けない比較グループの 2 群をつくりランダム化比較試験の手法により、効果検証が行われることとなった。効果検証の対象は、主として(a)医療の質の向上、(b)患者および医療プロバイダーの満足度向上、(c)医療費増加の抑制の 3 点とされた。特に、医療費増加の抑制に関しては、MHS の実施に伴う費用を、MHS の実施による医療費増加の抑制効果の範囲内に抑えることが目標とされた。

2005 年から実施された MHS は第 1 期と位置づけられ、第 1 期の効果が確認されることを条件として、その規模を拡大して第 2 期が実施されることとなっていた。

(B) メディケア・ヘルスサポートの経過

こうして実施された MHS であったが、定められた目標を達成することが困難であるとの理由から、実施期間中に 3 地域がプログラムの中止を決定するなど、実施期間中からその成否が危ぶまれる状況となった。2007 年 7 月、プログラム開始から 6 ヶ月間の効果検証の結果が第 1 回報告書として公表された²⁰。第 1 回報告書では、MHS 実施に伴う費用が、医療費増加の抑制効果の範囲を大きく超えるものとなっているとの結果が示された。第 1 回報告書の公表により、関係者の間では、MHS が期待された成果をあげるのが困難であるとの認識が広がった。

続いて、2008 年 12 月に、MHS 開始から 18 ヶ月間の効果検証が第 2 回報告書として公表された²¹。第 2 回報告書では、医療の質の向上、患者満足度を評価する一部の指標で

号、2006 年) に米国の当事者による講演資料が収録されている。

²⁰ Centers for Medicare & Medicaid Services, “*Evaluation of Phase I of Medicare Health Support (Formerly Voluntary Chronic Care Improvement) Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare*”, 2007.

²¹ Centers for Medicare & Medicaid Services, “*Evaluation of Phase I of the Medicare Health Support Pilot Program Under Traditional Fee-for-Service Medicare: 18-Month*

改善が確認されたが、費用に関しては、改めてプログラムの目標が達成されていない状況が明らかにされた²²。

(3) デイジーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

①メディケア・ヘルスサポートが与えた影響

MHS の効果検証は、デイジーズ・マネジメント全体の効果に対する見方にも大きな影響を与えた。デイジーズ・マネジメントの効果に関して否定的な見解も多く示されたが、MHS の効果検証から、デイジーズ・マネジメントの課題を分析的に抽出する指摘も見られる。たとえば、デイジーズ・マネジメントが民間保険会社により実施されてきたことから、対象患者の選定、重症度の評価に利用しているデータが不十分である点、医師との連携が十分でない点、をデイジーズ・マネジメントにおける課題として指摘されている。そして、デイジーズ・マネジメントの短期的な医療費増加の抑制効果は限定的であり、その限界を克服するための変化が必要と指摘している²³。

しかし、依然としてデイジーズ・マネジメントの効果、特に、医療費増加の抑制に対する期待が高いことを示す調査も示されている。Kaiser Family Foundation が 2010 年に企業向けに実施したアンケート調査では、回答した企業の 60%が「デイジーズ・マネジメントは、医療費増加の抑制効果があると考える」としている。

②米国における最近の慢性疾患・生活習慣病予防プログラムの動向

米国の慢性疾患・生活習慣病予防の領域の特徴は、様々なモデルが実際に試行され、モデル同士が競争し、そこからイノベーティブなモデルが生み出されるところにある。2000 年代に入り、職域における健康増進の取組がウェルネス・プログラムと呼ばれて注目を集めているのもその 1 つといえる。ウェルネス・プログラムは、医療費増加の抑制だけでなく、労働生産性に対しても焦点を当てているのが特徴である。また、2000 年代初頭から提唱されてきた Population Health Management を実践的に導入する企業、事業者も現われてきている。Population Health Management は、集団に対して、慢性疾患・生活習慣病患者に対するデイジーズ・マネジメント、健康な人をも対象にしたウェルネス・プログラム、重症患者に対するケース・マネジメントなど複数のプログラムを統合的に提供することにより、集団全体の健康度を向上させ、医療費増加の抑制、労働生産性の向上を実現しようとする概念である。

慢性疾患・生活習慣病予防プログラムに関しても、Patient Centered Medical Home (以下、「PCMH」) と呼ばれる概念への関心が高まっている。PCMH とは、かかりつけ医が慢性疾患患者の治療に全般的な責任を持ち、かかりつけ医が基点となりながら専門医、

Interim Analysis October 2008”, 2008.

²² 第 1 回報告書、第 2 回報告書は中間報告であり、実施期間を通じた効果検証に関して第 3 回報告書が公表される計画となっていたが、第 3 回報告書は公表されていない。

²³ Ariel Linden and Julia Adler-Milstein, “Medicare Disease Management in Policy Context”, Health Care Financing Review, Spring 2008, 29(3)1-11.

病院その他の医療専門職と連携を図りながら継続的な治療を提供するモデルである。かかりつけ医と患者の関係を重視し、患者の自己管理能力の強化が主要な要素となっている。個々の疾患ではなく、患者の症状全般に焦点を当てた治療、管理を目標としている。このように、米国においては、慢性疾患・生活習慣病予防プログラムに関して、新しい動向が見られる。

③2010年ヘルスケア改革法における慢性疾患・生活習慣病予防プログラムの位置づけ

2010年に成立したヘルスケア改革法（The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010）には、ヘルスケアの品質向上を図る政策の一環として、疾病予防（Prevention）と健康増進（Wellness）に関する規定が設けられている。このなかには、疾病予防、健康増進および公衆衛生活動の推進を目的とする新たな政府機関の創設、メディケアにおける予防サービスの自己負担の撤廃、健康増進対策に取り組む中小企業への助成金制度の創設などが盛り込まれている。慢性疾患・生活習慣病予防における政策レベルの関心は、重症化予防から発症予防、健康増進へその範囲を広げている。これらは、慢性疾患に関する予防支援活動を連邦政府の財源負担で実施する政策である。

④医療保険者等におけるディジーズマネジメント・プログラムの標準装備化

導入当時にその医療費削減効果が大きく喧伝され、節減を保証するディジーズマネジメント・プログラム実施契約も盛行したが、その後節減効果の計測方法について議論が積み重ねられ、プログラム実施に依る節減効果を厳密に立証することが困難であることが判明していった。しかし、ディジーズマネジメント・プログラムは対象集団の健康リスクの改善などの効果があることは共通認識となっており、現時点ですでに多くの医療保険者（雇用主の自家保険を含む）で通常のサービスとして採用されている。その意味では、ディジーズマネジメント・プログラムは、特別に手配すべきものではなく、医療保険における標準的な装備になったともいえる。なお、第1章で取り上げた、care management は、”disease management” と呼称されて、多くの場面で利用されている。

⑤州政府等の多様な取組の継続

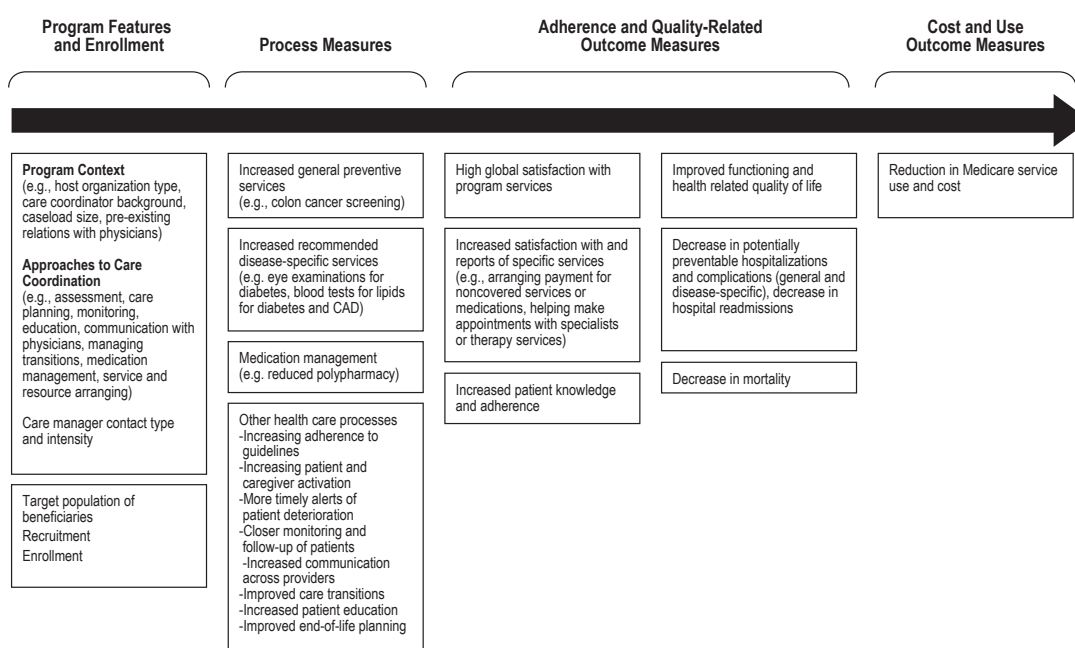
MHS の効果検証がなされた後も、慢性疾患の予防支援は重要な政策課題であり続けている。このため、州政府等による、さまざまな慢性疾患対策のディジーズ・マネジメントの取組は継続している。州政府等の最近の取組を分析し紹介した書籍が刊行されている²⁴。様々な取組を、例えば、Fully integrated models、Community-based socially oriented model、Patient-Centered Medical Homes などとして整理分析している。これらのモデルは、care coordination を伴うプログラムである。同書は、効果的なケア・コーディネーション（care coordination）を実現する介入プロセスをロジック・モデル（Logic Model）で示している（図表 2-2-1 参照）²⁵。ロジック・モデルは、インプット

²⁴ Schraeder C and Paul Shelton eds., “Comprehensive care coordination for chronically ill adults”, 2011.

²⁵ Brown S et al, “Promising practices in acute/primary care”, in Schraeder C and Paul Shelton eds., “Comprehensive care coordination for chronically ill adults”, 2011.

がなされ、処理活動プロセスが実行され、その結果アウトプットが産出され、アウトカムが計測される一連の工程について、要素とその関係を図解するものである。この図表は、ディジーズマネジメント・プログラムの基本的なプロセスを精緻に整理し直したものであると理解できる。

図表 2-2-1 Logic Model for Care Coordination Interventions



(出典) Brown S et al, *“Promising practices in acute/primary care”*, in Schraeder C and Paul Shelton eds., *“Comprehensive care coordination for chronically ill adults”*, 2011

第3節 オーストラリア

(1) デジタルマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

オーストラリア連邦 (Commonwealth of Australia。以下「オーストラリア」という。) は、広範な国土を有する多民族国家である。人口は、約 2,215 万人 (2009 年 12 月)。1901 年英国植民地から独立したが、英連邦に属している。連邦制 (6 つの州と 2 つの特別地域) を取っており、州は連邦に委譲した権能以外にすべての権能を有する。連邦の立法権限は、憲法により国防、外交、通商、租税、通貨、移民等の特定の事項に限定されており、その他は州の権限である。

②ヘルスケアシステムの特徴 (提供体制と財源調達方法) に関する政策の変遷と現状

オーストラリアでは、政権の変遷がヘルスケアシステムの変更をもたらしてきた。第二次大戦後、労働党政権は、連邦に薬剤・疾病・病院に関する給付を行う権能を与える憲法修正を行って英国の National Health Service(NHS) に倣った制度を導入しようとした。しかし、医療関係者はこの制度では給与制となり収入に上限を設けることになるとして反対し、さらに自由党と地方党の反対もあって、この構想は実現しなかった。その後、貧困者等への医療保障制度は導入されたものの、国民は、私費診療として自由診療性である医療サービスを受け、民間医療保険に加入する必要があった。1960 年代後半の時点では、約 17% が無保険者であったとの推計もなされている²⁶。

1972 年労働党政権となって、1974 年に国民健康保険制度となる「メディバンク (Medibank)」を運営する Health Insurance Commission を設置したが、翌 1975 年には保守系の自由党・国民地方党連立政権に政権が交代した。自由党・国民地方党連立政権は、全国民を対象とし特別税を財源とする Medibank (Standard) を創設するとともに、医療保険市場の競争促進のために政府機関 Health Insurance Commission が所有する民間保険会社 Medibank Private を設立した。同連立政権は、1978 年に Medibank (Standard) を廃止し、Medibank Private を存続させた。

1983 年に労働党政権になり、1984 年普遍的な医療保障制度である「メディケア (Medicare)」²⁷ が実施された。このメディケアは、1996 年保守系の連合政権に政権交代した後、また 2007 年労働党政権に交代した後も今日まで維持されている。

ヘルスケア提供体制の中核は、メディケアである。1984 年に創設されたメディケア制度は、国民全般を対象とした連邦政府の医療保障制度で、連邦制度による医療費の一定割合の支給 (メディケア給付) と、公立病院の入院費用の全額公費負担を 2 本の柱としている。給付内容は、外来の場合、医療費として政府の定める診療報酬表にある規定料金の 85% がメディケア給付として支給され、残りの 15% が利用者の自己負担となる (な

²⁶ Wills et al., "Understanding Australian Health Care System", 2009, pp.8-9.

²⁷ 本節では、単にメディケアと表記する。米国のメディケアとは異なる点に留意する必要がある。

お、1回の診療につき、57.50 豪ドルが利用者の私費負担の上限)²⁸。

医療施設としては、公的病院（州からの補助を受ける病院。州によって仕組みが異なる）、私的病院（州からの補助を受けない病院。主として宗教団体や慈善団体によって運営され、小規模のものが多）等がある。設置許可は州の権限であり、その基準は州によって異なる。医療従事者としては医師、看護師等合計 24 の医療関連専門職種が存在するが、その免許制度は州の権限であり、資格要件は州ごとに異なる。

医師は、プライマリケアを行う GP (General Practitioner) と GP からの紹介患者を診療する専門医に分けられる。GP に最初の段階で診療を受け、その後必要に応じて専門医の診療を受けるという、いわゆる紹介制度(referral system)が取られている。

医療提供では、民間部門である GP が主体であり、病院は公的部門が担う体制となっている。GP は、医療サービス市場において価格を自分で決めることができるが、実際にはメディケアからの償還が価格の大きな決定要素となっている。歴史的には、自由な取引が前提となっているなか、地域の医師会が地域内における医療サービス価格の決定に実質上関与してきたが、1984 年メディケア導入以降、その価格決定力は弱まった。メディケアにおいては、GP が行う医療サービスへの償還方法の一部として診療報酬表 Medical Benefit Scheme (以下、MBS という)が定められている。メディケアに対して償還手続、患者でなく GP が行う Bulk Billing 方式と呼ばれる直接償還手続が広く採用されるようになると、GP および地域医師会の価格決定力は実質上機能しないものとなった。MBS の償還方式の設計は、GP のインセンティブ形成に決定的な重要性を有することになった。

ヘルスケア財源調達方式に関して、メディケアは大きな影響力を持った。メディケア導入以前は利用者の私費負担と民間医療保険が中心であったが、メディケア導入後は連邦政府による目的税および一般財源が主体となった。財源は一般財源とメディケア税（個人課税所得の 1.5%。メディケア関連支出の約 25%を占める）である。州立病院の場合には州政府がその運営費用の多くを分担している。連邦政府と州政府は、5 年ごとに Australian Health Care Agreements を締結し、連邦政府と州が地域に対して無償の病院サービスを提供する費用を補助している。

オーストラリアにおけるヘルスケアシステムの特徴のひとつは、連邦と州の重層性である。医療保健サービスは、基本的には州の管轄事項になる。しかし、連邦は、租税を元に州に対し交付金・補助金を給付することや連邦レベルの政策立案を展開していくことを通して、医療保健サービス分野に強大な影響力を有している。従って、州政府が一元的に政策を実施することはできない。現状は、二つのレベルの政府が重層する構造に

²⁸ ただし、2005 年より GP (一般開業医)による診療に係る医療費については 100%メディケア給付(利用者の私費負担ゼロ)となった。公立病院に入院の場合も、医療費、病院費用(ベッド代、看護料)などの入院に係るすべての費用が公費により負担され、利用者の私費負担はない。ただし、公立病院でも患者が自ら指名した医師から診療を受ける場合、医療費の 25%が利用者の私費負担となり、病院費用は給付の対象とならない。2004 年に導入された医療費セーフティ・ネット制度により、医療費における患者の利用者の私費負担額が年間で一定額を超えた場合に、それ以降の利用者の私費負担額の 8 割を政府が負担する。一定額の上限は、年間 1,000 豪ドル(年金生活者等低所得者は年間 500 豪ドル)である。

なっている。その権限の分担は以下のとおりとされている。連邦政府は、医療政策形成、ヘルスリサーチ および公衆衛生・情報システムの問題に取組、州政府は、急性期と精神医療の病院サービスを提供するほか、学校保健、妊婦児童等の公衆衛生を担当し、医療専門家・医療機関を監督する。州政府は広範なヘルスケアサービスの財源を負担し、連邦政府は病院サービスとヘルスリサーチの財源を負担する。連邦政府と州政府は、公立病院と高齢者障害者福祉の財源を共同で負担する。高齢者へのヘルスケアサービスは、連邦政府・州政府・民間部門が財源を負担し、管理し、提供する。プライマリケアとその関連のケアの財政負担に関して、連邦が負担する GP に関わる費用と、州が Community health services²⁹に負担する費用とがほぼ同額である（図表 2-3-1 参照）。

図表 2-3-1 Expenditure on primary health care and related services, Australia, 2007-08 (\$million)

Service	Commonwealth government	State and local governments	Health insurance	Individuals	Other	Total
GP services	4394			418		4812
Community health services and other miscellaneous services	635	4251	1	239	69	5195
Other health practitioners	1041		446	1574	312	3373
Dental services	645	580	927	3944	10	6106
Aids and appliances	480	325	2264	45		3114
Patient transport	252	1296	128	258	69	2003

Data source: AIHW 2010c

（出典） Duckett S and Sharon Willcox, *“The Australian Health Care System”*, 4th ed. Oxford University Press 2011 p.162.

別の特徴として、特異な公私混合システムがあげられている。上述の政権交代による変遷の結果、オーストラリアには、独自の公私混合システムが形成されることになった。1997年民間保険会社 Medibank Private は、Health Insurance Commission から分離され、翌 1998 年政府が単一株主となる Government Business Enterprise になった。オーストラリアの民間医療保険市場は少数保険会社による寡占市場となっており、なかでも、Medibank Private は約 30% の市場占有率となっている。1999 年民間医療保険促進のために、自由党・国民地方党連立政権は、政府による、30% の保険料補助制度(rebate)

²⁹ 地域の需要に応じた多様なヘルスケアサービスをいう。例えば、community nursing、mental health、dietetics、理学療法、足病治療、言語療法、作業療法、健康増進などである。

を導入した。さらに、2005年には65歳以上は35%、70歳以上は40%に引き上げた。

③現行システムにおけるディジーズマネジメント・プログラム実施形態

オーストラリアにおいては、プライマリケアの領域が、二次医療と明確に区分されシステムが組み立てられている。プライマリケアにおいては、GP および連邦・州政府が主たる当事者である。ディジーズマネジメント・プログラムの政策は、現行システムでは主にプライマリケアの領域で展開されることになる。

ディジーズマネジメント・プログラムの実施形態を、第1章の図表1-3 ディジーズマネジメント・プログラム政策の当事者で使用した、当事者別に整理すると、次のとおりとなる。すなわち、計画立案者・費用負担者は、連邦政府・州政府であり、また民間医療保険者も入る。支援介入者・プログラム実施者は、GP であり、州政府の職員等、および民間医療保険者（その外部委託先）である。

政府部門のディジーズマネジメント・プログラムの実施形態としては、ひとつはメディケア対象者に関するGPの取組であり、もうひとつは州の住民に関する州政府のイニシアティブ（改善取組）である。民間保険部門の実施形態は、保険加入者に関するディジーズ・マネジメントの取組である。

連邦政府のメディケア部門としては、GPが慢性疾患・生活習慣病予防活動を行うように資金を用意し、支援している。州政府は、慢性疾患による負荷、特に入院への影響の低減を目的とする多くの慢性疾患イニシアティブを整備している。心不全とCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の患者を対象とするプログラムが最も広く実施されているが、これらのプログラムには、患者の退院後のフォローアップを行う支援看護師や自治体ベースのサービスとの連携などが盛り込まれている。

慢性疾患ケアに携わる自治体の医療従事者は、プライマリケア施設の看護師、提携する医療専門家、精神科医療従事者などである。これらの専門家は、州の保健当局が採用し、各自治体の保健センターや病院に配置されているため、一般診療のスタッフと協力するためには、組織的あるいは地理的境界を越えて業務にあたる必要がある。

民間部門の医療保険者は、専門業者のサービスを利用して、保険加入者集団に対して自己の費用でディジーズマネジメント・プログラムを実施している。ディジーズ・マネジメントにおける介入支援方法は、電話が主となっている。先に記したMedibankは、有力な専門業者であるMcKessonを買収したので、自前で実施する実施形態となった。

（2）ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

①慢性疾患対策に関する政策の沿革

2002年から連邦政府・州政府等の健康問題担当大臣で構成されている機関であるAustralian Health Ministers' Advisory Councilは、慢性疾患の予防とケアに関する国家戦略を検討することとして、専門家委員会へ諮問を経て、2003年7月にNational

Chronic Disease Strategy (以下、NCDS という)³⁰を実施することを決定した。この NCDS は、糖尿病などの 5 つの慢性疾患対策である National Service Improvement Frameworks とセットになっている。人々の自己管理、慢性疾患の継続的で切れ目がないうケア・予防などが強調されている。

2011 年から連邦政府と州政府等は、National Health Reform Agreement を締結し、ヘルスケアシステムの改革を進めている。人口の高齢化、慢性疾患比率の上昇、疾病予防の必要性が、改革を進める背景としてあげられている。慢性疾患対策に関する政策も含まれており、慢性疾患のリスク要因となる肥満、生活習慣などの改善を支援する取組を行うとしている。また、病院からプライマリケアへの重心を移動することも明言し、GP とプライマリケア改革を進めるとしている。具体的には、GP Super Clinics (GP、看護師、visiting medical specialists などが協働して個人または地域へヘルスケアサービスを提供できるように支援する施設) の普及を図る投資を行うこととしている。

②1990 年代からの連邦政府によるメディケア償還方式の改革³¹

メディケアにおいては、GP への償還方式はもともと出来高払いであり、episode ベースの支払に良く適応していた。しかし、1990 年代になると、メディケアにおいて episode ベースの支払に良く適応していた GP への償還方式に加えて、連邦政府は継続的なケアを多職種が連携して提供することが必要な慢性疾患に対応する償還方式も導入する改革を進めてきた。1991 年には、General Practice Reform Strategy を導入し、1998 年には GP の診療所である Practice について包括的な償還方式となる、Incentives Program (PIP) を導入した。1999-2000 年には、Enhanced Primary Care (EPC) を導入し、慢性疾患患者に多職種協調のケア提供に対する報酬を創設した。2004 年には GP と協働し代理する practice nurse への報酬制度を創設し、その後、2005 年には EPC を改善した、Chronic Disease Management (CDM) items を導入した。このように、メディケアの枠内で、償還方式を改革する政策が展開されてきた。

③各州政府による近年のディジーズマネジメント・プログラム事例

州政府は、州政府の財源と連邦政府の補助金を投入して Community health services を実施している。州政府はディジーズマネジメント・プログラムに関する政策展開を行っている。ここでは、2000 年から各州で実施されているディジーズマネジメント・プログラムを紹介する。その目的は慢性疾患の入院抑制を目標としているものが多い。New South Wales 州では、慢性疾患患者の入院の防止に重点を置いた NSW Chronic Care Program を、2000 年から 2009 年にかけて 3 つのフェーズに分けて展開しており、COPD や心不全の患者における入院期間の減少等の効果が得られた。慢性疾患の

³⁰ National Health Priority Action Council (NHPAC), “National Chronic Disease Strategy”, Australian Government Department of Health and Ageing, 2006.

³¹ The Australian Government Department of Health and Ageing, “Primary Health Care Reform in Australia: Report to Support Australia’s First National Primary Health Care Strategy,” 2009, pp15-17.

発症予防に重点を置いた NSW Chronic Disease Prevention Strategy は、2003 年から 2007 年において展開された。心臓血管系疾患や糖尿病等の疾患に加えてメンタルヘルスも対象としており、生活習慣におけるさまざまなリスク要因に注目している。また、予防のための取組の支援やアボリジニのような高リスク層への対応等が重点行動項目として掲げられた。Victoria 州で実施された Hospital Admission Risk program (HARP)は、慢性疾患患者の入院の抑制を目的として 2001 年に始動し、1 回の緊急入院あたりの平均入院期間が減少する効果が確認された。Integrated Chronic Disease Management (ICDM) は、慢性疾患患者の健康状態を良好に保つために、さまざまな医療プロバイダーが連携して、患者の自己管理の支援や行動の改善を援助する取組である。ICDM における患者自己管理のためのサービスの提供・調整を主たる目的とした、プライマリケアのプロバイダーによるパートナーシップも構築されている。州立プライマリケア機関の特定の取組を対象に、補助金が交付されている。2010 年度は、PDSA サイクルによる改善、チーム医療、経済的・社会的に不利な集団へのケアが対象となっている。Early Intervention in Chronic Disease in Community Health (EliCD)は、将来入院の必要性が生ずる可能性のある慢性疾患患者を対象とした、コミュニティベースの早期介入サービスである。Western Australia 州における Chronic Disease Service は、糖尿病、COPD、慢性心不全の患者を対象としており、健康状態の改善と自立した生活の促進を目的として、さまざまな医療スタッフがチームを組成して 3 ヶ月から 6 ヶ月にわたりサービスを提供するものである。Community Physiotherapy Services (CPS) は、理学療法士による運動・自己管理をベースとした介入プログラムであり、慢性疾患患者全般を対象とするもの、特定疾患の患者にフォーカスしたもの、体重負荷に耐えられない人向けに水中運動をベースとするもの等、種々のタイプが提供されている。Hospital in the Home Services (HITH) は、本来入院が必要な患者を入院させずに、短期間の在宅ケアで対応する取組である。24 時間のバックアップ体制を取り、医療スタッフによる医的管理が行われる。電話によるコーチングも提供されているが、患者による自己管理の促進の観点から行われる通常のコーチングのほかに、入院中の心臓病患者のなかからコーチが参加者を選定して行われる The COACH Program がある。The COACH Program は、慢性疾患の管理における治療のギャップを解決するための戦略として、Melbourne 大学の Margarite Vale 博士の開発により、1995 年にスタートした。The COACH Program は、冠状動脈精神疾患、脳卒中、2 型糖尿病等を対象疾患としており、州の公的医療部門、民間保険会社といった利用者側がトレーニングを受けて、患者へのコーチングの役割を担うこととなっている。また、Web ベースのソフトウェアにおいて、コーチングに関するさまざまな機能が提供されている。

(3) デিজーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

欧州を中心に 8 ヶ国のデジーズ・マネジメントを比較分析した、2008 年公表の報告

書³²は、つぎのとおり指摘している。

NCDS に関して、患者等の自己管理とコミュニティケアにおけるケアを重視するディジーズマネジメント・プログラムと整合的であり、ディジーズ・マネジメントに関し長期的視点から資金を確保している点は評価できる。しかし、急性期の episode ベースの出来高払いの MBS では、慢性疾患に関するディジーズ・マネジメントの展開には適格的ではない。今後の政策課題として、対象者の自己管理能力を高める支援策の改善（コールセンターなどの拡充）、保健職・医療保健機関の連携強化、GP とその他の医療保健機関の連携強化、より効果があがる公的部門と私的部門の財源の共有・提携の強化、情報通信技術の一層の活用をあげている。

また、La Trobe University の Australian Institute for Primary Care が 2008 年に公表した報告書では、現行のメディケアにおいて実施しているプログラムに投じられている予算と、HACC program などの州政府が実施している community health のプログラムの予算を統合することを提案している³³。

³² Nolte E et al, *“Managing chronic conditions: Experience in eight countries”*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

³³ Swerissen H and Taylor M, *“System reform and development for chronic disease management. A report prepared by the Australian Institute for Primary Care”*, La Trobe University, 2008.

第4節 シンガポール³⁴

(1) デジタル・マネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

シンガポールは、面積 707 平方キロメートル、人口 508 万人（うち、シンガポール国籍・永住者は 377 万人。2010 年）の都市国家である。民族は、中華系 75%、マレー系 14%、インド系 9%などで構成される。

1959 年に英国から自治権を獲得し、シンガポール自治州となり、1963 年マレーシア成立時には、マレーシアの 1 州となるが、1965 年にはマレーシアより分離、シンガポール共和国となる。東南アジアのなかでも早い時期から高い経済成長を遂げ、日本を含むアジア諸国のなかでも最も豊かな国の 1 つである。

②ヘルスケアシステム（提供体制と財源調達方式）の特徴

(A) 医療提供体制

シンガポールの医療提供体制は、一次医療（プライマリケア）を担う診療所と、二次医療を行う病院に大別される。診療所のうち、20%がポリクリニックと呼ばれる公的セクターの診療所であり、残りの 80%は、開業医による診療所となっている。病院は、病床数で見ると公的セクターに属するものが 80%、民間病院が 20%となっており、公的セクターが主体となっている。公的セクターは、二つの医療プロバイダー（National Healthcare Group, Singapore Health Service）に分けられており、シンガポールを東西に二分して担当している。それぞれの医療プロバイダーに、総合病院、専門病院、ポリクリニックが属している。

慢性疾患の外来治療は、診療所が担っている。公的セクターのポリクリニックでは 1 施設に 12 名から 20 名程度の医師、約 20 名の看護師、その他臨床心理士、理学療法士、栄養士、カウンセラーといった専門職が配置されている。

(B) 財源調達方式

シンガポールでは、医療に関する財源調達方式は、個人の自助を前提として構築されている。全国民と永住権者に加入が義務付けられている強制貯蓄口座 CPF（Central Provident Fund）が医療財源調達に関して主要な機能を担っている。CPF は、住宅購入資金、教育支出、退職年金など用途ごとに複数の口座に分かれているが、口座の 1 つとして医療費に利用するメディセイブ（Medisave）が設けられている。CPF に、メディセイブが導入されたのは 1984 年である。メディセイブには、将来の医療費支出に備えて、収入の一定割合（被用者の場合には事業主と被用者と折半で拠出）が積み立てられる。メディセイブの積み立てが利用できるのは入院により発生する入院費用、医師費用、薬剤費用であり、

³⁴ 本節は、2008 年 12 月 29 日に開催された第 8 回デジタル・マネジメント政策課題研究会における Cheah Jason 氏（National Healthcare Group Singapore Chief Projects Officer）による講演内容を元に事務局にて再構成して作成している。したがって、本節に記載されている内容については、講演当時のものである。Cheah Jason 氏の講演要旨は、DM 政策課題研究会の HP< http://www.sj-ri.co.jp/research/healthcare_socials/proceedings_pc/08.html>に掲載されている。

原則として外来診療は対象とされてこなかった。しかし、現在では、後述するように一部の慢性疾患の外来治療にもメディセーブが適用されるようになっている。また、メディセーブには、入院1日当たり、手術費は手術の内容によるなど給付の上限が定められている。

メディセーブを補足する目的で設けられているのが、メディシールド (MediShield) である。メディシールドへの加入は、オプトアウト方式 (加入拒否の意思表示をしない限り自動加入) となっている。メディシールドは、保険の形態を取っており、保険料は、保障金額、加入者の年齢により決定される。メディシールドは、メディセーブの給付上限を上回った医療費支出に充てることができるほか、特定の外来治療費にも充てることができる。メディシールドには、年間および生涯それぞれの給付上限が設けられている。

このほか、メディシールドよりも給付上限が高く適用範囲が広い任意加入の保険制度が設けられていたが、2005年からは、Medisave-approved Integrated Shield Planとして、メディシールドとの選択式で加入するようになっている。

②シンガポールにおける慢性疾患の状況

シンガポールの高齢化率は約9%と、日本、欧米先進国と比べると依然低い水準にあるが、出生率が低いこともあり、今後急速に高齢化が進行すると予想されている。シンガポールでは、6年に1回、National Health Surveyが実施され、その一環として慢性疾患の有病率、リスク要因に関する調査が行われている。2004年の調査に基づくと、18歳から69歳までの成人のうち、糖尿病の有病率8.2%、高血圧症20.1%、高脂血症18.7%との結果となっている。今後の高齢化に伴い、慢性疾患対策の重要性が高まると認識されている。

(2) デিজーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

シンガポールでは感染症が主体であった疾病構造が変化し、慢性疾患の有病率が高まってきたことを受けて、従来の病院を主体とする医療提供体制の変革が必要であるとの認識が高まってきた。シンガポール政府は、プライマリケアが慢性疾患を管理する重要なシステムであるとの認識のもと、患者が適切な場所、時期、費用で確実なケアを受けることができることを目標として、ポリクリニック、地域病院、高齢者福祉施設の投資に重点をおくように政策転換を図ってきている。慢性疾患対策としてのデিজーズ・マネジメントは、プライマリケアを担う医師が中心的な役割を担うものとして構成されている。

同時に、財源調達の間でも慢性疾患治療を重視する方向に転換を図り、2006年から、糖尿病、高血圧症、高脂血症などの慢性疾患の外来治療にメディセーブが適用できるように制度改定が実施されている。その後、喘息、慢性閉塞性肺疾患の外来治療もメディセーブの適用が受けられるようになっている。

(3) デিজーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

①デিজーズ・マネジメントの基本的考え方

シンガポール政府は、慢性疾患対策としてのデিজーズ・マネジメントを慢性疾患の患

者が担当する医師とともに定期的なモニタリング、適切な医療処置、ライフスタイルの改善、自ら積極的に疾患を管理すること、慢性疾患の患者を担当する医師による体系的かつエビデンスに基づくディジーズ・マネジメントのプロトコルの遵守を図ること、と定義している。

ディジーズマネジメント・プログラムを構築する際の基本的なモデルになっているのはワグナーモデルである。ワグナーモデルにしたがい、単なるヘルスケアシステムとしてではなく、ヘルスケアシステムを支えるコミュニティシステムであるとの考え方でディジーズマネジメント・プログラムは構築されている。そして前述のとおり、プライマリケアを担う医師が中心となるが、専門医をはじめとする多様な専門職と連携して患者の疾患を管理するモデルの構築が目指されている。

また、IT（情報通信技術）の活用がディジーズマネジメントの実施に重要との認識のもと、2004年には政府が Electronic Medical Record Exchange (RMRX) と呼ぶ仕組みを構築し、患者の退院記録、検査結果の病院間での共有化を実現したほか、医療記録の電子化を推進している。

②ディジーズ・マネジメントの実例

シンガポールでは、複数のディジーズマネジメント・プログラムが、政府のプログラムとして政府補助を受けて実施されている。ここでは、National Healthcare Group（以下、「NHG」）が実施しているディジーズマネジメント・プログラムについて紹介する。現在、NHGでは、虚血性心疾患、心不全、喘息、慢性閉塞性肺疾患、肺炎、脳梗塞、糖尿病、高血圧、高脂血症、抑うつ、骨粗しょう症といった多岐にわたるディジーズマネジメント・プログラムを開発し患者に提供している。NHGは、ディジーズマネジメント・プログラムの原則として以下の5つを重視している。

- (a) 異なる場所でも同じような方法でできる仕組みおよびプロセス
- (b) エビデンスに基づいたガイドラインおよび処置
- (c) 患者へのエンパワーメントおよび慢性疾患のセルフマネジメント
- (d) 病院利用の減少および最適なケアレベルへの移行
- (e) 慢性疾患の管理システムであること

最初に NHG が開発したディジーズマネジメント・プログラムは喘息患者を対象にしたものである。従来、同じ喘息患者が病院への入退院を繰り返すという事態が多く見られた。この理由の1つは、患者に喘息の発作を防ぐための生活習慣に関する知識が不足していたこと、もう1つの理由が投薬に問題があったことであった。そのため、NHGでは、喘息患者のケアと生活の質の改善を費用面で最も効果の高い方法で実現するための構造化された統合的で多面的なプログラムの構築を目指すことにした。こうして、喘息患者に対するクリニカル・パスを作成し、プライマリケアを行う診療所、病院での共有化、患者教育プロ

プログラムの開発、個別化された治療計画の策定といった要素から構成されるプログラムが開発された。このプログラムの実施により、急性の喘息発作、呼吸困難による病院利用者数は年々減少してきている。NHG のその後のディジーズマネジメント・プログラムの開発は、この喘息患者向けプログラムの開発の経験を踏まえて実施されている。

③ディジーズマネジメント・プログラムに関する課題

Cheah Jason 氏は、シンガポールにおけるディジーズマネジメント・プログラムの課題として次の点をあげている。

- ・開業医との連携が十分に図られていないこと。開業医は、自分の患者を手放したくないため、他の専門医への紹介を避けるといった行動を取ることが一因となっている。

- ・メディセーブの適用を受けられるとしても実質は自費診療であるため、患者に対するディジーズマネジメント・プログラムに参加するインセンティブ設計が難しいこと。ただし、現在ではディジーズマネジメント・プログラムの多くが政府のプログラムとして補助を受けており、患者負担が生じていないため、大きな課題とはなっていない。

- ・将来的な課題として、高齢化が進展するのに伴い医療とソーシャルケアの統合が必要になると考えられること。Cheah 氏は、医療とソーシャルケアの双方を同じプロバイダーが提供する地域のマルチサービスセンターの創設がプロジェクトとして進められていると話している。また、地域における医療とソーシャルケア双方のケアコーディネイトを行うコミュニティケア看護師の育成が進められているとしている。

第5節 英国

(1) デジタルマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

英国の公式表記は、グレート・ブリテンおよび北アイルランド連合王国 (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) である。連合王国 (United Kingdom) はイングランド、スコットランド、ウェールズおよび北アイルランドから構成されている。本節では、連合王国全体を指す場合に英国と表記し、それ以外はイングランド、スコットランドなどの表記を用いる。英国の面積 242,514 平方キロメートル(日本の約 65%) 人口 6,179 万人(2009 年、推計値、出所：英国国民統計局 (ONS)) である³⁵。

英国では、議員内閣制を取っており、主要政党は保守党、労働党、自由民主党である。1979 年にサッチャーが率いる保守党が政権党になり、1997 年にはブレアが率いる労働党が政権党になった。その後、2010 年には保守党と自由民主党の連立政権が成立した。

②ヘルスケアシステム（提供体制と財源調達方法）の特徴と政策の変遷

英国のヘルスケアシステムには、民間保険と利用者の私費負担によって、民間部門のヘルスケアサービスを利用する仕組みと、財源のほとんどを政府の財政等から得て、予防・リハビリテーションを含むヘルスケアサービスを、全住民に提供する National Health Service (以下、NHS という) の仕組みの両方が存在している。NHS は、ヘルスケアサービスを全住民に対して提供する医療保障制度として有効に機能してきた一方、英国の中央政府が定める予算の範囲内で計画的に提供されるため、供給不足の場合には多くの待機者を生み出すなどの問題点も抱えてきた。

問題点の解決のために、それぞれの政権は、NHS に関する政策文書を白書として公表し、改革を進めてきた。例えば、サッチャー政権では internal market を導入したのが、その一例である。ヘルスケアに関する政策、特に NHS に関する政策は常に大きな選挙の争点になってきた。政権交代は、NHS などに関する政策の方向性を左右する、大きな出来事である。英国の政権交代は、英国全体のヘルスケアの政策に大きく影響を与えるが、他方イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドはそれぞれ独自の地方自治制度を有し、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドはそれぞれ独自性があるヘルスケアサービス政策を展開している。NHS も、同一の原則に則り運営されているがイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドで違いがあり、One system- four structures と称されている³⁶。

NHS は、構造的に一次医療と、二次医療の明確な区分がある。すなわち、一般医 (General Practitioner. 以下、本節では GP という) を主な担い手とするプライマリケア(一次医療)と、病院と専門医を主たる担い手とするセカンダリー・ケア(二次医療)。

³⁵ 日本貿易振興機構 (ジェトロ) の国・地域別情報による。

³⁶ The NHS Confederation, "The NHS handbook 2010/11", 12th ed. The NHS Confederation, 2010.

secondary care)が主たる構成要素となってきた。しかし、NHSは、この他にもサービス提供を行っている。例えば、イングランドのNHSでは、緊急医療、Community health services、Integrated careなどのサービスを提供していると説明されている³⁷。Community health servicesとは、コミュニティ全体の住民を対象とする予防接種、疾病予防のサービスと、疾病・障害を有する患者に対して、セラピストであるAllied health professionalやCommunity nurseなどによって、病院外で提供される処置・ケアのサービスをいう。Integrated careとは、GP、Community nurses、薬剤師、Social care teams、緊急医療サービスなどの多職種が協働して地域のコミュニティとその住民個人に対して、慢性疾患、終末期ケアなどに関して提供するサービスをいう。

GPは、NHS等と契約に基づき、登録された住民を対象に医療サービスを提供する開業医である。GPの個人開業形態は減少し、パートナー形態の割合が増加してきている。契約上定められているサービスには、3種類ある。ひとつは、全てのGPが提供義務を負うEssential serviceで、登録された住民に対する、継続的な診療（慢性疾患では長期間の診療になる）や専門医・病院への紹介等が含まれる。慢性疾患患者をcommunity nurseに紹介することもある。Additional serviceは、提供が期待されているが参加しないこともできるもので、子供の予防接種などである。Enhanced serviceは、患者の要請・必要性に基づいて行う簡単な外科手術などである。

(2) デিজーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

1999年からイングランドは、タスクフォースを設けて患者の自己管理を支援するExpert Patients Programmeの導入を検討し、その後2001年に報告書³⁸を公表して、以来このプログラムを実施してきた。また、2000年代初めにはNHSが、英国全体のNHS実施基準を示すNational Service Framework（以下、NSFという）において、慢性疾患をマネジメントするChronic Disease Management（以下、本節では、CDMという）の実施基準・基本的な考え方を示した。すなわち、慢性疾患はプライマリケアの領域において対処できるし、対処すべきである。エンパワーされた患者が自分で管理できるようにする、慢性疾患患者の自己ケア(self-care)が重要であり、患者の服薬管理を支援すること、GPに加えてspecialist nursesもallied health professionalも中核的な役割を担うことができることなどである³⁹。

疾病構造が慢性疾患へシフトしたことへの対応のための包括的な政策展開が、明示的に政策文書にあらわれるのは、2004年からである。保健省は、2004年3月3日

³⁷ The NHS Confederation, "The NHS handbook 2010/11", 12th ed., The NHS Confederation, 2010.

³⁸ Department of Health, "The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century", Department of Health, 2001.

³⁹ Department of Health, "National Service Framework: A practical aid to implementation in primary care", Department of Health, 2002.

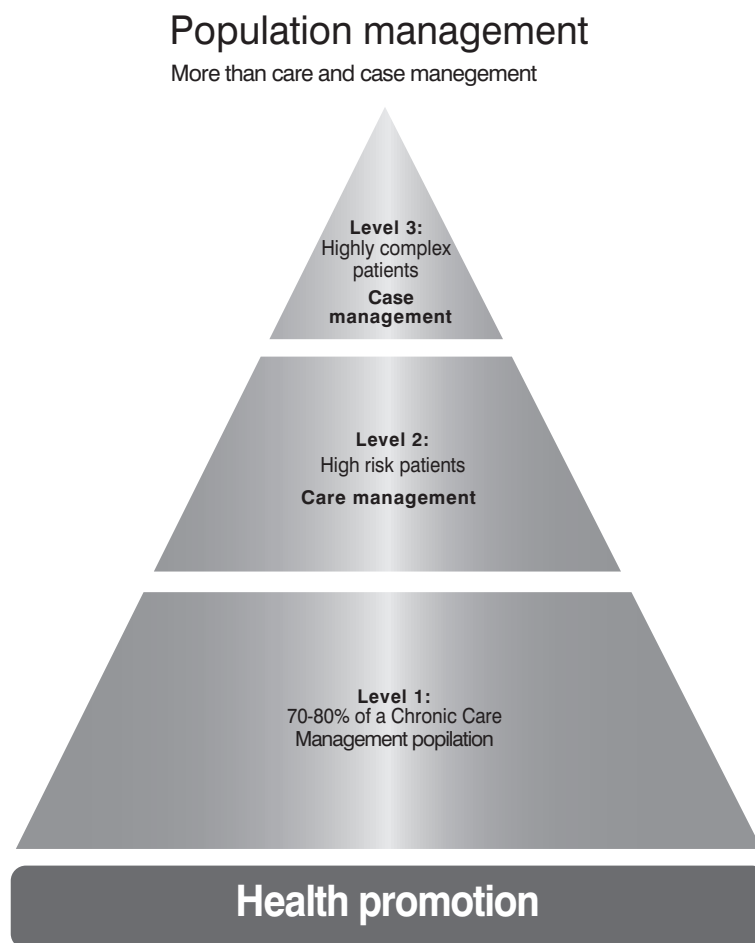
に”Improving Chronic Disease Management”⁴⁰を公表し、プライマリケアの診療の80%と緊急入院の3分の2は慢性疾患に関するものであり、慢性疾患⁴¹はNHSにとって重要な政策課題となっていると述べている。同文書は、CDMを改善するならば、患者ケア、サービス品質の向上および費用節減が期待できると記している。良好なCDMによって便益があった先行事例として、英国のCastlefields Health Centreの事例、米国の高齢者向けcase managementであるEvercare、退役軍人を対象としたCDM、およびKaiser Permanenteの事例を取り上げている。対象集団に対して慢性疾患の困難性の程度の違いに応じたアプローチを実行する、Population Managementのコンセプトを導入している。このPopulation Managementのコンセプトは、第1章で取り上げたKaiser Pyramidと同じである。すなわち、対象集団を3つの程度に階層化し、Level 1は全体の70%から80%の人々にself-managementを教育する。Level 2は、ハイリスクの患者集団であり、care managementを実施する。Level 3は、ハイリスクで特に困難度が高い患者に対して個別にcase managementを実施する。その対象集団全体に対して健康増進の取組を行う（図表2-5-1参照）。

第1章で述べたように、英国は米国モデルを自国の社会的医療的な文脈のなかで生かそうとする試みを実践してきた。米国のディジーズマネジメント・プログラムはそのままの形態で英国に導入されたのではないが、多くの点で換骨奪胎され英国流に改変され適用されていると考えられる。

⁴⁰ Department of Health, “*Improving Chronic Disease Management*”, Department of Health, 2004(visited Feb.9 2012)
<http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4075213.pdf>.

⁴¹ 慢性疾患は、chronic disease と呼称されることが一般的である。英国でも chronic disease の用法もあるが、long-term conditions の用語が用いられることが多い。

図表 2-5-1 Population Management



(出典) Department of Health, *“Improving Chronic Disease Management”*,
Department of Health, 2004

英国は、米国とのヘルスケアシステムが大きく異なると考えられているが、上述のとおり米国のコンセプト、プログラムを積極的に導入している。しかし、医療保険者に関するシステムに関しては、類似性があるとの指摘もある。Primary Care Trust (以下、PCT という)は、担当する地域が必要とするヘルスケア・サービスを GP 等と契約し購入して提供する NHS の組織である。これは、米国の地域を限定した MCO(managed-care organization)に擬えることができるとの主張である⁴²。この相違と類似性は、英国にとって米国のコンセプト、プログラム導入を条件づけていると考えられる。PCT は、担当する地域の住民を対象として、その必要とするプライマリケア、病院サービスなどの二次医療のサービスを調達提供するとともに、community care も提供する役割を担っている。その財源は英国保健省から割り当てられるので、強い予算制約があるが、医療

⁴² Robert L Kane, *“Strategies for improving chronic illness care: some issues for the NHS”*, *Aging Health*, 3(3). 333-342, 2007.

専門職を含む執行機関が独自にその執行につき判断して保健医療サービス資源の調達と提供を執行できる⁴³。一方で住民の健康について責任を負担する使命とその執行結果を説明する責任を与えられ、他方で強い予算制約のなかにあるため、サービスの品質を向上させるとともに資源効率性を向上させる強いインセンティブが与えられる構造になっている。

続いて同年5月1日に保健省は、“Chronic disease management: A compendium of information”を公表し、詳細を説明した。CDMに関するシステムを検討するための最も有用なモデルは、第1章で説明した Chronic Care Model である。NHSにはこの Chronic Care Model の要素を既に有しており、今後予定されている GP の報酬制度改定もこのモデルに含まれる。また、このモデルは、数件の個別的な CDM の取組を検討するのではなく、一連の連携した患者・地域への CDM の取組を検討するのに役立つとしている⁴⁴。具体的には Chronic Care Model を NHS のシステムに適用した結果を次のとおり説明している。まず、ヘルス・システムにおける、ヘルスケアサービスの組織(health care organisation (HCO))について、Primary Care Trust (PCT) は、他の NHS Trust や social care と連携して、統合的なヘルスケアサービスを提供する必要がある。主たる問題は、高品質のケアの提供を促進するインセンティブを関係者が共有できるかである。自己管理に対する支援(self management support (SMS))については、既に NHS において Expert Patients Programme 等が実施済みであるが、まだ部分的であり、さらに、薬剤師・薬局も役割を果たせるように変えることも進める。意思決定への支援(decision support (DS))については、エビデンス・ベースとする必要があるが、NSF や NICE⁴⁵のガイドラインは有用である。ヘルスケアサービスの供給システム的设计(delivery system design (DSD))については、多職種のチームによるサービス提供をプライマリケアで実現する必要があり、リスクの階層化に応じた取組として、ハイリスク者に対する case management 実施のために地域の看護師の役割を強化する必要がある。臨床に関する情報システム(clinical information system (CIS))については、慢性疾患の患者対応に関し、3つの R (registration, recall and review.) が不可欠だが、NHS は、registration は良好な位置にいるが、recall と review は改善の余地が大きい。情報通信技術は、リスクの階層化、品質管理、情報共有の改善のために活用すべきである。次にコミュニティにおける community resources (CR)については、PCT の役割が重要である。PCT は、担当する地域が必要とするヘルスケア・サービスを契約購入して提供する NHS の組織である。PCT は、自治体、地域のボランティア団体と戦略的提携関係を作りあげる必要がある。

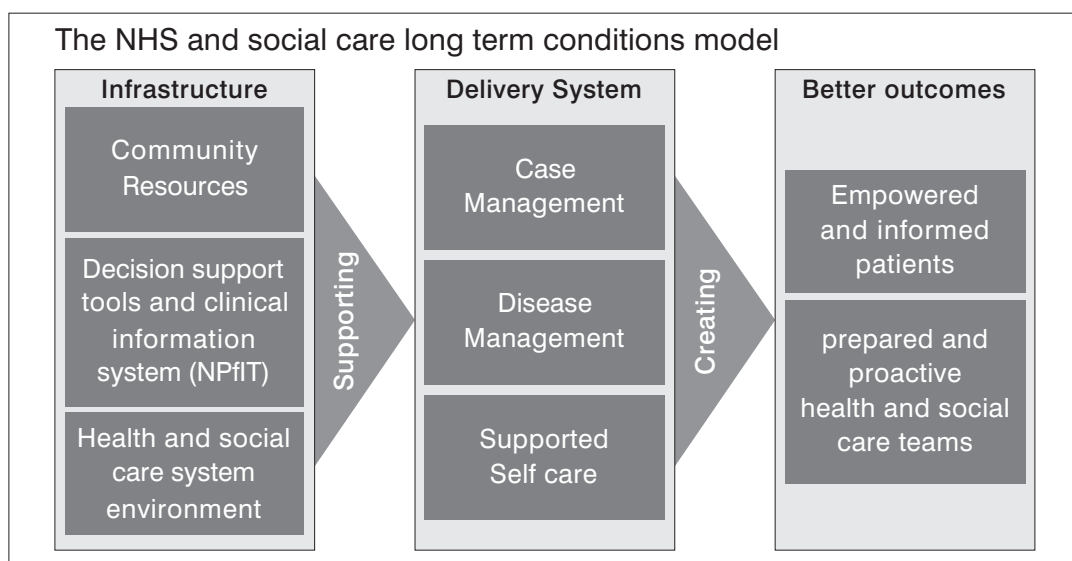
⁴³ White T, “A Guide to the NHS”, p.8, p.35, 2010

⁴⁴ Wilson, T et al, “Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions?” BMJ 330, 657-661, 2005.においても、NHS への適用の分析が行われている。

⁴⁵ The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) は、1999 に設立された、NHS の独立機関で、エビデンス・ベースのガイドラインを作製している。

2005年1月に保健省は、地域コミュニティにおけるイノベーションとヘルスケアサービスの統合を図る政策を説明した文書である、“Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration.”⁴⁶を公表した。ここで提示されたのが、医療サービスと social care を統合して慢性疾患を有する人々を支援するモデルである。このモデルを図示したのが、図表 2-5-2 である。

図表 2-5-2 The NHS and social care long term conditions model



(出典) Department of Health, “Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration”, Department of Health, 2005.

NHS and Social Care model は、Chronic Care Model をイングランドの実態と政策展開に合わせて改変したものと理解することができる。Delivery system は、Population Management の三層構造を示している。このモデルの要点は、以下のとおりである。① 医療、social care、患者、ケアサービス提供者(career)をリンクさせたシステムのアプローチ、②慢性疾患を有するあらゆる人を特定する、③ 人々をそのニーズに応じて階層化する、④二次医療を頻繁に利用する者に焦点を当てる、⑤case management を実施する

⁴⁶ Department of Health, “Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration”, Department of Health, 2005.

ためのコミュニティ看護師長(Community Matron)⁴⁷を導入する、⑥特に大量の深刻なサービスを必要とする者を特定する方法を開発する、⑦specialist advice に基づき多職種の共同するチームを編成して実施する、⑧self care を支援する地域独自の方法を開発する、⑨従来から実施していた Expert Patient Programme その他の self-management programme を拡充する(なお、図表 2-5-2 の disease management は、care management に該当する)。

(3) デিজீズマネジメント・プログラムの政策の現状と政策課題

英国の CDM および, NHS and Social Care model が目指す目標はいくつも掲げられているが、その目標のひとつは、効率性・サービス品質の改善であって、単なる費用の節減ではない。効率性・品質改善の取組は様々な形態で展開されている。NHS の関連組織として Health Enterprise East Limited (HEE) があり、革新的なサービス・プログラム開発を通して、NHS の効率性・品質改善に貢献することを使命としている。その HEE は、SBRI (Small Business Research Initiative) East を展開しており、2011 年に Improving the Health of People with Long-Term Conditions ‘Personalisation and Empowerment’ と題する、競争入札を実施した。その背景説明文書では、デジீズマネジメント・プログラムのコスト効率性に関するエビデンスはまだ限られているので、革新的なプログラムの応募を求めるとし、効率的なヘルスケアが強調されている⁴⁸。

デジீズマネジメント・プログラムに関する政策展開としてみるとどのように解することができるだろうか。まず、どこにデジீズマネジメント・プログラムがあるかをみると、実施主体が GP であり、population となる対象者は、登録された住民であるデジீズマネジメント・プログラムと、PCT が実施主体となって対象とする住民に対して population management 的発想で実施するサービスを主体とするデジீズマネジメント・プログラムの二つが考えられる。デジீズマネジメント・プログラムは、長期的な政策計画あるいは 全体的な計画を実行する際に用いられる手段のひとつである。デジீズマネジメント・プログラムに関する政策として策定展開されているのではない。

2006 年 3 月英国の King’s Fund が、英米の CDM を比較検討したセミナーにおいて、英米のシステム・環境の相違はあるが、両国間で共有された結論として、異なる当事者の財政的なインセンティブの設計が重要であること、情報通信システムの活用、多職種間の協働を実現する、医師あるいはその他の保健職のリーダーシップが重要であること

⁴⁷ 医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2009年版】」医療経済研究機構 2010 に掲載されている訳語を用いた。

⁴⁸ Technology Strategy Board, Competition for development contracts “SBRI East - Improving the Health of People with Long-Term Conditions Personalisation and Empowerment” (accessed 9, February, 2012) <http://www.innovateuk.org/_assets/new%20assets%202nd%20feb%202011/sbri_east_2011%20brief.pdf>.

などである⁴⁹。

2008年に纏められた、欧州8カ国のCDMに関する政策分析の研究では、イングランドについて次のとおり指摘している。その政策の主な焦点は、複雑なニーズを抱える患者を管理することにより医療サービスの利用を最小限に抑制し、ケアを病院から地域医療または一次医療施設に移行させることである。さらに、現在進行中のCDMに関する政策展開に取り組んでいる内容を以下のとおり要約している。すなわち、ディジーズマネジメント・プログラムを実施するスタッフ養成へ投資していること（具体的には、スタッフの新たな役割の開発、訓練・能力開発の枠組づくり、および広範なスタッフを勧誘するためのインセンティブシステムを採用したGPおよび薬剤師との契約方式の採用）、イノベーションを支援していること（新しいモデルを実地検証するグループを設置し、地域においてあるいは国際的ににおいて得られたエビデンス・ベースの知見を発表交換することなど）、情報システムを開発していること（social careも含めた全国レベルの情報共有施策など）、自己管理の支援とサービスが計画・実行・評価される際のサービス利用者の役割の重要性を重視する取組をしていること（Expert Patient Programme, その他サービスの利用者が予算を管理する仕組みなど）である。この指摘から、政策課題として、①関係者の積極的参画を促す取組、②経験知の交流の仕組み、③情報共有インフラの整備、④インセンティブシステムの最適化設計をあげている⁵⁰。

⁴⁹ Rosen R et al, *“IMPROVING CHRONIC DISEASE MANAGEMENT”*, King’s Fund, 2007.

⁵⁰ Nolte E et al, *“Managing chronic conditions: Experience in eight countries”*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

第6節 カナダ

(1) デジタルマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

カナダ(Canada)は、面積 9,984,670 平方キロメートル（日本の 26.4 倍）、人口 3,434 万 9,236 人（2011 年 4 月 1 日時点、推計値、出所：カナダ統計局）である。広大な国土に 3000 万人強が居住している。

カナダは、連邦制であり、10 の州（province）と 3 つの準州（territory）がある。最大の州はオンタリオ州である。連邦政府は、国防、外交、国内外の通商と貿易、移民、銀行・金融制度、刑法、漁業などを管轄し、州および準州政府は、教育、裁判所、病院、州内の天然資源、社会保障、医療および地方自治体制度などを管轄する。

②ヘルスケアシステム（提供体制と財源調達方法）の特徴と変遷

ヘルスケアに関する管轄は州である。しかし、連邦は州に対する援助等によって実質的に深く関与している。現在カナダは、すべての州において州が全州民に対して広範囲の医療保障を提供する Medicare⁵¹のシステムが実施されている。その財源は、一般財源であり、医学的に必要な医療サービス(medically necessary services)については、受診時に原則的に患者負担はない。Medicare の発足に至る歴史を振り返ると、1947 年にサスカチュワン州が入院費用を対象とする病院保険制度を導入したことに始まる（同州は 1962 年に医師の費用を対象とする医療保険制度を導入した）。サスカチュワン州に続き、他の州も同様の制度を導入していった。1957 年に立法された Hospital Insurance and Diagnostic Services Act に基づき、連邦政府は州政府の負担する費用の一部を負担した。その後、連邦政府が各州との協定等に基づき負担する制度は、例えば 1995 年からの Canada Health and Social Transfer (CHST)などを経て、現在も継続されている。連邦政府の財源負担と州・連邦政府の協議によって、各州が実施責任を負う Medicare が連邦全体としての統一的制度として運用される。

Medicare は、Primary Health Care Service、Secondary Services を提供する。Primary Health Care Service は、二つの機能を有している。ひとつは、ヘルスケアサービスを受ける最初の接触先であること、もうひとつはより専門的なヘルスケアサービスを受けるように紹介することである。診療所、community health centre の医師、看護師その他の保健専門職がサービスを提供する。民間開業の医師には、一般的には出来高払い（fee-for-service）の体系で報酬が支払われる。報酬支払の基準は、州・準州当局との交渉で決定される。Secondary Services は、病院、介護施設またはコミュニティで提供される専門的なケアである。病院は、州・準州当局から受け取る年間の包括予算を受け取って運営することが一般的である（追加の支払を行う州もある）。病院外の処方薬剤、歯

⁵¹ 米国のメディケアと同一綴りであるが、別のものである。カナダにおいて、米国のメディケアと区分するために大文字を使って Medicare を表記することがある。本節では、これに倣い Medicare と表記する。

科診療は原則的に対象外であり、利用者の私費負担で支払うか民間保険を利用することになる。1984年のCanada Health Actは、メディケア5原則を規定している。すなわち、①Public Administration 公的に管理・運営されること、②Comprehensiveness 包括的な医療サービスの提供であること(ただし、一般的な歯科治療等は除外。病院内の歯科治療は含む)、③Universality:普遍的にすべての州民に対して同じ条件で適用されること、④Accessibility:合理的で医学的に必要な(medically necessary)病院・診療所サービスが金銭的負担その他の障害なしに受けられる、⑤Portability 州外でも受給権が保障されることである。

カナダは米国の隣国であるが、米国とは異なりディジーズマネジメント・プログラムを実施するサービス事業者は存在しない。ディジーズマネジメント・プログラムを実施する実行者は、医療関係者自身になる。プライマリケアを担う医師は、primary care physician (以下、PCP という)と称されている(general practitioner または GP とも呼ばれる)家庭医である。PCPは、特定の疾患を専門にするのではなく継続的に患者をみる家庭医の機能を有し、軽度の高血圧や軽度の糖尿病などの慢性疾患の診療、予防も行っている⁵²。従って、慢性疾患対策を実施する場合には、このPCPの役割を重視するとともに関係者の協働が不可欠になる。このPCPを中心にMontague博士が提唱する患者第一(patient first)の理念にたつケアギャップ(care gap)の概念⁵³を用いた実践例がある。ケアギャップとは、①不適切な診断、②不適切な処方、③不適切なコンプライアンスおよび④不適切なアクセスである。同博士は、このギャップを埋めるのが、医療の質の向上を目指すディジーズマネジメント・プログラムであるとしている。この実践例として、ノバ・スコティア州でImproving Cardiovascular Outcomes in Nova Scotia(ICONS)と名付けられたプロジェクトがある。このプロジェクトは、1997年から5カ年計画で実施された試行実践(initiative)であるが、成功を収めたので2002年から政府が実施する事業に採用され、Cardiovascular Health Nova Scotia (CVHNS)と改称され継続している⁵⁴。このほか、ケアギャップに基づくプロジェクトは、その他の州でも実践された。成功の背景に、医師、看護師が中心となって医療の質を改善することを目指す医療者主導の取組以外に、患者、政府、製薬会社とのパートナーシップが機能したことも要因となっていると考えられる。

(2) ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

カナダにおいて2000年代に急性期のヘルスケアシステムが疾病構造変化に対応できず、Primary Health Care システムの改革が必要であるとの認識が高くなっていった。カナ

⁵² Thompson V, "Health and health care delivery in Canada", 2010,p.239.

⁵³ Montague T, "Patient First: Closing the health care gap in Canada", 2004, p.35.

⁵⁴ Department of Health and Wellness, Government of Nova Scotia, "CARDIOVASCULAR HEALTH NOVA SCOTIA NETWORK MEETING: MEETING REPORT", June 8th and 9th, 2007, <http://www.gov.ns.ca/health/cvhns/CVHNS_NetworkMeeting_June_07.pdf>.

ダ人はヘルスケアサービスが必要となれば、まず家庭医である PCP を訪問し、家庭医は必要な診療を行うか専門医に紹介するかのいずれかを行った。この episodic, responsive model は、かつてはうまく機能したが、現在では高齢化、慢性疾患罹患率の増加という変化に対して、例えば慢性疾患を予防するには、多様な技能の集結、患者自身の参画向上などの新しいアプローチ・新しいモデルが求められているとの見解が表明されている⁵⁵。

このプライマリケア改革の特徴は、利用者に対する包括的なサービス提供を行うチーム・アプローチへのシフトである。チーム・アプローチは、家庭医、看護師などが協働して、情報通信技術を活用し緊急訪問の減少などを通じた効率的で高品質のサービスを提供する仕組みであり、健康増進・慢性疾患対策に大きく寄与するとの合意があった。その改革を各州が円滑に実施するように、連邦政府と州政府の協定に基づく、連邦政府の援助措置が実施された。

2000 年からプライマリケア改革の動きは明確になった。2000 年 9 月連邦政府首相は、連邦政府と州政府の協定に基づいた Primary Health Care Transition Fund (PHCTF) の創設を発表した。2000 年から 2006 年まで 8 億カナダドルを拠出し、州・準州の関係者が、新しいプライマリケアのモデル(例えばチームベースのケア提供のための訓練、情報システムの構築など)に移行するのを支援するとした。その結果、各州はそれぞれ独自に発展途上にあるモデル構築に取り組む援助を得て取り組んだ。その結果は、取りまとめられ公表されている⁵⁶。

オンタリオ州は、2006 年 4 月に National Chronic Disease Management in Primary Health Care Conference を開催し、各州・準州の取組の経験を交流する機会を作った。その時の記録は、出版されている⁵⁷。

オンタリオ州は、2007 年 5 月に健康介護省が、慢性疾患対策を実施する包括的なフレームワークを公表している⁵⁸。このフレームワークは、Chronic Care Model から出発し、カナダの先進取組を参照して、エビデンス・ベースで纏めたものであるとしている。その独自性は、オンタリオ州の現実に適合するように組み立てられた、Logic Model である(図表 2-6-1 参照)。ロジック・モデルの特徴は、Component を明示し、Output, 短期中期長期の Outcome に分けている点である。

⁵⁵ Primary Health Care Transition Fund, *“Chronic Disease Prevention and Management”*, Primary Health Care Transition Fund, 2007.

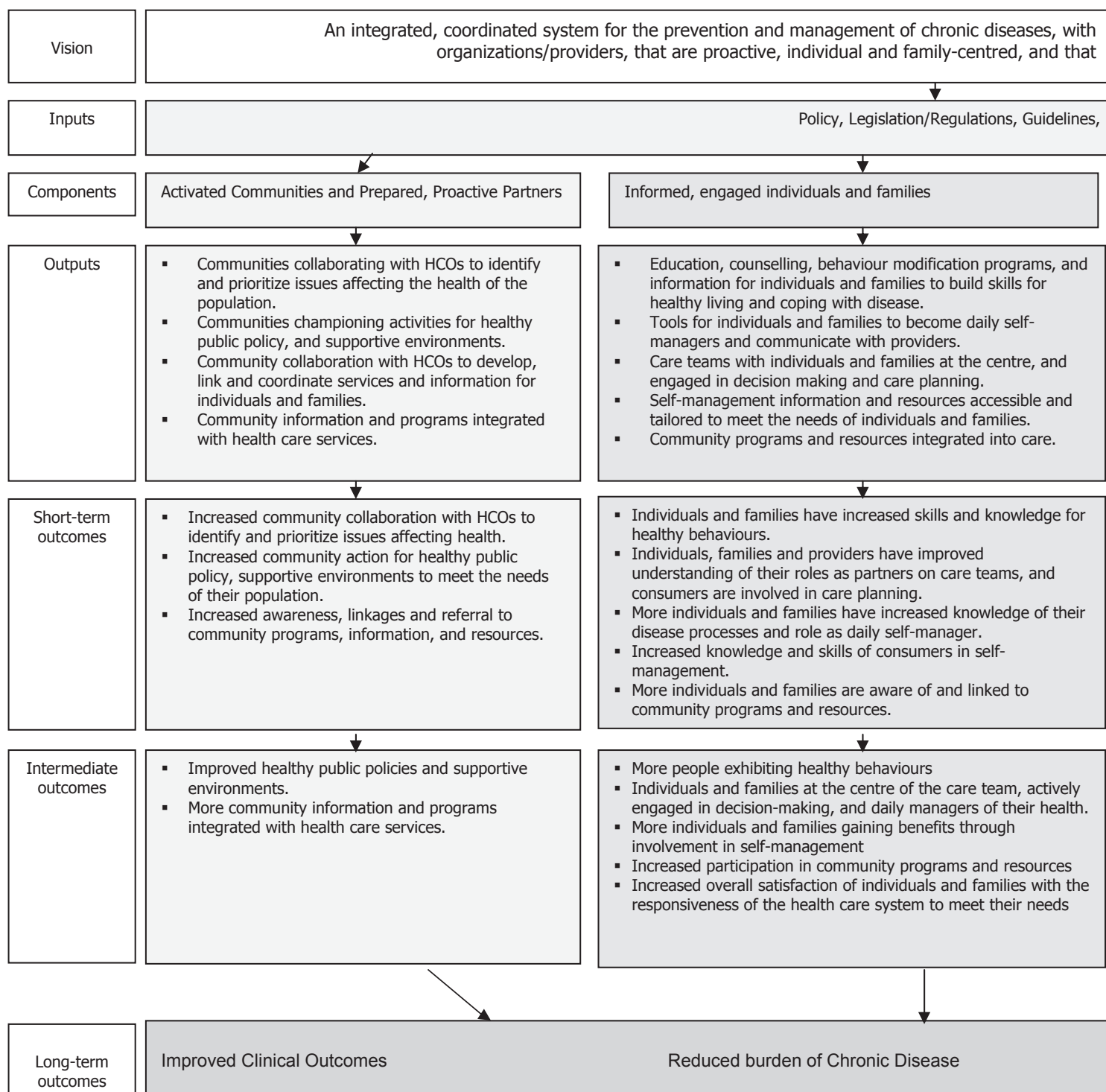
⁵⁶ Primary Health Care Transition Fund, *“Summary of Initiatives-Final Edition”*, Ministry of Health, 2007<<http://www.healthcanada.gc.ca/phctf>>

⁵⁷ Dorland J and McColl M A, *“Emerging approaches to chronic disease management in primary healthcare”*, McGill-Queen's University Press, 2007.

⁵⁸ Ministry of Health and Long-Term Care, *“Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario Framework”*, Ontario, Canada, 2007.

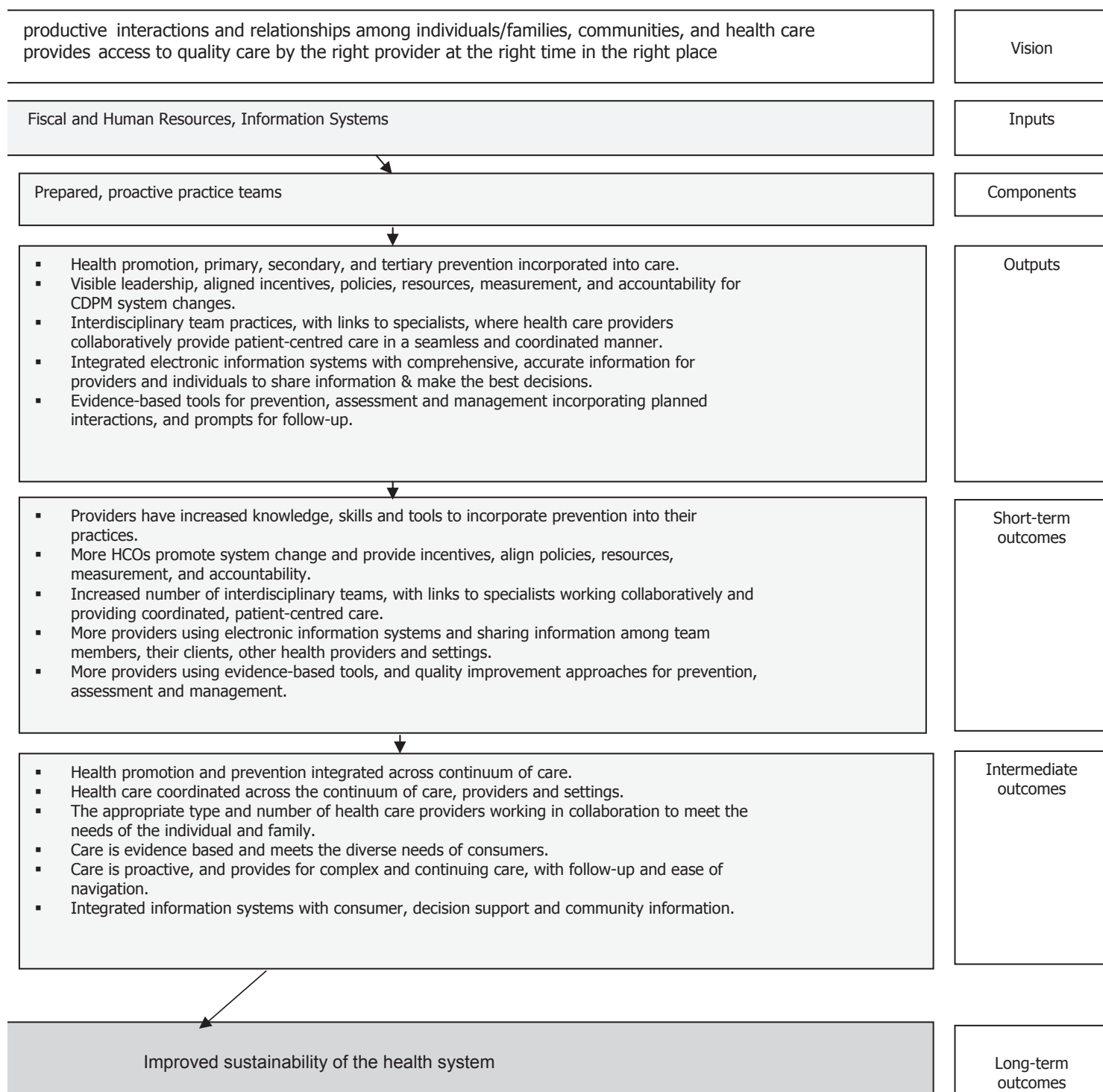
图表 2-6-1 Logic Model for Ontario's Chronic Disease Prevention and Management Framework

Logic Model for Ontario's Chronic Disease



(出典) Ministry of Health and Long-Term Care, "Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario Framework", Ontario, Canada, 2007

Prevention and Management Framework



(3) デイジーズマネジメント・プログラムの政策の現状と政策課題

2006年4月に開催された、National Chronic Disease Management in Primary Health Care Conference を総括して、John Dorland と Mary Ann McColl は、次のことを推奨している⁵⁹。

- Chronic Care Model, Kaiser Triangle 等の framework の利用は有益である
- CDM は、単一疾患ではなく複合的疾患のリスクファクターに注目すべき
- 中央政府の役割は、情報インフラストラクチャーの構築基盤整備と全体的インセンティブの設計である
- ボランティア組織を含むコミュニティの力が継続的な事業展開を可能にする
- 多職種協働のチーム活動が重要である
- 関係者が各プログラムを評価参照できる機会が、重要である

⁵⁹ McColl M and John Dorland, "Conclusion and Directions for the Future "; in Dorland J and McColl M, "Emerging approaches to chronic disease management in primary healthcare", McGill-Queen's University Press, 2007, pp.171-179.

第7節 ドイツ⁶⁰

(1) デジタルマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

ドイツの人口は8,175万人、面積は35.7万平方キロメートル（日本の94%）、実質GDP 2兆2,480億ユーロのEUの中核をなす国である（データはいずれも2010年）。1990年に東西ドイツが統一されて現在に至っている。政治的には、複数の政党による連立政権が交代を繰り返してきており、医療保障制度の変遷にも大きな影響を与えている。

②ヘルスケアシステム（提供体制と財源調達方式）の特徴

(A) 公的医療保険制度の概要

ドイツはいち早く社会保険制度を構築した国であり、医療保障に関しても現在まで社会保険方式にて運営されている。公的医療保険制度の保険者は地域、職域、職能別に設立された起源を有する疾病金庫である。ただし、高所得者など一定の条件を満たした人には、公的医療保険への加入義務はなく、代わりに民間医療保険に加入することができる。概ね国民の90%が公的医療保険に加入し、10%が民間医療保険に加入している⁶¹。また、わずかなかではあるが無保険者が存在する。

公的医療保険制度は、1970年代後半には、給付費の増加が課題となり、以来主として給付費の抑制を目的とした数次の改定が実施されてきている。そのなかでも財源調達の観点から見た大きな改定は、1992年に成立した医療保険構造法に基づき、加入者が疾病金庫を原則自由に選択できるようにしたことである。この改定は、疾病金庫間の競争を促進する目的で導入された。同時に、疾病金庫の加入者のリスクに応じて疾病金庫間で財政調整を行うリスク構造調整制度が導入された。リスク構造調整の仕組みはその後も改定が加えられているが、基本的な枠組は維持されている。加入者による疾病金庫の選択の自由とリスク構造調整制度は、ドイツの公的医療保険制度を特徴づける大きな要素である。なお、改革により疾病金庫間の競争が促進された結果、疾病金庫の数は急速に減少し、1992年に1,223あった疾病金庫は、2009年には202まで減少している。

最近では、2007年に公的医療保険競争強化法が成立し、無保険者への保険加入の義務付けなどによる国民皆保険の実現、疾病金庫間で異なっていた保険料率の統一化、疾病金庫間の資金配分と税財源の受け入れを行う医療基金の創設などの改定が実施されている。

(B) 提供体制

外来医療と病院医療は、明確に区分されている。公的医療保険が適用される外来医療は

⁶⁰ 本節は、2009年6月19日に開催された第10回デジタル・マネジメント政策課題研究会における事務局（損保ジャパン総合研究所）による講演内容を元に事務局にて若干加筆の上、再構成して作成している。したがって、本節に記載されている内容については、講演当時のものである。講演要旨および講演資料は、DM政策課題研究会のHP<http://www.sj-ri.co.jp/research/healthcare_socials/proceedings_pc/10.html>に掲載されている。

⁶¹ なお、公的医療保険の加入者向けに、公的医療保険がカバーしない範囲を補償する部分医療保険と呼ばれる民間医療保険がある。

保険医によって行われる。保険医になるためには地区の保険医と疾病金庫それぞれの代表によって構成される認可委員会の認可を得る必要がある。保険医は、一般医と専門医に分類されている。2003年に成立した医療保険近代化法によってゲートキーパーとしての機能を期待して家庭医制度が導入されている。原則として家庭医の紹介状により、専門医または病院を受診するという経路となっている。

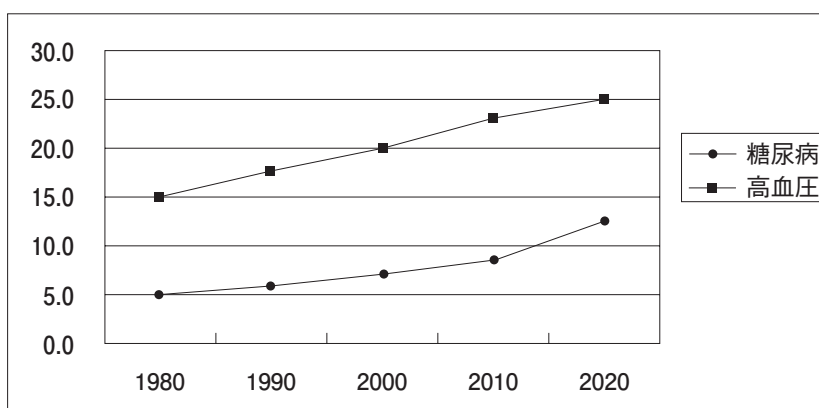
保険医の診療報酬については、各州の疾病金庫連合会と保険医協会との間の契約により予算総額を決定し、保険医に対しては出来高ベースでこれを配分するという仕組みが取られてきた。しかし、診療抑制、医療の質の低下をまねいたとの批判が強く、2007年には予算制（と予算の範囲内での出来高による保険医への配分）を廃止し、全国一律の診療報酬の単価を設定し、各州における契約締結の際には加入者の有病度を基準として診療報酬総額を取り決める新たな仕組みが導入された。

（2）ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

ドイツが構造化された治療プログラム（strukturierte Behandlungsprogramme）との名称のディジーズマネジメント・プログラム（以下、「DMP」）と呼ぶ）を疾病金庫に実施させるという形で制度として導入したのは2003年のことである。

DMPは、人口の高齢化、医療費の増加が進むなかで、慢性疾患患者の治療を効率的に実施し、医療の質の向上を図るとともに、医療費増加の抑制を図るために導入された。まず、それぞれを統計データにより確認しておく。ドイツの高齢化率は、1990年代後半には16%の水準となっており、以降も高齢化が進展すると予想されていた。医療費に関しては、対名目GDP比で見て1990年代後半に10%に到達し、その後も増加を続け2000年には10.2%、2002年には10.6%に上昇していた。そして、慢性疾患患者の全人口に対する割合は1990年代を通じて増加を続けていた（図表2-7-1参照）。

図表 2-7-1 糖尿病、高血圧の全人口に対する割合（%）の推移



（注）1980年、1990年、2000年は実績値、2010年および2020年は見通し。

（出典）Euromonitor International Plc, “World Health Databook 2007/2008”, 2007.

DMP 導入の直接の契機となったのは、ドイツ連邦保健省の諮問機関である専門家委員会の報告書であった。報告書では、慢性疾患治療において過剰な医療提供が行われている実態がある一方、過小、不適切な医療提供も存在していると指摘した。また、慢性疾患治療が急性期治療に偏重し、予防、リハビリテーションの取組が不足しているとした。さらに、患者と家族に対する情報提供と教育の機会の不足、医療関係者間のコミュニケーション不足、根拠に基づく治療が行われていないことなどが課題としてあげられた。

DMP は、2002 年にまず、2 型糖尿病、乳がんに罹患している患者に対して導入され、その後、2003 年、冠動脈性心疾患、2004 年、1 型糖尿病、喘息、慢性閉塞性肺疾患に順次導入された。

(3) デイジーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

①DMP の特徴

前述のとおり DMP は慢性疾患・生活習慣病に罹患している患者を対象とする二次、三次予防として導入された。導入に際しては、一次予防の導入も検討対象となったが、新たな財源が必要となること、方法論・効果測定に関して確実性が低かったため、導入が見送られたという。

DMP の特徴は、制度面ではリスク構造調整という既存の制度に組み込まれる形で制度化されたこと、プログラム面では患者の重症度等に応じた階層化の概念が含まれなかったこと、家庭医を中心としたモデルであること、の 3 点にある。

(A) 制度的な特徴ーリスク構造調整ー

DMP は、リスク構造調整の 1 要素として制度化された。具体的には、疾病金庫の加入者が DMP に参加登録することにより、リスク構造調整による交付金が疾病金庫に支給される仕組みとなっている。この交付金が疾病金庫に対する DMP を実施するインセンティブとなる。

DMP は、リスク構造調整という疾病金庫間の財政調整の仕組みに組み込まれたことから、プログラムの柔軟性に乏しいと指摘されている。疾病金庫が DMP を実施する場合、連邦保険庁の認可が必要となる。認可に際し、連邦保険庁では、リスク構造調整を定める法令との適合性が審査される。そのため、プログラムに対する疾病金庫の裁量が働きにくくなり、内容が硬直化する傾向がある。

(B) 階層化の概念がないこと

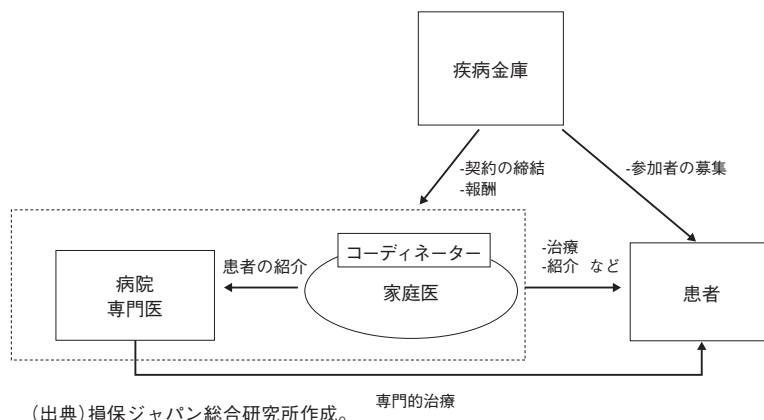
DMP には、参加対象となる患者のスクリーニングは行われるが、重症度等に応じた階層化は仕組みのなかに含まれていない。

(C) 家庭医を中心としたモデル

DMP は、家庭医が中心的な役割を果たすように構成されている。DMP の全体像を示したものが図表 2-7-2 である。参加者の募集は、運営主体である疾病金庫が行う。家庭医は、

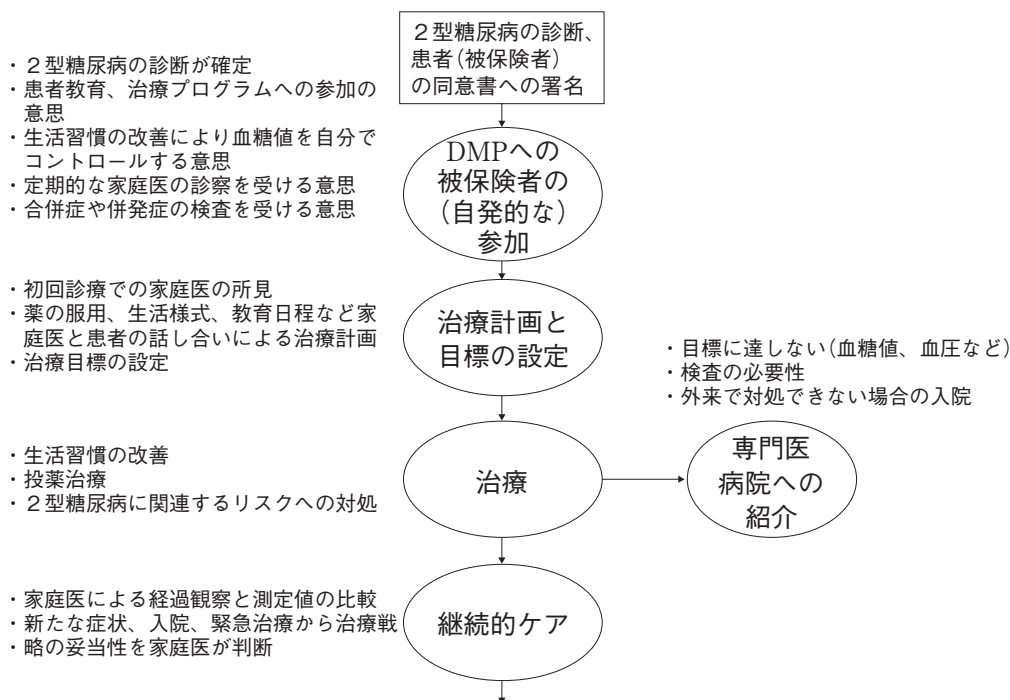
疾病金庫から報酬を得てDMPのガイドラインに基づいた継続的治療を行い、必要に応じて専門医、病院との連携を図る。家庭医を中心とするモデルが採用された理由については、家庭医モデルの推進を図りたいとする政府の意向があったこと、家庭医以外にプログラムの適切な実施・調整を図ることができる組織、専門職が少ないと考えられたこと、などがあげられている。

図表 2-7-2 DMP の全体像



DMPにおいて家庭医の果たす役割について、DMPのプロセスに即して実例を示したものが図表 2-7-3 である。

図表 2-7-3 DMP のプロセスと家庭医の役割
(地区疾病金庫 (AOK) が実施する 2 型糖尿病の DMP の例)



(出典) 地区疾病金庫 (AOK) による説明資料より損保ジャパン総合研究所作成

②DMP の成果と課題

DMP に登録している加入者は、2007 年時点で全プログラム合計 400 万人以上となっている。DMP 導入から数年が経過しており、DMP に対する政府の見解、研究者による評価が示されている。政府としては、すべての DMP を対象にした評価は実施していないとしながらも、一部の疾病金庫のプログラムにおいて、患者の検査データに改善が見られること、心臓発作、脳梗塞などの発症の低下が見られることを成果としてあげている。また、当初は導入への反対意見が強かった医師からも受け入れられつつあること、患者教育にも成果が見られているとしている。

また、大学の研究者によるアンケートに基づく調査では、患者満足度、患者の疾病、治療に対する意識に改善が見られるとの結果が示されているものもある。

プログラム全体としての評価が行われていないのは、階層化など対象集団全体での最適化を図る仕組みが組み込まれていないことに要因があると考えられる。前述したように、高度に制度化されたことによる柔軟性の欠如とともに、DMP の課題といえよう。

第8節 韓国

(1) デジタルマネジメント・プログラムの政策に関する背景

①国の特徴・沿革

大韓民国（韓国）は、面積 10 万 200 平方キロメートル（日本の約 4 分の 1）、人口 4,977 万人（2010 年）である。アジア諸国の中では、日本に次いで高度成長を実現し、2010 年の名目 GDP は 1 兆 145 億ドル、1 人当たり GDP は 20,759 ドル（2010 年）となっている。

②公衆衛生、保険制度、医療提供、医療費データ（図表 2-8-1 参照）

保健・医療科学の発達や生活水準の向上、栄養の質、質の高い保健医療によって韓国の平均寿命も大きく延びている。1960 年の平均寿命は、男 51.1 歳、女 53.7 歳であったものが、2008 年には男 74.5 歳、女 81.4 歳となった（出典：OECD Health Data。以下同じ）。

一方、医療提供の状況は、人口 1000 人当たりの臨床医師数 1.6、臨床看護職員数 3.8、臨床薬剤師数 0.6 と、いずれも日本より少ない。保健医療への支出については、総額 53,873 百万ドルで、日本のほぼ 4 分の 1 である（購買価調整（PPP）米ドル表示）。

図表 2-8-1 保健医療データ（2008 年）

	単位	韓国	日本
人口	1000 人	48,039	127,687
平均寿命(女)	年	81.4	85.6
平均寿命(男)	年	74.5	78.6
国内総生産(GDP)	/人, US\$ PPP	20,429	29,054
臨床医師数	/1000 人	1.6	2
臨床看護職員数	/1000 人	3.8	9.0
臨床薬剤師数	/1000 人	0.6	1.3
総病床数	/1000 人	7.4	14.2
急性期病床数	/1000 人	6.4	8.4
慢性期病床数(精神病床等を含む)	/1000 人	0.2	2.9
総保健医療支出	百万 US\$, PPP	53,873	29,8348
総保健医療支出	/人, US\$ PPP	1,121	2,337
個別的医療支出	/人, US\$ PPP	994	2,183
総医療支出	/人, US\$ PPP	665	1,714
入院支出	/人, US\$ PPP	283	921
入院外支出	/人, US\$ PPP	378	745
医療財支出	/人, US\$ PPP	330	469

(出典) OECD Health Data

韓国の医療保険は、日本と同様に社会保険制度を基本としているが、わが国の保険が加入者の勤務先により分かれているのに対し、韓国では、2000 年 7 月に全国統一の保険者となった。

歴史的に韓国の保険制度を見ると、1976 年 12 月に健康保険法（Health Insurance Act）の全面改正により、1977 年 7 月以降、従業員 500 人超のすべての会社は、健康保険を提供するよう義務付けられた。その後、保険の担保範囲は自営業者に広げられたことで、1989 年

に皆保険が達成された。1997年、国民健康保険法（National Health Insurance Act）が制定されたことによって、227の自営業者健康保険団体と公務員・私立学校従業員健康保険組合が統合されて、国民健康保険公団（National Health Insurance Corporation; NHIC）が創設され、2000年7月に、すべての健康保険運営制度が統合された。さらに2008年7月には長期療養保険（介護保険）が導入されている。

医療保険者の統合に伴い、2000年7月1日に、健康保険再審査庁（Health Insurance Review Agency; HIRA）が創設された。健康保険再審査庁は、保険者、サービス提供者、および他の関係当事者が一切関与することなく、医療報酬の再審査を行い、保健医療の実績を評価する機能を有している。

③医療提供者と健康増進・管理に関する職種

(A) 人的資源

保健関連の職員に対する資格の付与は、法律で厳格に規定されている。政府の免許を持つ者のみが、治療や公共衛生サービスを提供できる。医療法は、保健福祉部が、医師、歯科医、韓方医、助産婦および看護師に免許を与えると規定している。同法は、補助看護師、針士、灸士、およびマッサージ師を準医療人と規定している。また、いわゆる西洋医療のほかに韓方専門医、韓方薬剤師制度もある。

医師は、疾病の予防と診断、治療に関する医学的な処置をするもので、6年生の医学部を卒業し、国家試験に合格する必要がある。看護師は、患者、妊産婦の療養上の看護および診療の補助、保健活動に従事するものであり、3年制または4年生の大学を卒業し、国家試験に合格する必要がある。保健師は医療法上の分類にはなく、保健所に勤務する看護師が地域社会における看護の活動を行うことで保健師としての機能を果たしている。

(B) 医療機関

医療機関は、医療専門家が、治療を施し、妊婦の出産に助力する場所である。医療機関は、総合病院、病院、診療所、歯科病院・診療所(医院)、韓方医病院・診療所、療養所、助産所に分類される。また、保健所等の公衆衛生センターも医療機関であり、医療サービスが提供されている。これらの公衆衛生センターは、地区単位に設置されており、保健所（Health Center）、保健支所（health sub-center）、PHP（Primary healthcare post）の3つがある。

保健所は、自治体（邑面洞（市町村））毎に1か所設置されている医療機関で、医師、看護師、薬剤師、栄養士のほか、保健教育士（韓国保健教育・健康増進学会による民間資格）が配置され、医療提供と生涯健康管理（新生児・乳児、児童、成年・壮年、老人など）と地域での広報、疫学調査が行われる。健康増進・罹患予防は外部委託が認められるが、外部委託をするかどうかは各自治体独自の裁量が認められる。健康増進・罹患予防のための予算は「たばこ税」（国民健康増進法のもとで1995年制定）が充てられ、毎年の成果に応じて配分額に差がつく。

保健支所は、医師（主に兵役代わりに勤める若い医師）と看護師が配置され、農漁村地域に設置されており、さらにその下に、看護師のみが配置されている PHP がある。

④国の機関

健康増進に関する機関としては、韓国における全国統一の保険者である健康保険公団がある。健診の実施と健診データおよびレセプトデータを保有しており、事例管理の実施者であるが、健康増進は行わない。他に、健康政策全体の評価と基礎医学研究を行う国立保健院（National Institute of Health）、健康政策全体の評価と基礎医学研究を行う国立韓国保健社会研究院（Institute of Health and Social Welfare）がある。

⑤健康増進と生活習慣病管理指導

一次予防（健康増進、健康教育）は、保健所等が所管しており、住民の窓口負担はない。ただし主に貧困者が対象となっており、非貧困者は保健所等以外から自由なプランでサービスを受ける。二次予防（健診）は、健康保険公団が所管しており、全住民が対象で、住民の費用負担はない。現在、「U-Health」構想により、全国どこでもデータの入力・閲覧（権限設定あり）などができる計画が進行中であり。健診、レセプトのデータウェアハウスが構築されている。三次予防（重症化防止、リハ）については、医療機関の責任で提供されるが、診療報酬上の設定はなされていない。

（２）ディジーズマネジメント・プログラムの政策に関する沿革

①歴史的経緯

韓国では、疾病管理ではなく、「事例管理」として健康増進サービスが提供されている。事例管理導入の経緯を簡単に整理すると、もともとは、医療費増加が背景にあった点は、多くの国の疾病管理導入と類似した状況があったといえる。具体的には、2000年の強制医薬分業により約16兆5000億ウォンの医療費増加（分業前に比べ34%増）があり、医療費対策が重要視されることがあった。こうした医療費増加の問題に加え、慢性疾患患者の増加があり、特に慢性疾患の合併症・悪化による入院などの不適切な医療利用、さらに、過多受診、過少受診などの医学的に非合理的な受診行動が医療費増加の要因としてより重視すべきと考えられた。

こうした問題に対応するための医療費コントロール策としては、患者を合理的な受診行動に導くことが重要と考え、各国制度の調査から事例管理が導入された。具体的には、2002年4月10日保健福祉部国民健康増進総合対策「健保加入者の合理的医療利用誘導事業」において米国、カナダ、オーストラリアの事例が調査され、その後、大学・研究者による韓国での事例管理プログラムの開発・担当者教育など、導入準備を経て、2002年に国民健康保険公団による事例管理モデル事業が開始された。その後、国民健康保険公団が全国15支部に健康管理士31名（看護師有資格者）を配置（2002年8月～2003年12月）し、本格実施に至っている。その後、2004年に104支部に事例管理担当者（一般職員）139名配

置、2005年165支部に拡大している。

②事例管理の概念

韓国の事例管理は、「対象者支援のための包括的アプローチであり、個人のニーズを包括的に満たせるようにする一連の活動であり、直接的なサービス提供ではなく、個人のニーズを評価し、使用可能な資源の範囲内でニーズを満たせるよう機能連携すること」と定義されており、医療サービスの質の向上と医療に関わるコスト管理（費用/効果の高いサービスの提供）を目指すとされている。韓国の事例管理導入に際しては、各国のサービス管理、疾病管理、医療利用管理などの調査を行い、その結果として、事例管理の導入に踏み切った。事例管理を理解するために、それらの概念についても図表 2-8-2 にまとめた。

図表 2-8-2 事例管理と類似の概念

事例管理(case management)

一連の活動を通じ、資源を乱用したり最良の結果が得られなかったり、最良のサービス調整が行われない恐れのある患者のニーズを確認し、より進んだ計画および調整やサービス提供を通じアプローチするものである。直接的なサービス提供者ではないが、監督をする1人の専門家に権限を与え事例管理活動全般の責任を負わせる。事例管理は仲裁のひとつの要素で、他の臨床的仲裁(例えば、臨床診療指針または患者の助言者)を伴って提供することができ、または疾病管理(disease-management)の一部になり得る(U.S DHHS & CDC 2001)。

サービス管理(service management)

1970年代アメリカのペンシルバニア州で地域の高齢者福祉担当機関を中心に、高齢者とその家族に提供する総てのサービスを連繋・調整するプロジェクトで使われた用語で、高齢者に提供される様々な種類のサービス全体を活用できるように各種サービス機関間の調整を媒介に適切なサービス伝達を保証したもので、事例管理とほぼ同意語。

疾病管理(disease management)

保健医療体系の構造・プロセス面、資源や供給者の知識、態度、形態、患者または対象となる人口集団の知識、形態、健康結果等を総てを考慮した包括的な概念。次の3つの部分からなる。

- ・基盤知識: 疾病の経済的構造を計量化し、対象者に提供されるサービス全体に関する指針(それぞれのプロセスでどのような状況で、誰が、どのようなサービスを提供するかに関する)を含む知識
- ・サービス伝達体系: 伝統的な特定医療専門家および機関の間でボーダレスなサービス伝達体系
- ・持続的な質の向上: 基盤知識や指針およびサービス伝達体系を開発・改良する持続的なプロセス

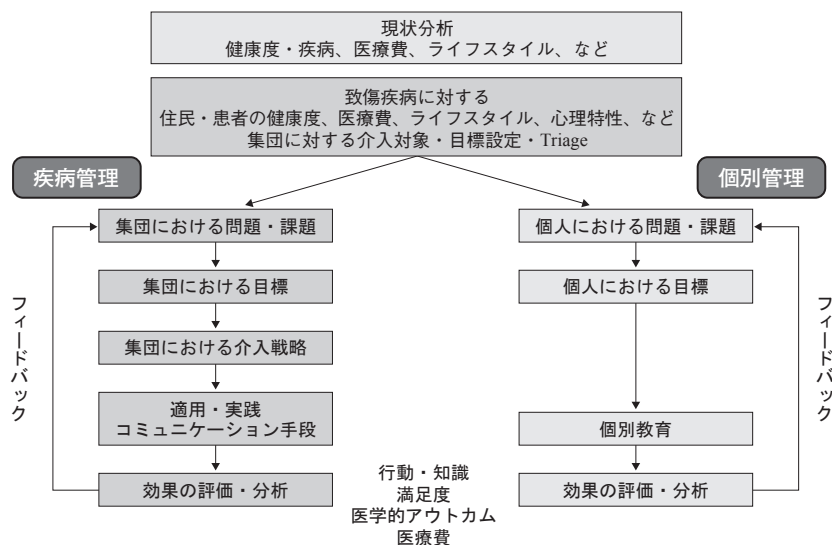
医療利用の管理(utilization Management)

対象者の適合性を決定し、保証される給付を解釈して、医療必要度および適切性や提供される保健医療サービスの効果を評価するもの。与えられた期間中にこの総ての過程で患者の状態に合う適切な保健医療提供者が適切な段階でサービス提供が行われるよう保証することである。

(出典) 国民健康保険公団「健康保険事例管理における人材開発およびモニタリング方案に関する研究」報告書

疾病管理は、対象者のリスクに応じて対象者を階層化し、個別的介入と集団介入とを組み合わせているのに対し、個別的介入では、個人の問題に沿って介入目標を設定して自己管理のサポートを行う点に違いと特徴がある(図表 2-8-3 参照)。ただし、韓国の事例管理も疾病管理の概念に基づいており、実際には、かなり近い考え方がみとれる。

図表 2-8-3 疾病管理（集団への介入）と事例管理



(出典) 筆者作成

上述のとおり、事例管理は、本来、個人を対象としたものであるが、韓国の事例管理は、人口集団に着目したアプローチである。すなわち、国民健康保険公団の保有するデータをもとに対象者を絞り込んでおり、対象者については、個別の目標が設定されるものの、介入はある程度パッケージ化されており、集団的介入と考えることができる。実際に、韓国の個別介入については、対象疾患に特化した管理基準およびプログラムを開発し適用するため、伝統的な事例管理に比べて高いコストパフォーマンス、治療の一貫性や連続性を維持、提供することができ、相対的に連繫すべき資源が脆弱でサービス提供機関の参加が積極的でない韓国の状況下でより現実的なアプローチともいえる。

一方、健康増進事業との違いについては、健康増進管理事業の事業対象者が健康な住民であるのに対し、事例管理事業については、慢性退行性疾患を患う加入者として、明白に区分している。事例管理事業において加入者の管理において生活習慣改善のための個別相談や教育が行われているため、同一の事業と誤解されることもあるが、事例管理における生活習慣改善の目的は、効果的な疾患の管理であり、生活習慣の改善は事例管理の主要な目的ではなく適正医療の利用を促すための付随的手段である。ただし、高血圧、糖尿、脳卒中等、対象疾患が同じであるため、相互のシナジー効果が期待でき、今後は事業の統廃合のための綿密な検討が求められる。

(3) ディジーズマネジメント・プログラムの現状と政策課題

①事例管理の具体的方法

(A) 対象疾患・対象者の選定

対象疾患は、高血圧、糖尿病、脳卒中、心不全、小児喘息を対象にスタート（いずれも外来）である。これらの疾患の選定にあたっては、死亡原因（高血圧、糖尿病、脳卒中）、総診療費（高血圧、糖尿病、脳卒中）、疾病管理の重要性などから、罹患率と治療費用に基づき、当初 17 の疾病が選定された。具体的には、2001 年国民健康栄養調査の結果、韓国国民が主に患っている 10 大慢性疾患、治療コストによる疾病選定の基準は 2002 年韓国の 65 歳以上の高齢者医療費の上位 10 位の疾患であったが、これらのうち 3 つは罹患率と治療コスト両方に重複したため最終的に 17 の疾患を選定した。次に、国民健康保険公団の事例管理指導委員として活動している保健医療の専門家 30 人を対象とした重要度評価（アンケート調査）が実施され、高血圧、糖尿病、脳卒中、心不全、小児喘息に絞り込まれた。その後、1 年間のテスト事業の結果、心不全と小児喘息は、疾病の進行が早く、必要な時期に事例管理が提供できないため除外された。2008 年より、関節炎、高脂血症（脂質異常症）が追加された。

事例管理を必要とする対象者は、普遍的なサービスとしてすべての患者が対象者となるわけではない。また、対象者選定基準、階層化は行っていない。

公団がレセプトデータを用い、一次選定し、サービス利用についての同意取得を行う。対象者の選定は、医療費が多いことだけが問題であるわけではなく、過少受診も、将来の医療費増につながる可能性があることから、過少医療利用者も対象となる。高血圧では、前年度に主病名あるいは副病名が「本態性高血圧(I10)」で入院 1 回または外来訪問 1 回以上診療費請求のある過多医療利用者（高血圧医療利用者中診療費が上位 5%）のほか、以下の基準に基づき優先順位付けされた過少医療利用者も対象となる（図表 2-8-4 参照）。

なお、サービス提供のアプローチとして、対象者がサービスの存在を確認し、サービス提供を要請する形態ではなく、公団の給付請求（レセプト）資料を活用して対象者を一次選定した後、サービス提供者がサービス利用に関して同意してからサービスを提供するトップダウン型である。

図表 2-8-4 高血圧、糖尿病の過少医療利用者の選定の考え方

高血圧				糖尿病			
年間来院日数 年間投薬日数	3～5 日	6～15 日	16 日以上	年間来院日数 年間投薬日数	3～5 日	6～15 日	16 日以上
1～179 日	I 群	II	III	1～179 日	I 群	II	III
180～239 日	IV	V	VI	180～239 日	IV	V	VI
240 日以上	VII	VIII	IX	240 日以上	VII	VIII	IX
・ 第 1 順位(IV)、第 2 順位(V)、第 3 順位(III) ・ 30 歳～70 歳年齢区間高血圧患者優先 ・ 健診結果で高血圧と判断され、主病名が「高血圧 (I10～I13)」で最近 1 年間治療実績がないもの				・ 第 1 順位(III)、第 2 順位(VI)、第 3 順位(V) ・ 30 歳～70 歳年齢区間糖尿病患者優先 ・ 健診結果で高血糖と判断され、主病名が「糖尿病(E10～E14)」で最近 1 年間治療実績がないもの			

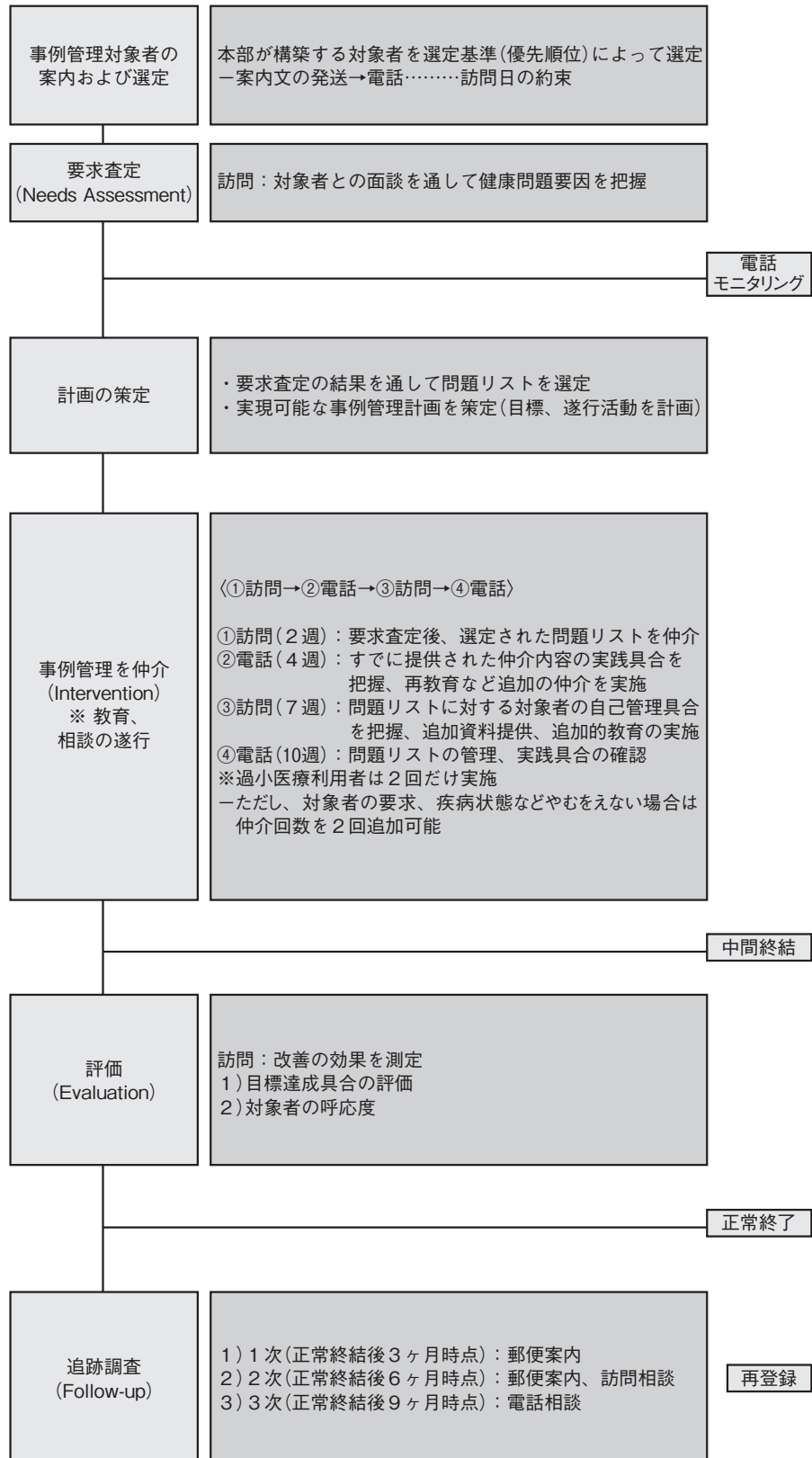
（出典）国民健康保険公団「健康保険事例管理における人材開発及びモニタリング方案に関する研究」報告書

(B) サービスの構成要素

対象者のニーズを満たす資源として、当該疾病、合併症罹患予防・治療などに必要とされる施設、専門職種、自治体、家族、ボランティア、などがあり、事例管理 担当者（事例管理士）と非専門家の参加が特徴となっている。

事例管理プロセスとして、①対象者の登録と評価：対象者かどうかの確認、②目標設定とサービス計画作り：対象者のニーズ評価、③サービス計画の実施：適切な資源利用のための機能分化・連携、④対象者とサービス提供状況のフォローアップとモニタリングと再評価から構成される。より具体的（詳細）なプロセスを図表 2-8-5 に示した。

図表 2-8-5 事例管理プロセス



(出典) 国民健康保険公団 健康管理部事例管理担当次長 キム・ヒョンマン氏へのメールインタビューをもとに作成

モニタリングプロセスについては、事例管理事業の目的は、加入者の健康増進のための疾患の適切な自己管理（糖尿病、高血圧、脳出血）および、それに伴う適正水準の医療サービスの利用と医療費の節減が目標とされる。ただし、事業の目的達成と、事業の持続的な発展のために評価とモニタリングが必要とされ、単なる医学的、経済的効果評価だけでなく process-oriented のモニタリングも行われる。具体的には、以下のような方法が取られている。

- ・ 進捗報告書：事業進捗報告書を毎日提出するようにして計画した日程と方向のとおり遂行されているかを確認する。
- ・ 中間発表：進行過程での成果と問題点を整理して問題点に対する解決策を模索するために関係者が参加する公開発表会を開くもの。
- ・ 現場評価：分期別に進捗および実績報告書上、不振な事業に対する現場評価を実施して(spot check) 代案を模索するもの。
- ・ インターネットを通じた事業過程公開：事業スタート6ヶ月以内にインターネットを通じた事業遂行過程を公開し毎月更新して随時評価および諮問を受けるようにするもの。
- ・ 電話調査：対象者にプログラム進行および満足度評価を実施するもの。
- ・ ワークショップの実施：評価大会または事業報告書をもとに評価大会や評価ワークショップを実施する。

(C) 事例管理のための人材育成

事例管理に関する人材は、サービス提供の形態によって異なるが、一定期間の臨床経験があり、看護師免許を保有している人（健康管理士）と看護師または社会福祉士の免許または資格を有する公団（NHIC）の職員（事例管理担当者）が一緒に参加する。

事例管理担当者は公団の人員のなかで事例管理業務に移った人たちで、これらの人のうち関連免許または資格者は事例管理担当者のうちの約4%である。雇用形態は、健康管理士の場合は契約職で雇用。事例管理担当者は正規の公団職員。それぞれの役割とトレーニングの概要を図表 2-8-6 に示した。

図表 2-8-6 事例管理の人材

	健康管理士	事例管理担当者
役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の治療指示履行に対するモニタリングおよび指導 ・ 危険要因減少のための教育およびおよび提供 ・ 合理的医療利用の指導 ・ 患者家族の支援能力を高めるためのサポート ・ 地域社会の資源活用のための支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人の健康ニーズを包括的に把握 ・ 対象者に活用可能な資源を把握し、対象者に対して必要な資源を連繋 ・ 個人の健康ニーズを満たせるようにサービス計画をたて、これを施行し、モニター、評価 ・ 個人の個別的な健康ニーズを考慮して活用可能な様々な資源を調整 ・ 対象者および資源とのコミュニケーション ・ サービスの質とコストパフォーマンスを評価
人材開発プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回教育: 事例管理事業の背景と概要、関連の行政業務、健康保険制度の紹介、保健教育および相談技法、事例管理プロセス ・ 継続教育: 事例管理対象疾患(高血圧、糖尿病、慢性心不全症、小児喘息、脳卒中)別に事例管理方法に関する教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾病別課程、健康保険政策の課題と方向、事例管理事業の概要、地域社会の資源活用など ・ カリキュラム(例) <ul style="list-style-type: none"> ・ 加入者支援事業の政策動向 ・ 高血圧や糖尿病の理解 ・ 高血圧ならびに糖尿病ニーズ調査方法 ・ 禁煙/節酒指導 ・ 効果的な相談技法 ・ 運動療法、足の管理、食事療法/など

出典：国民健康保険公団 健康管理部事例管理担当次長 キム・ヒョンマン氏へのメールインタビューをもとに作成

②日本への示唆

韓国では、事例管理との名称を用いているが、対象者の選定にレセプト（保険公団への請求書）を用いるなど、わが国の特定健診・保健指導の仕組みと共通する部分も見られる。ただし、健診データは、今のところ利用されておらず、レセプトを用いるため、当該疾病罹患者を対象とした重症化予防（三次予防）を対象としている点は大きく異なる。

また、全国統一の保険者であるため、サービス提供にあたっては、資源の地域偏在も考慮され、個別的な指導プログラムが作成されていること、単に、直近の医療費だけに関心を持つのではなく、将来の医療費増につながる可能性の高い過少受診者も対象としていること、介入を行う担当者としては、看護師など医療職以外のものを教育して参加させていることなどの特徴を見ることができる。また、韓国では、医療に限らず情報コミュニケーション技術（ICT）の利用が、わが国に比べ進んでいるが、事例管理においても対象者情報の収集や管理において ICT の利用がプログラムに盛り込まれている点も特徴のひとつといえよう。

本稿では、紹介しなかったが、事例管理の効果についても、専門誌への発表が行われている（例えば、So, Ae-Young, Kim, Yun-Mi, Kim, Eun-Young, et al.: Effects of Community-based Case Management Program for Clients with Hypertension. J Korean Acad Nurs Vol.38 No.6, 712-725 など）。ただし、それらの論文を見る限り、短期的（半年程度）な効果は認められるものの、生涯にわたり自己管理が必要となる生活習慣病についての長期的な介入効果の検討は十分とはいえないと思われる。

また、事例管理に関する企業の関与については、法律上の整備が不十分であったことから、企業の参加はあまり行われていなかった（インタビュー実施時点では、2009年に健康増進における栄養サービス先進化法案が成立する予定であり、同法案成立により企業の参加が認められるとのことであった）が、今後、企業が地域住民の健康自己管理サポートに参加する場合の品質管理が、わが国の特定保健指導と同様に課題になるものと考えられる。

韓国の医療提供の仕組みは、地域の公衆衛生センターも医療を提供していることなど、わが国と異なる点もあるものの、保険者が全国統一であることは、国民の居住地や職場が変わっても、個人の保健医療データを疾病管理に利用することが、わが国よりも容易であり、本稿で紹介した個別管理以外にも、様々な医療の質評価に利用されている。こうしたデータ利用のあり方についても、今後、わが国への利用可能性について検討する価値があるものと思われる。

本資料は以下により作成したもので、最新の状況とは異なることがある。

1. 国民健康保険公団「健康保険事例管理における人材開発およびモニタリング方案に関する研究」報告書（2005年7月版）
2. 国民健康保険公団 健康管理部事例管理担当次長 キム・ヒョンマン氏へのメールインタビュー（2009.11.2）
3. ヘルスマックス社インタビュー（2009.11.2）
4. 延世（ヨンセイ）大学保健科学大学院保健行政学科教授 ナム・ウンウ教授へのインタビュー（2009.11.3）
5. 江陵・原州（カンヌン・ウォンジュ）国立大学看護学部 ソ・エヨン教授へのインタビュー（2009.11.3）
6. 2006年5月現地調査(国民健康保険公団等)

第3章 各国比較から得られる示唆

第1節 先進各国の政策実施の論点と政策実行に関する課題

(1) 政策実施の論点

第2章の各国の状況から、ディジーズマネジメントに関する政策を実施する際にどのような論点があるかを以下に整理した。

①ディジーズマネジメント・プログラムの効果と位置づけ

ディジーズマネジメント・プログラムは、2000年代初めにその効果、特にコスト削減効果について大いに期待された。しかし、実証研究の分析結果として、結論はまだ出ていないとはされているが、当初の期待ほどの大きなものではないとの見解が一般的になっている。米国では、雇用主・州政府を含む医療保険者がディジーズマネジメント・プログラムを採用しコスト削減効果、特に継続的な効果を期待したが実現はしなかったと考えられる。しかし、合理的なプログラムは、リスクファクターの減少などの効果をあげることについては共通の理解になっている。米国におけるディジーズマネジメント・プログラムは、通常の医療保険に組み込まれる標準装備的なものになったと考えられる。特に、care management はディジーズ・マネジメントとして盛んに活用されている。米国以外の英国、オーストラリア等では、公的な政策当局がディジーズマネジメント・プログラムの費用節減には期待はしないが、リスクファクターの減少の効果を認めて導入実施を続けている。

ディジーズマネジメント・プログラムを大規模に実施して効果があったという、エビデンス・ベースの結論は出ていないが、公的な政策当局にとって慢性疾患対策・政策である Chronic Disease Management(以下、本節では CDM という)を実施する際の、ひとつの有力な手段という位置づけになっている。

②状況分析把握のためのモデルと政策課題の把握

ディジーズマネジメント・プログラムを手段として利用する政策を検討する際、政策実施の検討に用いられるモデルは、第1章で取り上げた Wagner らが提唱した Chronic Care Model であることが、第2章で取り上げた国々では一般的である(勿論それぞれ実態に応じて修正されているが、出発点は Chronic Care Model である)。

人口の高齢化等により慢性疾患問題が重要になったという疾病構造の変化に対して、問題解決を図ろうとする際に、慢性疾患の予防支援を合理的効果的に実施するディジーズマネジメント・プログラムは有力な手段になるが、その適用される領域はプライマリケアの領域である。Chronic Care Model は、プライマリケア改革の課題・方向性を検討するのに役立つと一般的に考えられている。

ゲートキーパー制を実施している、英国・オーストラリアをはじめ、プライマリケアの領域が明確な国では、病院サービスから community base のプライマリケアサービスへのシフトを実施しようとしている。CDM とディジーズマネジメント・プログラ

ムの実施は、プライマリケア改革のなかでどのように用いられるべきかとの論点がある。

③政策目標の設定と関係領域

ヘルスケア改革あるいは CDM とディジーズマネジメント・プログラムを実施する目的が医療費増加のカーブの抑制か、効率性・公平性の向上かなどによっても、解決手段としての CDM とディジーズマネジメント・プログラムを用いる方法が変わってくるという論点がある。

多くの場合、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策は、プライマリケア改革の一環として立案され推進される。具体的には、高額な病院資源の使用削減、入院・再入院の減少、および入院期間の短縮などが考慮されている。なお、プライマリケア改革が、供給体制の大規模な組み替えまで含む段階のものか既存体制の協働体制の強化の段階に留まるかによって、問題解決手段としてディジーズマネジメント・プログラムをどのように用いるべきかが変わってくるという論点もある。

また、英国の様に NHS and Social Care Model のなかに CDM およびディジーズマネジメント・プログラムが取り込まれる関係では、これらの領域との連結・包含をどうすべきかとの論点が出てくる。高齢者ケアの領域では、複数疾患の問題をどう扱うべきであるかも論点になり得る。

④政策展開の実効性

CDM とディジーズマネジメント・プログラムを実施するには、既存の事業に加えて追加の財源（あるいは他の事業と代替する）などの措置が必要になる。ヘルスケアに関する追加財源の確保あるいは財源のシフトは、容易に政治的問題になりやすい。その意味では、政治状況がどうなのかが重要な論点となる。

1年2年単位の短期決戦は不可能であり、長期的なタイムフレームを必要とするため、長期的な展開戦略をどのように策定するかとの論点がある。カナダのオンタリオ州の Logic Model などは、その課題に取り組んだ、ひとつの好例である。

事業が長期的継続的に実施され実効があがるには、インセンティブが極めて重要である。例えば、英国における GP の報酬支払スキームにおけるインセンティブの設計などが、継続的な活動を推進する。多職種協働を実現する当事者のインセンティブの設計も重要である。

問題状況は、その時その地域で異なる。問題の多様性は解決方法の多様性を生み出す可能性がある。その意味で、解決策としての CDM とディジーズマネジメント・プログラムの多様性を許容することは重要な論点になる。One fits all のアプローチは実際的ではない。

CDM とディジーズマネジメント・プログラムは、確立された唯一の方法があるのではなく、なお発展途上にある。その意味で、イノベーションを誘発促進するモメンタムをどのように埋め込むかとの論点もある。加えて、オーストラリアのように、実践

知の交流の仕組みづくりをどのように継続的に効果的に実施できるかとの論点もある。

(2) 政策実行に関する課題

以上の論点を踏まえて、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策を実行しようとする際の課題としては、以下の点をあげることができる。

①歴史的社会的政治的文脈に応じた問題領域の設定、解決策の選択

ディジーズマネジメント・プログラムの政策は、それ自体で完結し独立した政策ではなく、より広範囲あるいは長期的な政策目標を実現する方策となっている。例えば、疾病構造の変化に対応するヘルスケア供給システムの改革・改良の一部として、あるいはプライマリケアのシステムにおける品質・効率性の改善策の一部としてなどである。すなわち、ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策についての枠組に関する課題がある。ディジーズマネジメント・プログラムに関する政策目標は、歴史的社会的政治的文脈に応じた問題領域で適切に設定し、実行することが求められる。

②長期的な資源の確保と戦略

ディジーズマネジメント・プログラムを実施して効果があがるには、長期間を要する。このため、長期的な資源の確保が必要となる。政策実施に際して限られた財源を投入する際、どのような優先順位となるかが問題になるが、政策優先順位の問題は、短期ではなく、長期にわたる。長期的な戦略を有しているか、継続的に戦略を遂行できるかが課題であるが、この課題は、政策形成における社会的合意および政治の方針との関係が深い問題である。

③関係当事者のインセンティブシステムの設計

ヘルスケアサービス提供関係当事者のインセンティブ設計に関する課題がある。関係当事者にとって無理なインセンティブの仕組みとなっていると、継続的によりよい政策効果を期待することは難しい。ディジーズ・マネジメントは、慢性疾患を対象とするため長期間の事業になるので、この点の配慮は重要である。また、無理な強要がなくとも、適切なインセンティブ・援助制度で慢性疾患に関する疾病予防支援活動が期待できるようにする必要がある。

④当事者の組織能力(capability)

インセンティブシステムの設計が適切であったとしても、実行する当事者がその能力を有しているかが問題となる。支援介入を受ける個人のインセンティブの問題は、ディジーズマネジメント・プログラムの問題でもあるが、支援介入を実施する組織側の組織能力(capability)は、ディジーズマネジメント・プログラムの政策課題としての問題になる。ディジーズマネジメント・プログラムは、個人あるいは集団に対して組織が支援介入を行う。例えば、組織内における多職種の協働を実施する組織能力など組織にとって必要とされる組織能力が具備されるようにすること、そのような組織が

少ない場合には養成・向上させ成果に結実させることが課題になる。

⑤イノベーションの促進

ディジーズマネジメント・プログラムおよび CDM は、まだ発展途上にある。多様な現場の取組を奨励し、イノベーションを誘発促進する必要がある。

第 2 節 日本の特定健診・特定保健指導事業の特徴と政策課題

(1) 日本の特定健診・特定保健指導事業の特徴

①二つの流れを持つ政策

2006 年に特定健診・特定保健指導事業が実施されるに至る経緯には、大きな二つの流れがある。

ひとつは、2000 年から開始された国民健康づくり運動「健康日本 21」の流れである。2000 年からは、10 カ年計画で国民運動である「健康日本 21」が開始され、2002 年にはその法的基盤の強化のために健康増進法が成立公布された。「健康日本 21」は、施策の成果の評価が困難であるとの課題に対応するために、具体的な目標を設定し、対策を実行した後、その効果を評価することにした。具体的な目標としては、生活習慣病およびその発症・進行に関与している生活習慣の改善等に関する課題を選定し、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんの 9 分野において計 70 項目にわたる具体的な目標が設定された。さらに、生活習慣と健康づくり・疾病予防との関係に関する科学的知見の蓄積を図り、科学的根拠に基づく活動とすること、目標の進展度を 10 カ年計画の中間点である 2005 年に中間評価することとした。「健康日本 21」の中間評価の作業が、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会において 2004 年 10 月から進められた。同部会は、同時にこれまでの生活習慣病対策の現状と課題および今後の方向性について審議し、2005 年 9 月に「今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ)」を公表した。その要点は、メタボリックシンドロームの概念に基づく健診・保健指導の導入、健診機会の段階化と保健指導の階層化、科学的根拠に基づく保健指導と保健指導プログラムの標準化である。慢性疾患の対策のための特定健診・特定保険事業の骨格が示されている。

もうひとつは、財政目的のための「医療費適正化」である。2005 年 10 月 4 日の経済財政諮問会議で厚生労働大臣が端的に説明している。すなわち、「糖尿病等の生活習慣病の罹患者が増大し続けており、加えて加齢とともに生活習慣病が増悪して脳梗塞、心筋梗塞等を発症するケースも増大している。こうした構造的な要因などにより、老人医療費を中心に医療費の伸びが経済の伸びを上回っている。このため、医療費適正化を進めるためには、生活習慣病などの医療の伸びの構造的な要因に着目して、国と都道府県が協力し、患者、医療機関、市町村を含めた医療保険者もそれぞれの役割を果たしながら、医療費適正化を推進することが適切である。これにより、国民の生活の質を確保・向上しつつ、医療そのものを効率化し、医療費の伸びを徐々に下げることができる。」医療費

の伸びを抑制するのが、政策目標とされたのである。しかし、国会審議の場においても医療費の抑制に繋がるとの明確かつ確固としたエビデンスは示されなかった。また、社会保障費用抑制政策への対応策として適切か、政策実現の見通しとコストがどの程度になるかについても十分に議論がなされたとはいえなかった。大規模な政策展開を図るには、エビデンス不足のなかで強行された面が強くある。

②ヘルスケアに関する政策としての特徴

a. 医療費抑制の目標

医療費削減を目標とした、他の事業政策との連携が明示されていない政策である。

b. 予防の領域

一次予防のうち、医療行為とならない健康増進活動領域であることが特徴である。他の国では、二次予防、三次予防まで含まれることが多い。具体的には、「健康日本21」の健康増進・疾病予防事業の見直しに繋がる。2005年9月厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の中とりまとめ「今後の生活習慣病対策の推進について」は、メタボリックシンドロームの概念に基づく健診・保健指導の導入、健診機会の段階化と保健指導の階層化、科学的根拠に基づく保健指導と保健指導プログラムの標準化を求めた。

c. 介入支援対象集団

介入支援対象集団を、年齢で区切った全国民としている点は、極めて特徴的である。本報告で取り上げた先進国は、特定の集団（地域など限定的）に対してディージーズマネジメント・プログラムが実施されているのとは比べると極めて特異である。また、医療保険者がディージーズマネジメント・プログラムの実施主体になる事例は多いが、任意に実施している。法律によって医療保険者の義務化を行った点も他ではない実施方法である。

d. インセンティブの設計

医療保険者では、その対象とする加入者集団に対してプログラムを実施し、加入者の健康リスクを改善し、生活の質の向上あるいは保険財政的な効果を実現することが多い。医療保険者が実施するプログラムでは、その効果は医療保険者あるいは加入者に帰属するのが一般的である。しかし、本件では、プログラム実施主体に、別の制度への支援金支払に関し、プログラムの実行程度に応じた加算減算を組み込んでおり、自らの利益に繋がらないインセンティブ設計となっている点が特徴である。

d. 計画立案者・費用負担者の相違

政策立案者は中央政府であるが、医療保険者が費用負担者となっている点は特徴的である。医療保険者はすでに健診を実施しており、保健指導事業を付加することで、費用負担は莫大にならないとの見通しがあったものと考えられる。中央政府は、多少の財源を用意して補助金を交付しただけであった。

e. 単一モデルの一斉展開の実施方法

プログラムの自由度が極めて低い。経験がない医療保険者に義務化したため、プログラムの内容を省令で詳細に決め、定型的な内容としている。実施方法は、中央集権的であり、単一の実施方法しか容認せず、多様性・可能性を事実上否定している。

f. メタボリックシンドローム

メタボリックシンドロームをターゲットとするプログラムを採用していることは大きな特徴である。慢性疾患問題への取組が糖尿病等疾患単位になされることが多いのに対して、疾患原因の上流ともいべき点に焦点を当てている点に効果が期待できる。

(2) 日本の特定健診・特定保健指導事業の政策課題

①政策展開モデルと政策目標の見直し

ディジーズマネジメント・プログラムが当初期待されていたほどの特別の秘密兵器ではないことが徐々に明確化されるに従い、プログラムの効果とそのプログラムを大規模に展開する政策についてそもそも効果・目標をどのように設定するのが適切かとの課題が生じている。プログラムを適用し当面の成果として単発的な医療費の伸びを抑制できたとしても、それが政策展開の効果かどうかは判断するのは困難である。特定健診・特定保健指導事業では、健康増進実施による5年間の評価という、節減効果を想定し医療費抑制を政策目標とすることでよいのかを再検討する必要性も検討課題になる。勿論、大きな政策展開のなかにプログラムを採用することはあり得るが、必ずしもプログラム展開の政策単体で評価する必要はない。

また、長期的にケアを提供しケアの効果を測定するモデルではなく、短期的に治療効果の評価ができる急性期的な治療を行うモデルを暗黙の想定とした展開となっていた可能性がある。しかし、政策対象となっている慢性疾患では生活習慣改善継続とその効果という長期的なスパンで効果測定と評価が必要であり、短期的な効果で判断がどこまで適切か検討する必要がある。

②資源・経験組織能力問題

プログラムを実施して効果をあげるには、中長期的な資源投入の継続が必要である。特定健診・特定保健指導事業で、これがなされたか疑問がある。政策展開をするには、相応の資源投入をするかあるいは長期計画策定の上計画的に投入することを考える必要がある。また、特定健診・特定保健指導事業を多くの医療保険者が実施したことは、医療保険者における経験知の蓄積が進んだとも考えられるので、その経験知の発展展開を図る政策も今後有効であろう。

③インセンティブと活動評価

ディジーズ・マネジメントでは、それぞれの当事者のインセンティブを設計する必要

があり、継続的に実施するには重要な点である。他制度への拠出金の加算減算というインセンティブ設計は、それぞれの当事者の力量がほぼ斉一であり、短期的に入れ替えが可能な場合には有効に機能するが、力量が不足している医療保険者が追加の負担をすることは益々力量の劣化を招く恐れがある。インセンティブを設計するには、当事者が積極的に次の改善に取り組む方向に向かうように配慮することも必要になる。また、もし医療保険者が、ソフトな予算制約下であれば、そのインセンティブは強く機能するか疑問がある。

④one fits all 方針の見直しとイノベーション促進

プログラムが有効に効果をあげるには、その時その場での個別解を発見し実施することが必要である。One fits all は実際的でない。介入時間数・介入方法などのプログラムの詳細を告示等で定め一律実施を求める方式では、効果が期待できないばかりか現場知の誘発のチャンスを失うことになりかねない。イノベーションを促進し、より良い効果的なプログラムを展開するためには、現場の自由度裁量度を高める方が実効性を期待できる。

ディジーズ・マネジメント政策課題研究会の研究活動

<研究委員>

(座長) 田中滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授

(委員) 松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学教室 教授

坂巻弘之 名城大学薬学部臨床経済学研究室 教授

森山美知子 広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座 教授

Gregg L. Mayer Gregg L. Mayer & Company, Inc. President Dr.

目黒昭一郎 麗澤大学大学院国際経済研究科 教授

真野俊樹 多摩大学 教授

河口洋行 成城大学経済学部 教授

田城孝雄 順天堂大学医学部・大学院医学研究科 准教授

順天堂大学スポーツ健康学部・保健看護学部 教授

平井愛山 千葉県立東金病院院長

椎名正樹 健康保険組合連合会理事

橋本廸生 横浜市立大学付属病院 医療安全管理学 教授

岡本茂雄 セントケア・ホールディング株式会社 執行役員

小林篤 損保ジャパン総合研究所 ファカルティフェロー

<事務局> 損保ジャパン総合研究所

<研究会の目的>

ディジーズ・マネジメント（以下「DM」という）は患者や医療プロバイダーに対する支援を行うことによって、診療・療養の効果を高めるとともに、医療費の面でも最適化を図るための取組であり、日本における DM の発展は、医療資源配分の最適化を通じて、国民の幸福の増大につながると考えられる。一方、現在の日本では、DM を行うために必要な基盤が整っていない状況にあるため、本研究会では、日本において DM を発展させるための政策課題として、DM に必要な基盤の整備について研究する。

<研究会開催記録>

第1回（2005年10月）

第6回（2007年7月）

第2回（2005年12月）

第7回（2008年11月）

第3回（2006年3月）

第8回（2008年12月）

第4回（2006年6月）

第9回（2009年3月）

第5回（2006年11月）

第10回（2009年6月）

第 11 回 (2009 年 11 月)

第 13 回 (2011 年 11 月)

第 12 回 (2010 年 3 月)

<シンポジウム開催記録>

2006 年 1 月

「これからの生活習慣病対策のあり方を探る－米国のメディケア、メディケイドにおける
ディジーズ・マネジメント・プログラム導入から学ぶ」

<本報告書について>

本報告書は各回の研究会における発表者の報告および議論を踏まえて作成されている。
ただし、本報告書の作成にあたっては、研究委員および事務局のメンバーにて分担して執
筆することとした。執筆分担は、第 1 章、第 2 章第 1 節、第 3 節、第 5 節、第 6 節および
第 3 章が研究委員の小林篤、第 2 章第 2 節が小林と事務局の久司敏史、第 2 章第 4 節、第
7 節が久司、第 2 章第 8 節が研究委員の坂巻弘之となっている。

以 上

損保ジャパン記念財団叢書 No. 82

「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」報告書
ディジーズ・マネジメントに関する政策の国際比較

発行日 平成24年3月30日

発行者 公益財団法人 損保ジャパン記念財団

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1

電話 03-3349-9570 FAX 03-5322-5257

URL <http://www.sj-foundation.org/>