

## 特集：医療費適正化計画

### 第二部：新たな政策のための保健医療科学

#### 疾病管理とその周辺—医療費適正化のために

石原明子<sup>1), 2), 3)</sup>, 長谷川敏彦<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>日本医科大学医療管理学教室, <sup>2)</sup>長寿科学振興財団, <sup>3)</sup>国立保健医療科学院政策科学部

#### Disease Management and Call Center Services for Cost Containment

Akiko ISHIHARA, Toshihiko HASEGAWA

<sup>1)</sup>Nippon Medical School, Department of Health Service Administration

<sup>2)</sup>Japan Foundation for Aging and Health, <sup>3)</sup>National Institute of Public Health

#### 抄録

本稿では、医療の効率化と質の向上のために海外諸国において取り組まれている疾病管理とその周辺のサービスについて、米国、ドイツ、フィンランドの事例を検討することで、日本の医療費適正化の統合的なビジョンと将来的な課題への示唆を得ることを目的とする。

疾病管理が始まった米国では、疾病管理を専門とする疾病管理会社が民間保険会社の加入者で主に慢性疾患を発症した人を対象にして、検査データや請求書データ、ADL、生活習慣など多様なデータを用いて重症化のリスクを推計し、リスク別に頻度を決めてコールセンターを通じて介入をし、重症化予防を図っている。また、コールセンターでは24時間健康相談を受け付けており、これが無駄な緊急受診を減らすのに効果をあげているといわれる。ドイツでは、法律（社会法典）によって、疾病管理は規定されている。疾病管理のプログラムは、疾病金庫によって提供され、各医療機関がガイドラインに沿って連携しあい切れ目のない医療を提供することが目指されている。そのプログラム提供の中心は家庭医が担っている。フィンランドでは、従来は各医療機関で受けていた受診前電話相談を代行し、ガイドラインにそって適切な対処行動と受診アドバイスをするコールセンターが、近年医療費の抑制に成果を上げ、全国的に広がってきていている。

日本の医療制度改革での取り組みにおいては、リスク別の介入という米国の疾病管理の考え方が、メタボリックシンドローム特定健診・保健指導で取り入れられている。ドイツの疾病管理の問題意識である機能分化の中の切れ目のない継続的なケアは、視点が異なるが新しい地域保健医療計画で取り組まれようとしている。フィンランドで成果を挙げる適切な受診の推進（トリアージ機能）による無駄な受診の抑制は、新しい地域保健医療計画におけるかかりつけ医機能や小児医療における小児救急#8000と関連する。

海外においては、継続的な介入による重症化予防と適切な受診の推進（トリアージ機能）が統合的に行われており、日本においても、医療制度改革におけるこれらの各取り組みが整理統合され、ITを活用した統合的システムが構築されていくことが医療費適正化のために必要なのではないか、と考える。

**キーワード：**医療費適正化、疾病管理、米国、ドイツ、フィンランド

#### Abstract

The objective of this paper is to get a vision of cost containment policy in Japan by examining disease management in USA and Germany and call center service in Finland which contribute to the efficiency and improvement of quality of health care services.

In USA, where disease management originated, disease management companies provide disease management

---

〒113-8602

東京都文京区千駄木1-1-5

1-1-5 Sendagi Bunkyo-ku Tokyo, 113-8602, Japan.

services to the customers of private insurance companies. The disease managers working in the call centers of the disease management companies intervene with the customers who have chronic disease in order to prevent the disease from becoming more serious. The companies estimate the risk of disease severity by using various kinds of data such as claim data, test results, life style, ADL, and classify the customers according to the risk. The disease managers working in the call centers intervene with the customers according to the risk.

In Germany, the disease management is defined by the law. They aim at providing continual care for the chronic disease patients according to the guidelines.

In Finland, a call center service which gives advice to the citizens on what to do according to the guidelines before they go to a clinic is contributing to cost containment. The call center has the role of triage.

It is important to establish the prevention of chronic diseases becoming more severe and the promotion of proper consultation behavior for cost containment.

**Keywords :** Cost Containment, Disease Management, USA, Germany, Finland

## 0. はじめに

現在進められている医療制度改革では、内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラム（メタボリックシンドロームの特定健診・保健指導）の義務化、新しい地域保健医療計画に基づいた機能分化と連携の強化、療養病床再編と地域ケア整備構想などの新しい制度や政策を通じて、行政、保険者とともに医療費の適正化を進めるとされている<sup>1)</sup>。これらの各政策については、それぞれ詳細な方針が打ち出されてきているものの、医療制度改革におけるこれらを統合したビジョンが十分に明らかにされているとはいえない。

本稿では、海外において医療の効率化と質の向上を目指して取り組まれている疾病管理について検討する。疾病管理は、厚生労働省の医療制度改革にかかる公開資料には表立っては述べられていないが、今回行われる改革に関連の深い国際的な取り組みと考えられる。

具体的には疾病管理が始まった米国、疾病管理が法律で定められているドイツ、独自のコールセンターの取り組みで医療費抑制に成果をあげているフィンランドでの動向や事例を概観する。国際社会で取り組まれている疾病管理や関連サービスを検討することで、日本の医療制度改革の新たな各政策に、統合的なビジョンを得ることを目指し、このたびの日本の医療制度改革の今後の課題を検討したい。

## 1. 疾病管理とは何か

疾病管理は、1980年代に米国でその原型になるものがメイヨークリニックで開始された<sup>2)</sup>といわれており、1990年代後半以降、米国内や他の各国で多様な展開を見せてきた。その内容は、教育、診療ガイドライン等を通じて特定の疾患患者集団と彼らを担当する医師やその他の医療従事者に働きかけることにより、医療費の抑制を含む医療資源の利用の効率化と医療の質の向上を実現させようとするアプローチである、とおおよそ表現することができる。

現在、米国をはじめ世界各国で取り組まれている疾病管

理は、さまざまな発展の形態を見せており、その内容を一言で正確に定義をするのは難しいが、代表的な疾病管理の定義としては、以下のようなものがある。米国で疾病管理業界の利害関係者を代表する最大の非営利組織である

表1 全米疾病管理協会（DMAA）による疾病管理の定義

### ＜疾病管理とは＞

自己の管理の努力が重要であると考えられる患者集団のための作られた、ヘルスケアマネジメントにおける働きかけ・コミュニケーションのシステム・医師と患者との関係や医療計画をサポートする。エビデンスに基づく診療ガイドライン、患者を主体とする衣料の戦略により、症状悪化・合併症の防止に重点をおく。相対的な健康改善を目標として、臨床的、人的、経済的アウトカムを評価する。

### ＜疾病管理の構成要素＞

- ・集団を特定するプロセス
- ・エビデンスに基づく診療ガイドライン
- ・医師とサポートサービスのプロバイダーの提携による診療モデル
- ・患者の自己管理を促進するための教育
- ・プロセスとアウトカムの測定、評価、管理
- ・定期的に繰り返される報告とフィードバック

表2 WHO欧州のHealth Evidence Networkの報告書（2003）

### ＜疾病管理の構成要素＞

1. 包括的ケア：多様な専門職による多分野横断的な急性期ケア、予防、健康増進
2. 統合されたケア、継続的ケア、異なったコンポーネントのコーディネーション
3. 集団アプローチ志向（特定の条件によって定義された）
4. 積極的な顧客/患者マネジメント手法（健康教育、エンパワメント、自己管理）
5. エビデンスに基づくガイドライン、プロトコール、治療パス
6. IT、システムソリューション
7. 継続的な質の改善

Disease Management Association of America (DMAA) の定義は表1のとおりである<sup>3)4)</sup>。また、WHO欧州の Health Evidence Networkの報告書(2003)では、疾病管理の鍵となる構成要素として表2の要素を挙げている<sup>5)</sup>。

日本では、疾病管理は複数の研究者やビジネスセクターによって紹介されてきた。その中でも初期から紹介に力をいれてきた田中、松田、坂巻、森山らによれば、疾病管理の主要なステップとして、下図のようなステップをたどるものとして紹介されている(図1)<sup>6)</sup>。これは、明示はされ

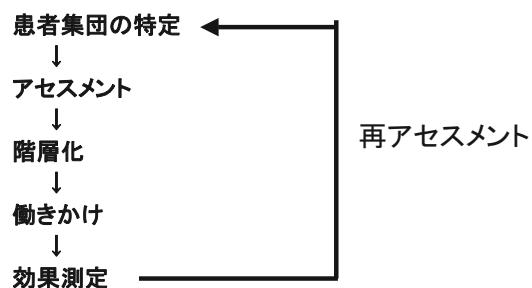


図1 日本で紹介してきた疾病管理の基本ステップ

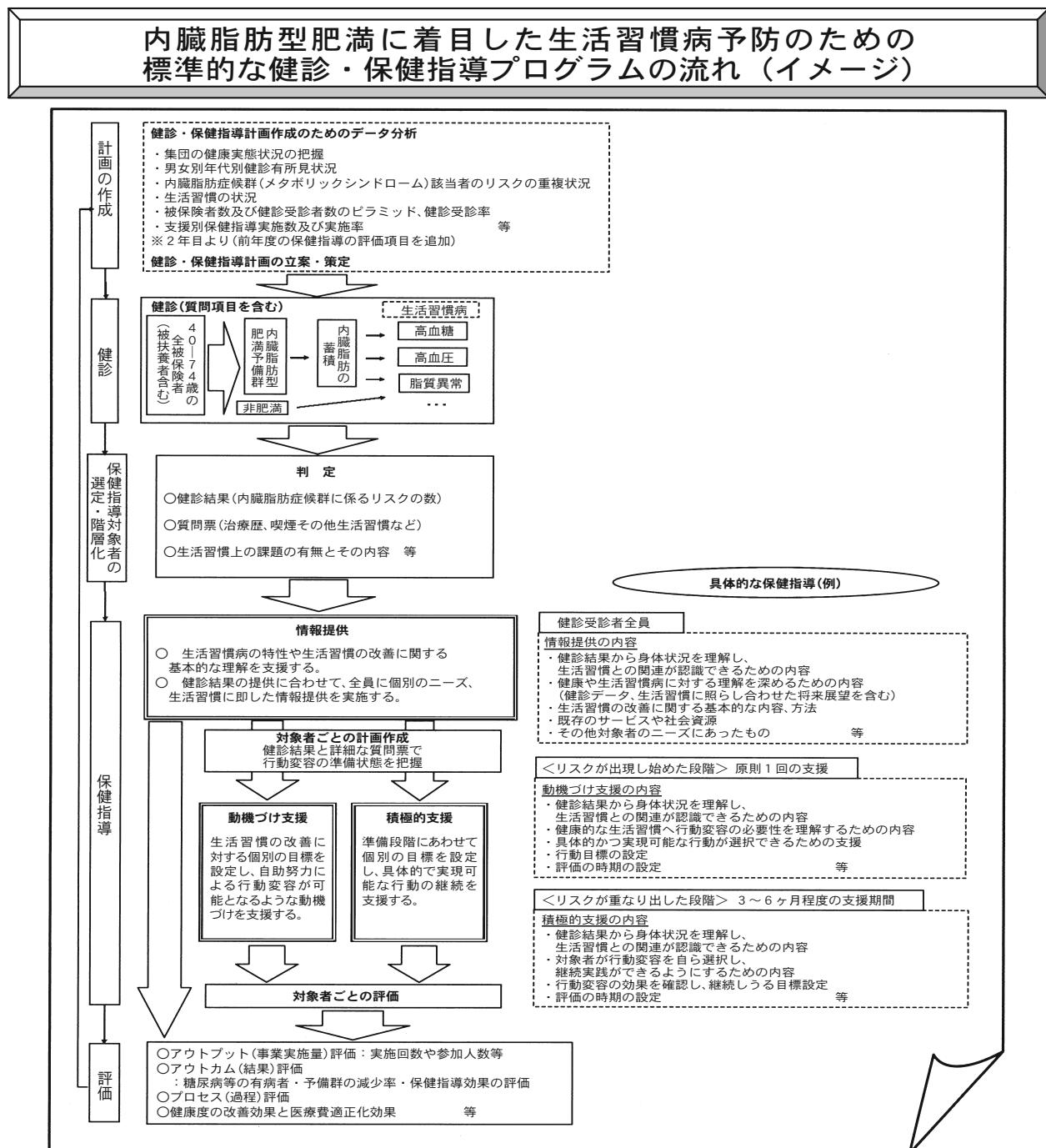


図2 内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラムの流れ（イメージ）

ていないものの医療制度改革の柱の一つとして位置づけられているメタボリックシンドローム対策の「内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導プログラム」(暫定版)で採用されている考え方である。(図2)<sup>7)</sup>

このような抽象的な定義では疾病管理がいかなるものであるかのイメージは持ちにくいので、以下では、疾病管理が始まった米国、法律で規定されているドイツ、独自の取り組みをしているフィンランドでの具体例を検討しながら日本への応用、可能性等を医療費適正化との関連で考えていく。

## 2. 米国での動向

### 2-1. 疾病管理会社による疾病管理サービス<sup>3),8),9),10),11)</sup>

健康保険において、民間保険がベースである米国では、従来からコスト意識が高く、医療の効率化（医療費の抑制を含む）が早くから取り組まれてきた。歴史的に、医療サービスの提供と医療費支出を管理するシステムであるマネジドケアを推進し、その類型としては、HMO、PPO、POSなどがあった。しかし、従来のマネジドケアは、医療サービスの質を上げることよりも医療費を抑制する方向にばかり関心がいっているという批判があったのに対し、近年、医療費の抑制と医療サービスの質の向上の両方により働きかけられるとして熱心に取り組まれてきているのが疾病管理である。

米国の医療費の現状として、医療費の多くを慢性疾患者（糖尿病、心臓病、脳卒中など）が占め、しかもそのほとんどは慢性疾患が重症化してからのものであるという問題があった。そのため、医療費を抑えるためには、それらの疾患が重症化するのを予防していくことが効果的であると考えられた。慢性疾患の重症化予防に関しては、生活習慣改善を含む日常生活の中での管理が重要である。日常生活を変えていくことは簡単なことではなく、医療機関での数少ない外来受診の機会における指導だけでは不十分で、より継続的な関わりが必要であるという問題があった。そこで、医療機関の受診時以外に継続的に介入を行い、重症化を防ぐということを考えたのが疾病管理である。例えば糖尿病などの慢性疾患を発症した患者やその主治医に対して、疾病管理を行うディジーズ・マネージャーがガイドラインに基づいて介入・支援し、重症化するのを防ぎ、医療費の抑制を行っていく。疾病管理は、さまざまな慢性疾患に対して行われ、具体的には、糖尿病、喘息、うつなどで成果があがっている。

米国では、疾病管理のプログラムは、それを専門とする疾病管理会社が民間保険会社と契約を結んで提供することが多い。疾病管理会社は多くの場合、コールセンターをもち、保険会社と契約したグループの患者群（例えば保険会社の被保険者のうち「糖尿病の患者」など）とその主治医に対して、電話やメールで働きかけを行う。具体的には、患者に対しては、疾病ごとの診療ガイドラインにそって、

生活習慣の指導、服薬指導、適切な受診行動指導などを電話やメールで行い、その主治医にはエビデンス情報の提供やベストプラクティスの共有、患者情報のフィードバックなどを行う。コールセンターには、臨床経験が4、5年以上ある看護師が電話による指導法のトレーニングを受けた上でディジーズ・マネージャーとして勤務し、相談業務、指導業務を行っていることが多い。この指導法の違いが各社が差別化を図る一つのポイントとなっている。

疾病管理の初期のモデルといわれる1990年代前半のメイヨークリニックでの取り組みのころにはまだ使われていなかったが、現代の米国疾病管理会社のサービスにおいて不可欠な要素としては、重症化リスクによる患者の階層化がある。疾病管理会社は、民間保険会社の被保険者のさまざまな健康データから、重症化リスクをITを駆使して産出し、リスク別に階層化をして、働きかけの対象者と頻度を決めていく。例えば、リスクが少ない人々には定期的にメールでのアドバイスが行くだけだが、よりリスクが高いグループは電話での介入を行い、さらにリスクの高い人々にはより電話での介入の回数が多く設定される。

リスクの産出に用いられるデータは医療機関からの医療費請求データ、健診データのほか、年齢、職業、経済状態、QOL、ADL、患者の知識レベル、ライフスタイルなど、多岐にわたる。疾病管理会社のディジーズ・マネージャーは、対象者（民間保険会社の慢性疾患患者など）が疾病管理プログラムへの参加（上述のメールや電話での保健指導を受けること）に同意したときに、上記のデータに関する質問をし、アセスメントを行い、得たデータを電子化して集積し、将来の重症化リスクをITの推計モデルを用いて産出し、階層化する。各疾病管理会社にとって、この推計モデルの精巧さが、当該ビジネスの成否を決めるもう1つのポイントである。

日本語で疾病管理というと「病気が悪くならないように管理する」というイメージで捉えられやすいが、英語のdisease managementのmanagementはむしろ日本語の管理よりも経営の意味に近く「限られた資源を最適化してやりくりする」というような意味合いを持つ言葉である。すなわち、現在の疾病管理は、ITを用いて医療費やアウトカムの推計を行い、民間保険会社がもつ資源もしくは医療資

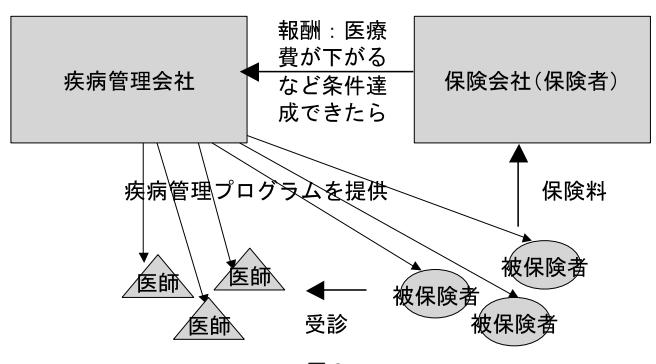


図3

源を最適化して用いて最大の効果を挙げるための経営という概念に近いといえる。多くの疾病管理会社は、民間保険会社と「これだけ医療費を削減することができたらいくらの報酬を得る」というような契約を結んで、実際に医療費を削減できれば報酬を得る（図3）。

## 2-2. 疾病管理サービスの事例

米国の疾病管理会社は多数存在し、設立主体の違い（保険会社系、製薬会社系など）によって、多様性のあるサービスが展開されている。例えば、製薬会社系の疾病管理会社では、その診療ガイドラインの中に自社の製品を組みこむことによる利益を得るというビジネスモデルをもっている。また、疾病管理会社以外にも、病院が同じようなサービスを提供している場合もある。この場合、病院に所属するディジーズ・マネージャーが、病院の患者やその医師に対して同様の介入を行う。

大手の疾病管理会社としては、Healthways社（旧American Healthways社）、Health Dialogue社、Aetna社、CIGNA社、Life Masters社などがある。ここでは、最大手であるHealthways社、シェア第2位であるHealth Dialogue社によるサービスを事例として紹介する。

### 事例1：Healthways社<sup>8)9)</sup>

Healthways社は旧社名をAmerican Healthways社といい、もともと、病院に来ている糖尿病患者の治療効果を上げるために、生活習慣改善や投薬のコンプライアンス向上の支援を目指してはじまった会社であった。

Healthways社は、最近では、発症後の重症化予防（狭義の疾病管理）だけでなくまだ発症していない健康な人の健康増進から発症後の疾病管理、高齢期や終末期におけるケースマネジメントまでを含む総合的なプログラムとして、生涯にわたった切れ目のない支援を目指すプログラムを提供し始めている。したがって、介入対象も糖尿病等の特定疾患の発症者と限らず、保険会社の被保険者全員を対象とすることも多くなっている。

また、最初のアセスメント時には、生活習慣やADLといった数値化できる基礎データはもちろんだが、それ以外に将来の夢など（「夫婦で旅行に行きたい」等）を聞き出し、それを実現するための生活習慣改善プランとして支援していくなど、動機づけの工夫も行っている。その時々で必要な資源をコーディネートするケアコーディネーションのようなことも意識している。

また疾病管理は旧来は疾患ごとの取り組みであったが、実際のところ高齢者は、一人で複数の疾病をもっているケースが多い。その場合、一人が複数の医療機関を受診し、複数医療機関で同じ薬を処方されている場合や、処方された薬同士の相互作用で副作用を起こし体調を崩すという場合もある。これでは医療資源の配分としても非効率で、また安全上も問題である。それに対して、Healthways社では、各人の受診状況を医師に一覧表にして提供するといったサー

ビスも行っている。

### 事例2：Health Dialogue社<sup>10)</sup>

Dialogueは「対話」という意の英語である。Health Dialogue社は、その社名が示すとおり、患者と医療者のコミュニケーション支援（対話支援）を目的とする会社として出発した。Shared Decision Making、すなわち医師と患者が協力しあって意思決定を行うこと支援することを理念としている。日常の診察場面では、短い診療時間の中で、十分な会話もできないまま、満足のいかない医療を受けたり、情報不十分で治療が十分な成果を出せなかつたりということもある。それをコールセンタースタッフがサポートする。

医療における意思決定は、科学的根拠に基づいた部分と、患者の人生観等の個人の価値に基づいた決定の部分の2つからなると考えている。例えば、乳がんでいえば、どのような治療法が考えられ、それらの各治療法はどのような効果やリスクがあるのかについての科学的根拠を理解し、その上で自分の人生観と照らして乳房の温存をするのか否かを決定するといった具合である。Health Dialogue社では、科学的根拠に基づいた情報を患者が十分に理解し選択に生かせるように支援し、また、患者の価値を十分に聞いたうえでその価値にあった治療選択をできるように支援することを目指している。もちろん、ITロジスティックスでリスクによる階層化し、正しい生活習慣や服薬の支援なども行うが、それは、基本にある医師と患者のコミュニケーション支援の一環として位置づけられている。患者が正しい情報を得て、自らの価値を反映させて意思と共に意思決定をし、満足のいく質の高い医療を受けられることが、最終的には医療費の問題を含む医療の効率化につながると考えている。

このように、米国の疾病管理は、その提供主体によってさまざまなバリエーションをもち、また、その内容は日々進化している。

また、狭い意味での疾病管理ではないが、ほとんどのコールセンターで行っているサービスが、24時間健康相談である。つまり、コールセンターから患者に生活習慣等の指導が行くだけでなく、患者の側で緊急のことや健康上の問題が出た場合、いつでもコールセンターに電話をして相談をすることができる。普段から蓄積されている自分のヘルスデータと照らし合わせながら、問題への対処や受診必要性の有無などのアドバイスを得ることができる。この24時間相談によって、ER（救急）への駆け込みが減り、医療費の削減に効果をあげており、生活習慣改善指導そのものよりも効果があるといわれている。

## 2-3. CMSによる取り組み<sup>12)13)</sup>

このように、米国の疾病管理は、主に民間保険会社と契約する疾病管理会社によって担われてきたが、近年では米国政府も疾病管理に注目するにいたった。米国では、民間

保険をベースにするものの、高齢者、障害者、貧困者等に対する公的保険制度が存在する。高齢者用の制度がメディケア、主に障害者、貧困者等への制度がメディケイドである。メディケアやメディケイドの統括する機関がCenter for Medicare and Medicaid Services (CMS) であるが、CMSが、「2003年メディケア処方薬剤給付、改善および近代化に関する法律」に基づいて、メディケアに対する疾病管理の導入を試行はじめた。

フェーズ1の試行プログラムでは、CMSは、全米で8つの州を選定し、3年間にわたり、疾病管理プログラムの試験的提供をした。各州で異なったDM会社による疾病管理プログラムの提供をすることで、健康状態やQOLの向上、医療費平均の低下、重症化／救急／入院の減少における科学的根拠の遵守の推進、ITを用いたケアのより良いコーディネーションが期待されており、その効果の判定をテスト中である。もしフェーズ1で成果が出れば、さらに追加で2～3.5年の試行と行うとしている。

民間保険会社の場合は、被保険者の加入時にある種の選別がかかっているが、メディケアのような公的保険において、民間保険と同様に効果がでるのか、結果が待たれる。

### 2-3. 日本の特定健診・保健指導との比較

日本におけるこのたびの医療制度改革の一部であるメタボリックシンドロームの特定健診・保健指導は、健診結果に基づいてリスクを階層化し保健指導を行うという点で、米国の疾病管理会社による取り組みに類似している点も多い。ここで両者を7つの観点から比較検討してみたい（図4）。第1に、介入層であるが、米国の疾病管理がもともとは発症して受診している人々の重症化を防ぐ2次予防的な部分に重きが置かれてきたのに対し、日本の特定健診・保健指導は全被保険者を対象とした1.5次予防的なものとなっている。米国でも、Healthwaysなどでは近年では1次予防から3次予防までを視野に入れたものに発展させている会社もある。

	米 国	日 本
介入層	主に発症者 (重症化予防)	40～74歳の保険加入者
疾患	糖尿、喘息、うつ、心不全など	メタボリックシンドローム
アセスメントデータ	請求書データ、検査、ADL、QOL、生活習慣、職業、夢など	義務化されている範囲は左記より少ない
ガイドライン	重視	各社による
働きかけ先	加入者+開業医	主に加入者でかかりつけ医と連携
働きかける人	主に看護師	医師、保健師、管理栄養士など
報酬	成功報酬が多い	出来高／成功報酬

図4 米国疾病管理と日本のメタボ特定健診・保健指導の比較表

第2に、対象疾患であるが、米国の疾病管理では糖尿病、喘息、うつなどさまざまな慢性疾患に対して取り組まれているのに対し、日本では今回メタボリックシンドロームのみを対象としている。

第3に、リスク別階層化する際に用いるアセスメントデータについてである。米国では、検査データ、病院の請求書データ、ADL、QOL、生活習慣、属性、あるいは将来の夢など、多様なデータを対象者から得てリスク評価する。日本では、今回義務化された健診データ（問診を含む）の範囲は、米国のアセスメントデータよりは限定されている。

第4に、疾病ごとの介入ガイドラインの扱いについてである。米国では、それにそって介入するものとしてガイドラインが重視されているが、日本では、ガイドラインを重視するか否かは各社に任せている。

第5に、介入先は、米国では患者とそのかかりつけ医の両方であるが、日本では、主にメタボリックシンドロームのリスクをもつ本人にのみ働きかけることが第一に想定されている。ただし、かかりつけ医との連携ということは触れられている。

第6に、保健指導をする者の資格であるが、米国では発症後の重症化予防ということから始まっていることもあり、コールセンターのディジーズ・マネージャーのほとんどは臨床経験4、5年以上の看護師である。日本では、事業所の管理者は医師、保健師、管理栄養士以上、初回面接は医師、保健師、管理栄養士などとされている。

第7にビジネスモデルである。米国では、多くの場合、疾病管理会社がその取り組みを通じて医療費を下げるなど、契約した成果を上げることができたら報酬が払われる仕組みになっている。日本では、この点に関して議論は重ねられているものの、現状としては、何回の保健指導でいくらアウトソーシング先に払うといった出来高制になじみが深いかもしれない。

このように、米国の特に糖尿病に対する疾病管理と日本のメタボリックシンドロームへの特定健診・保健指導は共通部分はかなりあるものの、相違も多く、米国の疾病管理会社が医療費の抑制に成功しているとしても、日本で同じだけの成果が期待できるかといえば、現時点では難しいといわざるを得ない。

また、米国の疾病管理は、民間保険会社の加入者というある程度会社ごとで質の統一された人々を対象に介入し効果をあげているものであるのに対し、日本では国保を含めた40歳以上74歳未満のあらゆる人々を対象にした取り組みであり、この点でも日本で成果を挙げることは難しいと指摘する声も多い。この点では、現在CMSによる行われている米国での公的保険での試行の結果は、日本の将来を予測するために参考になると考えられる。

### 3. ドイツでの動向<sup>14) 15) 16)</sup>

#### 3-1. ドイツの疾病管理

ドイツでは、疾病管理について、法律（社会法典）に定

められている。各疾病金庫（日本の保険者にあたる）は、2002年1月から、その被保険者による慢性病患者に対して、治療プロセスと医療の質を改善するために組織化されたプログラムである疾病管理プログラムを社会法典に定められたところにより提供することが可能となり、かつ、それを発展させることが疾病金庫の責務とされた。

背景としては、ドイツでは、慢性疾患の患者総数は1000万人以上で、総医療費の3分の2を占めているという現状があった。しかし、その治療においては、医療供給者機関間の連携・協力関係の欠如といったシステム上の問題があり、外来診療を担う開業医と入院医療を担う病院による重複検査が多かったり、開業医の中でも家庭医と専門医の対立があつたりなどの問題が存在してきた。結果として、糖尿病の適切な管理や治療が行われない中で合併症が発生してしまったり、また、慢性疾患以外でも乳がん治療においても不必要に乳房が除去されたりということが起こっていた。

ドイツの疾病管理は、上記の問題の改善、すなわち、家庭医、専門医、病院などの各医療供給者の連携がうまくいくつておらず、患者に対して分断された治療が何らかの差し迫った状況が起つたときだけ施されていたという状況に対し、より長期にわたって計画的かつ組織的にケアが提供されることを目的としている。実施主体は疾病金庫で、家庭医をコーディネータとして、エビデンスに基づいたガイドラインに基づいて医療供給者間の連携を図りながら、患者は、長期にわたる継続性のあるケアを受けることができる。

患者（被保険者）が、加入している疾病金庫が提供する疾病管理プログラムへの参加条件（疾患名その他）を満たす場合、プログラムへの参加の権利を得て、自由意志で参加を決定することができる。また、医師も、自由意志で疾病管理プログラムへの参加を決定することができるが、もし参加を決めた場合には、エビデンスに基づいたガイドラインにそつた治療を行うことが責務とされる。患者はプログラムへの参加意志を決定したら、プログラムに参加する医師にところで参加の登録をして、プログラムが開始される。

米国とドイツの違いを挙げると、第1に米国で行われているリスクによる階層化はドイツでは行わない。第2に、米国では疾病管理プログラムで実際に介入を行うディジーズ・マネージャーは看護師出身者が多いが、ドイツでは主にそれを家庭医が行っている。第3に（これは第1、第2と関連するが）、医療費に対する考え方も大きく違う。米国では、ディジーズ・マネジメントプログラムの導入で直接的に医療費が下がることが期待されており、疾病管理会社は医療費が抑制できたら報酬をもらえるというシステムになっているが、ドイツでは、このような継続的なケアの提供をした場合、当初はむしろ医療費が上がる可能性が予想されている。

一時的には医療費が上がったとしても、疾病管理プログラムの導入によって慢性疾患患者への良質なケアができる

ば、長期的にみれば医療費の支出が減少されるだろう、ということはドイツでは期待されている。

このような考え方のもと、ドイツでは各疾病金庫が疾病管理プログラムの導入による医療費の増大で損をすることがないように、リスク構造調整における各疾病金庫の拠出金・交付金の算定を通じて、このような慢性疾患患者である被保険者にかかる疾病金庫の負担が軽減されるような仕組みが定められている。

このように、同じ疾病管理という概念のもとで取り組まれているものの、米国とドイツのそれでは、相違点も多くある。

### 3-2. 日本への示唆－機能分化の中でも切れ目のない医療の提供を

ドイツ疾病管理では、機能分化した各医療機関の間で、連携を保ちながら重複を減らしつつ切れ目のない継続的なケアを提供することが目指されていた。日本の医療改革では、新しい地域保健医療計画で、予防から急性期、リハ、終末期までの保健医療システムにおける機能分化と連携の強化、それを通じた切れ目のない保健医療サービスの提供を進めるとされている。また、今回の医療制度改革の柱のひとつである療養病床再編についても、これは金銭面では医療費から介護費への転換であることはいうまでもないが、しかし機能的にみれば、地域保健医療計画における回復期から末期にかけての機能分化の一側面であるといえる。

ドイツの疾病管理は、機能分化した各セクター間での重複検査や断絶に対して、ガイドラインにそつて切れ目のない継続的なヘルスケアを提供することを目指しており、ディジーズ・マネージャーの役割を担うのは家庭医ということであった。日本の医療制度改革の中では、地域保健医療計画は、供給側の機能分化と連携パスの作成等がまずは目指されているが、さらにかかりつけ医機能の強化も挙げられている。機能分化した施設がただ存在するだけでは意味がなく、それらの施設間で患者が適切な保健医療サービスを受けられるようにつないでいくハブ機能と、各施設間でのガイドラインや情報の共有が重要である。その意味では、日本でもかかりつけ医を中心とする疾病管理プログラムの提供もありうるかもしれない。実際、特定健診・保健指導についても、医師会がアウトソーシング先になるケースも検討されている。

## 4. フィンランドでの動向<sup>18)</sup>

### 4-1. フィンランドのコールセンターサービス

フィンランドでは、米国とは異ったコールセンターサービスが医療費抑制にも効果をあげ、近年全国的な広がりを見せており、それは、いわゆる疾病管理ではないのだが、住民の受診前電話相談を一手に引き受けることで、適切な受診行動を促進し、医療費抑制に効果をあげているMawell社というヘルスケアITの企業により提供されている。

日本の20分の1の人口密度の極寒の国であるフィンラン

ドでは、国の大部分が僻地状態にあるともいえる。医療機関を一回受診することは住民にとっても時間的金銭的に一仕事であり、もともと、患者（住民）は、受診前に各医療機関に電話で相談してから予約を入れて受診するという習慣をもっていた。従来この電話相談は各医療機関ごとで受けているのに対し Mawell 社は、フィンランドの医療機関のほとんどを占める公的医療機関の運営主体である。自治体あるいは民間病院と契約し、ヘルスセンター（プライマリ医療を担う自治体の有床診療所兼保健所）や民間病院の電話窓口を一手に引き受け、Mawell 社のコールセンターで統合的に電話での健康相談と受診相談を引き受け、適切な対処行動や受診行動のアドバイスを行っている。コールセンターでは、米国の疾病管理会社と同様に、臨床経験をもち電話相談の訓練を受けた看護師が受診必要性を感じている住民からの電話をうけ、適切な対処行動や受診行動の助言を行っている。助言は、フィンランド医師会が設立した会社である Duodecim 社が提供する EBM ガイドラインに基づいて行われる。受診の必要がないと考えられた場合でも、受診を止めさせるようなことは言わない。受診を抑制するようなことを言わなくても、症状をもった人々に適切な対処行動、受診行動の情報提供をするだけで、無駄な受診を減らすことができ、無駄な医療費の削減に効果があがっているという。患者が、受診を希望する場合には、患者の住所地等から IT を用いて最も適切な医療機関を検索して、紹介し予約を入れる。

また Mawell 社では、医療機関から患者への医療情報の連絡の代行も行っている。例えば、検査結果である。これまで、患者はただ検査結果を聞くために医療機関にしていた。それに対して、Mawell 社が検査結果を代行してメールや電話で知らせ、異常のある人だけが直接受診するようにすることで、無駄な受診を省くことができる。

自治体によっては、上記の受診前の電話相談を Mawell 社にアウトソースするだけでなく、本稿で紹介したような米国的な疾病管理の契約（IT 推計モデルによるハイリスク者の同定と介入の契約）を結んで行っているところもある。しかし、医療費削減のための効果を見ると、複雑な IT 推計

モデルを用いてハイリスク者を同定して介入しなくても、受診前電話相談や健康相談、検査結果などの配信に簡易な情報技術を用いるだけで十分に医療費削減効果があるため、多くの自治体では、ハイリスク者の同定と介入よりも、受診前相談のためのコールセンターサービス契約を結んでいるということである。

#### 4-2. 日本への示唆—緊急時の適切な受診行動支援機能

フィンランドの発症時受診前電話は、受診前に適切な情報提供をすることで、トリアージ機能が働き、無駄な受診を減らすことに効果をもたらしている。これに類似した日本での取り組みとは、日本では小児救急 #8000などが挙げられるのではないかだろうか。これが小児のみならず、すべての年齢層、すべての疾患に広がり、かつ信頼のおけるシステムとしてコストパフォーマンスもよく成立したときに、このようなシステムが日本の医療費適正化につながることも考えられる。

#### 5. 日本の医療費適正化への示唆

ここまで、疾病管理やコールセンターに関する米国、ドイツ、フィンランドの事例を検討してきた。本節では、これらを統合して、日本の医療制度改革、医療費適正化計画に関してどのような示唆が得られるかを検討する。

図 5 は、本稿で取り上げた各国の取り組みを総合して図示を試みたものである。横軸は疾病的自然史にそった重症化を示している。円は、自然史の各段階に適した保健医療資源もしくは保健医療システムである。患者は、疾患を発症してもし悪化すれば数直線の右のほうに移行し、それぞれの疾患の状態に対応する機能をもつ医療機関を利用していくことになる。

本稿でとりあげた各国の疾病管理やコールセンターの取り組みから、医療の効率化と質の向上のために重要な要素を取り上げると、以下の 2 点にまとめられるのではないかだろうか。第 1 に、慢性疾患等の重症化予防、第 2 に、患者の受診にかかるトリアージ機能、適切な受診の推進である。

第 1 の重症化予防は、図 5 の数直線においてより右に移

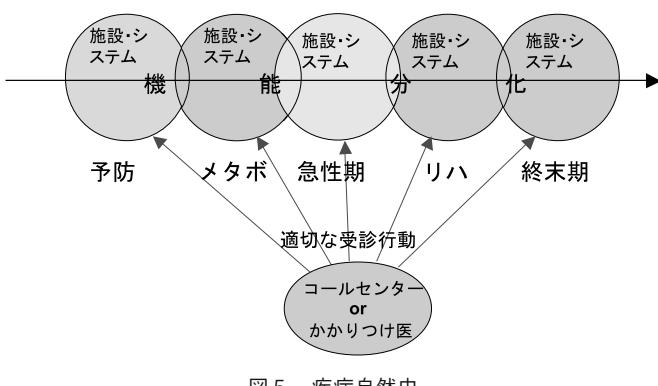


図 5 疾病自然史

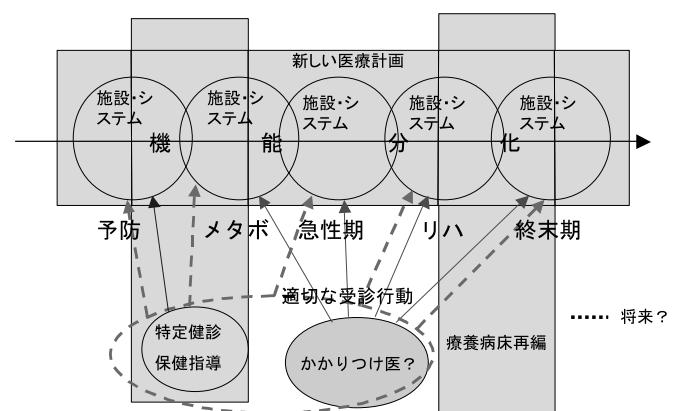


図 6 日本の医療制度改革

動することを予防する取り組みである。米国の本来の疾病管理の取り組み、またドイツでの疾病管理はそれを目指している。第2の受診にかかるトリアージ機能、適切な受診の推進は、この数直線上にある機能分化した医療機関を適切に患者が受診することを支援し、不必要的受診や不適切な機関への受診を減らしてゆく。フィンランドや米国では24時間健康相談のコールセンターで、また、ドイツでは24時間でないにしても家庭医が受診のハブ機能をもっている。

重要なことは、この2つの機能が統合されて提供されていることであろう。米国の疾病管理会社のコールセンターが重症化予防の介入と24時間受診相談によるトリアージの両方を担い、また、ドイツでは24時間でないが家庭医がその二つの機能を担っている。フィンランドでは、自治体によっては、コールセンターを運営するMawell社と受診前電話相談と疾病管理の契約を結んで統合的に進めているところもある。

日本では、これらの機能をどのように制度化していく可能性があるだろうか。図6は、日本の医療制度改革を図5に重ねる形で示したものである。日本では、第1の重症化予防に関しては、メタボリックシンドロームの特定健診・保健指導があるが、これは発症後の重症化予防を主に目指す米国やドイツの疾病管理に比べると1.5次予防的な位置づけであることを前にも述べた。1.5次予防という発想は、主に発症後の重症化に力を入れてきた疾病管理よりもより予防に近い取り組みであり、欧米に比べれば健診という文化が定着している日本だからこそ可能な取り組みといえる。発症後にに関してはむしろ、視点は異なるが新しい地域保健医療計画で言われる機能分化と切れ目のない医療提供体制を通じて実現が目指されているとも言える。

第2のトリアージや適切な受診行動の推進は、24時間ではないが地域保健医療計画でいわれるかかりつけ医機能の強化と関連し、また小児における小児救急#8000とつながるものと考えられる。このことに関しては、本稿では十分に検討し切れなかったが、問題の根本にはフリーアクセスの問題をどうしていくかという課題も横たわっている。トリアージ機能による無駄な受診の抑制に関しては、緊急時の対応すなわち24時間対応できることが望ましいが、それを医師が担うということは医療資源の配分からしても非効率である。米国やフィンランドのように、コースセンター・ナースがその機能を果たすという選択肢も考えていくべきであろう。

そして、この第1と第2の機能を統合するという意味において、メタボリックシンドロームの特定健診・保健指導と、かかりつけ医機能、あるいは介護のケアマネージャー機能などが将来的に統合・連携していくことも検討される必要があるだろう。

少子高齢化を迎える21世紀の日本そして世界において、増大する医療費にどのように対処するかは喫緊の課題であり、医療費適正化への対策は避けて通れない問題である。しかし、その解決策がそれが安かろう悪かろうと保健医療

サービス提供となることは望ましくない。そのような中において、本稿で検討してきた疾病管理やコールセンター・サービスは、医療の効率化と質の向上の両方を実現しようとする望ましい医療費適正化の方法論であると考える。

日本の医療制度改革においても、海外の疾病管理やコールセンターで目指されていると類似した取り組みが始まっている。特定健診・保健指導、かかりつけ医機能の強化、医療機関の機能分化と連携、小児救急#8000などである。これらの保健医療における機能や介護保険のケアマネージャー機能などが整理統合され、ITを活用した統合的システムが構築され、個々人のニーズにあった効率的な保健医療サービスが提供されることが、21世紀の医療費適正化のために重要である。

**謝辞：**本稿の執筆にあたっては、名城大学教授の坂巻弘之先生に貴重なご助言をいただきました。感謝いたします。

## 参考文献

- 1) 厚生労働省. 医療制度改革大綱による改革の基本的考え方. 2006.1.31. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshos/iryouseido01/taikou03.html> 2007.1.22閲覧
- 2) 武藤正樹. 疾病管理とは何か. 連携医療 2007; 7:12-15.
- 3) 損保ジャパン記念財団. 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. 65, 2007.1.
- 4) Disease Management Association of America [http://www.dmaa.org/dm\\_definition.asp](http://www.dmaa.org/dm_definition.asp) 2007.1.22閲覧
- 5) Health Evidence Network. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? <http://www.euro.who.int/document/e82974.pdf> 2003.8
- 6) 坂巻弘之, 森山美知子. 第1回ディジーズ・マネジメントとは. 連載 ディジーズ・マネジメントとは何か? 週刊医学界新聞 第2571号, 2004.2.9.
- 7) 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版） <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/index.html> 2006.11.28閲覧
- 8) Howe R. The Disease manager's handbook. Sudbury Mass: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
- 9) Rufus Howe氏らインタビューによる. 2006.5.9 テネシー州ナッシュビルHealthways社にて. <http://www.healthways.com/>
- 10) Graham Pallett氏 (Health Dialogue社 Senior Vice President), Russell K.Materne氏 (Merit System社 principal) インタビューによる. 2006.5.12, マサチューセッツ州ボストンHealth Dialogue社にて

<http://www.healthdialogue.com/>

- 11) 石原明子. 医療制度改革と疾病管理. 連携医療2007; 7: 16-19.
- 12) Sandra Foote 氏 (Former Senior Adviser of Medicare Health Support Program, Center for Medicare & Medicaid Services) インタビューによる 2006.5.7 マサチューセッツ州ボストン
- 13) 損保ジャパン記念財団. これから的生活習慣病対策のあり方を探る. 損保ジャパン記念財団叢書72, 2007.1.
- 14) 松本勝明. 慢性病患者に対する医療改善のための取り組み—ドイツにおける疾病管理プログラム. 平成14年

度厚生労働科学研究 社会保障負担のあり方に関する研究報告書.

- 15) 松本勝明. ドイツの疾病管理. 平成18年度第1回総合医療政策演習講義資料. 2006.7.
- 16) 坂巻弘之氏(名城大学教授)インタビューによる. 2006.12.15.
- 17) Sinikka Salo氏(仙台フィンランド福祉センターセンター 研究開発館長) インタビューによる. 2006.2.16.
- 18) Tero Silvola氏(Mawell社CEO) インタビューによる. 2006.4.12. ヘルシンキ市Mawell社にて  
<http://www.mawell.com/>