損保ジャパン記念財団叢書　No.67

「欧米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」シンポジウム

「ディジーズ・マネジメント発展の可能性と課題」

平成 15 年 11 月 20 日開催

講演者・パネリスト(講演順)、

田中滋氏(座長)(慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授)

Gregg L. Mayer 氏(Gregg L. Mayer & Company, Inc.)

坂巻弘之氏(財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
研究部長・主席研究員)

松田晋哉氏(産業医科大学公衆衛生学教室 教授)

森山美知子氏(広島大学医学部保健学科臨床看護学講座 教授)

櫻井秀也氏(社団法人日本医師会 常任理事)

下村健氏(健康保険組合連合会 副会長・専務理事)

坂本すが氏(ＮＴＴ東日本関東病院 看護部長)

吉田学氏(厚生労働省保険局総務課老人医療企画室 室長)

後援

厚生労働省、社団法人日本医師会、健康保険組合連合会

研究会事務局

株式会社 損保ジャパン総合研究所

財団法人　損保ジャパン記念財団

目　次

Ⅰ．シンポジウムプログラム　1

Ⅱ．パネリスト、講演者略歴　4

Ⅲ．講演討議録　9

1．開会挨拶
財団法人損保ジャパン記念財団 専務理事　田中 皓　9

2．討議の枠組みの提示
慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授　田中 滋 氏（座長）　10

3．研究会報告書要旨の説明
株式会社損保ジャパン総合研究所 代表取締役常務・研究主幹　小林 篤　14

4．論点提起　17
①Gregg L. Mayer & Company, Inc., Dr. Gregg L. Mayer
"Disease Management in the US Today: Helping the Chronically Ill Live Better Through Empowerment and Support"　17
②財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
研究部長・主席研究員　坂巻 弘之 氏
「Disease Management のツールと実践モデル」　21
③産業医科大学公衆衛生学教室 教授　松田 晋哉 氏
「わが国における DM の可能性　―職域を例として―」　25
④広島大学医学部保健学科臨床看護学講座 教授　森山 美知子 氏
「Disease Management プロセスの実際と看護師の役割」　29

５．講演・意見発表　32

①社団法人日本医師会 常任理事　櫻井 秀也 氏
「医師の裁量について」　32
②健康保険組合連合会 副会長・専務理事　下村 健 氏
「保険者から見た疾病管理への期待」　36
③NTT東日本関東病院 看護部長　坂本 すが 氏
「患者教育とディジーズ・マネジメント」　40
④厚生労働省保険局総務課老人医療企画室　室長　吉田 学 氏
「保健・疾病予防と医療保険制度　～生活習慣病に着目して～」　44

６．パネル・ディスカッション　48

７．シンポジウム総括（座長）　63

Ⅳ．シンポジウム講演資料　巻末

Ⅰ．シンポジウムプログラム

1．シンポジウム名

「欧米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」シンポジウム

ディジーズ・マネジメント発展の可能性と課題



（会場風景）

2．主催者・後援

主催：財団法人損保ジャパン記念財団
後援：厚生労働省、社団法人日本医師会、健康保険組合連合会

3．日時・場所

2003年11月20日(木)14:30－17:30
(株)損害保険ジャパン本社2階大会議室

4．プログラム

（1）開会挨拶

財団法人損保ジャパン記念財団 専務理事　田中 皓

（2）討議の枠組みの提示

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授　田中 滋 氏（座長）

（3）研究会報告書要旨の説明

株式会社損保ジャパン総合研究所 代表取締役常務・研究主幹　小林 篤

（4）論点提起

①Gregg L. Mayer & Company, Inc., Dr. Gregg L. Mayer
"Disease Management in the US Today: Helping the Chronically Ill Live Better Through Empowerment and Support"

②財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究部長・主席研究員
坂巻 弘之 氏
「Disease Management のツールと実践モデル」

③産業医科大学公衆衛生学教室 教授　松田 晋哉 氏
「わが国における DM の可能性　―職域を例として―」

④広島大学医学部保健学科臨床看護学講座 教授　森山 美知子 氏
「Disease Management プロセスの実際と看護師の役割」

（休憩）

（５）講演・意見発表

①社団法人日本医師会 常任理事　櫻井 秀也 氏
「医師の裁量について」

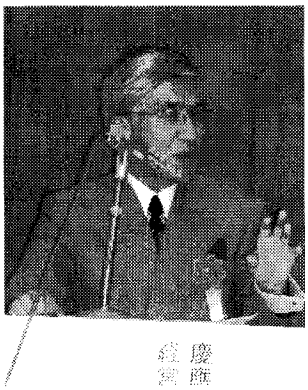
②健康保険組合連合会 副会長・専務理事　下村 健 氏
「保険者から見た疾病管理への期待」

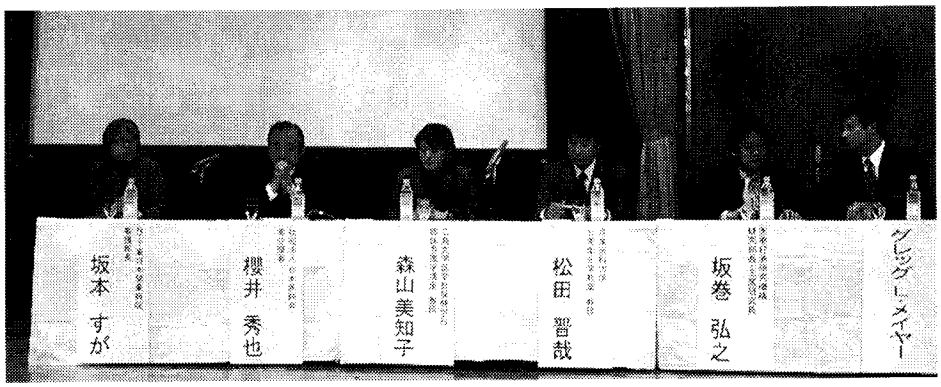
③ＮＴＴ東日本関東病院 看護部長　坂本 すが 氏
「患者教育とディジーズ・マネジメント」

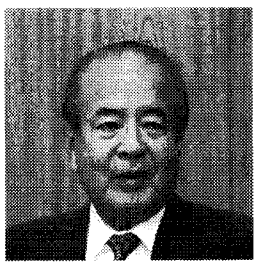
④厚生労働省保険局総務課老人医療企画室　室長 吉田 学 氏
「保健・疾病予防と医療保険制度　～生活習慣病に着目して～」

（６）パネル・ディスカッション

（７）シンポジウム総括（座長）









上：パネル・ディスカッション
下：ご講演中の下村氏（左）、吉田氏（右）

Ⅱ．パネリスト、講演者略歴（講演順、敬称略）

●田中（たなか） 滋（しげる）（座長）（慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授）

1975年3月	慶應義塾大学大学院商学研究科修士課程修了
1977年5月	米国ノースウェスタン大学経営大学院修士課程修了
1977年10月	慶應義塾大学ビジネススクール助手
1980年3月	慶應義塾大学大学院商学研究科博士課程修了
1981年4月	慶應義塾大学大学院商学研究科助教授
1993年4月	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
（現在に至る）	

●Gregg（グレッグ） L. Mayer（メイヤー）(Gregg L. Mayer & Company, Inc.)

EDUCATION	B.A., Biology 1981
	Ph.D., Physiology 1987
	UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY

STUDIES IN JAPAN

1990–1992	Student at Keio University, Tokyo in the Japanese language program.
1991–1993	Research student at The Keio University Graduate School of Business Administration.
1992–1994	Research student at the National Children's Hospital Research Center in Tokyo.

BUSINESS EXPERIENCE

	BERKELEY ANTIBODY COMPANY, INC. (BAbCO), a biotechnology company
1981–1983	Co-founder and Partner
1983–1986	President and Director
	VIVIGEN, INC., a clinical genetic testing company
1985–1992	Director
1986–1987	Vice President
1988–1990	President

MCKINSEY & COMPANY, an international management consulting firm.

1993–1995 Associate

SCIENCE AND TECHNOLOGY CORPORATION @ UNM, a private, non-profit company formed by the University of New Mexico to commercialize university technology.

1994– Director

GREGG L. MAYER & COMPANY, INC., a healthcare management consulting firm

1995– President and Founder

KAISER PERMANENTE INTERNATIONAL, The international subsidiary of the largest HMO in America

1996–1998 Director – Japan

PROACTIVE HEALTHCARE TOOLS, INC., an e-health management organization

2000– Founder & CEO

●坂巻（さかまき） 弘之（ひろゆき）（財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
研究部長・主席研究員）

1979 年 北海道大学薬学部卒業
1992年 慶應義塾大学大学院 経営管理研究科修了

1984 年 製薬企業勤務 薬剤経済学研究、疾病管理プログラム開発等に従事
1997年 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室研究員・助手
（現在に至る）
1999 年 国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所研究員
2000 年 医療経済研究機構研究部長・主席研究員
（現在に至る）
2001 年 共立薬科大学非常勤講師 ／他
（現在に至る）

●松田（まつだ） 晋哉（しんや）（産業医科大学公衆衛生学教室 教授）

1985 年	産業医科大学医学部卒業
1985 年 4 月	産業医科大学医学部公衆衛生学教室助手
1985 年 4 月～1987 年 6 月	産業医科大学病院等で臨床研修
1991 年～1992 年	フランス政府給費留学生（フランス国立公衆衛生学校公衆衛生監督医課程入学：フランス保健省公衆衛生監督医見習い医官）
1992 年	フランス国立公衆衛生学校卒業
1990 年～1993 年	京都大学医学部研究生
1993 年	京都大学博士号（医学）取得
1993 年 4 月	産業医科大学医学部公衆衛生学講師
1997 年 4 月	産業医科大学医学部公衆衛生学助教授
1999 年 3 月	産業医科大学医学部公衆衛生学教授
（現在に至る）	

●森山（もりやま） 美知子（みちこ）（広島大学医学部保健学科臨床看護学講座 教授）

1992 年 5 月	カリフォルニア州立大学フレズノ校看護学部大学院修士課程修了（看護学修士：老人看護クリニカル・ナース・スペシャリストコース修了）
1992 年～1999 年	山口大学医学部公衆衛生学教室研究生
2000 年 1 月	山口大学博士号（医学）取得
1983 年 4 月	京都第一赤十字病院看護師
1986 年 4 月	日本赤十字社医療センター看護師
1992 年 7 月	山口女子大学家政学部助手
1996 年 4 月	山口県立大学看護学部講師
1997 年 9 月	厚生省保険局医療課（看護医療専門官）
1998 年 4 月	厚生省老人保健福祉局老人保健課（訪問看護専門官）
1999 年 7 月	厚生省健康政策局看護課（看護教育指導官）
2001 年 1 月	厚生労働省医政局看護課（看護教育指導官）
2002 年 4 月	広島大学医学部保健学科臨床看護学講座教授
（現在に至る）	

この他、米国でホスピス・グループホーム、訪問看護、高次脳機能障害家族サポートセンター、アルツハイマー病診断センター、市民病院（内科/外科病棟）等で臨床を経験。

●櫻井（さくらい） 秀也（ひでや）（社団法人日本医師会 常任理事）

1962 年 3 月	慶應義塾大学医学部卒業
1963 年 4 月	慶應義塾大学附属病院内科教室
1970 年 5 月	茅場町共同ビルクリニック開設
（現在に至る）	
1980 年 4 月～1988 年 3 月	社団法人日本橋医師会理事
1988 年 4 月～1992 年 3 月	社団法人日本橋医師会会長
1991 年 4 月～1997 年 3 月	社団法人東京都医師会理事
1997 年 4 月～1998 年 3 月	社団法人東京都医師会副会長
1998 年 4 月～	社団法人日本医師会常任理事
（現在に至る）	
1998 年 10 月	労働大臣表彰＜功労賞＞
2003 年 5 月	藍綬褒章受賞

●下村（しもむら） 健（たけし）（健康保険組合連合会 副会長・専務理事）

1956 年 3 月	東京大学文学部卒業
1956 年 4 月	厚生省入省
1965 年 9 月	厚生省医務局総務課課長補佐
1965 年 10 月	石川県経済部観光課長
1969 年 4 月	石川県企画開発部長
1970 年 6 月	厚生省大臣官房会計課課長補佐
1972 年 2 月	社会保険庁医療保険部船員保険課長
1973 年 7 月	厚生省保険局国民健康保険課長
1975 年 7 月	厚生省保険局保険課長
1976 年 7 月	厚生省児童家庭局企画課長
1978 年 6 月	厚生省薬務局企画課長
1979 年 7 月	厚生省大臣官房総務課長
1981 年 8 月	厚生省大臣官房審議官（医療保険担当）
1984 年 8 月	厚生大臣官房長
1986 年 6 月	厚生省保険局長
1988 年 6 月	社会保険庁長官
1989 年 11 月	船員保険会会長
1994 年 2 月	健康保険組合連合会副会長・専務理事
（現在に至る）	
2001 年 9 月	社会保障審議会臨時委員
（現在に至る）	

●坂本（さかもと） すが（NTT東日本関東病院 看護部長）

1972 年　和歌山県立高等看護学校保健助産学部卒業
1972 年 4 月　和歌山県立医科大学附属病院入職（助産婦）
1976 年　関東逓信病院入職　産婦人科病棟勤務
1989 年　関東逓信病院産婦人科病棟婦長
1992 年　看護協会看護研修学校管理コース（一年）修了
1996 年　青山学院大学経営学部経営学科卒業
1997 年 4 月　関東逓信病院看護部長（現NTT東日本関東病院）
（現在に至る）
1992 年～1997 年　日本病院学会病院管理委員
1998 年　クリティカルパス研究会幹事
医療マネージメント学会役員を務める
（現在に至る）

●吉田（よしだ） 学（まなぶ）（厚生労働省保険局総務課老人医療企画室 室長）

京都大学法学部卒業
1984 年　厚生省入省
1991 年　保険医療局管理課（国立病院部運営企画課）課長補佐
1993 年　老人保健福祉局老人保健課課長補佐
1994 年　山口県社会課企画監、高齢保健福祉課長
1997 年　厚生省官房総務課政府委員室国会連絡調整官
1999 年　官房政策課課長補佐・企画官
（厚生労働省社会保障担当参事官室政策企画官）
2001 年　健康局疾病対策課臓器移植対策室長
2002 年 8 月　厚生労働省保険局総務課老人医療企画室長
（現在に至る）

III. 講演討議録

1. 開会挨拶

（田中皓） 本日は皆様お忙しい中、また生憎の天候の中、このように多数お集まりいただきまして、誠に有り難うございます。シンポジウムの開催に当たりまして、主催者といたしまして一言お礼のご挨拶を申し上げたいと思います。

損保ジャパン記念財団は、1977年、昭和52年に、当時の厚生大臣の許可を得まして設立され、今年の10月で満26年を迎えたところでございます。当時は安田火災創業90周年という節目、あるいは丁度この本社のビルが完成した時期であり、そういう節目の時期に記念という名称を付けて財団を設立した次第でございます。

設立の目的としては、趣意書によりますと、「我が国の福祉及び文化の発展に資する」ということを掲げておりまして、以来その目的を達成するために、福祉系の現場で活躍されておられます民間の団体の活動支援、あるいは社会保障、社会保険、医療といった分野の研究助成、あるいは講演会の開催、報告書の刊行といった事業を行ってきております。併せまして、時代を先取りするテーマをその都度掲げまして、研究会を適宜開催してまいりました。

本日コーディネーターを務めていただく慶應義塾大学の田中先生を座長としますこのディジーズ・マネジメントに関する研究会は、当財団の13番目の研究会という位置付けでありますが、一昨年からスタートいたしまして、損保ジャパン総合研究所を事務局として2年余に亘る研究活動を続けてこられました。その成果をこの度、「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」という報告書として取り纏めていただき、先般、財団叢書として発行したところでございます。お陰様で、この報告書は各方面の関係者の方々から色々反響をいただいており、研究会の皆さんの熱心な活動とその間のご努力が実ったものと、大変喜んでいる次第でございます。この報告書につきましては、お持ちでない方は、本日この会場の入り口のところでお配りしておりますので、また後程お受け取りいただければと存じます。

本日のこのシンポジウムは、この報告書の刊行記念シンポジウムとも位置付けております。この研究会がスタートしました頃は、ディジーズ・マネジメントという言葉そのものも非常に耳慣れないという感がいたしておりましたが、本日このシンポジウムのご案内を差し上げましたところ、200名以上の方々からのお申し込みをいただき、このディジーズ・マネジメントに対する関心の急速な高まりを実感している次第でございます。

本日のシンポジウムを開催するに当たり、厚生労働省、日本医師会、健康保険組合連合会におかれましては、それぞれのお立場からシンポジウムの意義をご理解賜りまして、ご後援者となっていただいております。主催者として厚くお礼を申し上げます。

また、研究会の座長として本日のコーディネーターを務めていただく慶應義塾大学の田

中先生、また大変ご多忙の中、貴重なお時間を割いてこのシンポジウムのためにご参加いただきました日本医師会の櫻井常任理事、健康保険組合連合会の下村副会長を始め、パネリストの先生方に対しまして、心から厚くお礼申し上げる次第でございます。誠に有り難うございます。

本日のシンポジウムでは、米国で誕生し発展しつつあるディジーズ・マネジメントが我が国でも有効に機能するのか、あるいはまた、機能するためにはどのような条件整備が必要なのかという観点からご議論をいただけると伺っております。本日のシンポジウムが日本におけるディジーズ・マネジメントの今後の展開に少しでもお役に立つことが出来ればと期待しております。また、このディジーズ・マネジメントに関する研究は、今後更に深めていかなければならない重要なテーマと認識しておりまして、当財団といたしましては、引き続きこの研究会を継続していきたいと考えております。皆様のご理解、ご支援、また忌憚のないご意見をいただければ幸いと存じます。

最後になりますが、ご多忙の中、ご参加いただきました皆様に対しまして、今一度お礼を申し上げまして、開会の挨拶とさせていただきます。本日は誠に有り難うございました。

2．討議の枠組みの提示〈巻末資料１頁〉

（田中）　皆さん、こんにちは。慶應大学の田中でございます。開会に当たり、簡単に趣旨を説明させていただきます。

本日はお足下の悪い中、とても専門的なテーマであるにも拘わらず、このように多数の方に来ていただいて、私共、大変嬉しく思います。それから、この研究会を纏めるに当たって、一緒に２年間色々な発言をして下さった今日のパネリストの方々および事務局にもお礼を申し上げます。また、お忙しい中をお越しいただいた櫻井先生、それから厚労省、NTT病院、及び後程お見えになる下村副会長にもお礼を申し上げます。

今日はあくまでディジーズ・マネジメント研究会でありまして、櫻井先生と下村副会長がおられますが、診療報酬を上げろとか、上げるなとか、それはなしにしていただくことになっております。主題はあくまでディジーズ・マネジメントです。

また、何よりもこの研究会を２年間サポートいただいた財団にもお礼を申し上げます。私共、やはり財団の支援をいただき、数年前に、国民負担率問題の研究会を持ちました。その後、同じくこの会場でシンポジウムを開きました。いずれもいまでも時宜に適ったテーマと言えるかも知れません。その証拠に国民負担率は経済財政諮問会議等でも非常に大きなテーマになっています。負担率に対する考え方を分析的に提示し、そこで使った数値は旧厚生白書でも大きく取り上げられました。負担率とは何であろうか、一体適正な負担率とは何かをめぐる問題提起が出来たと思っています。その時も財団の支援、それから損

保ジャパン総研、当時の安田総研の助力を得ました。今回は、今専務理事からご案内がありましたように、ディジーズ・マネジメント、これもまた我が国の医療の将来にとってどういう意味を持つか、是非今の段階で調べておくテーマだと思い、私が考えられる限りの最高のメンバーに加わっていただきました。

◆本日のスケジュール

今日は順番としては、まず前半の部分では研究会のメンバーであった方々から報告書の中身、それから報告書を巡るそれぞれの専門家の視点からの説明があります。その時点で一度休憩をいたしまして、もしそこまでの５人の方の発表に対して何か質問がございましたら、お手元の質問票に書いていただいた物を回収し、後でパネル・ディスカッションの時に座長が整理し、各メンバーからお答えいただくつもりです。

休憩の後、今度はいわばコメンテーターとしてお越しいただく４人の方々に、私達の研究報告について、専門家の視点からコメントを頂戴いたします。その後、先ほど申し上げましたように、会場の方々からの質問も踏まえて、私達の間でパネル・ディスカッション形式の時間を持つ予定になっております。どうぞ皆様も是非、ディジーズ・マネジメントという新しいコンセプトがどのようにこの２年間で進展したかについて、私達の報告にまとめられた内容を共有していただきたいと思います。

ディジーズ･マネジメントとは何かについては､これからのシンポジスト報告にまかせ、私は最初のページ（巻末資料１頁）にありますように、今日の枠組みを提示させていただきます。

ディジーズ・マネジメントには沢山の定義が存在します。今日お話しいただく方々も、それぞれ色々なところで講演をなさったり、研究をなさったりしてきました。それらをいわば共通するある種の柔らかい定義に持っていくことも、本日の目的であります。

◆日本においてディジーズ・マネジメントは有効か？

アメリカでは勿論ディジーズ・マネジメントの話がわが国より先行しています。先行しているには理由があります。単にディジーズ・マネジメントが人々の役に立つというだけならば､そんなに発達しなかったのかも知れません｡これはアメリカの医療費の問題とか、マネジドケアとの関わりが大変大きい話です。マネジドケアが悪かったせいなのか、良かったせいなのか、その辺もこれから個々の先生からご指摘がなされるはずですし、私も加わりたいと思っています。

アメリカで進展したディジーズ・マネジメントは、今申し上げたように、アメリカの医療環境の下で発達しました。従って、医療環境も医療ニーズも異なる日本に、そのままダイレクトに持ってくれば良いというものではありません。その点、食べ物とか、IT 機器とか、運べる物には国境はないと思いますが、こちらは社会の仕組みなのです。ディジーズ・マネジメントとは、保険者と医療提供者と利用者と、ディジーズ・マネジメントの専門家

達との間で成り立った社会の仕組みです。仕組みである以上、環境となる医療制度とか、あるいは文化が違えば違いますので、その視点から考えていきます。

◆疾病構造の違い

もう１つ、日米の疾病構造も違う。これは明らかに人種的構成も異なりますし、食文化も異なる以上、疾病構造も異なります。従って、日本の疾病構造の中でディジーズ・マネジメントは有効か――有効かと言えば有効だと思いますが、一体どういう側面ならば、どういうアプローチをすれば有効か。これは第１の問いと言えるでしょう。

◆ディジーズ・マネジメントの適用領域

次に、ディジーズ・マネジメントは、例えば、アメリカの場合には、エイズ、HIV の方々のディジーズ・マネジメントが非常に大きなテーマになっています。日本でも HIV の方はおられますが、社会の問題のサイズとしては相対的に小さい。勿論当事者の方々にとってはこれは重要な問題でありますが、日本全体の健康問題にとってみると、例えば、糖尿病何百万人に比べると、数の問題が違います。従って、我が国に相応しい、我が国で取分け限られた資源を投入していくとしたら、どのようなディジーズ・マネジメントが社会的なニーズが高いか、そして効果が高いか。これも今日の討議の中で指摘があると存じます。

◆ディジーズ・マネジメントの担い手とその動機

３番目は、ディジーズ・マネジメントを動かす人達は誰か、にかかわる問題であります。ディジーズ・マネジメントは、先程申しましたように、社会の仕組みです。当事者は誰か。勿論保険者は、もし先行投資をして後で医療費が下がれば、今実行するインセンティブがあるかも知れません。しかし、そのインセンティブの期間がどの位かによって、影響は大変違います。今年何かを行って、今年の医療費が減るとか、来年の医療費が減るならば、まだ強いインセンティブが働くかも知れませんが、２年後ならばどうなのか、３年後ならばどうなのか、その時マネジャーが同じポジションにいるかどうか分からない時に、同じインセンティブで、どこまで投資が出来るのか。日本の保険制度は単年度で動いていますので、３年先のためにどこまでお金を使えるのか、よく分かりません。どの位長期の視野を持てるかに懸かっていると言えるでしょう。そういう視点を持てるのが、個々の健康保険組合なのか、進んだ首長がおられる自治体の国民健康保険なのか。あるいは健康保険組合連合会という連合体が主導すると動くのでしょうか。答えは分かりませんが、今日の講演を、それぞれの発表を聞いて、皆さんと共に考えたいと思っています。

もしかしたら民間の生損保が、意外と早くディジーズ・マネジメントの担い手になるかも知れません。民間の生損保の方が――損保ジャパンもそうですが――それぞれの研究を進めていらっしゃいます。これを自ら加入者に提供される場合もあるでしょうし、健康保険組合と提携する形も選択されるかも知れません。また、別なスタイルとしては、医療提

供者が主導する可能性も十分に考えられます。地域に根差した医療機関が、地域の住民のためにディジーズ・マネジメントをすることによって、まさに地域を支える、地域の重要な社会資本としての役割を担う、こういうルートも十分に存在します。

要は、経済学的には、関係者がどのようなインセンティブを持ち、そのインセンティブに応えるためのどのような経済的な仕組みが作れるかに懸かっていると思います。もっと分かり易く言えば、ビジネスモデルをどう築けるかと言えるでしょう。ビジネスモデルである以上、誰が初期投資資金を出し、誰がその成果を回収するかに尽きます。マクロで見れば、ディジーズ・マネジメントは効果を生むことは分かります。しかし、その時に初期資本を出す人と成果を得る人が違っているのでは、社会は動きません。日本経済全体の中ではイコールかも知れないけれども、実際には資金を投下した人がそれなりの利益が取れるビジネスモデル化が図られなければなりません。その意味で、担い手とそれぞれの動機というのは重要な視点だと考えています。

◆日本においてディジーズ・マネジメントが機能するためにはどのような課題があるか？

こうした問題点を皆で共有するために本日のシンポジウムが持たれている訳ですが、課題としては2番に書かれている通りです。

◆ディジーズ・マネジメントの目的の共有

まず、最初に申し上げたように、ディジーズ・マネジメントとは何かという理解を共有する。ディジーズ・マネジメントが行われれば、確かに対象になった方々の健康リスクを減らすでしょう。これは分かっているにしても、それだけではダメですね。それ以上にどういう目的があるのか、これを探ってまいります。

◆日本の状況（制度、文化、その他）に適合するディジーズ・マネジメント手法

また、別な文脈から見ると、最初に指摘した、日本の制度環境、文化環境、社会環境、勤労環境に適合するディジーズ・マネジメントのあり方は何か。これは別にすぐ今日答えが出る話ではありませんが、本日の発表の中から、私達と皆さんの頭の中で自分のビジネスモデルが出来上がっていくのではないかと思います。

◆整備（標準化、情報化、医療従事者の連携等）

3つ目は、日本の医療全てに共通する課題です。DPC や DRG の話でもそうですが、日本は何か新しい仕組みを入れようとしても、実はその基盤となる、データの標準化、業務の標準化が進んでいません。松田先生は DPC でも DRG でも日本の最高の学者でいらっしゃいますが、恐らく一番苦労なさったのはこの点ではないでしょうか。一方、IT 化についても、レセコンは別として、日本の医療に関わる IT 化は、およそ元になる業務の標準化

が進んでいないし、インターフェースのところが悪い。お互いに繋がるようなプロトコルになっていない。これは沢山の方が指摘している通りです。全てこういう新しい仕組みは、IT化よりも先に、まず何よりも考え方やデータの取り方や、データの記述の仕方の標準化、そもそも何を取るべきかという理解の標準化がなされなければなりません。その上でIT化は２番目に位置し、それらを使って、医療従事者のみならず保険者も、また医療従事者についてもドクター、看護師、あるいは栄養士さん等々の連携が出来なくてはならないし、開業医の先生方と病院との連携も必要でしょう。また、地域医師会の関わりも十分に考えられます。これが３つ目です。順番は、標準化であり、それを支えるIT化であり、そしてその上で連携なのです。この順番である筈なのに、日本は何故かいきなり機能分化と連携に飛んでしまったりします。この基盤整備がアメリカでどのように進んだかに関しても、本日十分に学べると考えております。

以上のような枠組みでまず５人の方々からお話を伺ってまいります。

３．研究報告書要旨の説明〈巻末資料2~5頁〉

（田中）　では、最初に、報告書そのものを短く解説していただきます。損保ジャパン総合研究所の代表取締役の小林様です。お願いします。

（小林）　損保ジャパン総合研究所の小林でございます。

それでは、報告書の要旨をご説明申し上げます。

◆報告書の構成

報告書のタイトルは「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」となっておりまして、アメリカの話でございます。日本でまだ余り紹介されていないということもございますので、基本的な事柄を網羅的に書いております。

報告書の内容についてですが、報告書は５章立てになっております。最初に、「ディジーズ・マネジメントの発生・展開と概念」ということで、沿革とコンセプトについて整理してあります。次に、第２章は、アメリカのヘルスケアにおいてディジーズ・マネジメントがどういう位置付けになるのか、あるいはどういう当事者、プレーヤーがいるのかということについて説明してあります。３番目は、ディジーズ・マネジメント自体に注目しまして、その手法と効果について説明してあります。それから、第４章は、ビジネスモデルについて、それぞれの当事者からの利害について説明してあります。第５章は、ディジーズ・マネジメントはなお発展中ですので、ごく簡単ではございますが、今後の展開について触れております。

５章立てでありますが、それ以外に２つ付録を付けております。１つの付録は、用語の解説です。もう１つの付録は、アメリカのヘルスケアの在り方について簡単に、ディジー

ズ・マネジメントを理解していただくという程度の内容を付けております。

それでは、以下、本日のシンポジウムに関係する部分についてご説明を申し上げます。

◆ディジーズ・マネジメントの発展と現状

まず、ディジーズ・マネジメントの今日までの発展と現状ですが、簡単に言いますと、パーツからシステムへ変わってきたということです。ディジーズ・マネジメントは、Mayo Clinicが1980年代の終わりに始めたと言われておりまして、これが「ディジーズ・マネジメント」を専門用語として用いた初めだろうと言われております。ここでは、診療ガイドラインや、それに関連するツールの作成に取り組んでいました。その後、1993年にBoston Consulting Groupが、このディジーズ・マネジメントの概念を初めて公表いたしました。これは、それまでのコンポーネント・マネジメントに代わる物としてディジーズ・マネジメントのアプローチを提唱した訳であります。同じような動きが製薬会社においても見られました。製薬会社においては、薬学上の管理から始まって、ディジーズ・マネジメントに至る発展の過程がございます。薬学上の管理というのは、薬の販売促進のために服薬のコンプライアンスを上げるようなプログラムを付けるといった販売促進的な要素ということです。

◆ディジーズ・マネジメントの定義

ディジーズ・マネジメントについては様々な定義があります。報告書では、幾つかの世の中で用いられている定義を紹介した上で、ここにあるような簡単な定義をいたしました(巻末資料３頁下)。慢性疾患の患者集団と、それから医師その他医療従事者に対して、その疾病に固有の手法で働きかけて、質の高いヘルスケアを低コストで供給することを目指すシステムということです。ここで注目すべき点は、１つは、患者だけではなくて、患者集団、すなわち「ポピュレーション」を対象にしているという点です。もう１つは、患者の側と医療を提供する側、両方に対する働きかけをするという点が特徴です。

◆ディジーズ・マネジメントのプロセス

システムとして行われているディジーズ・マネジメントには当然プロセスがあります。先程申し上げました患者集団の特定、それからそれを評価し、階層化をし、働きかけをしまして、その効果を測定する。その効果の測定を基に、もう一度元に戻りまして、患者集団の特定から始まったプロセスを繰り返していきます。患者集団の特定の方法としては、経年のデータや自己申告で得たデータを基に患者集団をまず特定します。それから、訪問とか、電話とか、質問表等の結果から集団を評価しまして、その集団を幾つかのグループ、階層に分けます。リスク等に応じて階層化をしていく訳であります。その時に予測モデルを使って分けるということが行われます。その分けられた、階層化された集団毎に、その集団に合った働きかけが行われまして、効果が測定されます。具体的な働きかけの内容と

しては、例えば、医師の側にエビデンス情報を提供するとか、患者の側には指導をするといったことが行われます。その効果測定は、財政面とか、QOL とか、満足度というところまで含めて評価がなされます。これを基に、改良のプロセスが繰り返されるというのが、基本的なプロセスです。

このようなプロセスは、例えば、データベースやデータマイニング、診療ガイドライン、EBM、ベスト・プラクティスの共有等のインフラがあって初めて可能になります。

◆ディジーズ・マネジメント発生の背景

次に、ディジーズ・マネジメントが出てきた背景について、アメリカで何故出てきたかということについて説明いたします。

報告書では、主要な要因として３つ提示しております。米国では、やはり慢性疾患の問題が非常に深刻になっているという点が第１点です。第２点目は、技術の発展であります。先程ご説明しました、患者集団を特定するとか、それから意思決定の支援のツールとか、そういうものが IT の技術によって進歩しまして、それが可能になったということであります。３番目が、マネジドケアの弊害ということが言われております。マネジドケアで単純に受診抑制とか医療技術の使用制限等をやるということだけでは、医療費の削減には必ずしも結び付かず、加入者の満足度も下がるという問題があったということが指摘されておりますので、それを克服しようという試みの１つだということです。

◆ディジーズ・マネジメントの当事者

それから、次に、ディジーズ・マネジメントの当事者がどういうものかについて説明します。

(巻末資料５頁上)真ん中のところに保険者がございまして、左下に利用者があって、医療プロバイダーというのがあります。これはアメリカのヘルスケアの仕組みの説明で、日本語としてはちょっとこなれていないものですが、その点をご容赦いただきたいと思います。利用者の方がいて、その方々が医療サービスの供給者の側からサービスを受けるという仕組みです。この医療プロバイダーというのは、医師、病院の他に、看護職の方、その他も含まれるという広い概念です。

上の保険者というのは、営利、非営利の保険者以外に、公的制度、あるいは企業自体がヘルスケアについて自家保険的にやっている場合がありますので、その自家保険をやっている企業も含めた広い意味での保険者です。この保険者が、通常はディジーズ・マネジメント・プログラムの実施者になります。このプログラムの実行は保険者単独でも当然出来ますが、通常はディジーズ・マネジメント・プログラムを専門に実行する会社がありますので、そこに頼むという、一種のアウトソーシングが行われています。アウトソーシングをするための会社なり市場が、アメリカにおいては成立しています。

右側の方に、製薬会社、医療機器会社、検査会社と並んでおります。ディジーズ・マネ

ジメントの当事者は、左側の方にあるディジーズ・マネジメントの会社、プログラムのサービスを提供する会社以外にも、製薬会社、医療機器会社、検査の会社と、広く当事者が存在しています。

それぞれの当事者のインセンティブについて簡単に資料には書いてあります。

◆ディジーズ・マネジメントの市場

先ほど申し上げましたように、ディジーズ・マネジメントをアウトソーシングする会社あるいは市場というものが既にアメリカでは成立しており、その規模をこのグラフで示しております(巻末資料５頁下)。棒グラフは市場の規模で、左側の目盛りです。1997年には7300万ドルだったものが、翌年の98年には倍になっております。折れ線グラフで表示してあるのは成長率で、右目盛りです。97年、98年は倍増していますから、成長率は100です。最近は成長率が下がりましたが、30％台ということで急速に拡大しているという市場であります。1999年には、業界の組織であります DMAA というのが設立され、本年で５回の年次総会を開催しておりますので、ディジーズ・マネジメント自体はかなり定着していると言えると思います。

以上で、簡単ですが、私の説明を終わらせていただきます。

（田中） 小林様、有り難うございました。要領良く報告書のポイントを大変分かり易く解説していただきました。報告書はもっと沢山の細かいことが書かれていますが、今お話しいただいたのが要点です。それから、ご指摘がありました付録ですが、これはなかなか良い内容です。世の中にはアメリカの医療について間違った理解が一杯あるし、用語に関しても随分いい加減な解釈があるのですが、この報告書はその付録だけでも求める価値があるのではないかと思うぐらい要領良く書かれていますので、後でご参照下さい。

４．論点提起

①Gregg L. Mayer & Company, Inc.　Dr. Gregg L. Mayer

"Disease Management in the US Today: Helping the Chronically Ill Live Better Through Empowerment and Support"　〈巻末資料6~10頁〉

（田中） 次は、Gregg Mayer 博士です。

Gregg Mayer 博士は、簡単にご紹介しますと、ずっと日本とアメリカのヘルスケアの架け橋役をなさっています。実業の世界、コンサルティングの世界、研究の世界の架け橋もなさっています。日本とアメリカの間を年に10回往復して既に20年近くになり、両国のシステムをよくご存知です。また、マネジドケアやディジーズ・マネジメントについても、

客観的な知識が一番おありの方です。

では、宜しくお願いします。

(Mayer)　先生、有り難うございます。

10分以内に簡単にアメリカの状況をご説明するということで、ハイライトをお話ししたいと思います。

◆ディジーズ・マネジメントに対するニーズ

まず、ディジーズ・マネジメントのニーズ、すなわち「何故アメリカではディジーズ・マネジメントが大事か」ということです。まず、慢性病の患者の半分以上が適切な治療を受けていません。マネジメントが不足しています。また、慢性病の治療を見ると、半分以上は合併症のための治療です。しかし、合併症は回避が出来ます。

もう１つのポイントは、ヘルスプランでも、メディケアでも、民間保険会社でも、患者さんの中に占める割合の小さい層である重症患者さんが、多くの治療を受け、医療資源の大部分を使っています。

そして、責任です。慢性病を適切に管理する責任の大部分は、その患者さんにかかっています。自分の生活、すなわち、薬をきちんと飲んでいるかどうか、自分で受診すべき検査を受けているかどうか、運動を実践しているかどうかといったことです。

◆ディジーズ・マネジメントは１つのソリューションとして登場

このような状況でディジーズ・マネジメントは１つのソリューションとして登場しました。

アメリカの場合は、ディジーズ・マネジメントは治療、医療行為ではありません。ディジーズ・マネジメントは医療行為と慢性病の治療をサポートし、管理し、患者さんを教育するものです。中でも特に大事なものは、医師と患者の関係のサポートです。EBM ガイドラインも重要です。あとは患者の教育とサポートです。合併症の発症率を、出来れば下げたい訳です。そして、勿論アウトカム、結果をすべて測っています。

◆ディジーズ･マネジメントは１つの“アプローチ”

ディジーズ･マネジメントには、いくつかのパーツがあります。この定義はDMAA の定義ですが、まず患者さんをどのように見つけるかという方法。次に、EBM ガイドライン。それから医師と他の供給者、提供者との協力的コラボレーション。あとは、患者に自分の健康、自分の病気をうまくマネージするよう促す教育制度。それから、英語でエンパワーメント、日本語では啓蒙です。そして、アウトカムの測定。そして、医師と、看護師等、他の提供者、ヘルスプラン、一番大事な患者へのフィードバックです。うまく自分の病気を管理しているかどうかということです。

ディジーズ・マネジメントは１つの道具ではありません。ディジーズ・マネジメントは１つのアプローチであり態度でもあります。すなわちプロアクティブ（事前対策を講じた）な態度です。

◆サービスの提供者は多様

ディジーズ・マネジメントは幾つかのところで今行われています。お手元の資料にございますとおり（巻末資料７頁下）、大学病院、普通の病院、外来、クリニックで実施されています。スポンサーはメディケア、メディケイド、民間保険会社です。供給者・提供者は、医師は勿論ですが、看護師、薬剤師、RT、社会福祉士、医療教育士、メンタル・ヘルス・カウンセラー、栄養士など、すべて供給者に含まれます。ここでのポイントは、患者さんのニーズに対してもっとも適切な提供者が、既に患者のいる現場でディジーズ・マネジメントを行うという点です。

◆ディジーズ・マネジメントの効果測定

ディジーズマネジメントの効果はいくつかあります。私も数百の論文を読んだことがありますが、簡単に纏めると、クリニカル・プロセス、臨床のプロセスの結果は良好です。この臨床のプロセスは、EBM ガイドラインに沿った適切な管理が行われているかどうかです。臨床的な結果は、実際に患者さんに現れる結果です。合併症の発症率が下がります。

次に、患者のコンプライアンス、これは薬をきちんと飲んでいるかどうかや、ライフスタイル、つまり運動しているか、食事は適切にとっているかなどです。

それから、QOL、満足度。その満足度は、ディジーズ・マネジメントは医師と患者の関係をサポートしていますから、患者だけではなくて医師の満足度も測らないといけません。

ディジーズ・マネジメントが適切に行われると、アメリカの経験ではウィン・ウィン・ウィンとなります。医師、支払者、そして一番大事なのは患者、これらの当事者すべてにメリットがあります。

◆信頼性の確保

信頼性はとても大事です。信頼性は、これまでに３つの方法を通じて、大分高まりました。１つは、academic validation で、ディジーズ・マネジメントについて数百の論文が peer-review journal(査読誌)にも出てきました。次に、第三者評価、accreditation も大事です。アメリカの NCQA、JCAHO、URAC、３つともディジーズ・マネジメントの accreditation を作りました。さらにはアメリカ政府がメディケイドなどを通じてディジーズ・マネジメントを提供するということが高い信頼性につながっています。

◆アメリカ以外の事例

アメリカ以外の国々で適用されている事例も多いです。最近、私はある学会に参加しま

したが、そこでは７つの国のディジーズ・マネジメントのアプローチの結果報告がありました。その７つの国のアプローチを見ると、それぞれ少しずつ違います。その国の制度、国の状況によって、各々違いますが、いずれも共通して、患者さんを管理、サポート、教育するということがメーンテーマでした。

◆日本でのアプローチ

日本のアプローチも、勿論米国とは違う筈です。しかし、DMAA が作った６つのポイントは、日本に当てはめることに大きな問題はないと思います。カルテとレセプト、あるいはアンケートを通じて、確かにニーズがある患者さんを見つけられると思います。EBM ガイドラインも、日本でも他の国でも増えています。それに、日本の医師がよく国際ガイドライン・コミッティーに参加しています。collaborative practice model は、医師は一番忙しく、一番少ない医療資源なので、医師だけでは100％患者さんのニーズに応えられません。ですから、周りにいる看護師や栄養士、薬剤師のチームをうまく使った協力的なアプローチは大切です。その点に関しては、日本はこれからだと思います。患者さんのセルフマネジメントの教育については、日本の患者さんは情報力を持っていると思います。インターネットでよく調べたり、情報を見つけたりしています。最後に、勿論プロセスを測定し、フィードバックをしないとなりません。日本は米国に比べて、データが結構好きな国だと思います。以上のように、DMAA のプロセスをぱっと見ると、日本で適用することに大きなギャップや問題はないと思います。

◆日本で機能させるためのアイデア

幾つかのアイデアがあります。これは私の最後のスライドです。まず、ディジーズ・マネジメントへのニーズについてですが、アメリカで Institute of Medicine がしばしば慢性病のニーズと、治療の研究と報告を行っていました。日本でもディジーズ・マネジメントに対するニーズの認識、特定をするため、現在行われている慢性病に対するケアの質、および患者に対する効果測定を評価する事が必要です。

また、ヨーロッパやアメリカにあるツールやアプローチは、当然ながら日本に適合するように変更を加えないといけません。これはどの国でも同じです。勿論日本の社会保険システムにも適合するものにしなければならないと思います。

アウトカムは是非測らないといけないと思います。そして、その結果をジャーナルや学会で公表した方が良いと思います。

あとは、フォーカスは total population of health ですから、１人１人だけではなくて、そのグループにフォーカスする。日本でもアメリカと似て、多分重症者という、患者さんの中では比率の小さい集団が、医療資源の多くの部分を使って治療を受けていると思います。したがって、そうなりそうな人達に一番大きなディジーズ･マネジメントの資源をかけることが、もっとも効率的で成功しやすいアプローチだと思います。ディジーズ・マネジ

メントは公衆衛生ではありません。みんなに平等にパンフレットを配ったり、教室を開く訳ではなくて、population focus ですが、それぞれの患者さんのニーズに合わせて資源をかけることです。

（田中）　Gregg Mayer 博士、有り難うございました。実際にこの研究報告書を作るプロセスでは、Mayer 先生に大変お世話になり、損保ジャパン総研の若い方達がアメリカに行って、一緒に大会で指導を受けてきました。

②財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構
研究部長・主席研究員　坂巻弘之氏
「Disease Management **のツールと実践モデル**」〈巻末資料11~17頁〉

（田中）　続きまして、坂巻・医療経済研究機構研究部長です。
坂巻先生は、薬剤経済学分野において活躍なさっていると同時に、システム・オブ・ヘルス・アカウントと言いまして、OECD 諸国の保険医療支払データの統合作業等でも主導的役割を果たしておられます。

（坂巻）　私は、「Disease Management のツールと実践モデル」というテーマで、私自身が研究に参加させていただいております事例等も紹介したいと思っております。

◆ディジーズ・マネジメントの定義は多様
先程座長の田中先生が、ディジーズ・マネジメントの定義は沢山ある、この会の目的の１つは、緩やかながら、ディジーズ・マネジメントというのはどんなものかということのコンセンサスを得ていくことだというお話がありました。先程 Gregg Mayer さんがご紹介された通り、これが DMAA の定義でございます。ただし、この定義をご紹介することを目的とする訳ではなく、実はディジーズ・マネジメントの定義には幾つかあるということをお話しいたします。
私も日本の色々な研究者の方とお話をしていく中で、どうもディジーズ・マネジメントの話をしている筈だけれども話がすれ違っているなと感じることが、何回かありました。恐らくその研究者の方が関心を持っている領域によって、かなり擦れ違うような話をしているのではないかと感じ、そこで、少しその辺を整理する必要があるのかなということを感じております。

◆ディジーズ・マネジメントという概念の範囲
ディジーズ・マネジメントという用語は、米国のディジーズ・マネジメントのテキスト

を見ても、実はかなり広い範囲をカバーしております。それを概念的に示したものがこの図（巻末資料12頁上）ですが、中程に「狭義のディジーズ・マネジメント」というのがございます。この狭義のディジーズ・マネジメントというのは、集団に対する介入で、主に疾病の進行防止というところにフォーカスを当てておりますが、研究者の中にはケース・マネジメントに着目しまして、個別的な介入がディジーズ・マネジメントの本質だという考え方を持つ方もいらっしゃいます。一方、左側の方ですが、健康増進、すなわち病気にならないようにどうしたら良いのか、こういったところがディジーズ・マネジメントの本質だという言い方をされる方もいます。米国のテキストを見ると、こういったものを包含しまして、用語としては「population health management」という言葉を使うこともありますが、広い意味でのディジーズ・マネジメントと言う場合には、これらをすべて含むと解釈すべきです。それぞれの関心に応じて、どこに重きを置くのかということは勿論あってよいのですが、ディジーズ・マネジメントという概念は実はこの位広いものだということをご理解いただきたいと思います。

下の方に、ディジーズ・マネジメントの１つの目標である、住民・患者の自己管理と、医療的な介入との、それぞれの重さを概念的に台形で示しております。ディジーズ･マネジメントというのは、病気も重くなってくれば、そこでは医学的な介入、医療的な介入もより重要になってきますけれども、ただ、そういった場面でもやはり患者の自己管理が必要であるという構造になっています。

◆ディジーズ・マネジメントのコアコンポーネントとツール

これも先程 Mayer さんがご紹介いたしました DMAA のコンポーネントですが、私はこのコンポーネントをこの図（巻末資料12頁下）のように纏め直してみました。現状分析、目標設定に当たる部分（plan）、それから介入の部分（do）、分析・評価の部分（check）、フィードバックして一番上の現状分析に戻ってくる部分（action）です。まさに品質管理的な plan、do、check、action というサイクルになっているわけです。こういった PDCA の上に様々なツールが乗っかる。各社色々なところが提供しているツールを私なりに7つのカテゴリーに整理してみました（巻末資料13頁上）。最初が、その集団の特性の記述のための予測・層化モデルです。それから、その予測・層化技法のベースとなるデータソース。個々の患者さんのリスク等を評価する評価スケール。日常的に患者さんとのコミュニケーションを図るための様々なツール。それから、右の段に行きまして、標準化の手段。具体的な介入ツールとしても、幾つかのものがあります。我が国においては、これらのうちの幾つかのものについては既に準備されていますが、個々の病気毎に今後こういったツールを具体化していくことが必要になってくるだろうと思います。

◆診療ガイドライン

DMAA の定義の中にもございますように、診療ガイドライン――日本でも今 EBM に関

連して幾つかの診療ガイドラインの議論が進んでいるところです。テキストあるいは文献から抜き出してきたものですが（巻末資料13頁下）、ディジーズ・マネジメントに関連したガイドラインでは、より具体的に、誰が何をするのかといったことが明確化されたガイドラインが必要とされています。そういう意味ではガイドラインというよりも、例えば、クリニカル・パスのような「ディジーズ・マネジメント・パス」といったものが必要だろうと考えております。

◆診療リエンジニアリング

標準化をベースに、最終的な消費者である患者・住民にフォーカスを中心において、それぞれの関係者が価値連鎖を形成するという「診療リエンジニアリング（巻末資料14頁上）」もディジーズ・マネジメントの核になります。勿論その連携のベースになる診療ガイドラインや情報システムなどを、医師会や保険者、学会などが提供していくことになります。ビジネスモデルの話が出てきますが、このディジーズ・マネジメントを実施する関係者に対する経済的なインセンティブになるような支払システムを考える必要があるだろうと考えております。

◆ディジーズ・マネジメントのモデル

ディジーズ・マネジメントには幾つかのモデルがあり得るだろうと思います（巻末資料14頁下）。このうちの、職域モデルにつきましては、この後、松田先生がご説明されると思います。また、色々な企業がディジーズ・マネジメントのためのツールの提供を行っています。

◆国レベルでの取り組み例

まず、国レベルの取り組みの例として、英国の例を簡単に紹介します。英国はある意味で、国でディジーズ・マネジメントを提供していると言えます。英国では（巻末資料15頁上）、National Institute for Clinical Excellence――通常 NICE と呼ばれます――が、診療標準、診療ガイドラインを作成しています。真ん中の医療の提供者が実際に医療の提供を行い、Commission for Health Improvement――CHI と呼ばれます――が医療機関のサービス提供状況についてスタンダードにどの位沿って実施されているのかということをモニタリングしています。これは国が実施するディジーズ・マネジメントとしての形態だろうと思います。

◆地域モデル例　・・・　安来・能義地域糖尿病管理システム

私自身が研究として参加させていただいておりますのが、この島根県の安来・能義地域糖尿病管理システムというものです（巻末資料15頁下）。こちらでは平成10年に地元の医師会、自治体などが中心になって、実施しているものです。ここでは患者さんの同意をも

とに、糖尿病手帳や日常生活手帳といった手段を使って、患者さんの情報を収集しています。これがモニタリングに相当します。それから、地域において合意ベースでの診療標準を作成しています。診療標準に沿って、地域においてお互いに連携、紹介が行われていると同時に、様々な教育介入のツールも共有されています。

もう少し具体的に、どういったことをやっているかと言いますと、患者さん毎に、患者さんの日常生活等のリスクの調査を行います。ここで個々の患者さんと医師、コメディカルの人達が一緒になって、問題の把握と改善計画を設定する訳です。この目標に沿って様々な介入を行います。必要によって、栄養士さん、あるいは看護師さん、保健師さんといった人達が介入を行うなど、患者さんのニーズ、状態に合わせた様々なアプローチがとられます。これらの介入とアウトカムデータとを継続的に記録しまして、それらのデータを基にアウトカム研究が行われ、効果を見ながら、目標設定へのフィードバックがなされます。

◆ディジーズ・マネジメントの特徴

特徴を纏めますと、１つは、目標設定をベースに介入プランが立案されることがあります。次に、患者さんの行動変容――患者さんだけではなくて、場合によっては医療提供者側の行動変容も促していくということ。最後に、継続的モニタリング・評価のシステムが内蔵されている。こういった特徴があります。

◆ディジーズ・マネジメントの課題

最後にディジーズ・マネジメントの課題をまとめたいと思います。紹介した事例では、医師会が中心になって合意ベースで診療標準を作っておりますが、ディジーズ・マネジメントが日本に広がっていくためには、やはり診療ガイドラインに対する共通の認識、あるいはディジーズ・マネジメントに合った形の診療ガイドラインの策定が必要になるだろうと思います。それから、ビジネスモデルが必要です。先程４つのモデルを示しましたが、国全体のものは除いて、地域モデルでも、職域モデルでも、ビジネスモデルが必要です。各モデルによってビジネスモデルの作り方が恐らく違ってくるだろうと思います。これに関連して、支払制度をどうするのかということも考えていく必要があると思います。継続的なモニタリングシステムをベースにプロセス、アウトカム評価をどのように行うのかなど、データ収集の仕組みもモデル毎に考える必要があります。もう１つ、重要なことは、プライバシーや自由参加の原則があります。島根県においても、個人の患者さんの情報を扱いますので、きちんとしたインフォームドコンセント、文書による同意を取っております。今後、この参加者へのインフォームドコンセントをどうするのかといったことについても、十分に検討していく必要があるだろうと思います。

（田中）　坂巻先生、有り難うございました。実践を伴った発表なので、もう少し詳しく知りたい方は質問して下さい。現に日本でも、このように行われた例があります。

③産業医科大学公衆衛生学教室教授　松田晋哉氏

「わが国における DM の可能性　―職域を例として―」〈巻末資料18~25頁〉

（田中）　続きまして、松田先生からご発表をいただきます。

松田先生は、医療政策の第二世代学者の輝く星であります。私達1940年代、50年位まで生まれの学者が何人かいますが、「次の世代のトップは松田さん」が私達の内輪話であります。

どうぞ宜しくお願いいたします。

（松田）　産業医科大学の松田でございます。過分な紹介を受けて緊張しております。私としてはマルチな二流を目指しているのですが。

今日は「わが国における DM の可能性－職域を例として－」というテーマでお話をさせていただきます。ディジーズ・マネジメントの枠組みというのは、実は見方を変えて見てみると、日本にも既に存在しているのではないかと考えております。それを少しお話しさせていただければと思っています。

◆マネジドケア

まずマネジドケアについてお話いたします。マネジドケアを出しましたのは、これと疾病管理プログラムが非常に混同されているからです。Mayer さんの論文では、マネジドケアについて「医療費の適正化のために超過需要を減らすためのシステムの総称。医療保険者が医療を受ける者と医療を提供する者に医療費を抑制する動機づけを行うシステムで、抑制された成果を医療提供者・受益者が享受できる仕組みを構築し、抑制に必要となる交渉と管理統制を実施するもの」と書かれております。

資料19頁上(巻末資料19頁上)の図でお示ししているように、マネジドケアでは、支払者からサービス提供者、消費者に、色々な形でサービスの利用に関して介入が入ります。例えば、消費者、患者が色々なサービスを受けるに当たっては、事前に相談を受けるとか、あるいは何か予防プログラムに乗るとか、健康教育プログラムに乗るとか、時々電話相談を行う。それから、支払者がサービス提供者に、超過需要を抑制する目的でゲートキーピングや人頭制、GP 制、あるいは利用調査等を行っています。ところが、提供者に対する支払者側の介入が非常に強すぎるために、例えば李啓充先生が著書「市場原理に揺れるアメリカの医療」において紹介されていますが、粗診粗療という形で、所謂マネジドケアのホラーストーリーというのが問題になっています。

◆疾病管理プログラム

疾病管理プログラムは、基本的には、患者さんに対して適切な医療が出来るように、あ

るいは生活習慣の適切な管理が出来るように、色々なプログラムを提供するものですが、単純化して言えば、相談センター、コールセンターがあり、そこに看護師が勤務して、定期的に生活習慣を色々なデバイスを使いながらチェックする。色々な悪化のリスクが高まってきた場合には、それに適切に介入する。また、医療機関に対しては、きちんとガイドラインに沿った医療の提供を求める。それによって受診の適正化を図るのが、疾病管理プログラムです。実は日本ではこれが既に過去何十年にも亘って行われてきています。それが所謂職域の健康管理です。

◆職域健康管理のシステムの例

次にお見せしますのは(巻末資料20頁上)、ある企業における職域健康管理のシステムの例を示したものです。日本の場合には、所謂一般的な健診というのが、労働安全衛生法による枠組みと、老人保健法による枠組みで行われていますが、これはその内の労働安全衛生法によって行われているものです。労働安全衛生法における法定健診というのがまずありまして、これは企業の責任で行わなければならない。多くの場合は、これに健康保険組合が上乗せ健診として追加的な健診を行っている。最近はアウトソーシングが流行りですので、多くの場合は企業外健診機関に委託して、その結果をデータベース化しています。産業医あるいは産業保健職がそのデータを個別に判定して、それぞれの個人に合った適切な事後措置を行っていく。こういう仕組みが既に出来ているのです。

その結果としてどういうことになっているかと言いますと、ちょっと古いデータで申し訳ないのですが、これが労働安全衛生法で定めている一般健診の内容です。労働安全衛生法ですので、本来は職業に起因するリスクを予防する、職業病の予防が本来の目的である筈ですが、日本の場合には色々な経緯がありまして、労働安全衛生法で行われている健診が一般健診化しています。お手元の資料(巻末資料20頁下)を見ていただいたら分かりますように、最も多く検出されている異常が血中脂質検査、２番目が肝機能異常、３番目が血圧、それから耐糖能異常もあります。要するに、日本の場合には労働安全衛生法で行われている職域健診が既に一般健診化していて、しかも、そこで異常が指摘されますと、法律的な根拠を持って事後措置をとらなければならないという仕組みになっています。その結果としてどういうことが行われているかと言うと、リスクがある労働者に対して、産業医のみならず、多くの場合保健師による生活習慣改善のための色々な保健指導、健康教育、介入が行われているのです。これはある意味で先程申し上げました疾病管理プログラムを部分的に採用しているということになるだろうと思います。

◆プリンシパル－エージェントモデルから見た産業保健活動

例えば、こういうものをプリンシパル－エージェントモデルという形で少し評価してみますと、産業医（代理人）は本来、お客さんたる事業主に代わって、安全配慮義務、企業

において労働者が職業病に罹らない、あるいは労災に罹らないようにするという仕事を委任されて、色々なサービスを行っているのですが、従業員の側から見ると、従業員の健康管理を委任されて行っています。

それがどういう内容かと言いますと、例えば、健康管理部門では、実際に代替治療の紹介や電話相談センターの業務、健康教育、予防プログラム、健康増進プログラムを行っています。また、多くの企業においては、産業保健の担当者は、その地域の医療機関に関する情報を整理しています。そして、この疾患であればこの医療機関という形で、どちらかと言いますと、ゲートキーピングのようなこともやっており、その結果、どうなったのかということに関する、その後の記録も取っております。そういう意味で、先程、坂巻先生からお話がありましたような、所謂行動変容などの継続的評価ということが既に行われています。

◆具体的事例１（管理投薬制度）

次にお見せしますのは(巻末資料22頁上)某社における管理投薬制度です。これはもうやめたと聞いていますが、この企業では、健診で見つかった慢性疾患の患者に対して、健康管理室が外部の専門医療機関と相談の上で推奨薬剤リストというものを作りまして、それを企業に勤める患者さんに対して自由診療の枠組みで診察・投薬を行っています。これによって、効果としては、顕著な医療費の節約効果や、従業員の高い満足があるのですが、この基本は、単に薬剤を安く提供しているということではなくて、薬をきちんと飲んでいる、服薬指導がきちんと出来ているということです。しかも、その効果が継続的に追い掛けられる。そういうことをやっているところがあります。

◆具体的事例２（大腸がん検診）

それから、大腸がん検診に関しましても、検診で引っ掛かった人に対して、産業医の紹介状で二次検診機関に行くのですが、今までの通常の検診の場合には、二次検診にかかった段階から健康保険で支払われます。それを健康保険ではなくて、自由診療という形でそれぞれの医療機関と契約して、検診で引っ掛かった方を契約医療機関に紹介する。その代わり、紹介を受けた医療機関は、その会社の定める様式に従って、レポートを健康保険組合に提出しないといけません。そのデータを医師が見て、二次検診で「異常なし」と判定された人の中から、例えば、翌年、あるいは翌々年に大腸がんが発生しているとなると、その医療機関はその患者を見逃していたということになります。要するに、ここでは産業保健職が個々の医療機関の評価も行って、そして医療機関を選別していくということもやっているのです。これもある意味でディジーズ・マネジメントであると思われます。

要するに、今の日本の企業で行われている健康管理の枠組みをうまく使いますと、所謂アメリカのディジーズ・マネジメントを日本的にアレンジすることが出来るのではないかと思っている次第です。

◆中小企業の労働者の健康管理

これは全て大企業だけではないかと考えられがちですが、実は日本の場合、例えば、地域老人保健事業がどのように行われているかと言うと、多くの場合は市町村が地区医師会に委託して、地区医師会の加盟する診療所で地域の住民が検査を受けて、それで異常があれば市町村の保健師が指導に回る。母子保健も同じように行われており、産業保健についても、中小企業の労働者の健康管理は、実は地区医師会に委託されて行われているのです。そうしますと、先程のディジーズ・マネジメント的なものを、地区の医師会が保健所あるいは検診機関と共同で行うことによって、大企業で行われているのと同じような枠組みで、健康管理、ディジーズ・マネジメント的なものが出来るだろうと私自身は考えております。

◆検診結果を利用して早期に介入

纏めですが、ディジーズ・マネジメントは最近色々なところで語られ、多く議論されていますが、実は日本では既存の制度の中に既に疾病管理的な仕組みが存在している訳です。企業で言えば、今の労働安全衛生法の中で、一般健診として色々な生活習慣病を既にスクリーニングしている。それに健康保険組合が更に上乗せ健診で、がん検診や眼底検査も行っている。そういうデータを、大企業の場合に限られますが、産業保健職が評価して、個別に健康教育、あるいは医療機関にかかる場合には医療機関を紹介するという形で介入を行っているのです。

しかも、アメリカのディジーズ・マネジメントは、最初にMayerさんからお話がありましたように、合併症の管理が非常に重要な目的になっているのですが、日本の場合には、一般健診が広く職域でも地域でも行われているために、所謂合併症が発生する前のかなり軽い段階から対象者を検出出来るという特徴があります。早期からの介入が可能であるという点で、日本版のディジーズ・マネジメントはもう少し早い段階から、先程の坂巻先生のお話の中ですと、もう少し一次予防的なところからディジーズ・マネジメント的な仕組みが導入出来るのではないかと考えています。

◆地域医師会の協力の下、日本独自のディジーズ・マネジメント・システムを

そういう意味で、地区医師会の協力等を得て、日本独自のディジーズ・マネジメント・システムを職域及び地域で行使することが可能であるだろうと思われます。そのような研究をこれから行っていきたいと考えております。

（田中）　松田先生、有り難うございました。日本は実は、名前はディジーズ・マネジメントと呼んでこなかったけれども、職域でも、地域でも、そのままディジーズ・マネジメントになれるような介入があるとのご指摘でした。実はマネジドケアについても、昔Mayerさんと研究している時に、日本の健保組合はマネジドケアと似ていると合意したものです。つまり、言葉は違っても、日本が発達させてきたものは、新しい展開が十分に可

能であるというご指摘でした。

④広島大学医学部保健学科臨床看護学講座教授　森山美知子氏

「Disease Management **プロセスの実際と看護師の役割**」〈巻末資料26～32頁〉

（田中）　前半の最後は森山先生です。

森山先生は、行政のご経験がおありになり、現在、所属が臨床看護学講座ということで、今日のテーマにぴったりの方を看護の分野からお迎えすることが出来ました。私達の研究会でもいろいろと助けていただきました。

（森山）　「プロセスの実際と看護師の役割」というテーマでお話しいたします

◆疾病管理のプロセス

疾病管理のプログラムに関しましては、プロセスの主要な部分を看護職が実践していくことになります。今、日本では生活習慣病は、一次予防の段階から早期に介入する仕組みが整っていると言われております。まさにその通りですが、実際に健診で選定された方をどのように教育プログラムに乗せて、かつ、行動変容を図り、コンプライアンス行動を維持させていくかというのは、臨床家としては非常に難しい問題です。

疾病管理のプロセスとしましては、まずアセスメントを行います。ここで患者特性による分類を行い、介入方法と介入内容の特定を行っていきます。この段階では、アセスメントツールを活用していきます。次に、このアセスメントと一緒に、階層化という作業を行っていきます。多くの場合はアルゴリズムというものを使用していますが、ここでハイリスク・ハイコスト者を特定することが、疾病管理の重要なポイントです。そして、本当にコストのかかる人達、資源利用の多い方達を、個別のプログラムで別途フォローアップする、つまりケースマネジメントというプロセスに乗せていくということになります。

次に、アセスメントに応じた働きかけ／介入です。患者に対しては、疾患に応じて共通する基礎的教育内容、それから患者特性に応じた対応というものが発生します。主治医に関しましては、診療ガイドラインの遵守が必要となります。いつ、どんな検査をして、例えば糖尿病ですと、何カ月の時点で足のケアを行うとか、末梢神経障害のチェックを行う、眼底検査を行うというような、ガイドラインに沿った治療を行っているかどうかを疾病管理のプログラム提供者がチェックしていくことになります。

次に、質の管理です。データ管理、検査データ等を含め、ガイドラインの使用について主治医への働きかけを行っていきます。

それから、評価とフィードバックの段階では、患者の行動変容の度合いや、満足度（QOLを含む）、医療コスト、様々な臨床指標で測定していくことになります。

◆アセスメント：患者特性の分類

アセスメントの部分ですが(巻末資料27頁下)、患者特性の分類は各 DM 会社のコアになるところで、各社が独自のアセスメントツールを持っています。変化のステージ段階による分類、疾病の重症度と治療形態、または行動変容に関連した行動特性というところから様々な分類を行っています。アセスメントの方法としましては、インターネット、電話、または質問票の郵送、来所面談や訪問という方法があります。

◆階層化

次に(巻末資料28頁上)階層化です。自分で言われたことを順守できる人は普通の介入で良いのですが、所謂ハイリスク・ハイコスト者をどのようにスクリーニングするかというところが、各社のプログラムのポイントになってきます。これは自分で気がついた点を挙げたのですが、行動変容に抵抗を示す人は必ず将来、重篤な合併症を起こしてハイコスト者になっていきますので、こういった方達をどう教育プログラム／疾病管理プログラムに乗せていくか。それから、不定愁訴の多い者、つまり、自分の知覚している体の状態と実態に不一致がある人は、必ず医療資源を沢山利用しますので、こういった方もハイコスト者です。多くの合併症を有する人もハイコスト者です。ソーシャルリスクの高い人、独り暮らしで、かつ依存的である人、サポートがない人、生活保護、無職、アルコール依存等はケースマネジメントの対象になります。

◆行動変容に影響する要因(アセスメント項目)

アセスメントの項目です(巻末資料28頁下)。今、様々な行動変容理論が出てきています。こういったものを使用したアセスメントの結果に応じて、一般的な介入内容と共に、個別の内容で所謂ケアプランを作って提供していきます。

◆自己管理行動に影響を与える要因

これはアセスメントの枠組みの時に使用する一参照資料です(巻末資料29頁上)。例えば糖尿病の場合、MEDLINE 等の学術的な論文の中に、エビデンスがあるものとして、こういった結果が検索できます。例えば、心理状態は肯定的な方が自己管理行動はよく出来るといった形で、既に多くのエビデンスが出ていますので、そういったものを組み合わせてプログラムを作っていくことが出来ます。

◆変化のステージモデル

これは変化のステージモデルです(巻末資料29頁下)。このモデルは日本の保健師さん達もよく使用しています。患者さんはどこかの段階に当てはまります。「無関心」の時期に「維持期」の段階のようなアプローチをしても意味がなく、患者がどの段階にあるかを見極めて、介入内容を変えていくことが重要になってきます。やはり最大のポイントは、健康信

念、健康に対する考え方にアプローチしていくということになります。

◆介入（働きかけ）

次に(巻末資料30頁)働きかけですが、一般的な介入特性、どのようなタイミングで、何カ月毎に、何週間毎に、そしてどんな枠組みでもって、どの位のトーンで、どんな形で介入していくかというものに加えて、個人の特性、例えばその人の知識水準や行動特性に合わせて介入プログラムを作っていくことになります。

この働きかけですが、患者に対しては面接やグループ指導を、リスクに応じて介入の度合いや方法は分けて、行っていく。医師に対しては、診療ガイドラインの提供です。出てくるレセプトデータ等で医師の特徴は分かりますので、例えば、無駄な検査を行っている医師が多いところには働きかけていくといった形で標準化を図っていきます。

◆患者特性に応じた支援

次に(巻末資料31頁上)特性に応じた支援です。これも１つのスキルです。例えば、コントロールの所在が内的である人、所謂主体的に動ける患者は、ある意味で放っておいても自分で出来ますので、自らゴール設定をしてやっていくやり方を勧めます。一方、コントロールの所在が外的、所謂他者依存的な患者には、こちらが何をするのかを勧めます。これに対しては従順になる傾向がありますので、そういったスキルをうまく使用します。そして、コーチングスキルの活用です。それから、アサーティブネスというのは、例えば、飲み会に行った時にどうやってそこでうまく相手をかわしていくか、あるいは仕事で残業を強いられる中でどうやって自分を守っていくか、といったスキルを教えていくということです。さらに、集団と個別指導の使い分けです。

夏に調査をしたのですが、日本の臨床において特徴的なのは、患者の初期教育が余り行われていないということです。初期教育の場合、症状のコントロールやストレスマネジメント等、生活に応じてどう対処していったら良いのかという教育も非常に重要ですが、どうしても日本はそこが落ちてしまうという特徴があります。

これはある男性の例です(巻末資料31頁下)。このような方達はケースマネジメント適用タイプですが、こういったハイリスクの人達をどのようにしてプログラムに乗せていくかというのは非常に難しいです。

次にバーンアウト／ドロップアウト／否認です(巻末資料32頁上)。こういった人達に対して、様々なスキルを使いながらプログラムに乗せていくということこそ、看護の神髄と言えます。

◆わが国のアプローチと課題

最後にわが国のアプローチと課題について大きく纏めてみました(巻末資料32頁下)。医療機関側から見ていくと、教育入院を制限していく必要があると考えられます。米国では、1989年に教育入院は制限されています。むしろ外来機能の強化ということで診療報酬上対応していく必要があるでしょう。地域や職域での展開については、保険者の機能強化が課題であると思われます。チーム医療については、個人の開業医ではすべてをそろえることが難しいので、センター化も考える必要があります。患者・家族教育の強化については、医療者の時間・エネルギーをかなり必要とするので、医療者へのインセンティブを設定する必要があります。ケースマネジメントもしっかり行う。それから、ガイドライン順守のための仕組み作りと、IT を使用した長期的なデータ管理です。さらに、各疾患の専門スタッフの養成に関して、私の立場からは専門看護師の養成と活用強化をしていただきたいと思います。この点については、諸外国において専門看護師が活躍していることから、重要ではないかと考えました。

（田中）　森山先生、有り難うございました。我々のような、政策学、あるいはビジネスの観点から見ている者にとって、実際のオペレーションをどうするかについて大変参考になりました。

５人の方の協力で、ほぼ１人10分で収めていただきました。ここで休憩に入ります。

５．講演・意見発表

（田中）　では、コメンテーター４人の方々によるご発言をお願いいたします。前半と同様、大変恐れ入りますが、10分で纏めていただくようにお願い申し上げます。

①社団法人日本医師会常任理事　櫻井秀也氏

「医師の裁量について」〈巻末資料33~34頁〉

（田中）　最初は、我が慶應義塾の大先輩であります櫻井先生です。現在、診療報酬改定の中医協での戦いが始まろうとしておりますし、ご存知のように会長選挙の候補者でもありますが、今日はそのどちらの話題でもなく、あくまで医療政策の観点からお話をいただきます。どうもお忙しい中、有り難うございます。宜しくお願いいたします。

（櫻井）　ご紹介いただきました日本医師会の櫻井でございます。田中先生には日頃、お世話になっておりまして、先生からシンポジウム参加の依頼を受け、この場にまいりました。

◆米国でディジーズ・マネジメントに取り組む理由

先程坂巻先生のお話の中にもありましたでしょうか、「ディジーズ・マネジメント」という言葉については、恐らく人によって概念や使い方が少し違うところもあるようです。私は損保ジャパン記念財団の報告書をいただいておりますので、まず、この報告書をもとにお話をさせていただきたいと思います。

まず、「はじめに」というところを読み上げさせていただきます。「米国においても、慢性疾患による医療コストの高騰が問題となっている。そのような状況を克服するための新たな試みとして、近年特に健康保険プランや企業の間で強い関心がもたれているのが、ディジーズ・マネジメントである。ディジーズ・マネジメントが用いるアプローチは、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その他の医療従事者の双方に働きかけることにより」――問題はその先です――「医療資源利用の効率性の向上（その１つとして医療コストの抑制）・医療サービスの質の向上の双方を実現しようとするアプローチである」と書いてあります。一言で言えば、ディジーズ・マネジメントは医療費を抑制し、医療の質を向上するものであると書いてあるのです。ここに、心に引っ掛かるものがありました。アメリカは医療の質が低くコストが掛かっているから、一生懸命それを是正しようとしてディジーズ･マネジメントに取り組んでいるのか、というのが、最初の問題提起です。

◆あるアメリカ人からの手紙

次に、講演資料集の33ページ、34ページ(巻末資料33～34頁)に英語の文章のコピーを掲載していただいたので、分かる方は英語の方をお読みいただきたいのですが、私は手元にある和訳をもとにお話させていただきます。

まず33ページをご覧下さい(巻末資料33頁)。これは、昨年の８月に、ある１人のアメリカの方から手紙が色々な経緯で日本医師会に届いたものです。「私は39歳のアメリカ人で、２度に亘って日本で生活して、通算７年半滞在したことになる。」という内容で始まるお手紙の内容です。

第二段落には、アメリカでこのお手紙をくれた人を教師として育てて下さった先生が白血病で亡くなったことについて、「余りにも早くその先生が亡くなってしまったのは、医師ではなく保険会社（保険者）が、彼の病状が悪化し過ぎているから命を救うのは無駄であると判断し、薬の使用を許さなかったことに原因がある。」と書いてあります。

第三段落には、「私の中古の自転車を私の友人に売り渡した。その友人は、実は４年前に白血病と診断された。彼にとって幸運だったことは、アメリカではなくて日本で白血病の診断を受けたことだ。日本で色々治療して、彼はよくなって、今日は私の自転車を貰って、それを漕いで帰っていった。」と書いてあります。

第四段落には、「これらの２つの出来事は、アメリカの医療制度の何が悪くて、日本の医療制度の何が正しいかを明らかにしている。」「もし２番目のケースの場合でも、アメリカ

でもしそれが起きたとすれば、たとえ良い結果を得たとしても、彼は物凄い借金を背負ったに違いない。」と書いてあります。凄くコストがかかるということです。

そして、「日本の医療制度は、安い費用で誰もが医療を受けられる点で、傑出した世界の手本になっていることを決して忘れないで欲しい。私の友人の命を救ったこの日本の医療制度を壊さないで欲しい。」と締めくくられています。

◆ブッシュ大統領の一般教書演説より

次に34ページをご覧下さい(巻末資料34頁)。これも英文をそのまま掲載しており申し訳ないのですが、その方が却って良いと思いましたので。これはブッシュ大統領が今年の１月末に行った、一般教書演説の一部です。これは新聞にも掲載されましたからご覧になった方は多いと思いますが、アメリカの目標を掲げています。お手元の資料には、その中の２番目の目標を掲載しております。

時間がありませんので極力簡単にご紹介します。「The American system of medicine」で始まる段落の中程に、「高齢者や低所得者が必要とする援助を得られるような保険制度を作る必要がある。」と書いてあり、さらに同じ段落の一番最後には、「官僚、弁護士、HMOの手から、医師、看護師の手に患者を戻して、彼らにアメリカの医療を託さなければならない。」と書いてあります。あのアメリカの大統領が今年このように言っているのです。

◆目的が医療費の削減となることを懸念

これらの文章を読み、「アメリカの医療は質も制度も悪いのか。」と思ったのですが、そのアメリカにおいて、ディジーズ・マネジメントが進展しつつある。先程ご説明がありましたが、皆様のお手元にある講演資料集の４ページの下側のスライド(巻末資料４頁下)に、ディジーズ・マネジメント発生の背景として、慢性疾患、技術の発展、そしてマネジドケアの弊害が指摘されています。今私が引用したのは、恐らくマネジドケアがアメリカにおいて非常に問題になっているということであり、その反省に立ってディジーズ・マネジメントの考え方が出てきたということではないかと思ったのですが、そう思いながら右側を見ますと、５ページの上側のスライド(巻末資料５頁上)には、ディジーズ・マネジメントの当事者として保険者が挙げられており、保険者のインセンティブはコストの削減であると書いてあります。やっぱりそうかという気がしました。つまり、質の向上と医療費の削減の両方を果たすと言いつつも、今ここで使われているディジーズ・マネジメントは、医療費の削減が目的なのではないかと、私は非常に心配しております。

◆日本医師会の生涯保健事業

先程、坂巻先生から、一次予防から三次予防までの考え方についてのお話があり、また松田先生が、日本においても職域保健や地域保健の取り組みがなされている、とのお話をされていましたが、実は日本医師会も生涯保健事業という形で行っています。日本では、

先程松田先生のお話にありました地域保健に入るのかも知れませんが、母親とその胎児、乳幼児に対する母子保健があり、また、学校の生徒・児童に対する学校保健があります。私も学校医として学校保健に参加しています。更に先程松田先生からお話があった産業保健、あるいは老人保健といった形で、生涯に亘る保健事業を個別には行っています。それらの事業にきちんと取り組むべきであるというのが、むしろ日本医師会の主張であり、その意味でのディジーズ・マネジメントであれば、既に日本では行われており、日本医師会はむしろそれに取り組もうという主張もしていることになるのではないかと思います。

ですから、ディジーズ・マネジメントが１つの手段、ツールであるという意味であれば非常に評価出来ますが、先程お話しましたように、医療費を減らすために使われることがある訳で、そこが気に掛かるところであります。

◆診療ガイドラインと医療の個別性

先程田中先生からお話がありました、報告書の付録の用語解説の中に、「診療ガイドライン」が取り上げられており、「特定の臨床状況における医師・患者等の意思決定をサポートするために作成される」と説明されています。その通りです。医師・患者等の意思決定をサポートするために作成されたのが診療ガイドラインです。ところが、その後に続く「診療ガイドラインは、ディジーズ・マネジメントでは、患者や医師への働きかけの有用なツールとなり、類似の症状・疾患を有する患者に対する一貫性のある治療方法を実現するための手段の一形態である」との説明にはいささか疑問を感じます。本来は、患者や医師への意思決定をサポートするために定めた診療ガイドラインが、医療の個別性を否定して、一貫性のある治療を行うための道具として使われる。つまり、診療ガイドラインもツールとしては素晴らしくても、使い方によっては問題があるということです。恐らくディジーズ・マネジメントもそういう側面を持ったものであると考えています。

アメリカで色々研究されて進歩したDRGについても、我々は非常に評価していますが、それが支払いシステムのPPSと共に使われた時に問題があるのです。色々お話の出ているクリティカルパス、クリニカルパスも非常に良いことですが、それが医療費抑制を目的として使われたのであれば、そこに問題があるのではないでしょうか。良いことを行った結果として医療費が減るならば、それに我々も反対はしませんが、目的が医療費抑制にあるのであれば、我々は疑問を投げ掛けざるを得ない、というのが私共の意見です。

少し時間を超過したかも知れません。どうも有り難うございました。

（田中）　櫻井先生、有り難うございました。道具としてのディジーズ・マネジメントであるから使い方を間違えてはならないという厳しいご指摘でありました。

②健康保険組合連合会副会長・専務理事　下村健氏
「保険者から見た疾病管理への期待」

（田中）　続いて、お忙しい中を只今駆け付けていただいて、またすぐ次の場所に移らなければならない下村副会長にお願いいたします。

下村副会長は、常に日本の医療費の支払者側を代表して審議会等でご活躍されているので、改めてご紹介の必要もないと思います。本日はお忙しい中、有り難うございました。宜しくお願いいたします。

（下村）　ご紹介いただきました下村でございます。風邪が流行っていますが、私も風邪を引いておりますので、途中で咳き込まなければ良いかと心配しています。

今の櫻井先生の話を最初から伺っていれば良かったのですが、最後のところだけしか伺っていなかったので、もしも誤解があれば後で訂正していただきたいと思います。ディジーズ・マネジメントについては、医師会側の目から見れば多分そのような点が問題になるだろうと私も思っております。

◆医療提供体制や保険制度の在り方との関連性

ディジーズ・マネジメントというのは、確かに今、櫻井先生が仰ったように、１つの技術的な手段、または、方法と言って間違いないと思います。だから、誰がそれをどのように実行するのかというところが、ある意味では非常に大きな問題になります。従って、ディジーズ・マネジメントという手段の在り方というのは、その国の医療制度――医療提供体制と言われることもありますが、その医療提供体制の在り方とか、保険制度の在り方と深く関連性があるだろうと私共は思っています。多分そうだろうということが、第１点です。

◆アメリカ・ドイツと日本の保険制度の違い・・・加入者選択権

今のお話で、保険者がやるから全部悪いと言われると、ちょっと私の方は引っ掛かるので、そこはアメリカの保険と日本の保険では、多少違っているところがあるのではないかと私共は考えています。違うのだと考えています。日本の保険というのは、皆保険で全国民が何らかの保険に強制加入していますが、どの保険に加入するかという選択権は今のところありません。同じような公的保険でも、ドイツでは、医療保険制度の構造改革―GSGという法律により、10年近く前から加入者選択権が認められています。ドイツでは、現在、まだ保険者の再編や合併が大きく進んでいますが、加入者選択権が非常に大きな役割を果たしていると聞いております。それに比べて、日本では、同じ公的保険であっても、加入者選択権がない訳ですから、今の問題と絡めて言えば、非常に違ってくるところがあるというところが根本にあるだろうと考えます。

アメリカでディジーズ・マネジメント、あるいは、DRG／PPSというものが出てきたのは、いずれも医療の質を担保しながら、医療費をコントロールしようという目的も含んでいます。それは間違いないと思います。アメリカの保険はどうなっているかと申しますと、これは文句なしに民間保険ですから、加入者の選択権が当然働いている訳です。メディケアのようなものは多少違いますが。自分が保険料と保険の内容を見比べてどの保険に入るかという選択をしているから、色々なことが出来るのだと思います。従って、ディジーズ・マネジメントという同じ言葉であっても、恐らくその中身も多分アメリカの保険の種類によって、あるいは保険会社によって違ったところはあるのだろうと私は理解しています。もし違っているところがあれば、Mayerさんから訂正していただきたいのですが、私共の理解は以上申し上げたとおりです。

それで、日本では強制加入で選択権がないということになると、我々の保険はいわば法定条項のようなもので、診療報酬の支払いや医療内容については、健康保険法という国会で成立した法律に基づいて決められているという訳です。ですから、現在の色々な改革を巡る議論の中で、保険者が医療機関との直接契約をやれ、あるいは直接審査をやれという議論が出ておりますが、本当はそこだけ言われても困るので、限られた範囲で出来る部分があるとは思いますが、私の考えでは、なかなか難しいと思います。というのは、日本の場合は、医療機関との契約というのは、根本においては指定という形を取っています。保険医療機関の指定というのは、場合によっては厚生労働大臣が行いますが、大体は都道府県知事が契約という形で指定するのが一般的です。医療機関の同意を前提にして指定する訳ですから、これは一種の契約のようなものです。それで、その場合の条件は、ある意味では全国一律に決まっているところがあり、例えばこれからまた審議する診療報酬という形で点数が決まっているというようなことがあります。支払いは出来高払いが一般的ですが、先程櫻井さんが最後に仰ったように、非常に個別性を尊重した制度です。

◆医療の個別性と標準化

今、私は風邪を引いていますが、私は元々喘息持ちで、同じ風邪でも人より症状が激しいのです。だから、医者にかかると多分１つ位余分に薬が出ます。それは普通の咳より少し違った側面があるので、喘息用の薬も入れたりするとか、そういうところが違ってくる訳です。

しかし、個別性だけで良いかと言うと、一方、医者からは「今の風邪は咳が酷くて、あなたのような体質の人の場合には長引きますよ」と、「今の咳はこうです」と言われます。それから、同時に、今の風邪のようなものに絡んで言われることは、「今は咳止めは出さないのです」という説明を受けます。この会場にも、これだけ大勢いらっしゃると、現在風邪でかかっている人々もいるでしょうが、そういう説明を聞かれたことがあると思いますが、咳止めの処方は原則としてしないようです。「咳というのは痰が溜まったものを外へ出

すために体が努力して出るものだから、咳はさせるもの」だと、むしろそう言われるのです。「痰が切れ易い薬は出しますが、咳止めは出しません」と。大体共通して言われますから、これはある意味では標準的な部分です。

だから、櫻井さんが個別性があると言われましたが、それはある程度は事実ですが、標準的な部分、スタンダードがある程度はある筈だと我々は思います。日本でも DPC に基づく包括評価のような新しい診療報酬がスタートしていますが、それがそういう考え方に繋がっていく訳だと思います。日本は出来高払いで個別性を尊重し過ぎた結果、スタンダードがどうも失われかけているようなところがあるのではないか、現状を見るとそう思います。診療報酬というのは、どちらにしても、ある意味では何かの問題が出てくるというところがあります。ありますけれども、日本の現状から言えば、やはり、ある程度スタンダードのようなものがあって、その上で裁量があっても勿論良いと思います。裁量を全部否定したというのではちょっと問題かも知れないので、そういうことになるのではないかと思います。

◆ドイツのディジーズ・マネジメント

ドイツでも加入者選択権と並行して、ディジーズ・マネジメントということがよく言われます。しかし、ドイツのディジーズ・マネジメントとアメリカのディジーズ・マネジメントは多分かなり違ったものになっているのではないかと私は思っております。なかなか、アメリカと同じようなディジーズ・マネジメントにはならないだろうと思います。しかし、ドイツの保険の話を聞くと、この頃はディジーズ・マネジメントを我々もやっていると言うのです。この部分はまだ私も勉強してないのですが、一度詳しく調べてみたら良いなと思います。

◆アメリカでディジーズ・マネジメントが可能な理由

要するに、私が言いたいのは、アメリカでディジーズ・マネジメントが可能なのは、保険者がある意味で個別に医療機関と契約するからだと思います。従って、前にガイドラインか何かの話がありましたが、そうしたガイドライン等に基づいて、このようなディジーズ・マネジメントの下で医療をやっていただきますよということが、保険者と医療機関との間で契約関係が成立していると思うのです。同時に、そういう契約関係が成立している保険だということを前提にして、患者はそれに加入をする訳ですから、患者もそれを受け入れているため、アメリカではディジーズ・マネジメントという手法が非常に普及し易い基盤があると、私は思っています。今の日本の状況を考えると、ディジーズ・マネジメントというものを日本に適用するには、かなり色々な工夫をしなければ難しい側面があるのではないかと思っています。そのため、ディジーズ・マネジメントというものをどう生かしていくかということは、保険制度の在り方や、医療提供体制の在り方によって、かなり

違ってくる側面があるのではないかという最初の切り出しに返っていく訳です。

◆スタンダードを確立するための良いデータ

いずれにせよ、こんなことをやろうと思うと、やっぱり根っこにおいて、本当はそういうスタンダードを確立するための良いデータが必要になると思います。私がそういうことを言うと、「健保連はレセプトを一杯持っているじゃないか」と言われるのですが、レセプトではなかなか不十分なところがあります。本当のところを言えば、レセプトではなかなか必要とする情報が得られないのです。我々はここ数年ずっとレセプトの研究をしているのですが、ある意味ではそれが結論で、限界があるのです。

1つには、1人の患者について1カ月毎に出てくること、同じ月でも内科医の請求書があり、整形外科医の請求書があるということです。アメリカでも何枚も請求書が出てくるとは言いますが、そういうところがあるため、限界があるのです。

それから、レセプトの内容をよくご覧いただくと、皆さんもお分かりになる筈ですが、レセプトの内容には、病気の名前は一応書いてあるのですが、傷病名が一杯書いてあるのです。保険病名と言われるものです。老人になると、老人の外来患者で平均5個の病気の名前が書いてあります。入院患者になると10個という訳です。10個も病気の名前が書いてあると、私共から言わせていただくと、患者は自分にどういう病名が付けられて請求されているかを知らない病名もある筈だと思っています。これが本当は出来高払いの弊害なのです。IT化という議論が盛んですが、これからデータを取ろうと思うと、この患者の病気は本当は何なのかというところを見分ける必要が出てくるので、今のレセプトから病気の種類毎に分類するということは至難の業になるのです。出来ないのです。

それから、もう1つは、例えば、「糖尿病というのは引ける。糖尿病と書いてあれば、それだけを集めてきて集計すれば良い。」ということは、ある程度出来るかも知れませんが、同じ糖尿病の中でも色々あるのです。しかし、肝心の臨床データは、今のレセプトには何も書いてありません。この人の血糖値がどの位の水準かということ、ヘモグロビンA1c等の指標で血糖値の状態を判定したりしますが、そんなことは書いてないのです。

そのため、レセプトの内容から患者の状態を判断しようとしても、今のレセプトに書いてあるのは、お医者さんが何をやって、それについて幾ら点数を請求しますということだけなのです。医療行為だけは書いてありますが、その医療行為はどういうことのために必要だったということは書かれていないのです。逆に、これはディジーズ・マネジメントには程遠いと言えば程遠いことですが、レセプト点検を行うと、何らかの薬が出ていて、それに対応する病名がないと、医療機関にレセプトが返却されます。しかし、ずっと糖尿病にかかっている人が途中で風邪を引いたり、腹痛を起こすこともあるのだから、そのような薬が出るということはあり得るのですが、対応する病名が書いてないと駄目というのが今のルールです。そうすると、お医者さんの方は病名を追加するということになるのです

が、一遍返すと、２か月目からは病名が書いてあるようになります。そうすれば、その請求は通ることになるからです。このようなことから、先程申し上げたように傷病名が幾つも出てくるという現象が起こるのです。ある意味では今の制度が必然的にもたらした余り良くない結果です。

ディジーズ･マネジメントをやろうと思えば､本当は根拠になる良いデータが必要です。それに基づいたきちんとした根拠のある議論が必要だろうと思います。その上で良いガイドラインを作って、良いディジーズ・マネジメントをやるのだろうと思います。

◆患者の利益を無視した保険運営はできない・・・日本の保険者は株式会社ではない

日本の保険者は株式会社とは違います。株式会社については、１つの論点ですが、我々健保組合は、患者の利益を無視した保険運営ということは、根本において出来ないと思っています。公的保険と民間保険とでは、その部分はかなり違った点だろうと思います。したがって、保険が全て悪だと言われるとちょっと問題だということが、もう１つの論点です。

私もちょっと時間を超過したかも知れませんが、これで終わらせていただきます。

（田中）　下村副会長、有り難うございました。株式会社ではないというところでは、櫻井先生と下村副会長は同じ立場におられることがよく分かりました。また、日本でディジーズ・マネジメントをするためには、保険者の性質が違う点を考えなければならないとのご指摘も頂戴しました。

③NTT 東日本関東病院看護部長　坂本すが氏

「患者教育とディジーズ・マネジメント」〈巻末資料35~45頁〉

（田中）では、「空中戦」を終わりまして、続いて現場で実践なさっている坂本先生から、森山先生と同じく看護の立場でディジーズ・マネジメントについてお話しいただきます。

（坂本）　私は現場で、ナースとして仕事をしておりますので、そういう視点から少しお話しさせていただきます。

◆NTT 東日本関東病院の概要

まず、NTT 東日本関東病院は急性期病院ですが、急性期で何をしているのかと申しますと、要するに、ディジーズ・マネジメントをしております。ただ、急性期ということですので、全体的な管理をどこまで出来るかという問題を抱えております。現在は平均在院日

数が13.8日です。それから、NTTですので、電子カルテを導入し、全体的に患者に分かり易い医療をしていこうということで、標準化を推進しております。

◆最近の取り組み

先程の話にもありましたが、最近はクリティカルパスに取り組んでおります。それから、横断的な栄養管理チームというものを作っております。そして、なかなかドクターとうまくいかないとか、よく分からないとかというように、病院の中で困っている患者さんに対しては、患者相談コーナーを作り、患者さん自身に満足していただこうということを行っております。それから、安全文化醸成と感染対策です。また、最近、がん拠点病院として選ばれましたので、がん拠点病院としての強化を行っております。

クリティカルパスについて申しますと、全ての疾患についてクリティカルパスで行っているかと申しますと、そうではありません。対象は70疾患位で、診断がついて手術をする等のことが決まった時にパスを使っているのです。パスで全て医療を行っている訳ではございません。

このように急性期病院として色々なことを体制を立てて行っている訳ですが、その中で問題に感じたことを少しお話しさせていただきます。

◆外来受診までの患者の悩み

私共で受ける患者さんの悩みでは、外来受診までの悩みということが随分あります。漸く辿り着いたという感じで、自分である一定の方向を出されて、検査を受けに来られる方がいらっしゃいます。それまでは色々と病院を替えたり、悩んで友達に打ち明けたりしながら、最終的には自分の中で１つの方向を見出してきたという患者さんです。その受診までの悩みというのはやはり大きな問題があるだろうと思っております。

それから、入院までの悩みです。入院を決定されても、すぐ入院出来る訳ではございません。その間に色々な悩みがございます。果たしてこの病院は良いのかどうか、このドクターが良いのかどうか、自分はどういう形で手術をされるのか、治療をされるのかということが分かりません。そういうことを、色々な方達に聞き回っているという方もいらっしゃいます。それから、最近は、普通の健康な時に患者さんに会員になっていただいて、会員制のドクターがこのような手配をしていくというドクターも、私共の病院にお見えになっております。そうしますと、全てそのドクターが何十人か抱えていらして、入院や救急センター等のコーディネートをしていくということをしていらっしゃいます。私共の病院ではそれは行っておりません。

◆入院患者の悩み

それから、入院中の迷いですが、パスを使用していましてもうまくいかない状態が来ますと、果たしてこれで良いのかという悩みを沢山抱えていらっしゃいます。それは13.8日

の平均在院日数の中ではなかなかサポート出来ない状況もあります。

それから、退院後の悩みです。治らなければ、まだまだ別の病院に行ってみようかという悩みもあります。

◆患者に対するわかりやすい説明　・・・　クリティカルパスの利用

最近あった話ですが、当院のクリティカルパスがNHKで放映された時に、ある大学病院でがんと言われて入院を待っていらした患者さんから電話が掛かってきました。何も説明して貰わずに、そのままベルトコンベアに乗って手術という日に、ベッドが空いたと言われて行く予定になっていた訳ですが、果たして治療はこれで良いのか、医療を受けるのはこれで良いのか、行ってしまえば、段取りに、自分自身が納得せずに、分からずに、そのまま乗せて行かれるのではないかということを考えられたようです。たまたま私の机の上の電話に掛かってきたので、私共でお話をさせていただきました。ああいうふうに説明をしてくれるところがあるのかということでびっくりされたようです。私達もパスで全て行っている訳ではございませんので、反省もしつつ、この患者さんにはサポートさせていただいたということがありました。こういう患者さんは沢山いらっしゃるのではないかなと思います。

画面（巻末資料38頁下）が患者さんのパスの例です。

それから、不安にならないように、入院時の迷いがないように、出来るだけオリエンテーションをしたり、ドクターからインフォームドコンセントを行ったり、ナースが説明したりということをしていますが、全てうまくいっている訳ではありません。悩みを抱えて、途中で違う病院に移っていくという方もいらっしゃることは事実です。

◆患者への情報提供

次に、私の私的な体験ですが、親類ががんで治療を受けるということで、大阪の方で、随分病院を探しました。どの病院が一番良いのか、どのドクターが一番沢山治療しているのかということですが、殆ど情報がありませんでした。東京の方の病院はまだホームページがしっかりしていましたが、大阪の病院は本当に情報がありませんでした。こういうことがあり、随分悩んで、あるナースに聞いても、「あの病院は良いよ」というレベルです。何が良いのか、よく分からない訳です。そういうことで本当に命を預けることが出来るのかどうかということがあります。

患者さんは診断を受けた時からやはり迷い始めるということです。今かかっている医療機関がベストなのか。どのような情報で何を判断して自分が納得していけば良いのかということについて迷うのです。

最終的にはディジーズ・マネジメントの目的というのは、やはり効果的に資源を活用して最大の医療をしていくということになるのでしょうが、やはり今私が働いている中では、

良い医療サービスをしたいと思います。やはりルートの整備をしなければいけないと思っております。標準化もそうですが、患者さんが悩んだ時には相談を受ける仕組み、それからホームページで情報を出来るだけ出すということ、そういうことが必要になってくると思います。

◆患者教育のシステム化

それから、患者教育についてのシステム化ということも重要なのではないかと思っております。

これは国立がんセンターのホームページです（巻末資料41頁上）。やはりがんセンターが一番沢山情報がございました。例えば食道がんについても、どのようなレベルであればどうだという情報がありました。それから、最近、これは私共の院長が見つけてきたものですが、Current Cancer Information Japan というものが出て、この中でも随分 EBM に基づいたことが報告されております。私共が探した中ではまだ２種類位しか良いサイトがありません。がんセンターと Current Cancer Information Japan です。

当院でもホームページを充実しようということで、やはりアウトカムを出そうという動きをしておりますが、なかなかアウトカムを出すには至っておりません。これは THA に関して今まで行ったことです。どのようなことを行って、今までの経過としては、合併症は余り起こっていませんということを書いています。

これは、糖尿病でインスリン導入がこれだけ増えていますということですが、この結果どうであったかということはまだ出しておりません。

◆患者教育の問題点と対策

当院の患者教育は、糖尿病、在宅酸素、喘息、化学療法、難病、それから妊産婦関係におきましても行っておりますが、まだまだ全体的に統括して行えている状況ではございません。

ツールとしましても、ナースの手作りです。それから、アウトカムには至っていません。方法は集団教育であり、個別教育であり、個別フォローです。このようなことを行っております。

患者教育の問題点と対策としては、やはり患者自身の揺らぎに対して、どのようにシステム化していくかということを行わなければいけないということと、ツールを作るということ、それからアウトカム評価が不完全であるのでそれを出す訓練をしていくということを思いました。

◆ディジーズ・マネジメントへの要望

ディジーズ・マネジメントへの要望としましては、やはり概念の整理です。それから、

方法論の開発と明示、学際的な試みの実施、効果の明示、資源量の適正化です。あとは連携ですが、コミュニティー面の連携方法の明示です。それから、政策的なサポートが必要であろうと考えます。

（田中）　坂本先生、有り難うございました。今まで割とシステム的な話が多かった訳ですが、ここで患者の揺らぎとか悩みとか、患者の視点から考えよという貴重なご指摘をいただきました。

④　厚生労働省保険局総務課老人医療企画室　吉田学氏
「保健・疾病予防と医療保険制度　～生活習慣病に着目して～」〈巻末資料46~48頁〉

（田中）　それでは、最後に、厚生労働省の吉田様、お願いいたします。本日は厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室の武田室長がいらっしゃる予定でしたが、やむを得ず代わりました。武田さんからの伝言では、最適な人を送るということでありました。
よろしくお願いいたします。

（吉田）　ご紹介いただきました厚生労働省の保険局老人医療企画室におります吉田と申します。予定では、武田がこの席でお話をさせていただく予定が、急遽仕事の関係でまいれませんでした。

私自身、今日パネラーとしてお話しいただきました諸先生方から色々とお話を伺い、ディジーズ・マネジメントそのものについてまだ勉強をしている過程、生徒の立場であります。その上で物を言うのは口幅ったくもございます。今日お話を伺っている範囲でも、ディジーズ・マネジメントは、何人かの方のご発言にもありましたように、その考え方といいましょうか、あるいは一連の行動パッケージといいましょうか ―― Mayer 先生のお話に、ツールではなくてプログラムだというお話がございましたけれども――、その考え方自身、生まれ育ったアメリカというところの医療、あるいは医療制度環境といった部分が強く反映している部分と、あるいは、先程のご発言にもありましたドイツあるいはイギリスにおいても一部、例えば、リスク構造調整に当たって若干そのような考え方を入れるとか、NHS においてそのような取り組みに取り掛かるとかというお話を聞いておりますと、ユニバーサルに通用する部分とある意味で混在しております。ですから、多くの方がこの席でお話になっておりますように、私共行政の立場から勉強をさせていただいておりましても、どのように我が国の医療あるいは医療保険制度がディジーズ・マネジメントを受けとめて、あるいは取り込み、あるいはその考え方を組み込んでいくか、制度として、実践として、どうしていくかというのは、これからの議論です。そういう意味で、今回のシンポジウム、あるいは研究報告書というものは、私共行政の立場からもよくよく勉強さ

せていただきますし、こういう議論を通じて、本音のところで意見交換をしたいと思っております。ただ、逆に、そういう意味では、今日はまず足を逆にしまして、医療保険制度という足下の方から、ヘルスあるいは疾病予防というものを見たらどうなるかということで少しコメントをさせていただきたいと思います。

◆死亡割合・医療費から見た生活習慣病

ご覧いただいております資料（巻末資料46頁下）は、死亡割合あるいは医療費から見た生活習慣病ということで、死亡割合で見れば、がん、糖尿病、あるいは循環器系の疾患において３分の２を占める部分です。あるいは右側の円グラフは一般医療費、医科の全年齢でございますけれども、生活習慣病の疾患だけを拾わせていただきますと、36％、ほぼ３分の１強となっております。ただ、これは、出典として私共の国民医療費というデータを用いておりますが、この表の上にも書いてございますように、またご案内のように、例えば、糖尿病性の腎症等の合併症のようなものは、当然ここの中にきれいに拾われておりません。先程のデータ基盤という意味でもまだ不完全な部分があろうかと思います。そういう意味で、もっと実際には多いだろうと思いますけれども、我が国において、死亡あるいは医療費という面から生活習慣病の占めるウエートというのは、こういうところからも窺えると思います。とすれば、生涯を通じて、あるいは壮年期からの、生活習慣病をターゲットにした取り組みを、医療あるいは医療保険の方でどのように行っていくかということが重要であるというのは、改めて明らかであろうかと思います。

◆高齢期の医療を踏まえた若年期からの保健事業の必要性

この図（巻末資料47頁上）は、先程坂巻先生のお話にもありましたようなことも勉強させていただきながら作っておりますので、何となく生徒として勉強の成果を報告しているような気もあるのですが、生活習慣病は、ご案内のように、いきなり発症して治療して完全に快癒するというものではない訳でございまして、若い内からの生活習慣が順番に、一番左の箱にありますように、運動不足とか、あるいは睡眠不足、ストレスというところから境界域、肥満、あるいは高血圧等の段階を経て、病となって、加齢と共に順番に重症化、あるいは合併症を発生し、同時に高齢期に向かえば活動低下、あるいは要介護という形に移行していく。個人によって勿論差はございましょうし、こうならないために色々な取り組み、介入があるのかと思いますが、こういう一連の流れがある。それに応じて治療やリハビリ、あるいは場合によっては最後の高齢期の段階での介護、そして生涯を通じてのヘルスというものが求められるであろうと考えます。

今日は時間の関係もありまして持ってまいりませんでしたが、私共は疾病別、年齢階級別の、受療率について、外来、入院で少し整理をさせていただきました。先週11月10日の私共の社会保障審議会医療保険部会という場で議論の叩かれ台あるいは試作品という位置付けで報告もさせていただきましたが、がん、あるいは糖尿病のように壮年期において外

来受療が起こり、入院受療に移るという部分もございます。また、循環器疾患のように壮年期においては外来受療率で見た場合に非常に大きな比重を占めながらも、生理機能の低下等によって――そのまま個人が移っているかどうかは別にして――後期高齢期になるとそれが入院加療という形に繋がっているという大枠のモデルもお伺いしています。とすれば、まさにこの４つの箱の、なるべく向かって左側、手前の箱の方に留めるということをどのようにしてするか。３つ目の重症化、合併症という箱なくして多分４つ目の箱はないでしょうし、２つ目の肥満症を始めとするある程度境界域から病になった段階から重症化が始まるということを考えれば、なるべくこれを左側にする、即ちなるべく境界域に入らないようにするという一次予防であったり、病気といえるまでに進んでしまった場合には、治療あるいは二次予防の中で重症化、合併症というものに行かないために行う。この箱をなるべく左側に留めるというために何が出来るかということではないかと思っております。

◆生活習慣病指導管理料（平成14年改定新設）

平成14年の診療報酬改定において、生活習慣病指導管理料という点数が設定されております。ここ（巻末資料47頁下）にございます高脂血症、あるいは高血圧症、糖尿病を主病とする外来の患者さんで、200床未満の病院および診療所に通っておられる方々（老人医療対象者を除く）に対して、ドクターに行っていただいた指導管理について評価を行う。まさに医療機関において行われる重症化予防という取り組みをどうするかというご議論の上で、平成14年に１つの形となった評価であろうかと思います。実際のこの指導管理は、先程森山先生のお話にもありましたけれども、臨床的に介入という場合にどのような形でどのような在り方が良いのか、あるいはどのように実際に行われているのかというところにつきましては、もう少しこの指導管理という点数も含めて、実際に日本で行われているところをきちっとウォッチし、評価する、あるいは専門家の方々の方法論的な確立を待つということが望まれるだろうと思っております。

◆医療保険制度体系および診療報酬体系に関する基本方針（平成15年３月閣議決定）

医療保険制度全体は、今年の３月に医療保険制度体系そのものと診療報酬体系全体を見直すべく、基本方針という政策文書を取り纏め、閣議決定をさせていただきました（巻末資料48頁上）。その中の１つ、診療報酬体系という分野の中でも、高脂血症、高血圧、あるいは糖尿病等の生活習慣病の重症化予防を重視する観点から、栄養生活指導あるいは重症化予防等の評価を進めるということを書いております。このような方向を今後具体的にどうするかというのは、個別、また、中央社会保険医療協議会等、専門家の方々のご議論を踏まえて形にしていくのだとは思いますが、考え方としてこのような形で、今後、重症化予防を医療という面でどのように考えていかなければならないのか。私共も、その際、冒頭に申しましたように、また今日のテーマであるように、ディジーズ・マネジメントという諸外国による先行事例、あるいはそこにおける実践が、どのように我が国において参

考にし得るのかということは議論をしていかなければいけないと思っております。

◆医療保険制度体系の今後の方向

あともう１つ、今申しました今年３月の基本方針においては、医療保険制度の制度体系論につきましても、今後の方向について提案をしております。大きく申し上げて、２つです。１つは、保険者の再編・統合です。現在5,200ございます健保組合や国民健康保険、多くは市町村を単位にしておりますが、その保険者を少し再編・統合出来ないだろうかという方向性です。２つ目としては、新しい高齢者医療制度を作っていこうではないかということです。今申し上げた基本方針という閣議決定文書の中に盛り込ませていただき、その具体化に向けて関係審議会で議論を進めております。そこにおける１つが、先程来、議論になっております医療保険というファイナンスの前提として生活習慣病にどう立ち向かうか。その際にヘルスというものを考え、松田先生のお話にもございましたが、改めて振り返ってみると、地域におけるヘルス、職域におけるヘルス、あるいは産業保健、学校保健を含めた全体のヘルスというものが、今どうなっていて、それを医療保険制度体系の見直しという大きな取り組みの中で、併せてどのような方向性を持っていくべく考えるか。

◆保険者の保健事業と老人保健事業の連携の必要性

ファクトとしては、現在、我が国の私共１人１人は、被用者保険に入っている方は被用者保険の方の保険者が行うヘルス事業を受け、そういう被用者保険のヘルス事業が受けられない方については、例えば、地域におられる被扶養者の方が多いと思いますが、市町村が行う老人保健事業という形で40歳以上の健診などの事業のような形でサービスが提供されております。改めて見ますと（巻末資料48頁下）、白いところが医療保険保険者が行っているヘルス事業、網かけのところが市町村、自治体が地域で行っているヘルス事業ということを考えれば、白いところが意外に大きいということが１点です。この白いところと網かけのところをどのように連携をし、繋げていくかというところが２点です。このような取り組みがより進むということが、結果的に保険者再編、あるいは新しい高齢者医療を議論していく中でどう織り込んでいくか、その方向を進めるような改正をどう具体化するか。そして、その時の考え方、ツールとして、今日勉強させていただいておりますディジーズ・マネジメントというプログラムあるいは考え方、手法というものをどのように私共は参考に出来るのかということについて、また今後議論をさせていただきたいと思っております。

◆患者へのエンパワーメントの制度への組み込み

いずれにいたしましても、医療保険という議論をする際にも、一連の生活習慣病を始めとする取り組みをどのようにエンカレッジしていくかということが重要でありましょうし、その際には患者さん１人１人に対して、エンパワーメントするということをどのように制

度の中に組み込めるのかということについても、併せて議論をしていきたいということだけを申し上げて、私のコメントにさせていただきます。

（田中）　吉田室長、どうも有り難うございました。

日本の医療保険制度全体の改革という大きい視点からディジーズ・マネジメントを位置付けていただきました。また、生活習慣病の予防は、既に閣議決定までされた我が国の基本方針である、これは大変心強いことだと思います。

四方からそれぞれ貴重なコメントを頂戴しました。

6．パネル・ディスカッション

（田中）　パネル・ディスカッションを始めさせていただきます。短い時間ですが、フロアの皆様にも参加していただきたいので、先に頂戴した質問をまず読み上げてお答えいただきます。

◆ディジーズ・マネジメントに対する主治医の反応

（田中）　では、まずMayerさん、先程櫻井先生が言われた、「アメリカでは本当にディジーズ・マネジメントにみんなが賛成しているのか」、「医療費抑制のためではないかとドクターが反対したりしないのか」、この点についてお答え下さい。

（Mayer）　その質問に対する答えはそれほど簡単ではありません。確かにディジーズ・マネジメント・プログラムの内容によっては、反対の声があると思います。しかし病院の中のディジーズ・マネジメント・プログラム、あるいは大学の中のプログラムの場合は、大体、医師と看護師がプログラムを管理・運営して、ディジーズ・マネジメント・ツールを使って進めています。これは医療施設の中のプログラムですが、医療施設の外で行われるプログラムもあります。例えば、民間の保険会社がスポンサーをしていて、直接患者に連絡して教育したりサポートしたりする場合、うまく主治医にフィードバックできていないケースもあります。そのようなケースにおける医師の不満は聞いたことがあります。だから、そのポイントに気を付けないといけないと思います。

（田中）　なるほど。主治医への連絡が重要なのですね。

（Mayer）　そうです。あとは、急性の問題や合併症等が減ります。ですから、「ディジーズ・マネジメント=医療コストを下げることが目的」という見方をすればそうなのかも知れませんが、合併症のための入院などを減らしたいという目的もあるのです。多分、医師の先生方も減って欲しいのだと思います。

（田中）　有り難うございました。

◆個人情報保護法との関係

（田中）　次に、坂巻先生への質問です。「レセプトからの情報でディジーズ・マネジメントを推進する場合、個人情報保護法との関連をどのように解決していったら良いでしょうか」という、健保組合の方からのご質問です。

（坂巻）　私自身、法律の専門家ではございませんので、もしかすると違っているかも知れません。正式には法律の専門家の方にお聞きいただきたいところですけれども、例えば、ある会社の健保組合の方が自社の社員の方のレセプトを扱う、恐らくこれについて法律的な問題はないのだろうと思います。ただ、健保組合以外にそのデータが出る場合には、やはり本人の方の同意を取っておくことが無難だろうと思っております。

お答えになっていますでしょうか。

（田中）　中なら良いけれども、外に使う場合は気をつける。

（櫻井）　私も法律の専門家ではありませんが、個人情報保護法では、目的外使用というのは許されてない筈です。レセプトというのは、ディジーズ・マネジメントとか疾病調査のためのものではなく、明らかに医療機関の保険者に対する請求書ですから、それを使って他のことをするのはおかしなことで、許されないことだと思います。

（田中）　本人の了解を取らない限りいけない。

（櫻井）　はい。

（田中）　レセプトはいけない。ディジーズ・マネジメントを別途加入者の同意を取って行うのは構わないけれども、とのご意見ですね。

先程、日本は色々な健康プログラムがディジーズ・マネジメントの種になるような形で行われているとのご指摘がありましたが、個人情報保護法など別な観点からすると如何ですか。特にありませんか。

◆某社における管理投薬制度について

（田中）　では、引き続き質問にお答えいただきます。松田先生に２問来ております。まず、「先程のご講演の中で、某社における管理投薬制度が保険外診療として行われているのは何故か。保険診療で行うと何か不都合があるのでしょうか。同じく、大腸がん検診が保険外になっているのは、それが健診と位置付けられているからでしょうか」というご質問です。

（松田）　最初の頃の動機について、私は直接的に正確なところを聞いてはおりませんけれども、１つには、やはりコストのことがあります。所謂保険者と医療機関の直接契約のような形で、そこは何万人という規模の会社ですので、保険外診療ですけれども、集団で行いますので、かなりバイイング・パワーが強いという、そういうマスで契約することでコストを削減したいというのが勿論あります。

ただ、そこの担当者の方から聞いたのですが、管理投薬を導入した理由というのは、コストの問題に加えて、コンプライアンスの問題ということです。そこは都市部からかなり

離れたところにあるという事情もあるのですが、労働者の殆どが日中に医療機関にかかることが出来ない。そうしますと、高血圧とか、糖尿病とか、慢性胃潰瘍みたいなものですと、どうしても服薬が中心になってきますので、適切な服薬管理を行うために、その企業内の健康管理室の先生と外部の専門診療機関の先生との相談の上で薬を選んで、その薬をちゃんと飲ませ続けること――所謂服薬管理ですが、コンプライアンスを高めるという、それが１つ大きな目的です。

コストが１番目で、コンプライアンスを高める、服薬指導を効果的にするというのが２番目。３番目は、フォローアップをして、その評価をするということです。これを健保で一括して行うと、非常にやり易いということで、このような仕組みになったと聞いております。宜しいでしょうか。

（田中）　私が勝手に宜しいと決める訳にはいきませんが、一応お答えいただきました。

◆産業医による健診後の事後指導

（田中）　もう１問は、ドクターからの質問です。「現在、産業医の立場で２型糖尿病の発症予防を健診後の事後指導の一環として行っていこうと考えております。この点についてのコメントをお願いします」。これも松田先生への質問です。

（松田）　これは非常に大切なポイントだと思います。実は私自身、ある北海道の健診機関にかかっている労働者の方について、10年間、健診の結果を追い掛けたことがあります。そこで、その後、糖尿病の発症確率が高いのはどういう群かと言うと、やはり肥満していく群なのですね。肥満していく群の中で、年齢的にはどの群が一番危ないかと言うと、30代で肥満になってしまう群というのは、その後、糖尿病になる確率が非常に高い。では、こういう人達を、今、日常の生活の管理の中で、一番捕まえることが出来るのはどこかと言うと、やはり職域です。そうしますと、職域でそういうデータをお持ちになっている産業医の先生が、そういうハイリスクの人達を早めに捕まえて、その人達に適切な健康指導をしていくというのは非常に有効だろうと私は考えております。そういう意味で、今のご質問の先生に対しては、是非それをやっていただければと思っております。

（田中）　有り難うございました。是非実行するべきであるとのお答えでした。

◆ニコチン依存症層に対するアプローチ方法

（田中）　次は森山先生へのご質問で、健保の方です。「所謂ニコチン依存症に陥っている喫煙者の殆どが無関心層であると思われます。この層に対するディジーズ・マネジメントの可能性、アプローチ方法があれば教えていただきたいと思います」。

（森山）　最も難しい質問をいただきました。今、松田先生が仰いましたけれども、保健師のアプローチを聞いていると、健診で指摘された時に、なかなか個人でコントロール出来ない場合には、ベースアップをしていくということで、やはり職場の雰囲気を作り上げていく、つまり、職場でそのプログラムに乗らないといけないような雰囲気作りをしてい

くということが重要であると言われていました。

それから、ステップ・バイ・ステップになっている様々な禁煙プログラムや肥満予防のプログラムがあります。これは諸外国においても確立されているのですが、そのプログラムに乗せていくという方法があります。どのプログラムにおいても、初期にはじっくりと医療者と相手との対面的なアプローチをしています。そして、そこで禁煙の必要性、何故しなければいけないのかということと、禁煙するためには何が障害になるのか、そして禁煙することのメリット、しないことのデメリットをきちんとディスカッションして、本人に言ってもらいます。そういった形でプログラムを作るということをしています。

先程症例を出させていただいたのですが、あれはまさに私達が毎日関わっている症例です。治療者側のコミュニケーションスキルとして、治療的質問（therapeutic question）というのがあります。例えば、「もし皆さんで食事、宴会等に行かれた時に、例えば、乾杯だけされて、あとはウーロン茶に替えられたとしたら、周りの方はどんな反応を示されるでしょうね」と相手に考えてもらう質問をするのです。多くの方は、「自分だけウーロン茶に切り替える訳にはいかない」とか、「飲まない訳にはいかない」と山のような言い訳を言われるのですが、「もし、例えば、切り替えた時に周りの方はどんな反応をされるでしょうか」と言うと、暫く考えて、「何も起こらないだろう」と言われるのですね。「じゃあ、例えば、それはお出来になりますか」と言うと、暫く考えて、「じゃあ、やってみよう」と仰ったりするので、そういったコミュニケーションスキルを用いるアプローチというのも１つだと思います。

（田中）　有り難うございます。このディジーズ・マネジメントをめぐり、今の話をしていると、会場の中にいらっしゃる、ニコチンがお好きで太っている方は何となく居心地が悪くなってくるのではないかと思いますが。

◆看護部長の立場から見たディジーズ・マネジメントの焦点

（田中）　坂本先生、先程までの講演では、割と医療全体の在り方のようなお話が多かったのですが、看護部長の立場で、ディジーズ・マネジメントに絞るとどのような試みが大切だとお考えでしょうか。

（坂本）　やはり予防でしょうか。私共の病院では、既に病気になってからいらっしゃる患者さんが多い訳ですが、予防していれば、という患者さんが多くおられます。NTT の社員も殆どそうですけれども、最初から病気になるような路線に乗ってしまうような人が一杯いらっしゃるのですね。そういう時に、予防とか、健康教育とか、そういう第一次的な状況でもっと多くのことを行っていれば、色々なことで患者さんは少なくなるのではないかなと思います。ただ、日本の医療は機能分化されていっておりますので、ディジーズ・マネジメントにおいては、開業医さんと健康管理センター等のようなところとか、病院等は、連携をきちっとしていくという管理方法も１つなのではないかなと思います。

（田中）　有り難うございます。

私は個人的感想を持っていまして、日本の医療の今の機能分化は、連携なしの機能分化だけが進んでいて、誰が連携を図るのだろう。それは研究しなければならないと私共の研究室では考えております。坂本先生のご意見でも、その点が大切だろうと言っていただきました。

◆ディジーズ・マネジメントの初期投資費用の負担者

（田中） 次に、皆さん共通にお答えいただきたいのですが、「ディジーズ・マネジメントは、医療費を下げるため」には反対されるご意見もあるにしても、患者のクオリティー・オブ・ライフを上げ、重症化に伴う無駄な医療費を下げる、この点については特に誰も反対がないと思います。しかし、ディジーズ・マネジメントをプログラム化するには、システムを作ったり、人を雇ったり、それなりの初期費用が必要になる。これは誰が出したら良いのでしょうか。アメリカでは誰が出してきたのでしょうか。ディジーズ・マネジメントの仕組みを作るのに、イニシャル・インベストメントを行うのは、日本だったら誰が良いのか。まず、Mayer さんに、アメリカでは誰が事前のコストを出したのか、教えていただきましょう。

◆アメリカではいくつかのアプローチがある

（Mayer） アメリカの場合、80年代から幾つかのアプローチがありまして、勿論病院で生まれたプログラムもありましたし、民間保険会社から生まれたプログラムもありました。これらのプログラムの中で政府からの助成金を元に始まったものもあれば、病院や HMO が自ら出資した例があります。例えば、カイザーパーマネンテというアメリカの一番大きなノンプロフィットの HMO では、昔からディジーズ・マネジメントのプログラムに投資していました。何故かと言えば、より健康な患者さんは基本的により安い患者さんだからです。つまり、一石二鳥ということになります。勿論健康な患者さんはより満足しています。

アメリカでの問題は、民間保険会社においては１年か２年でそのメンバー（加入者）が替わるということです。したがって現在においては凄く短期間でコスト・エフェクティブネスを見せないといけません。日本ではそれほど早いターンオーバー（加入者が替わること）はありませんから、もうちょっと長い目で、コスト・エフェクティブネスを考えても良いと思います。その点では、アメリカに比べてとても楽だと思います。

（田中） アメリカでも良質の良心的な非営利の HMO であるカイザー等が先導したということですね。日本では、先程来、日本式な意味の健康管理が行われているとのお話がありましたが、今日色々と学んだように、もう少しシステマティックに仕組みを作り、標準化し、成果を評価するためには、やはりもう少しお金が掛かると思うのですが、これは誰が出すべきなのでしょうか。この点は如何ですか。どなたでも結構ですが。

◆診療報酬として医療機関に対価を支払う仕組み

（坂巻）　お互いに譲り合っていますので、私の方で勝手に役割分担を決めたいと思いますが、私は先程ご紹介しましたように地域のディジーズ・マネジメントの分析に取り組んでおりますので、地域の場合どうなのかということを考えてみたいと思います。職域については松田先生にお答えいただくことにして宜しいですか。

例えば、ディジーズ・マネジメントを地域で行う場合、疾病予防から重症化防止の中のどういったところを対象にするのでしょうか。地域ですと、やはり医療機関が中心になりますので、疾病の重症化予防というところが中心になると思います。連携を行う場合、日本の出来高払いの下ですと、お互いに紹介することによって、実は医療機関にとってみるとメリットになるという部分もございます。

連携についてはそれでうまくいくと思うのですが、問題は、地域でデータをどのように集めるのか、それから、集まったデータをどのように利用するのか、さらにそれらのインフラのための費用負担をどうするかということがあります。事例として紹介したものは厚生労働省の研究費をいただいて分析させていただきましたが、日本で広く取り組まれるようになると、全てに研究費を出す訳にはいかないだろうと思います。

そこで、こういう地域におけるディジーズ・マネジメント的な取り組み、患者さんにとってメリットになるようなものに対して、今の診療報酬の中で、あるいは新たに作っても良いと思うのですが、お金が使えるような仕組みを作っていく必要があると思います。端的に言えば、生活習慣病にフォーカスすれば、生活習慣病指導管理料を、データの収集あるいは解析に使っていくということを検討したら良いのではないかと考えております。

◆事業主・従業員・保険者での分担

（田中）　では、松田先生お願いします。

（松田）　ディジーズ・マネジメントが可能になるためには、そのベースとなる健康に対する関心というものが国民的に必要だろうと思います。そうしますと、ベースとなる健康作りに関する情報とか、あるいは啓蒙、啓発、キャンペーンみたいなものに関するファイナンスは、公的な、国や、地方自治体がやるべきだろうと思います。ただ、ファイナンスはするのですけれども、マーケティングとか、所謂ソーシャルマーケティングとかPRとか、そういうものを実際に誰がやるのかということになりますと、国や自治体ではなくて、そういうもの専門の会社がやるべきで、それはアウトソーシングでも良いだろうと思います。もしかしたら医療機関でも良いのかなと思っています。

そういうベースがあった上で、ディジーズ・マネジメントを具体的に誰がファイナンスするのかということですが、やはりこれは保険者と国民と両方だろうと思います。これは何かと言いますと、例えば、企業においてはカフェテリアプランみたいなものが、一頃凄く流行って、最近余り聞かなくなりましたけれども、そのカフェテリアプランの中で、ディジーズ・マネジメント的なプログラムを本人が選択するのであれば、それはある意味で

事業者のお金と本人のお金でそれをやるということになるのだろうと思います。レベルによって違うと思うのですが、そのレベルでの初期投資というのは、事業者、保険者、そして部分的にそこから利益を得る本人がやはり出すべきだろうと思っています。

では、ファイナンスはそのようにする訳ですけれども、今度は、誰がそれを展開するのか。これは、私は医療機関であっても良いと思いますし、民間企業であっても良いだろうと思います。民間企業は多分色々なデバイスを作ったり、システムを作ったりされるのだろうと思います。

◆キャピテーションのような仕組み

今の坂巻先生のお話だと診療報酬という話がありましたが、ディジーズ・マネジメントそのものは、やはり出来高に余り馴染まないだろうと思っています。リソースとコストという話で、これは収入が減るということではなくコストを抑えるということになる訳ですから。そうしますと、今の診療報酬制度の枠組みの中で、生活習慣病指導管理料みたいなものが出来高である訳ですが、その処方箋が訪問看護ステーションに行って、訪問看護ステーションに、例えば、10人なら10人の患者さんが登録されて、訪問看護ステーションの方はそういう意味で人頭制、キャピテーションのような形でお金を貰って、登録している患者さんにディジーズ・マネジメント的なアプローチをしていく。そうすると、それを処方する医師のレベルでは出来高払いで、ディジーズ・マネジメントとしてはキャピテーションみたいな仕組みになりますので、こういう仕組みを考えることがこれから必要なのかなと。そういうことを今考えております。

お答えになったかどうか、ちょっと分からないのですけれども。

（田中） 実際のディジーズ・マネジメントを始めた時の費用としてはそれで良いと思うのですけどね。

◆日本の公衆衛生の進展、生涯保健事業

（田中） 櫻井先生、医師会としては、生活習慣病指導管理料的なものはどのようにご覧になっているのでしょうか、

（櫻井） Mayer 先生が、ディジーズ・マネジメントは公衆衛生とは違うということでお話になりました。仰る通りでしょうけれども、日本では、そういう意味ではアメリカと全く違って、公衆衛生というのが物凄く進歩してきたと思うのですね。先程少し触れましたように、一次予防から三次予防という日本医師会が言っていることとは別としても、予防とか、保健とか、ヘルスとか言われている部分については公衆衛生という対応で行ってきました。先程申し上げましたように、母子保健法という法律があって、生まれる前のお母さんから生まれた後の赤ん坊の保健、ヘルスを行ってきましたし、色々な健康相談もしてきたし、健康診断もして、その上で子供なりに何かハイリスクのものが見つかれば、それに対応してくるということをしてきました。それから、学校保健という形で、学校でも生

徒に対してきちっとそういうことに対応してきました。それから、松田先生がご専門の産業保健についても職場での対応ということで、昭和47年の労働安全衛生法が出来て以来、ずっと対応してきている訳です。その後、老人保健法が出来て、地域住民も含めての対応をしてきた訳です。それは、ある意味ではばらばらの制度ではあるけれども、それを一貫すべきだというのは我々の主張ですが、基本にあるのは、日本の中に公衆衛生的な思想がいつもあって、それがある程度きちっとした形で対応してきているということです。

ただ、問題なのは、産業保健のところだけ事業主が責任を負わされている訳ですね。学校保健も旧文部省の管轄で、そこが別なところだということもまた問題があるのですが、それはちょっと置いておきまして。そうすると、事業主が負っている労働安全衛生法に基づく健診事業及び健康教育と呼ばれているのは、本来は今全体が考えている生活習慣病の改善策みたいなものとは、恐らくスタートは違っていたのでしょうけれども、今や、先程、松田先生がおっしゃったように、そちらの方向にむしろ重みが置かれている。所謂職業病と言われるような、職場での有害ガスであるとか、鉛中毒という話は、今はなくなってきてしまいましたから、生活習慣病の改善ということに変わってきたことは事実だと思いますが、基盤がちょっと違うところが問題である訳で、その辺りを一貫したものにしようと主張しているのが、日本医師会の生涯保健事業なのです。

国は健康増進法という法律を作りまして、保健事業を一貫として考えるために作っているのだと言いますけれども、我々からすれば、健康増進法というのは、ばらばらにある母子保健法、学校保健法、労働安全衛生法、老人保健法というものを４つ並べたら、もう１つ健康増進法が出来て、４つの縦割りが５つに増えただけじゃないかということです。役所は４つを繋げる役目の接着剤ですと言っていますけど、本当にそうかどうかは、これからの動きを見れば分かると思っています。

◆予防的なことの保険診療化

（櫻井）　それから、一方、予防的なことを保険診療で行うという部分について。これは日本医師会の生涯保健事業の中の１つの主張の中に、保険診療の中に、今までは疾病を治すということだけを中心に行ってきたものを、健康の維持・増進、あるいは、むしろ疾病を起こさないための、つまり、言ってみれば予防みたいなものを入れていくべきだということは、我々の主張としては考えています。

事実、健康保険組合だって健診事業をやっている訳で、事業主の健診とは別個に、健康保険組合としての保健事業、健診などを行っています。それから、健保組合がみんな立派な保養所と称して、軽井沢に行っても、箱根に行っても、みんな健保組合様が占領しているのは、あれは一応保健事業として施設を持っているのですよね。遊ぶために健保組合が別荘を持っているのではない筈です。どう見ても、あれで保健事業をやっているような気がしないので問題ですけれども、でも、建前はそうなっているのですから、予防事業は健保の保険料でやっていることは事実なのですね。やらなきゃいけないとさえされている訳

ですから、それをきちっとした診療報酬体系の中に組み込むことは、ある意味では可能ではないかと思っています。

◆ハイリスク者の行動改善

（田中） 有り難うございます。

日本は昔、脳卒中を劇的に減らすのに成功したように、地域の事業は出来た。それから、診療報酬に入ってしまうところに持っていけば、それなりの工夫は可能だと思います。健診は世界で一番沢山行っているのかも知れない。問題は健診でデータが見つかった人が行動改善するかどうかですね。糖尿病の方が増えていて、腎透析に入る理由も、昔は腎不全だったのが、今は糖尿病が最大になってしまっています。だから、そこは発見はされているけど、行動改善が起きていない。

今年、慶應大学とスタンフォード大学の共同で、ある健保のデータを分析させていただいたところ、実に40代、50代だと、６割から７割位の方が異常値を示しながら、さほど行動改善はなさっていない。皆さん、健診を受けていらっしゃるからデータは知っているのですけど、別に何もしていない。ここに介入することこそが、まさにディジーズ・マネジメントであると考えます。健診でもなければ、診療報酬でもない。この間のところですね。

◆相談・指導・アドバイスにお金を払う習慣

（櫻井） 今仰った通りのことで、例えば、さっき言いました老人保健法の健診事業で、ハイリスクグループの健康教育、ちょっと言葉は堅いけど、個別健康教育というまさに介入する事業に、国の老人保健課の方で予算を付けていますが、殆ど使われないのです。利用率３％か４％しか使っていません。私は自分が担当で一生懸命その予算獲得をやりましたが、使われませんでした。

この点に関して、問題があるのは、医師とか、看護師とか、我々医療担当者の意識もまだ少し低いのでしょうけれども、そういう健康教育という言葉が悪いのかも知れない。例えば、少し血圧が高い、薬を飲まなくてはいけない、じゃあ、医者のところへ行く、あるいは看護師さんのところへ行って、色々生活習慣の指導を受ける、それに対して、お金を払うというような習慣、つまり、人に相談をしたり、指導して貰ったり、アドバイスをして貰ってお金を払うという習慣が、日本には余りなくて、何か薬が出ればお金を払うとか、何か機械で検査をすればお金を払うとか、そういうニュアンスが強いのではないかと思います。それは国民性もあるのでしょうが、直していかないといけないと思いますが、どうでしょう。

私が大好きなジョークに、アメリカではそういうことにちゃんとお金を払う感覚があって、アメリカのドクターが、パーティーで弁護士の友人に、「どうもこういうところでパーティーをやっていると、友人からお酒はこの位飲んで良いか、もっと飲んで良いかとか色々相談を受けるが、そういうのにはちゃんと医者として請求書で相談料を請求して良いのだ

ろうか」と言ったら、弁護士が「当然だ。医師がそれだけのことを専門的知識で答えたら、それはきちっと請求して良いのだ」と言うので、「ああ、そうか。そうしよう」と言っていたら、翌日、弁護士から相談料の請求書が来たという話がある訳ですね（会場笑）。私は大好きなのですけれども。日本ではそれがなかなか出来ないのではないかと思います。

（田中）　確かにそうですね。健康教育で煙草をやめろと言われて、何でそれに金を払うのかといった感じはあるかもしれません。

◆専門家がきっちりとマネジメントする仕組み

（田中）　教育では第一線でいらっしゃる看護の立場から如何ですか。

（森山）　今櫻井先生が仰っていたことはまさにその通りで、行動変容というのは、小さい時からやっていかなければなりません。日本医師会が仰るような生涯教育というのは、まさに大事なことだと思います。

さっき誰がやるのかというお話もありましたが、糖尿病に関して広島の様々な個別の診療所や病院を調査していきますと、専門医で本気で取り組んでおられる先生のところの患者の検査値（HbA1c）平均値を他の医療機関と比較させていただくと、有意に低いのです。やはりきちんとマネジメント出来ていると、データは下がるのです。したがって、専門家がきっちりとマネジメントしていけるような仕組みを作っていく必要があると思うのです。

◆コストの負担

（森山）　そして、先程キャピテーション、人頭制のことを言われましたが、諸外国を見ていて、やはり人頭制というのはマネジメントとしてはよく動いているなという気はします。しかし、わが国がすぐに転換していくのは難しいでしょう。やはり患者教育に関しては、スタッフ、つまり人が要りますので、その人件費に係る部分やデータベースを構築していく部分に関しては、やはり国の役割は大きいと思いますし、このデータベースの管理に関しては、保険者機能をもう少し拡大して、保険者がやっていく必要もあると思います。

それから、指導の部分、例えば、医療機関にしても、きっちりマネジメントという視点を入れていく必要があると思います。今、医療機関は無駄な部分が本当に多いのです。マネジメントという視点を入れてきっちり管理していけば、医療費抑制という視点でなくても、かなりの無駄は省けていけると思うのです。そして、重点化をしていけば良いと思います。

少し過激な意見かも知れませんが、私は疾病管理や住民教育について混合診療を入れても良いと思っているのです。治療の部分は別ですけれど、やはり医療機関や保険者だけではカバーし切れないものがあると思います。先程ディジーズ・マネジメントに様々な手法があるとの説明でしたが、あれだけのものを全部国で対応しろというのは難しいと思います。その部分、疾病管理の部分に関して、病院側が、疾病管理プログラムを提供する会社と提携して患者や家族に紹介したり、患者・家族教育の特別プログラムを用意して、患者・

家族から実費負担してもらったり、地域住民への健康教育を行って参加費を徴収する形態があっても良いのではないかと考えています。

（田中）　混合診療という言葉が出ると、櫻井先生は多分ご発言なさりたいことがおありかと思いますが、大体ほぼ終わりかけているシンポジウムが更に１時間になるかも知れません。これには今日は立ち入らないことにして、また別途お聞きすることにいたします。

坂本先生、今の教育については如何ですか。

（坂本）　私も過激な意見ですけれども、私共の病院でも、NTT の社員でもカフェテリアプランというのがございまして、一定のある程度企業が費用を負担する健康診断と、それから、プラス、自分で自費を出してやって貰う検診と分けてありますが、自費で出すとなると、結構、充実しているという気がします。ちょっと過激な意見ですが、私は、例えば、喘息の患者さんが病院に沢山来られますけれども、自費と言いますか、病院が少し予防の方にも出て良いのではないかなという気がします。例えば、肥満に対しても肥満教育とか、睡眠がなかなかとれない状況に対して如何に寝るかというような指導を行ったり、そういうことは、結構、病院の中にはごろごろありますが、まだまだ病院はそういうことは出来ません――人的なものも含めてですね。でも、恐らく病院サイドから考えれば、次の病院のステップは予防ではないかなとちらほら話が出ている通りです。

では、全て自費でディジーズ・マネジメントをするのかということになると、やはり公的な部分もベースには若干ある必要があるということと、保健師等の今までの公衆衛生的な管理というのは、日本のやり方というのは優れていると私は思っていますので、そういうところも重視しつつ、ただ、どのようにして日本の国がそういうマネジメントをしているかということは見えませんので、それを是非見せていくことも必要なのかなと思います。

（田中）　有り難うございました。

自費、健保のお金、あるいは国のお金が予防費として出る、それが組み合わされることは混合診療ではないので、別に構わないというか、大いに推奨すべきだと考えます。

◆最後に

（田中）　予定していた時間になってしまいましたので、シンポジウムの最後は常にそうですが、今まで言い足りなかったこと、日本のためでも良いですし、アメリカのことでも良いですが、ディジーズ・マネジメントについてこれだけはもう１つ言っておきたいことを是非お願いします。

Mayer さん、何か。

◆日本はアメリカに比べたら出発点として有利

（Mayer）　日本のケースを考えると、公衆衛生がアメリカより高い、どの患者さんでも健康保険の内容はほぼ同じ、そして100％の人口を健康保険がカバーしていて、いつでも病院へ行く事ができます。さらに日本ではアメリカに比べ、従業員の一企業での雇用期間が

長く、健康保険に関しても同一健保がその期間カバーすることになります。したがって長期的な費用効果を実現する事を前提とすれば、短期的費用効果の実現はそれほど重要ではありません。最後に多民族国家であるアメリカに対し、単一国家である日本国民は皆学歴があり、ほとんどの人が中流階級に位置し、同じ言葉をしゃべります。これらの事を考えると日本はアメリカに比べたら、ディジーズ・マネジメントの出発点としては凄く有利だと思います。

（田中） 有り難うございます。

◆個人情報保護法との関係を考慮した対応

（田中） 順番を変えまして、吉田室長が、先程の個人情報保護法に関して答えておきたいそうなので、宜しくお願いします。

（吉田） 答えるという程でもないのですが、先程坂巻先生、あるいは櫻井先生が仰ったように、これからこの手の話をしていく時に、個人情報保護との関係は、非常にきちっと整理をしなければいけないということはその通りでありますし、私共も色々と整理をしております。非常に細かく配慮しなければいけません。

マクロで、ある保険者の方が、今までもやっていただいたように、レセプトを通じて個人データを捨象したマスとしての医療費の傾向の分析なりをするということ自身は、確かにレセプトを基にしたものであっても何ら問題はないですし、その次に名寄せをし始めて、ある程度のコード化をして、我が被保険者のグループの中にこういう受診行動のある人がこれ位いるとか、こういう医療費がこういうところで掛かっているというところまでの分析。それから、もう一歩進んで、では、Aさん、Bさん、吉田という名前を分けて、「あなたはレセプトからこういう情報が得られましたので、我が保険者としてこのようにアクセスをします」。この段階それぞれで、若干それぞれ法的な考慮事項が変わってまいります。

勿論全体としては保険者が行う一連のパッケージ、多分、先行して行っておられる研究においてはそのようにされていると思うのですが、予めにおいて、先程櫻井先生が仰ったように、まず守秘義務という情報のシールドの問題と、本人の意に反した情報コントロールをしないという２つの軸で物事は考えなければなりません。前者は当然きちっと守秘義務をかけなければいけないという意味ではあるにしても、本人の意思によらない、知らないところで自分の情報が作られているということの方のが、多分櫻井先生が先程非常にきちっと仰った、我々これからこの関係の仕事をする人間がより心しなければならない問題だとすれば、そこの部分については、保険者としてこういう活動を行うということを、被保険者の皆さん方にあらかじめ個人情報の使用目的として公表、あるいはお話をして、個別に了解を取る、あるいはこういうケースの場合には、我が保険者の方の希望に応じてこういうアプローチをします、色々な入り口における契約といいましょうか、被保険者の方との了解の取り方というところに気を使わなければならない。

そういう意味では、従来からも保険者の方々が、レセプト分析に基づいて、例えば、私

が直接担当しています老人医療においても、市町村が市町村のレセプトを通じて住民の高齢者の方々に対する色々な働きかけをしている時には、従来比較的ゆったりしていたものが、個人情報保護法が完全施行されれば、予め条例で個人情報保護法と同様の趣旨を謳わなければいけなくなるとか、色々なところがございます。出来ないとか、出来るとかという議論を超えて、どういうところでどういう前提があればということを少し丁寧に、私共も今研究しておりますし、また色々と実践に当たられるに当たってはご相談いただきたい。

そういう意味では――結局、何が言いたいのかというご質問が来そうですが――端的にマルだ、端的にバツだという仕組みでない分、非常に気を使ってやらなければいけないから、また色々とご相談させていただきたいし、我々も少しずつ、実際に起こってくる事例を通じて、こういう考え方もまた示さなければいけない時が来るのかなと思っております。

（田中） 有り難うございます。よく整理されていました。ディジーズ・マネジメントをする時にはデータを扱う訳で、データの整備がないと出来ないとのまとめは、皆さん、ご指摘になります。

◆アメリカでは参加するかどうかは患者が選択

（田中） アメリカでもオプトインとかオプトアウトで自分で選びますね。

（Mayer） 勿論、方式はオプトインとオプトアウトがありますが、患者さんが選びます。患者さんが嫌になったらいつやめても良いです。

（田中） ディジーズ・マネジメントに参加するしないも患者さんが選択するそうですね。

（Mayer） もう１つ、ディジーズ・マネジメント・プログラムは、アメリカの場合、患者にとっては無料です。お金は払いません。コペイメント（定額の自己負担額）もありません。

◆様々なアプローチの存在

（田中） では、坂巻先生、お願いします。

（坂巻） 冒頭、座長が論点の整理をされましたが、私が特に強調したかった点は、ディジーズ・マネジメントは人によって関心がかなり違うし、関心によってアプローチも違うということです。本日、他の方々のお話を伺っていて、それぞれの違いがはっきりと出ていたと感じています。逆に、聴衆の皆さん方にとってみると、ますますディジーズ・マネジメントが分からなくなってしまったのかなという心配をちょっとしております。ただ、ディジーズ・マネジメントは様々なアプローチがありますし、患者さんや住民も様々なニーズを持っていますので、アプローチは必ずしも１つではないということを最後に強調しておきたいと思っております。

（田中） 有り難うございます。

◆ディジーズ・マネジメントという視点から、様々な枠組みのヘルス事業を整理

（田中） 松田先生、宜しく。

（松田） ディジーズ・マネジメントに関連して、日本の制度の中ではヘルスの部分、保健の部分に入ってくると思いますが、これは櫻井先生の方からご指摘がありましたように、労働安全衛生法、老人保健法、あるいは健康保険法、色々な法律の中にばらばらに存在しています。これで色々重複も起こっている訳ですので、やはり一度ディジーズ・マネジメントという視点から、今色々な枠組みの中にあるヘルス事業というものを一通り整理する必要があるだろうと思います。

◆データの保持とかかりつけ医の役割

（松田） それから、次に、データベースですが、これから雇用の流動化が進んできて、１つの企業でずっとデータを持ち続けるということは難しくなってくる。そうしますと、そういう流動性の高まった社会の中でデータベース化をどのようにやっていくのかということは、また別に考えなければいけないだろうと思います。そういう意味ではかかりつけ医の先生というのが、ある意味でそのデータベースをずっと持ち続ける訳ですので、そのデータベース化というものも将来的には１つの選択肢なのかなと思います。

また、ディジーズ・マネジメントに対するインセンティブを高めるためには、今、企業で行われているようなカフェテリアプランみたいなものを、地域の中へ何か展開するようなことも考える１つの方向性ではないかなと思っています。

◆サービスの提供主体は保健職、システム・デバイス等の開発は民間企業

（松田） それから、誰がディジーズ・マネジメント・プログラムを提供するのかということですが、予防的なサービスであってもこれは医学的なサービスですので、やはりサービスの提供主体としては、保健職すなわち医師、保健師、看護師、薬剤師等々だと思います。ただ、そのシステムとか、デバイスとか、ノウハウとか、そういうものを作ることは、これは民間企業が参入出来るところだと思いますので、医療における医療材料みたいなものですけれども、そういう形で民間企業がここで伸びてくる可能性はあるんだろうと考えております。

（田中） 有り難うございました。

◆教育・指導には、時間もコストも掛かる

（森山） もう綺麗に纏めていただいたので。敢えて言うならば、やはり教育とか指導という部分には、専門知識とともに、非常に時間もお金も労力も掛かりますので、仕組みを見ていく時に、その中にいる専門家の時間や、エネルギー、その学習に費やす時間など、そういったものに、所謂プロフェッショナルな部分にも注目していただきたいなと思います。

（田中）　有り難うございます。

◆日本人の生活の知恵

（田中）　櫻井先生、宜しくお願いいたします。

（櫻井）　ちょっと話が外れるかも知れませんけど、医療費という話では、この報告書にも書いてありますが、アメリカでは１兆ドルを超える、つまり、日本円にすると120兆というお金を使っている。国民の人数が倍だとしても、日本の４倍ですから、１人当たり２倍位使っていて、しかし、ご存知のように、平均寿命も、あるいは乳幼児死亡率も日本よりずっと悪い訳です。これは別に医療制度だけの問題ではないと思うので、恐らく今日のディジーズ・マネジメントというのが、全部ではないけど一部では生活習慣の改善みたいなところの部分があるとすれば、日本人は恐らく生活の知恵でそれを持っていた訳です。今アメリカでは和食、日本食を食べるのがお金持ちの一番のヘルシー食品だとやっている訳ですから。どう考えても、日本で戦後、ハンバーガーとフライドチキンとポテトチップを食べて、さらにコカコーラを飲んで、フィリップモリスの煙草を吸えと教えたのはアメリカなのですね。それで、そこでやっているディジーズ・マネジメントを持ってきて、日本に入れようと考える必要はないので、もっと自信を持っていいと思います。日本人は米を主食として野菜を食べて、魚を食べて、緑茶を飲んでいたのです。

それから、煙草の問題でも、少なくとも女性に関しては、日本人の女性の喫煙率というのは世界でも有数なほど低いですね。今、若い女性はどんどん増えていますけれど。アメリカの女性はずっと吸う訳ですから。煙草について言うと、喫煙率は男性は日本が駄目ですけれども、女性は日本の方がずっと良い訳です。それを一生懸命、今増やして、アメリカに追いつこうとしている訳ですけど。そういうことを考えたら、もう一遍日本の文化を取り戻せば、アメリカへ行ってこんな勉強をしてくる必要はないので。出来たら損保ジャパンももう少し日本医師会にも研究費を下さって……。そう思います。

（田中）　有り難うございました。

◆煙草をやめさせるのはコスト大、是非自分でやめてください

（田中）　どうぞ、坂本先生。

（坂本）　誰がディジーズ・マネジメントをしてくれるかというのを考えると、やはり大変お金が掛かる訳ですから、是非ご自分でディジーズ・マネジメントを今日の皆さんはしていただければと思います。煙草をやめさせるのにえらくお金が掛かりますので、是非自分でやめていただければと思います。

（田中）　有り難うございます。

7．シンポジウム総括（座長）

◆ ディジーズ･マネジメントの進化のプロセスは多様。

制度がないからやってみる人が頑張ると進展する。

（田中）　最後に纏めを言います。確かに食べ物を変えることが第１ですけれども、先程申し上げたように、やはり糖尿病は増えているし、高脂血症の人は増えている。一方の事実であります。これを変えていく際、誰が主導するか、どのようなプロセスを経たら良いかについて、統一した姿はないと考えています。

それは、介護保険の進化型を見ているとよく分かります。介護で進化した地域は、例えば、小規模多機能拠点があり、施設機能の地域展開があり、多職種協働が行われ、それらを統括する長期包括ケアマネジメントに向かっている。これは出来上がりの姿なのです。そこに至るプロセスは地域、地域で違います。医師会が主導しているところもあります。特養が主導している地域も見られます。老健主導の地域も存在します。それから、行政主導の地域も指摘できます。つまり、プロセスで誰が主導権をとるかは１つではないのです。しかし出来上がった姿は、不思議なことに同じようなものになっていきます。

健康増進、ディジーズ・マネジメントについてもきっとそうだと考えていて、必ず企業が主体とならなければいけないとか、必ず看護師が頑張らなくてはいけないとか、そういうプロセスの作り方を縛ってしまうと、多分出来ない。それぞれやる気のある人がリードする姿が正しいのだと思います。介護提供の話も、介護保険より先行して提供者が工夫しておられるところに、後から費用が付いてくる。制度がないから出来ないと言っている限り、世の中は何も進みません。制度がないから挑戦してみようという人達がいると進みます。この話もそういう側面が大変強いことを感じています。

以上、終了予定を15分程超過してしまいましたが、元々の２年間に亘る報告書は後でじっくりお読み下さい。それを巡って、今日報告書作りに参加された方、またコメンテーターとして参加していただいた方のお陰で、とても専門的でしたけれども、密度の高い討議が行われたと思います。皆様、質問もいただきまして、有り難うございました。これをもってシンポジウムを終わりにいたします。

Ⅳ. シンポジウム講演資料

・慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授　田中 滋 氏
「本日の議論の枠組み」 1

・損保ジャパン総合研究所　代表取締役常務・研究主幹　小林 篤
「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展（報告書要旨）」 2

・Gregg L. Mayer & Company, Inc. Dr. Gregg L. Mayer
"Disease Management in the US Today: Helping the Chronically Ill Live Better Through Empowerment and Support" 6

・医療経済研究機構研究部長・主席研究員　坂巻 弘之 氏
「Disease Management のツールと実践モデル」 11

・産業医科大学公衆衛生学教室 教授　松田 晋哉 氏
「わが国における DM の可能性　―職域を例として―」 18

・広島大学医学部保健学科臨床看護学講座 教授　森山 美知子 氏
「Disease Management プロセスの実際と看護師の役割」 26

・社団法人日本医師会 常任理事　櫻井 秀也 氏 33

・ＮＴＴ東日本関東病院 看護部長　坂本 すが 氏
「患者教育とディジーズ・マネジメント」 35

・ 厚生労働省保険局総務課老人医療企画室 室長　吉田 学 氏
「保健・疾病予防と医療保険制度　～生活習慣病に着目して～」 46

2003年11月20日

本日の議論の枠組み

欧米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シンポジウム

慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授　田中　滋

1．日本においてディジーズ・マネジメントは有効か？

・疾病構造

・ディジーズ・マネジメントの適用領域

・ディジーズ・マネジメント・プログラムを実現するための担い手とその動機

2．日本においてディジーズ・マネジメントが機能するためにはどのような課題があるか？

・ディジーズ・マネジメントの目的の共有

・日本の状況（制度、文化、その他）に適合するディジーズ・マネジメント手法

・整備すべき基盤（標準化、情報化、医療従事者の連携等の観点から）

以上

「米国におけるディジーズ・マネジメントの発展」
（ 報告書要旨 ）

株式会社損保ジャパン総合研究所

代表取締役常務
研究主幹　小林 篤

2003年11月20日

本報告書の構成

第Ⅰ章 ディジーズ・マネジメントの発生・展開と概念

第Ⅱ章 米国ヘルスケア市場におけるディジーズ・マネジメントの現状

第Ⅲ章 ディジーズ・マネジメントの手法と効果

第Ⅳ章 ディジーズ・マネジメントのビジネスモデル

第Ⅴ章 ディジーズ・マネジメントの今後

「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」2002年度報告

ディジーズ・マネジメントの今日までの発展と現状
～パーツからシステムへ～

Mayo Clinicの取組み（1980年代終わり）

医療機関Mayo Clinicが初めてディジーズ・マネジメントを専門用語として用い、診療ガイドラインおよび関連する管理ツールの作成に取り組んだ。

BCG社によるディジーズ・マネジメントの概念（1993年）

Boston Consulting Group社がディジーズ・マネジメントの概念を初めて公表。1970年代から1980年代にかけて採用されていたコンポーネント・マネジメントを代替するものとして、ディジーズ・マネジメントのアプローチを取り上げた。

製薬会社によるディジーズ・マネジメントの取組み（1990年代初め以降）

製薬会社が「薬学上の管理」、「薬局の管理」、「働きかけの管理」、「ディジーズ・マネジメント」という段階を経てディジーズ・マネジメントを発展させた。

損保ジャパン総研

ディジーズ・マネジメントとは
本報告書で用いた定義

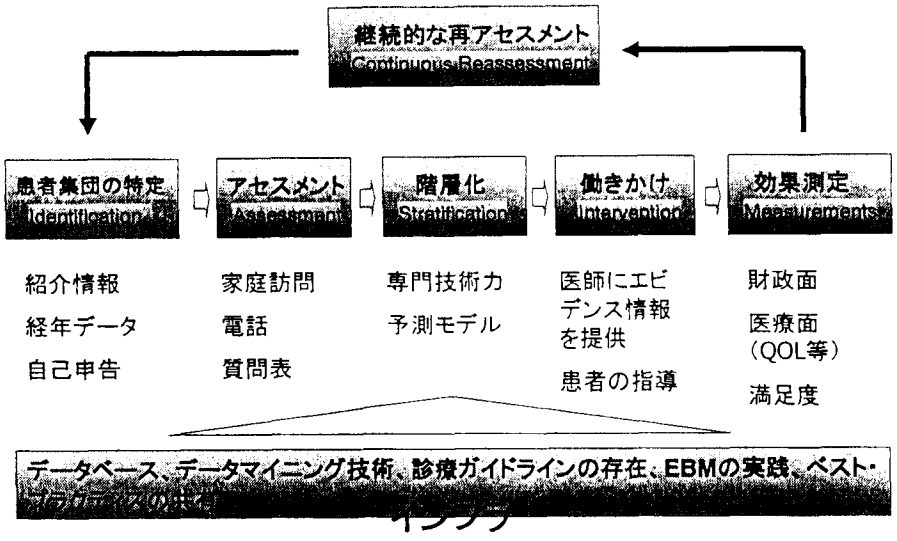
慢性疾患の患者集団
医師その他の医療従事者

疾病に固有の手法で働きかけ

質の高いヘルスケアを低コストで供給

損保ジャパン総研

ディジーズ・マネジメントのプロセスとインフラ



損保ジャパン総研

ディジーズ・マネジメント発生の背景

慢性疾患

米国では心臓病、ガン、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病といった慢性疾患による医療コストの増大が深刻な問題となっている。

技術の発展

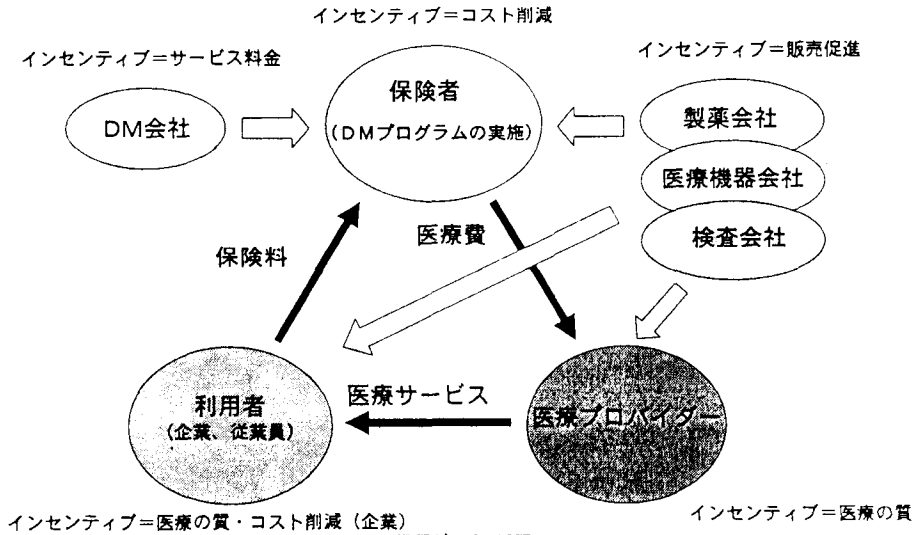
「より効果的な対象患者の特定、意思決定支援、およびコンピュータによる薬の処方を可能ならしめる、ヘルスケア情報システムの改良」が、ディジーズ・マネジメントの発展を加速する要因の1つという指摘がある。

マネジドケアの弊害

マネジドケアの発展とディジーズ・マネジメントの関わりについて、「単純な受療抑制や医療技術の使用制限だけでは医療費の削減に結びつかず、加入者の満足度も下がるという問題が明らかになってきた。・・・患者を引きつける手段としての疾病管理プログラムの開発が進められてきた」との指摘がある。

損保ジャパン総研

ディジーズ・マネジメントの当事者



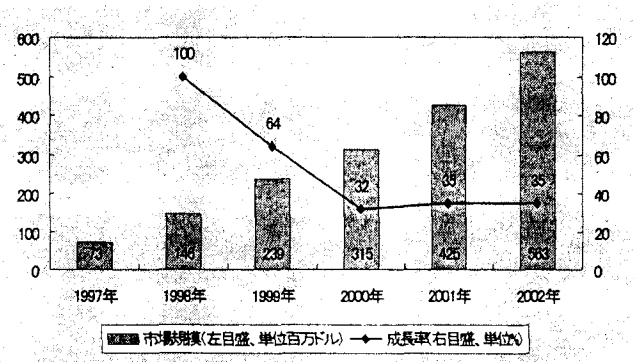
損保ジャパン総研

ディジーズ・マネジメント市場

1999年に業界組織DMAA（Disease Management Association of America）が設立され、現在まで5回の年次総会を開催

市場規模は急速に拡大

DM市場規模の推移



（出典）Al Lewis, *"Disease Management: Outcomes, Strategies, Outlook"*, Atlantic Information Services, Inc., 2002をもとに、損保ジャパン総合研究所作成。

損保ジャパン総研

Disease Management in the US Today: Helping the Chronically Ill Live Better Through Empowerment and Support

November 20, 2003

Tokyo, Japan

Gregg L. Mayer, Ph.D.

(gregg@glmco.com)

Gregg L. Mayer & Company, Inc.

Need for DM

- More than 50% of US patients with diabetes, hypertension, tobacco addiction, hyperlipidemia, congestive heart failure, asthma, depression, and chronic atrial fibrillation are currently managed inadequately
- Half or more of the costs of chronic illness are associated with potentially avoidable complications, due to lack of compliance with recommended medical care
- 12% of Medicare enrollees accounted for 75% of costs, most of them ill with one or more chronic illnesses, and most costs associated with multiple hospitalizations
- Most care for chronic diseases is in the hands of the patient (i.e. lifestyle modifications, medication compliance, self-testing, visiting the right doctor at the right time, listening to, understanding, and following doctors' orders, etc.)

Source: IOM

DM as a Solution

Disease Management is a system of coordinated healthcare interventions and communications for populations with conditions in which patient self-care efforts are significant. Disease management:

- Supports the physician or practitioner/patient relationship and plan of care
- Emphasizes prevention of exacerbations and complications utilizing evidence-based practice guidelines and patient empowerment strategies
- Evaluates clinical, humanistic, and economic outcomes on an going basis with the goal of improving overall health

Disease Management *Components* Include:

- Population identification processes
- Evidence-based practice guidelines
- Collaborative practice models to include physician and support-service providers
- Patient self-management education (may include primary prevention behavior modification programs, and compliance/surveillance)
- Process and outcomes measurement, evaluation, and management
- Routine reporting/feedback loop (may include communication with patient, physician, health plan and ancillary providers, and practice profiling)

Full Service Disease Management Programs must include all 6 components

Programs consisting of fewer components are **Disease Management Support Services**

Source: DMAA

Diversity in Settings, Sponsors, and Providers

DM program settings/sponsors:

- Universities
- Medicare
- Medicaid
- Health plans
- Disease management companies
- Pharmaceutical companies
- Foundations
- Professional organizations

DM providers:

- Doctors
- Nurses
- Pharmacists
- Respiratory therapists
- Social workers
- Health educators
- Mental health counselors
- Dietitians

DM programs are "grafted" onto existing care delivery settings using a variety of providers, as available and appropriate for the disease and setting

Results

Measures	Examples
Clinical processes	Timely, regular exam and lab encounters
Clinical results	Improvement in lab test results
Complications	Both slowing and reductions
Compliance	Better drug, home test compliance
Lifestyle	Improvements in disease-related areas
QOL	Improvement in health status
Satisfaction	Increases in both physician and patient satisfaction
Worker productivity	Increases among participating employees

•DM programs have demonstrated improvements in a variety of measures

•DM is a win:win:win proposition for the physician, payer, and most of all, the patient

Credibility

- Academic validation of results
- Third party accreditation of programs
  - NCQA
  - JCAHO
  - URAC
- Government sponsorship/acceptance

International Application

- Recent International Summit described DM efforts in 7 countries outside the US
- Universal acceptance of DM's potential to improve patient outcomes
- Wide variety of approaches depending on system and sponsor

Adaptation of Fundamental DM Processes to Japan

- Population identification processes
- Evidence-based practice guidelines
- Collaborative practice models to include physician and support-service providers
- Patient self-management education, empowerment, and compliance support
- Process and outcomes measurement, evaluation, and management
- Routine reporting/feedback loop

•*All processes necessary and possible within current Japanese healthcare system*

Ideas for DM Development in Japan

- Document need/gaps
- Adapt tools and methods to Japan
- Must be able to graft onto existing healthcare delivery and financing systems
- Measure all pertinent outcomes
- Document results in journals, meetings, etc.
- Keep focus on improving total population health
- Yet, match appropriate resources with each sub-group of patients
- Employ "kaizen" to tools and methods over time

Disease Managementの ツールと実践モデル

財団法人 医療経済研究・社会保健福祉協会
医療経済研究機構　坂 巻 弘 之

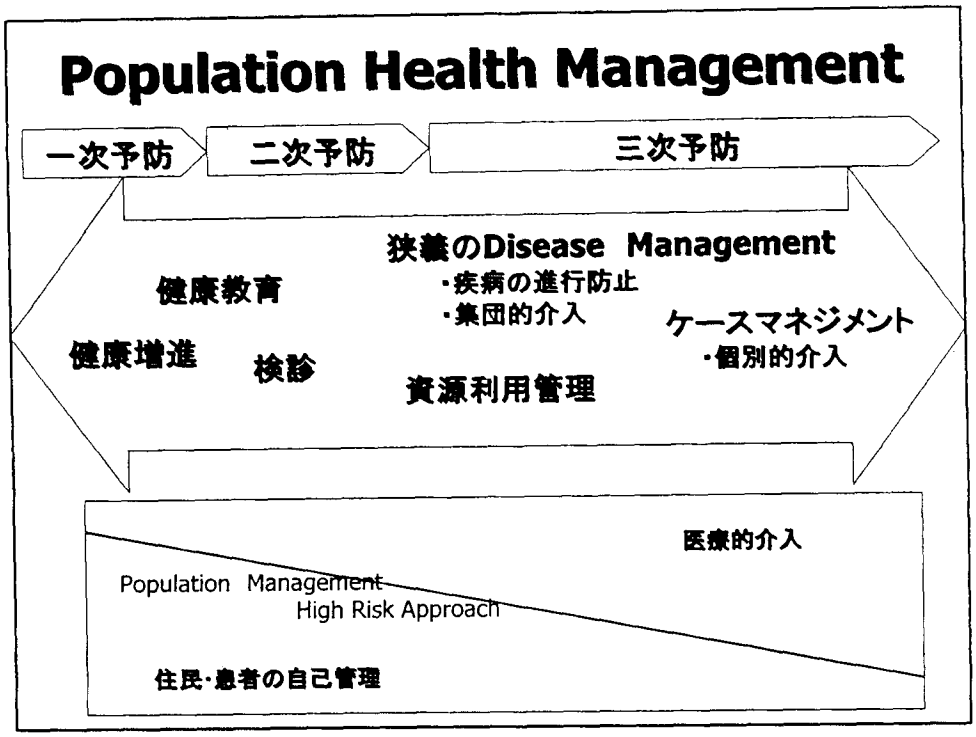
損保ジャパン記念財団シンポジウム
2003年11月20日

Disease Management定義

自己管理の努力が必要とされる患者集団のために作られた、ヘルスケアにおける介入・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。
- エビデンスに基づく診療ガイドライン、患者を主体とする医療の戦略により、症状悪化・合併症の防止に重点をおく。
- 総体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。

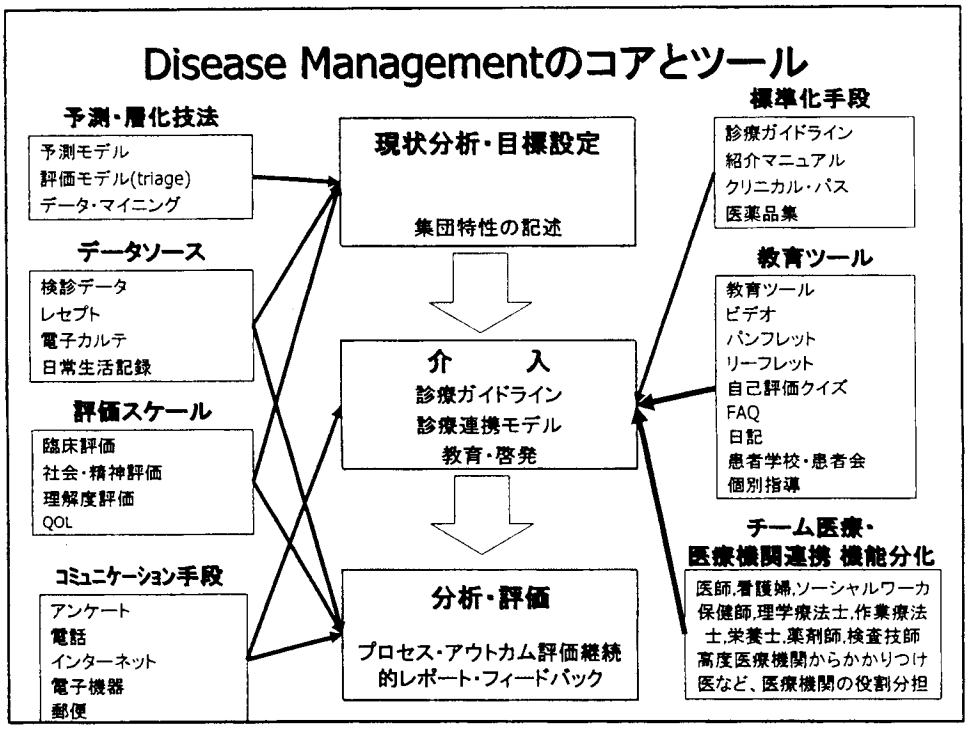
Disease Management Association of America(DMAA):www.dmaa.org



Disease Management コアコンポーネント

DMAA

- ■ 集団特性の記述
  Population Identification processes
- ■ エビデンスに基づく診療ガイドライン
  Evidence-based practice guidelines
- ■ 診療連携モデル **Collaborative practice models to include physician and support-service providers**
- ■ 患者自己管理のための教育・啓発
  Patient self-management education
- ■ プロセス・アウトカム評価
  Process and outcomes measurement, evaluation, and management
- ■ 継続的レポート・フィードバック
  Routine reporting/feedback loop

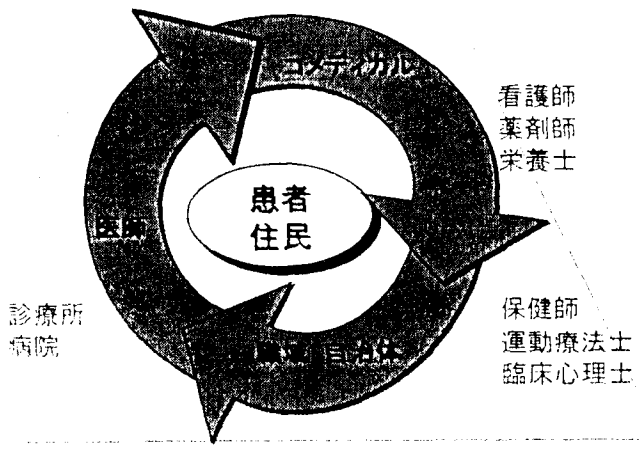


Disease Managementにおける診療ガイドライン

- 医師だけではなく、チームとして関与するため、各条件下における構成員の各々の役割と関与の方法が具体的に規定されていること
- 患者(ないし治療開始前のハイリスク群)の自己管理と順守、およびそのモニタリングに重点を置いていること
- 全体として費用の割に最も効果的な方法に留意がなされていること
- 予防から終末期までのすべての時期を網羅していること
- 上記の目的を達成するため、ガイドラインをチーム全員に周知と徹底、態度変容のための教育教材の開発、および費用の把握と管理が重要な要素

Todd,W:Disease Management

診療リエンジニアリング



医師会・保険者・学会

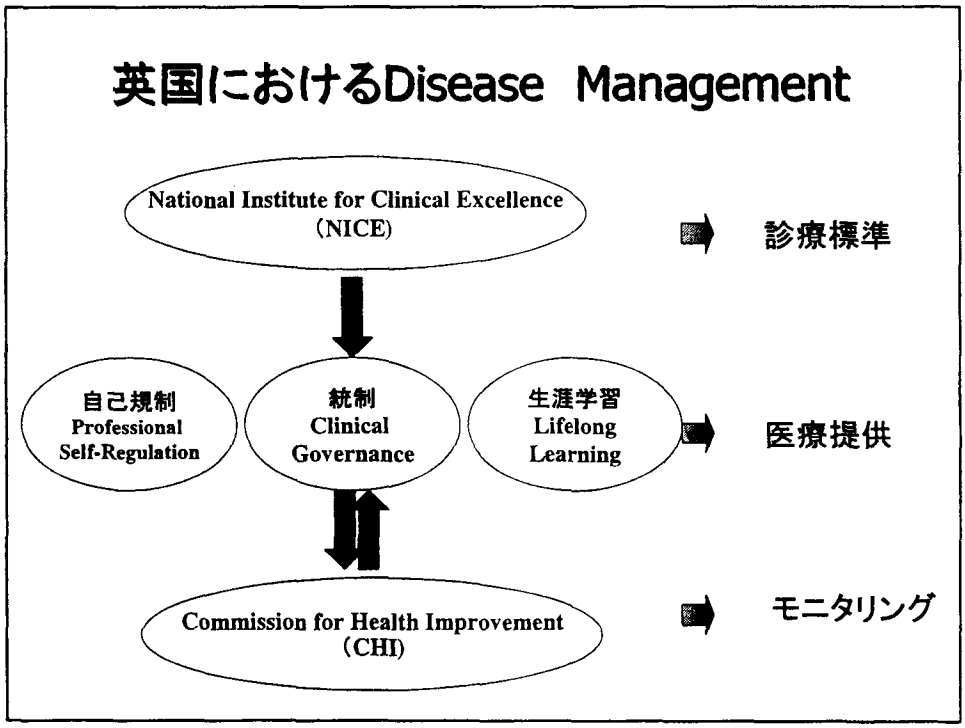
治療標準(診療ガイドライン)

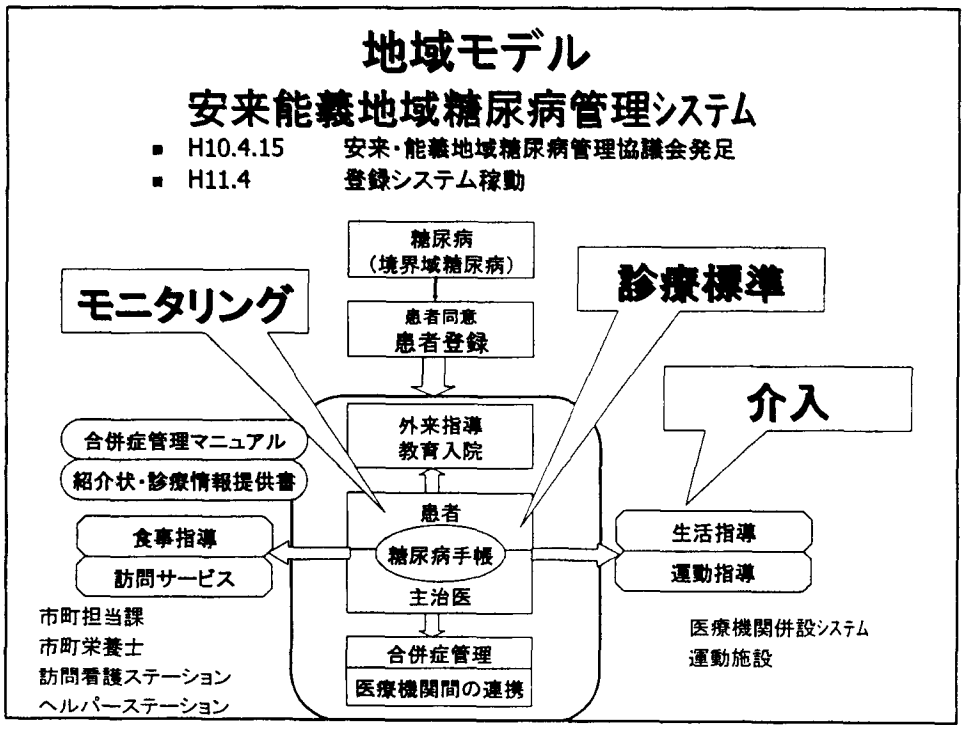
情報システム

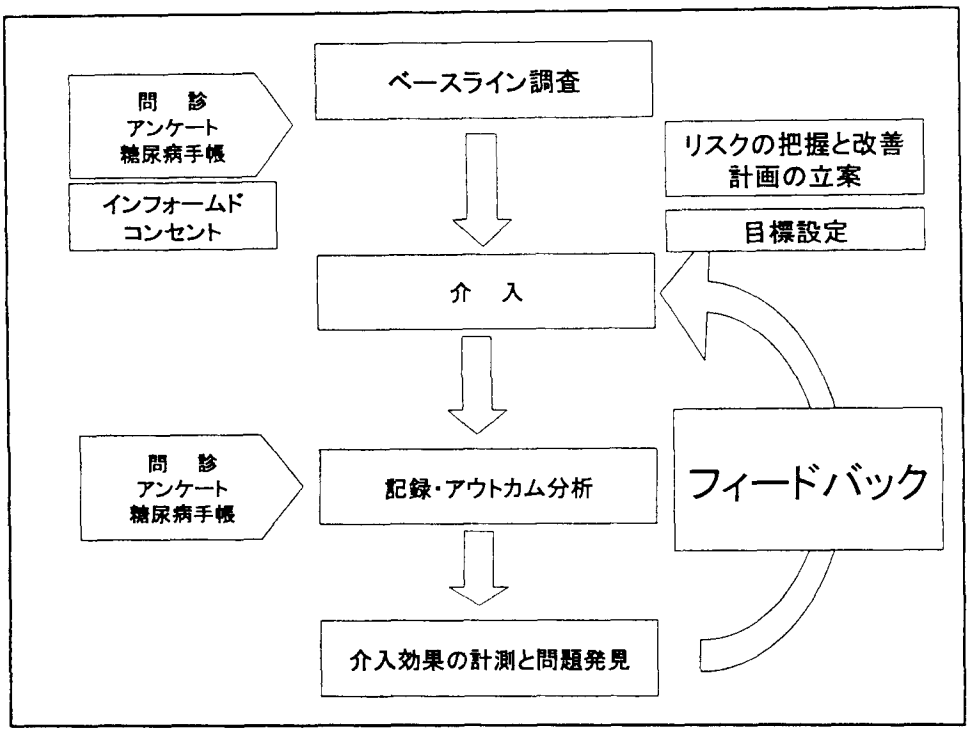
支払いシステム

Disease Management モデル

- 国レベルでの取り組み
- 地域モデル
- 職域モデル
- 企業によるツールの提供


英国におけるDisease Management
National Institute for Clinical Excellence
(NICE)
診療標準
自己規制
Professional
Self-Regulation
統制
Clinical
Governance
生涯学習
Lifelong
Learning
医療提供
Commission for Health Improvement
(CHI)
モニタリング


地域モデル
安来能義地域糖尿病管理システム
H10.4.15 安来・能義地域糖尿病管理協議会発足
H11.4 登録システム稼動
糖尿病
(境界域糖尿病)
患者同意
患者登録
モニタリング
診療標準
介入
外来指導
教育入院
合併症管理マニュアル
紹介状・診療情報提供書
患者
糖尿病手帳
主治医
食事指導
訪問サービス
生活指導
運動指導
合併症管理
医療機関間の連携
市町担当課
市町栄養士
訪問看護ステーション
ヘルパーステーション
医療機関併設システム
運動施設



Disease Managementの特徴

- 目標設定型アプローチ
- 行動変容
- 継続的モニタリング・評価

課　題

- 診療ガイドラインに対する共通認識
- ビジネスモデル
- インセンティブ（支払い）
- 継続的モニタリングシステム
- プロセス・アウトカム評価の仕組み
- 参加者へのインフォームドコンセント

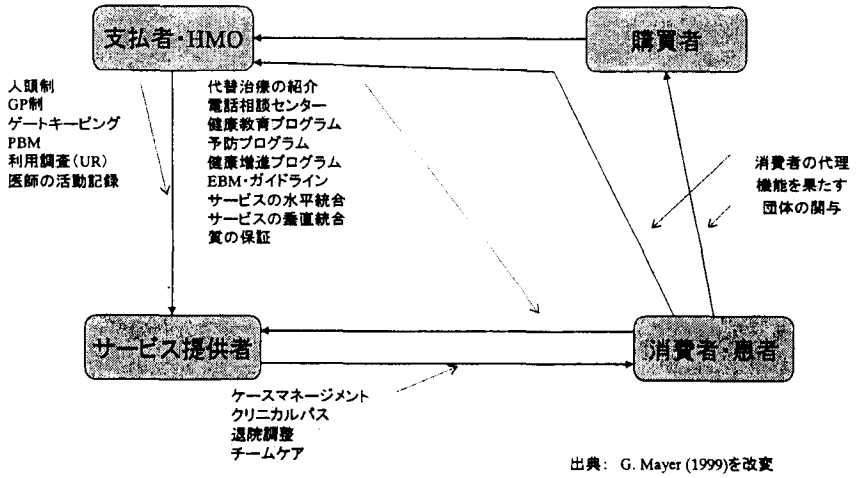
わが国におけるDMの可能性
ー職域を例としてー

産業医科大学
公衆衛生学教室
松田晋哉

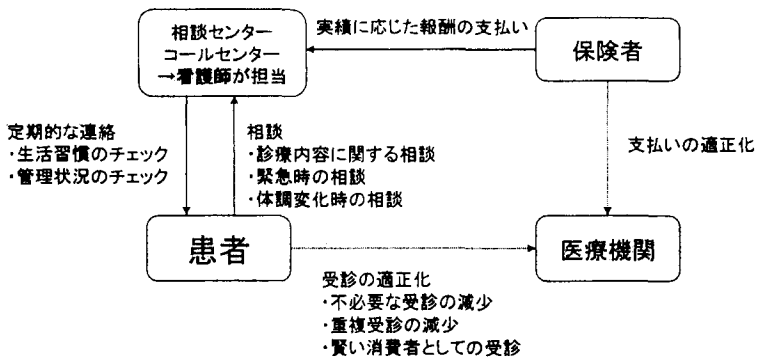
マネージドケア（Managed Care）

- 医療費の適正化のために超過需要を減らすシステムの総称
- 医療保障者（保険者）が医療を受ける者と医療を提供する者に医療費を抑制する動機づけを行うシステムで、抑制された成果を医療提供者・受益者が享受できる仕組みを構築し、抑制に必要となる交渉と管理統制を実施するもの。

マネージドケアの構造

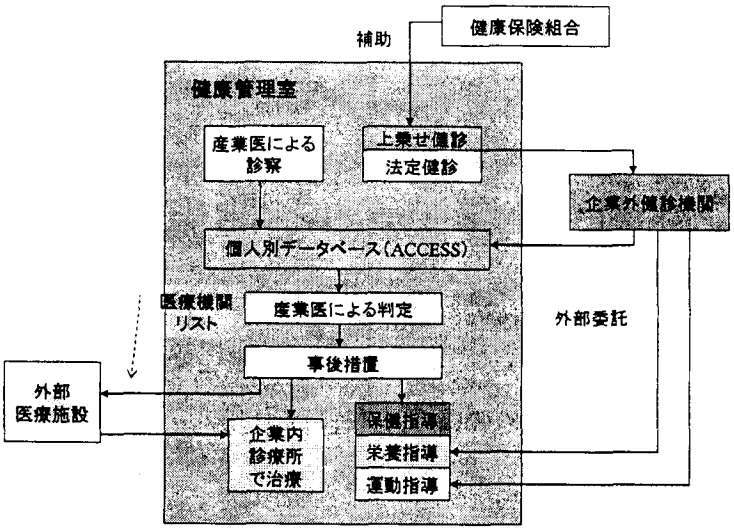


疾病管理プログラム



近年わが国においても、疾病管理プログラムに対する関心が高まっている。
疾病管理プログラムの目的は「質の保証」であり、単なる医療費適正化策ではない。

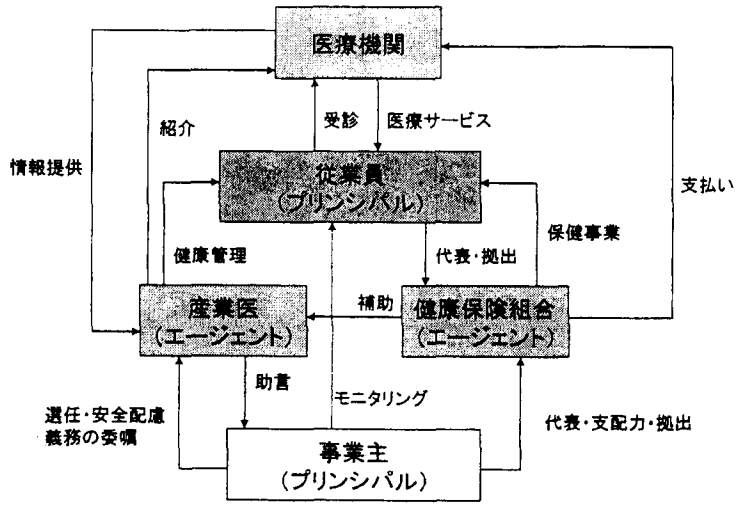
健康管理システムの例



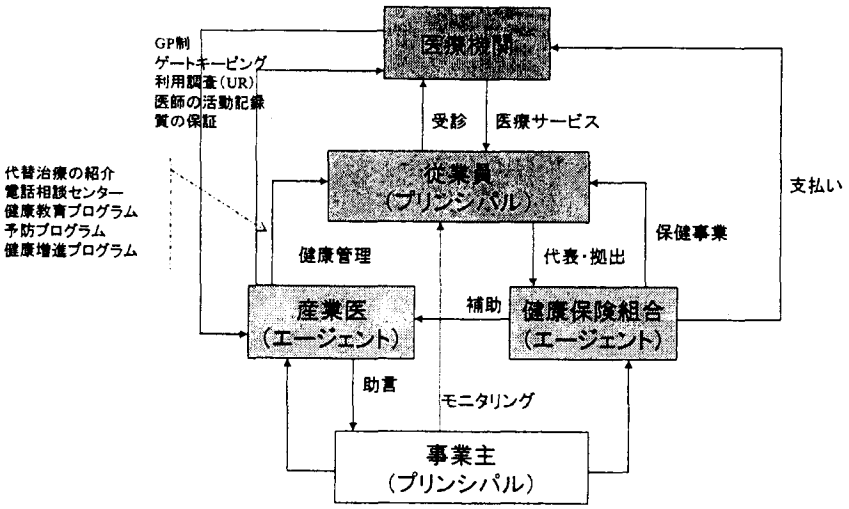
定期健康診断の結果(1997年)

項　目	有所見率(%)
項目別の有所見率	
他覚所見	3.2
聴力(1000Hz)	4.4
聴力(4000Hz)	9.7
聴力(その他)	0.8
胸部X線検査	2.7
喀痰検査	1.1
血圧	9.3
貧血検査	6.0
肝機能検査	13.1
血中脂質検査	22.0
尿検査(糖)	3.4
尿検査(蛋白)	3.0
心電図	8.3
所見の有った者の割合	39.5

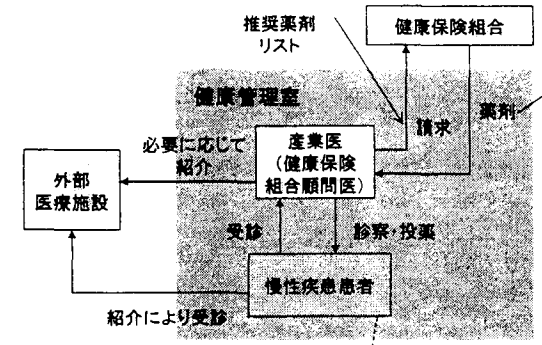
プリンシパルーエージェントモデルから見た産業保健活動（1）



プリンシパルーエージェントモデルから見た産業保健活動（2）



某社における「管理投薬制度」

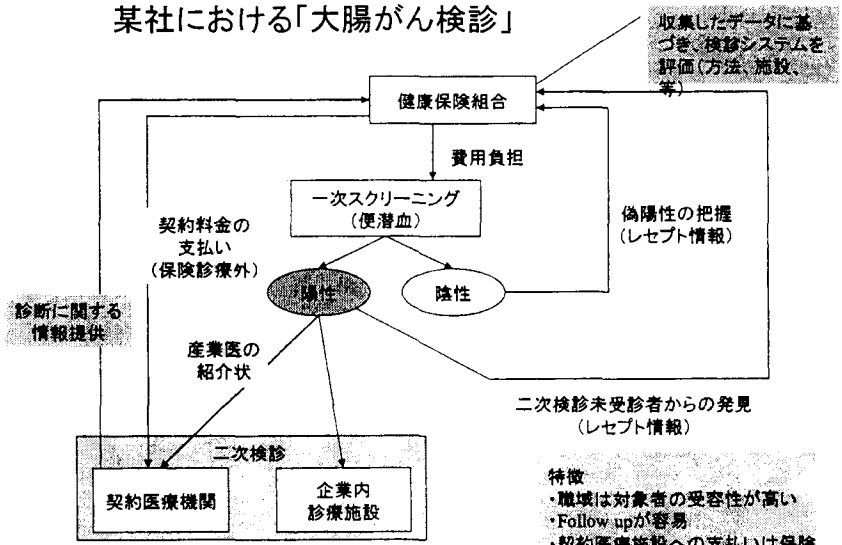


管理投薬は「保険外診療」として行われる。患者の自己負担は無い

特徴
- 職域は対象者の受容性が高い
- Follow upが容易
- 上記のために服薬中止が少ない
- PBM的なスキーム
- 薬剤使用ガイドライン的な処方効果
- 顕著な医療費節約効果
- 従業員の高い満足

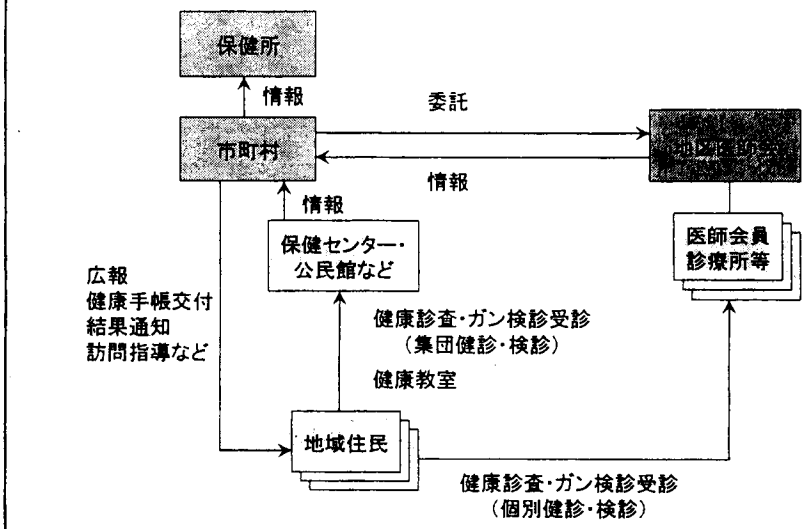
消化性潰瘍、高血圧、糖尿病、高脂血症等
従業員4200名中、約300人が対象

某社における「大腸がん検診」

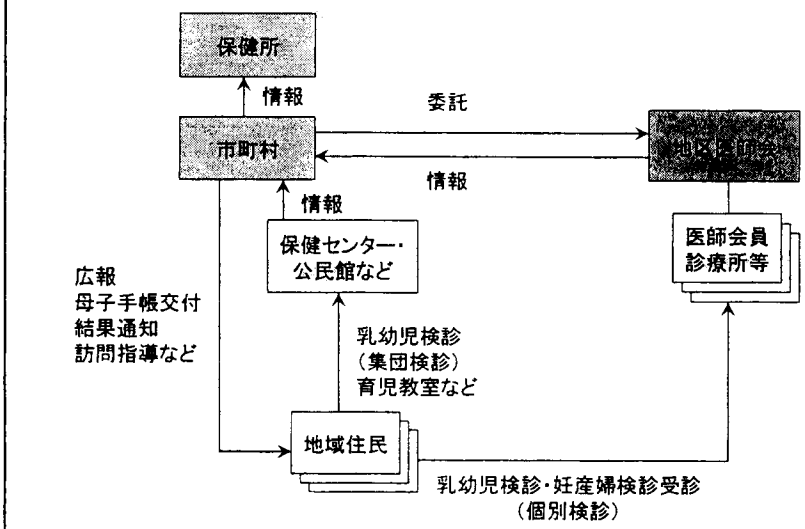


特徴
- 職域は対象者の受容性が高い
- Follow upが容易
- 契約医療施設への支払いは保険診療外
- 収集した情報に基づく評価

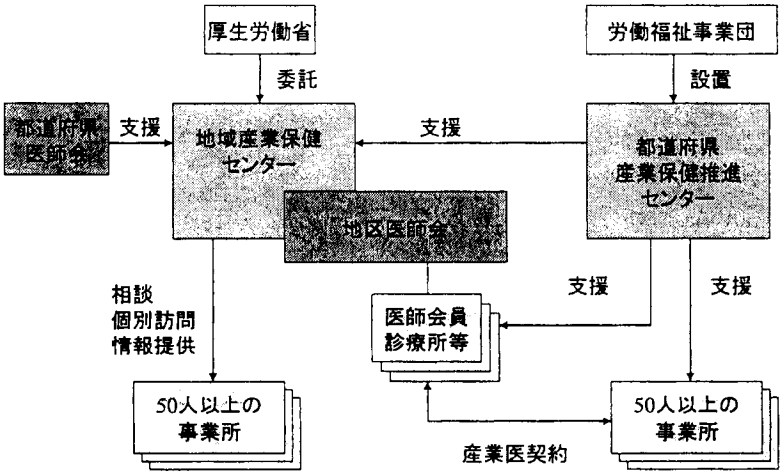
地域老人保健事業の体系



地域母子保健事業の体系



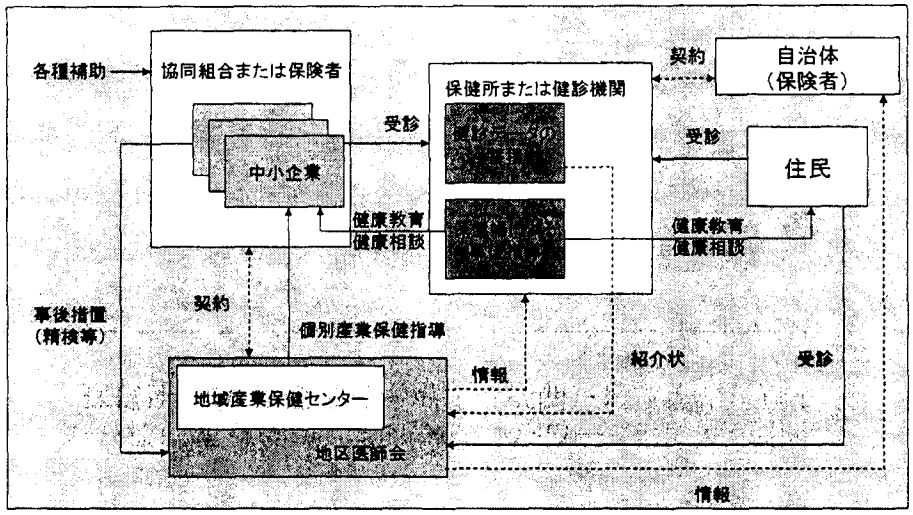
地域産業保健事業の体系



わが国の地域保健活動の特徴

- 保健所と市町村を中心とした行政システム
- 大きな政府から小さな政府へ
  直接サービスから監督・調整機能への特化
- 分権化の流れ
- 行政の縦割・横割の弊害とその克服の努力
  - ・主たる保健福祉サービスについて市町村に権限委譲
  - ・学校保健・産業保健と地域保健の連携をいかに図るかが鍵
- 医師会の地域公衆衛生機能の重要

保健所(または企業外労働衛生機関)・地域産業保健センター・協同組合(または健保)のネットワーク化による展開事例



結語

- わが国では、既存の制度の中に疾病管理的な仕組みが存在している。
- しかも、アメリカのDMに比較すると疾病の早期からの介入が可能である。
- 地区医師会の協力を得て、日本独自のDMシステムを職域及び地域で構築することが可能であると思われる。

Disease Management
プロセスの実際と看護師の役割

広島大学医学部保健学科
臨床看護学講座
森山美知子



集団の特定(Identification)

予測モデル

基本属性情報
年齢・性別・収入等

医療の経年データ
(受診行動と治療内容:治療、検査データ、資源の活用等)
保険請求歴・診療記録等

行動変容に関するデータ&健康リスク
ライフスタイル:喫煙、飲酒、食事等
心理的準備状況 等

予測:コスト、リスクによる分類
Cut off point の決定
例:レベル1～4
ケースマネジメント:
複数の合併症+
ソーシャルリスク

プロセス

ポイント：リスク特性に応じた分類を行い、特性に応じた介入によって自己管理を継続させるか！　いかにプログラムに乗せるか！

アセスメント
患者特性による分類（アセスメントツールの活用）→介入方法と内容の特定

階層化　（例：アルゴリズムの使用）
ハイリスク/ハイコスト者の特定：ケースマネジメント，個別フォローアップ

働きかけ/介入
患　者　→　共通する基礎的教育内容　＆　特性別対応
主治医　→　診療ガイドラインの順守（リマインダーの活用）

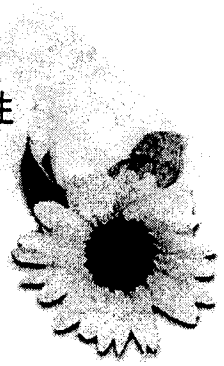
質の管理：ガイドラインの使用について主治医への働きかけ

評価とフィードバック：患者の行動変容、満足度（QOLを含む）、医療コスト、臨床指標（検査データ等）

アセスメント：患者特性の分類

働きかけ方法を決定する分類
- 変化の段階
- 疾患の重症度と治療形態
- 行動変容に関連した行動特性

方法：
オンライン（インターネット）
電話での質問、質問票の郵送
来所面談、訪問



階層化

アルゴリズムを用いて、ハイリスク/ハイコスト者をスクリーニング
→リスクに応じて分類

①行動変容に抵抗している者→将来、重篤な合併症を起こし、高いヘルスケアを必要とする者

②不定愁訴の多い者(調子が悪いと常に感じ、医療依存になっている者:多受診者:知覚と実態の不一致)

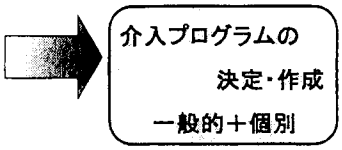
③多くの合併症を有する者/データの悪い者

④ソーシャルリスクの高い者(一人暮らし&依存的、サポートのない者、生活保護、無職、アルコール依存等)

行動変容に影響する要因

(アセスメント項目)

年齢/職業/経済状況　等
健康状態/疾患の重症度/治療内容
変化の段階
変化による利益
治療の負担感と最も関心のある事項
現在の知識レベル
障害
自己効力感
過去の経験
ライフスタイル/生活習慣
心理社会的ストレス
うつ
ソーシャルサポート



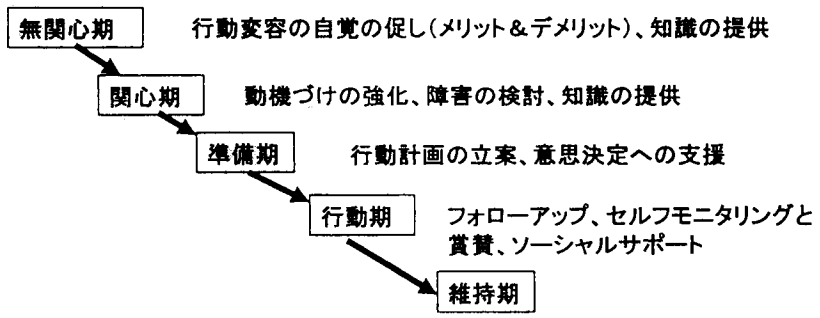
■ 自己管理行動に影響を与える要因

（MEDLINE,CINAHL,医中誌）（Evidence Level B以上）

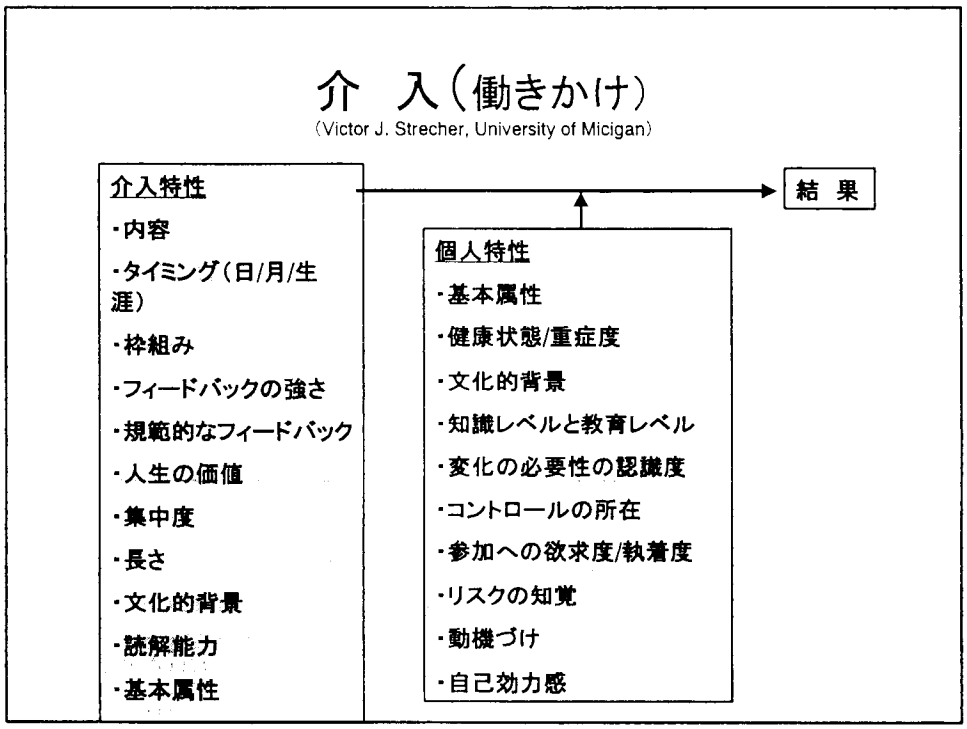
心理状態	肯定的な方がよい	糖尿病の知識	ある方がよい
自己効力	高い方がよい	医師との関係	よい方がよい
抑うつ	ない方がよい	医師	専門医の方がよい
ストレス	少ない方がよい	服薬回数	少ない方がよい
年齢	若い方がコントロール不良	喫煙・飲酒	しない方がよい
教育歴	高い方がよい	収入	高い方がよい
職業	ある方がよい	治療	インスリンを打っていない方がよい
肥満	ない方がよい	家族関係	良好な方がよい

変化のステージモデル

(Prochaska&DiClemente, 松本千明)



どのステージにあるかによって異なるアプローチ
6月以上の実践で、行動は安定化→維持期に
健康信念(health belief)の転換



介入（働きかけ）

患者に対して
　個別対応（面接）、グループ指導（教室）、
　教材・検査キットの郵送
　オンラインでの指導、電話訪問、訪問、手紙

医師に対して（電子データでの質の管理）
・診療ガイドラインの提供（リマインダーの提供）
・ベストプラクティスの共有
・患者データのフィードバック
・プロセス評価（チャートレビュー、ﾊﾞﾗﾝｽｽｺｱｶｰﾄﾞ）
・結果の共有

特性に応じた支援：メッセージの伝え方・手法
（コミュニケーション戦略）

◆コントロールの所在が内的（主体的に動ける人）
→自分で行う事項を説明
→成人型学習（自らゴールを設定）

◆コントロールの所在が外的（他者依存的）
→医師や看護師が何をするのかを勧める

◆コーチングスキルの活用

◆アサーティブネス
（周りに受入れられる形で自分のからだを守るための自己主張の仕方）

◆個別指導と集団指導の使い分け

※患者・家族教育：初期教育の徹底→長期結果に影響

46歳　男性
体重93kg　BMI　31
HbA1c 15.9
4年前、健診で糖尿病を指摘されるが、多忙で通院中断
右目網膜剥離

家族：妻、高校生の息子
仕事：営業
（8時出社、23時帰宅）
外食中心
1日の多くの時間を車で移動

朝食	なし
10時頃	缶コーヒー2本 バナナ1本
昼食	幕の内弁当 or　かつ重 カフェオーレ１本
17時頃	おにぎり2個 カフェオーレ１本
夕食	ラーメン定食 or　餃子定食 ビール500ml
その他	コーラ500ml×2 スポーツドリンク 回転焼き

バーンアウト/ドロップアウト/否認

合併症・自覚症状がない、 一人暮らし/低いサポート
麻薬患者/ホームレス/アルコール依存、うつ・精神疾患
所得が低い/生活保護、心理的に強いストレス
（生きる目的/治す目的が見つからない人は要注意！）

- 自己測定（血糖値など）：自分でのデータ管理
- 教育：恐怖心の上手な使い方
- 自尊心：褒める、成功体験を意識づける
- 継続的に周囲が関心を示す
- 家族のサポート：家族への支援、家族の関心
- 職場のサポート：上司と周囲の理解と支援
- 患者同士のサポート：Expert Patient、患者会

わが国のアプローチと課題



1. 医療機関：教育入院の制限→外来機能強化＋診療報酬対応
   職域・地域での展開：機能の強化

2. センター化：専門スタッフによるチーム医療

3. 患者・家族教育の強化：医療者へのインセンティブの設定
   心理社会面のサポートの強化→ケースマネジメント

4. ガイドライン順守のための仕組み作りとITを使用した長期的なデータ管理

5. 各疾患の専門スタッフの養成（専門看護師の養成・活用強化）

04 August 2002
Sendai

To Whom It May Concern:

I am a 39-year-old American who has lived in Japan on two separate occasions, totalling seven and a half years. In my life, the two periods when I have been able to enjoy the benefits of comprehensive health care coverage have been the two times I have lived in Japan. Put very simply, in America, I cannot afford health insurance. This letter is to advocate strongly that the Japanese government not change its nationalized health care system.

In 1987, the teacher who trained me to become a teacher died in the United States of leukemia. Part of the reason for his untimely passing was the malevolent involvement of his health insurer in the decision-making over which course of treatment would be most "cost-effective." Left only to the judgment of his doctors, he might have survived. The insurance company, however, would not authorize the expenditures necessary for a complete and aggressive course of chemotherapy. The insurance company, not his doctors, decided that his disease was too far progressed to warrant what would probably be, in their judgment, a futile effort to save his life. He died.

Today I sold my used bicycle to another American who was diagnosed with leukemia four years ago. He was fortunate enough to have been diagnosed not in the United States, but in Japan. Spending an entire year in a Japanese hospital, he recovered completely. Today he rode his new bicycle ten kilometres from its point of purchase to his home. His wife and young daughter greeted him upon his return.

These two cases starkly highlight what is wrong in America and what is right in Japan. In the former country, economics have overrun human interest. In the latter country, the correct emphasis is still placed on the value of the patient's life. Had the second case above occurred in America, even with a positive outcome, the patient would have been heavily indebted for the rest of his life. As his case unfolded in real life in Japan, the cost burden to himself and his family was manageable.

I strongly urge any who are thinking to tamper with Japan's outstanding national health care insurance program, shifting the burden of cost any further toward the patient, not to do so, and to remember that the system here in Japan is a model to the world for its emphasis on low-cost access to medicine to all people. Please do not destroy the system that saved my friend's life.

Sincerely,

Timothy J. Powell

Full text: President Bush's State of the Union speech

The Virginian-Pilot
© January 29, 2003

Our second goal is high quality, affordable health for all Americans.

The American system of medicine is a model of skill and innovation with a pace of discovery that is adding good years to our lives. Yet for many people, medical care costs too much and many have no health coverage at all. These problems will not be solved with a nationalized health care system that dictates coverage and rations care. Instead, we must work toward a system in which all Americans have a good insurance policy, choose their own doctors, and seniors and low-income Americans receive the help they need. Instead of bureaucrats, and trial lawyers, and HMOs, we must put doctors, and nurses, and patients back in charge of American medicine.

Health care reform must begin with Medicare. Medicare is a binding commitment of a caring society. We must renew that commitment by giving seniors access to preventive medicine and new drugs that are transforming health care in America.

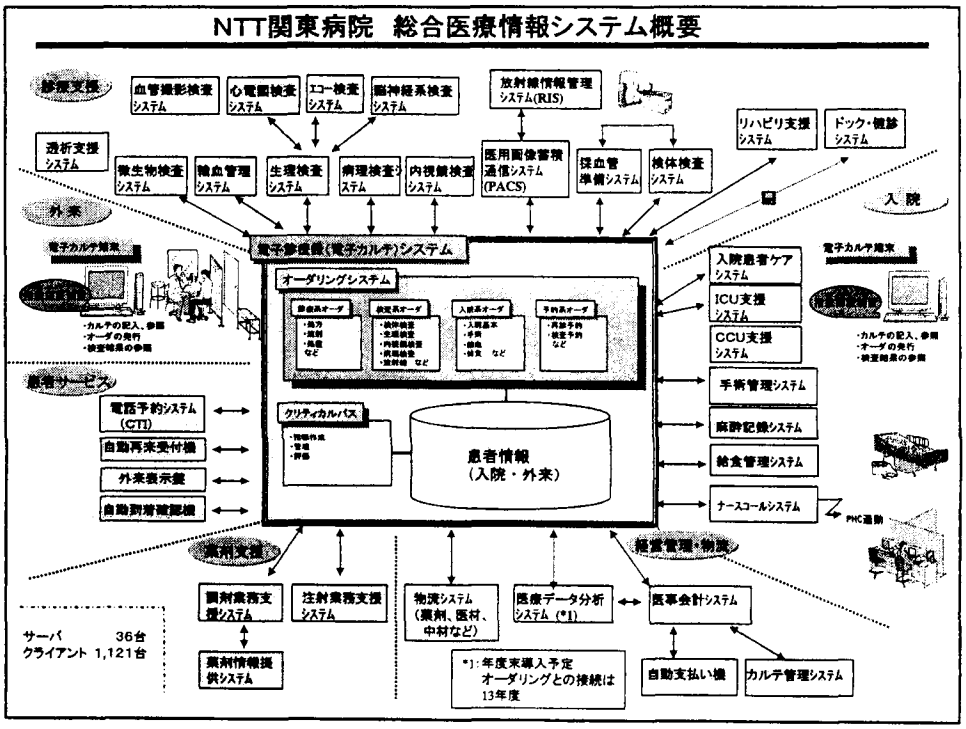
患者教育と
ディジーズ・マネジメント

NTT東日本関東病院看護部長
坂本すが

関東病院の概要　2003年4月～10月

病床数：606（一般558、精神科48）　個室率：47.1%
手術室：10室　　ICU/SCU:8床（個室4）
CCU：8床(個室4)　　PCU：28床
Executive Floor(11F):30室

一般病床稼働率：96.9%
一般病床平均在院日数：13.8
外来患者数：2,175/日
手術件数：330/月



質向上として最近取り組んでいること

- クリティカルパス
- NST(栄養管理チーム)
- 患者相談
- 安全文化形成、感染対策
- がん拠点病院としての強化

しかし

患者の悩み

- 外来受診までの迷い
- 入院までの迷い
- 入院中の迷い
- 退院後の迷い

病院医療現場で起こっていること 1

テレビで紹介された当院のクリティカルパスを見たある患者からの電話。

「私は、医者に何にも説明してもらえなかった。」

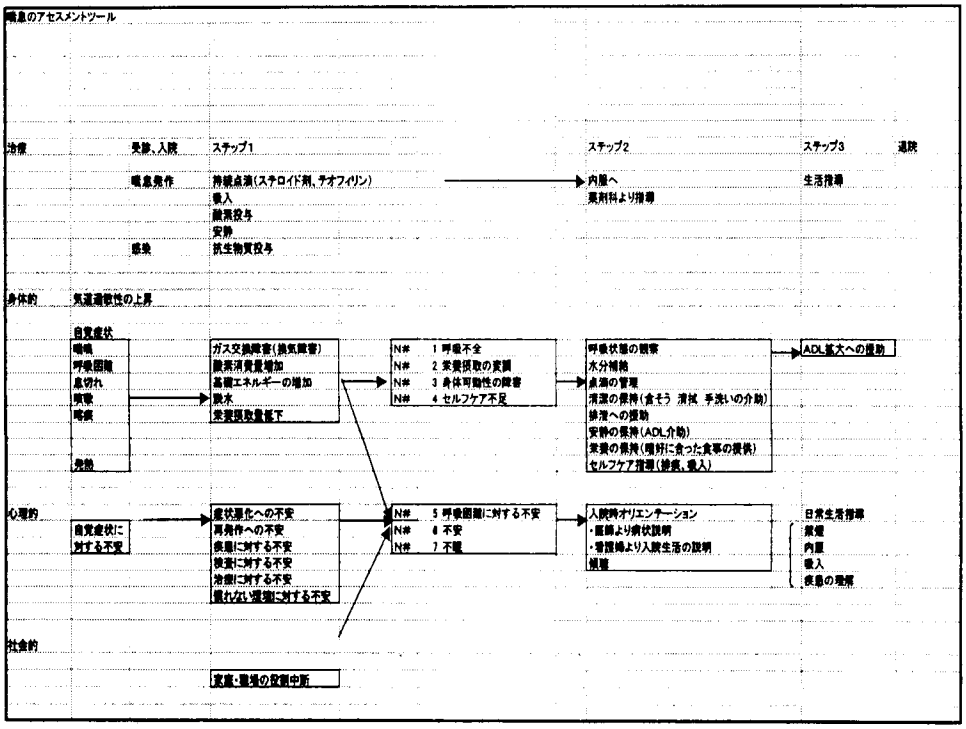
都内のA大学病院

気管支喘息の患者様用クリティカルパス

＿＿＿＿＿＿ 様

今後の治療の予定は以下のようになっています
・状態に応じて予定が異なることがあります
・検査や安静度の詳細は担当医や看護師から説明があります

月日	入院日 月　日	2日目～4日目 月　日～　月　日	5日目～　日目 月　日～　月　日
治療	□点滴があります。 □ステロイド □ネオフィリン □抗生物質 □くすりの吸入があります。 □一日一回 □酸素を吸入してください。 □飲み薬があります。 □これまでのお薬 □新しいお薬	□点滴があります □ステロイド □ネオフィリン □抗生物質 □くすりの吸入があります。 □一日一回 □酸素を吸入してください。 日より中止です。 □飲み薬があります。 □これまでのお薬 □新しいお薬	点滴は　日より中止です □くすりの吸入があります。 □一日一回 □飲み薬があります。 □これまでのお薬 □新しいお薬
検査	□ピークフロー □血液検査 □動脈から採血 □胸のレントゲン写真 □心電図 □尿の検査	□ピークフロー □血液検査 ・3日目にお薬の濃度を調べます	□ピークフロー（自分で測定） □血液検査 入院5日目（　日）
検温	□5回～6回検温します。 （4時・6時・10時・14時・18時・22時） □胸の音を聞きます。 □現在の症状をお聞きします。	□4回～5回検温します。 （4時・6時・10時・14時・18時・23時） □胸の音を聞きます。 □現在の症状をお聞きします。	□3回～4回検温します （6時・10時・14時・18時・）
安静度	□ベット上安静 ・トイレはベットサイドで □トイレまで歩行可	□ベット上安静 ・トイレはベットサイドで □トイレまで歩行可 □病棟内フリー	□病棟内フリー □院内フリー（　日から）
清潔	□体をタオルで拭きます	□体をタオルで拭きます □シャワー可です 日より	□シャワー
患者様御家族への説明	□病状について医師より説明があります □担当看護婦から入院生活、安静度等の説明があります。 □薬剤師より薬の説明があります		□薬剤師より薬の説明があります （5日目） □病状今後の見通しについて医師より説明があります



病院医療現場で起こっていること 2

私の体験

親戚からの電話。

「大阪でがんの治療を受けるとしたら、どこに行けばいいだろう。」

この電話から、混迷の1週間が始まった。

診断を受けた時から
患者は彷徨いを始める

- 果たして、診断は正しいのか？
- 果たして目の前にいる医師は信頼できるのか？
- 果たして今かかっている医療機関がベストか？
- 自分には、信頼できる情報がない！情報提供者がいない！

ディジーズ・マネジメントの考察

ディジーズ・マネジメントの目的

↓

疾病レベルで医療資源を効果的に活用することで
医療の質と効率性、経済性を高める。

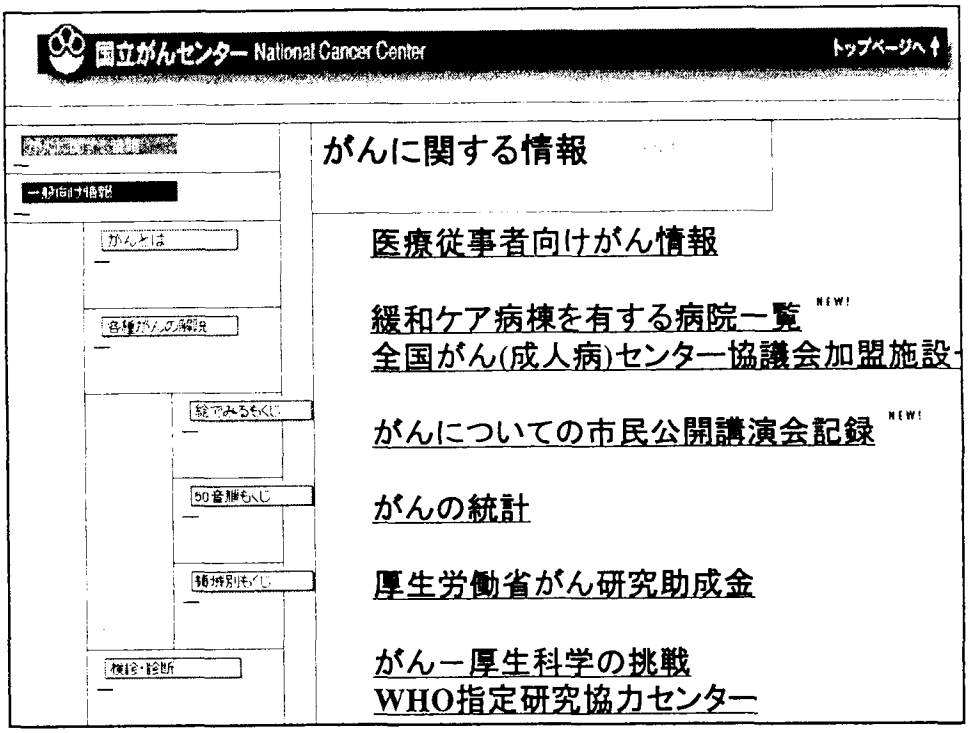
↓

①患者がより良い医療サービスを受けるための
ルートの整備（医療機関の外部） 例）パス、ホームページ

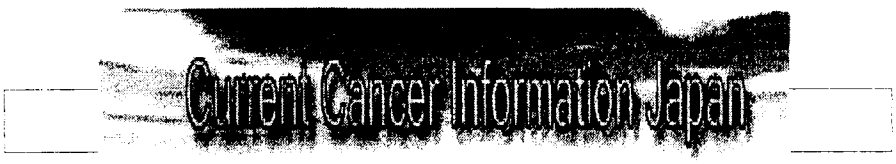
②医療機関内ルートの標準化 例）相談室の整備

③技術の標準化 例）技術評価（テクアセ）

④予防活動の重視 例）患者教育



最新がん情報



情報開示2

PDQ® 癌情報要約: スクリーニング／診断（癌の検査）

- 癌スクリーニング（検診）の概要 (PDQ®)
- 胃癌 (PDQ®): スクリーニング（検診）
- 肝細胞癌のスクリーニング (PDQ®)
- 結腸直腸癌 (PDQ®): スクリーニング（検診）
- 口腔癌 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 子宮頸癌のスクリーニング (PDQ®): 日本語
- 子宮内膜癌（子宮体癌）(PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 食道癌 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 神経芽細胞腫 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 精巣腫瘍 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 前立腺癌の スクリーニング (PDQ®) 日本語
- 乳癌のスクリーニング(PDQ®) 日本語
- 肺癌 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語
- 皮膚癌 (PDQ®): スクリーニング（検診） 日本語

当院の成績について

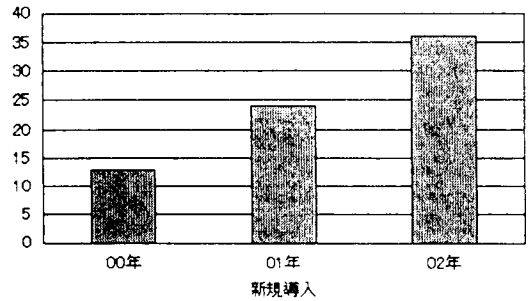
当院では、主にセメントレス固定のTHAをおこなっています。

過去5年間で、約100例のセメントレス人工股関節全置換手術をおこないましたが、現在までに、無菌手術室の利用などの対策により感染が起きた例はなく、また、緩みのために再置換手術をおこなった例もありません。

入院期間は平均して1ヶ月程度です。 (2003年4月

■外来インスリン導入

経口糖尿病薬では良好な血糖コントロール（通常HbA1Cが7%未満とされています）の得られない2型糖尿病の患者様には、インスリン療法は有力な治療手段です。当科ではインスリン自己注射の導入を外来でも積極的に行っており、入院をしないでインスリン療法を習得される患者様の数も増えています。



インスリン療法を外来で安全に導入できると医師が判断した患者様は、糖尿病外来の看護師によるインスリン自己注射指導を受けます。日本糖尿病学会などを母体とした糖尿病療養指導士認定機構の試験に合格した看護師が、外来インスリン指導を行います。

当院の患者教育

看護師が行っているものを簡単に列挙すると

①糖尿病教育（入院指導、外来指導、インシュリン指導）
②在宅酸素療法指導
③喘息教室
④化学療法指導
⑤クリティカルパス説明
⑥妊産婦指導、両親学級
⑦難病生活指導

患者教育の内容

・ツール
　市販ツールの活用、看護師または手作り
・目標
　①患者が理解できる（意味より必要性）
　②患者が実行できる
　③患者が継続的に実施できる
　④アウトカムの達成と維持
・方法
　①集団教育、②個別教育、③個別フォロー

患者教育の問題点と対策

<u>問題点</u>
・方法論（ツールも含む）の不足
・患者自身のゆらぎ
・システム面で未発達
・アウトカム評価不完全

<u>対　策</u>
→海外の有効な方法論を移入。または方法論の独自開発。
→患者教育システム開発
→コミュニティとの共同（医療福祉連携）

ディジーズ・マネジメントへの要望

1）概念の整理
2）方法論の開発と明示
3）学際的な試みの実施
4）効果の明示
5）資源量の適正化
6）コミュニティ面との連携方法の明示
7）政策的なサポート

保健・疾病予防と医療保険制度

～生活習慣病に着目して～

平成15年11月20日

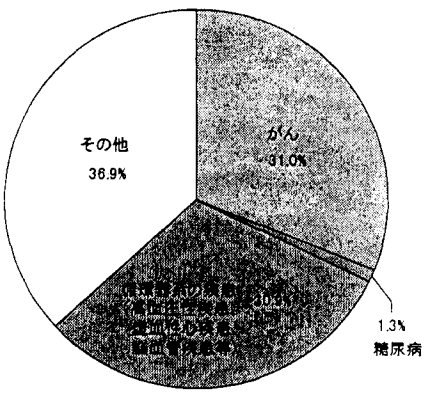
損保ジャパン記念財団シンポジウム

死亡割合・医療費から見た生活習慣病

（がん、糖尿病、循環器系の疾患以外の疾病であって、生活習慣病に起因するものは「その他」に含まれている。）

原因別死亡割合（全年齢）

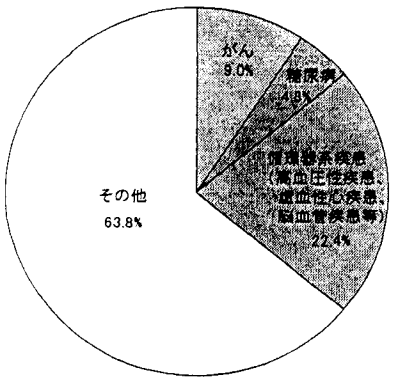
生活習慣病計 63．1%



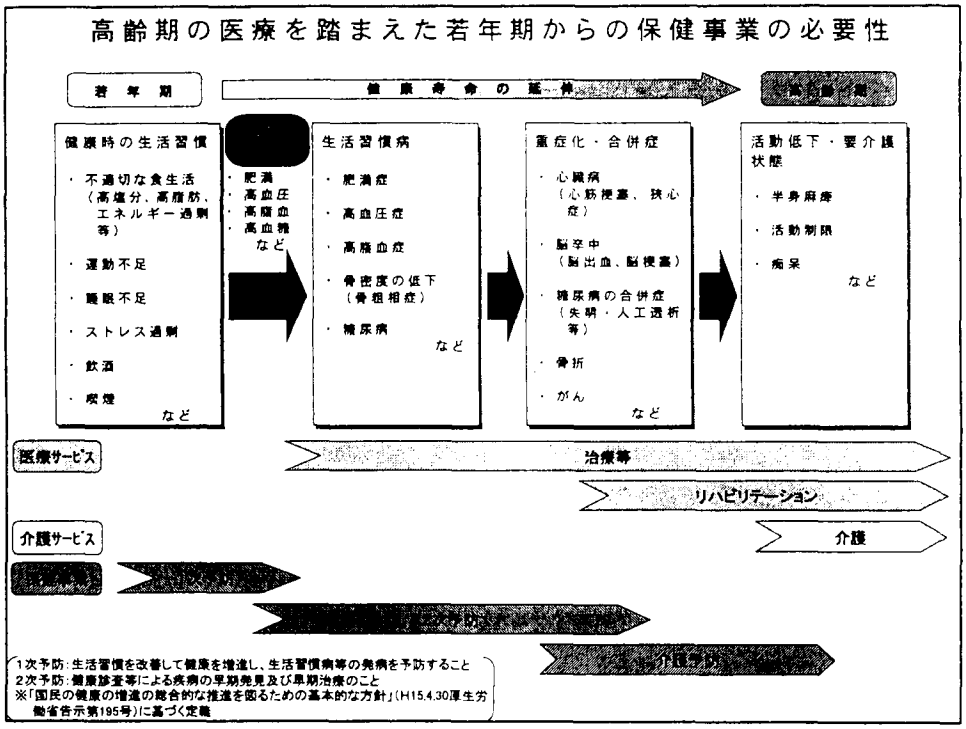
出典：平成14年「人口動態統計」（統計情報部）

一般診療医療費（全年齢）（24兆4，133億円）

生活習慣病計 36．2%（8兆8，410億円）



出典：平成13年度国民医療費の概況（統計情報部）
※一般診療医療費：医科診療にかかる医療費
（歯科及び調剤を除く）



生活習慣病指導管理料（H14改定新設）

（院外処方）	高脂血症を主病	1,050点
	高血圧症を主病	1,100点
	糖尿病を主病	1,200点
（院外処方以外）	高脂血症を主病	1,550点
	高血圧症を主病	1,400点
	糖尿病を主病	1,650点

○ 200床未満病院・診療所の入院外患者が対象
○ 治療計画に基づく、生活習慣に関する総合的な指導・　治療管理（月1回）
○ 他の指導管理、検査、投薬、注射を包括

医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針(H15.3.28 閣議決定) <抄>

診療報酬体系

(1) 医療技術の適正な評価

・ 高脂血症、高血圧、糖尿病等の生活習慣病等の重症化予防を重視する観点から、栄養・生活指導、重症化予防等の評価を進める。

(2) 医療機関のコスト等の適切な反映

① 疾病の特性等に応じた評価

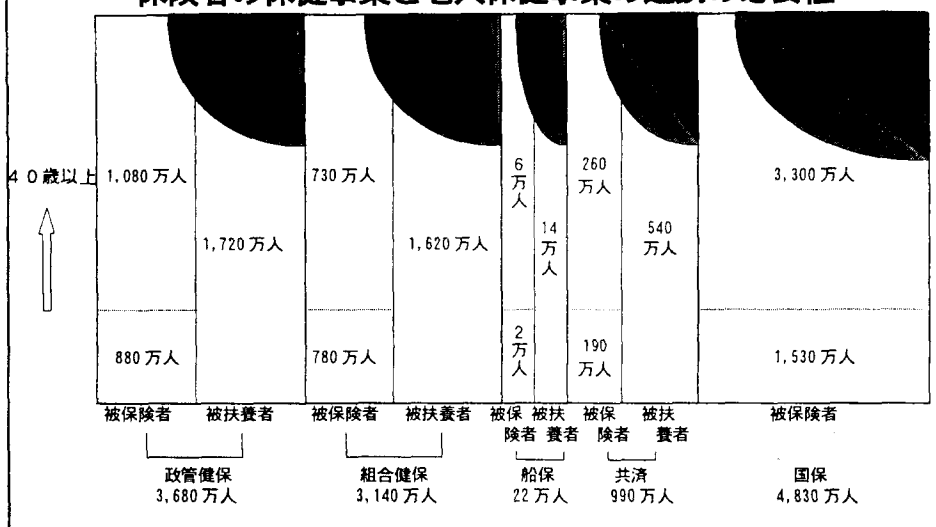
② 医療機関等の機能に応じた評価

(3) 患者の視点の重視

① 情報提供の推進

② 患者による選択の重視

保険者の保健事業と老人保健事業の連携の必要性



○４０歳以上の医療保険加入者 ＝ 6,550万人

○老人保健事業(基本健康診査)受診者(平成１３年度) ＝ 1,180万人

(注) 老人保健事業は、職域等の他の保健事業を受けることができない４０歳以上の者を対象。

出典：老人保健事業受診者・・・地域保健・老人保健事業報告
各制度被保険者、被扶養者数・・・厚生労働省保険局調べ

損保ジャパン記念財団叢書 No.67

「欧米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」シンポジウム報告書

ディジーズ・マネジメント発展の可能性と課題

発行日　平成16年1月28日

発行者　財団法人損保ジャパン記念財団

〒160-0022 東京都新宿区新宿3－1－16

電話 03-5919-0711　　FAX 03-5919-0710

URL　http://www.sompo-japan.co.jp/foundation

Email　fvgp3340@mb.infoweb.ne.jp

シンポジウム事務局　(株)損保ジャパン総合研究所