損保ジャパン記念財団叢書　No.72

「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」シンポジウム

「これからの生活習慣病対策のあり方を探る」

ー米国のメディケア、メディケイドにおけるディジーズ・マネジメント・プログラム導入から学ぶー

平成 18 年 1 月 27 日開催

講演者・パネリスト(順不同)

田中滋氏(座長)(慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授)
松田晋哉氏(産業医科大学公衆衛生学教室 教授)
中島誠氏(厚生労働省大臣官房 参事官 《健康・医療保険担当》)
平井愛山氏(千葉県立東金病院 院長)
Gregg L. Mayer 氏(Gregg L. Mayer & Company, Inc.)
Victor Villagra 氏(President, Health & Technology Vector, Inc.)
Mark McClellan 氏(Administrator, Centers for Medicare & Medicaid Services)
Scott J. Sivik 氏(Vice President, Healthways Inc.)
Sandra Foote 氏(Former Senior Adviser of Medicare Health Support Program, Centers for Medicare & Medicaid Services)

後援

厚生労働省、社団法人国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、
社団法人全日本病院協会、社団法人日本病院会、有限責任中間法人日本人間ドック学会

協 賛

株式会社損保ジャパン総合研究所、株式会社損害保険ジャパン
株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパン

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．講演者、パネリスト略歴　4

Ⅲ．講演討議録　13

1．開会あいさつ
財団法人損保ジャパン記念財団 専務理事　田中 皓　13

2．座長あいさつ
慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授　田中 滋 氏　14

3．講演

①Dr. Gregg L. Mayer , President, Gregg L. Mayer & Company, Inc.
"A Brief Introduction to Medicare, and Comparison to Japan's National Health Insurance System"　16

②Dr. Victor Villagra , President, Health&Technology Vector, Inc.
"The Case for Medicare Health Support"　18

③Dr. Mark McClellan, Administrator, Center for Medicare & Medicaid Services
（ビデオスピーチ）　31

④Mr. Scott J. Sivik, Vice President, Healthways Inc.
"Managing Chronic Disease in the Senior Population; Healthways Medicare Health Support Programs"　32

4．パネル・ディスカッション　40

5．シンポジウム総括（座長）　57

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

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



（会場風景）

２．主催・後援・協賛

主催：財団法人損保ジャパン記念財団
後援：厚生労働省、社団法人国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、
　　社団法人全日本病院協会、社団法人日本病院会、有限責任中間法人日本人間ドック学会
協賛：株式会社損保ジャパン総合研究所、株式会社損害保険ジャパン
　　株式会社ヘルスケア・フロンティア・ジャパン

３．日時・場所

2006 年 1 月 27 日（金）14:00－17:00
東海大学校友会館　望星の間

4．プログラム

（1）開会あいさつ

財団法人損保ジャパン記念財団 専務理事　田中 皓

（2）座長あいさつ

慶應義塾大学大学院経営管理研究科 教授　田中 滋 氏

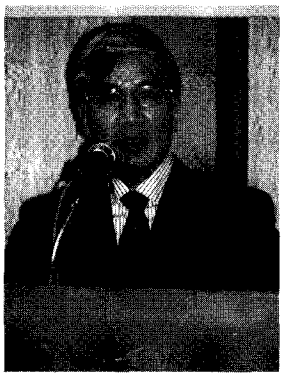
（3）講演

①Dr. Gregg Mayer, President, Gregg L. Mayer & Company, Inc.
"A Brief Introduction to Medicare, and Comparison to Japan's National Health Insurance System"

②Dr. Victor Villagra, President, Health & Technology Vector, Inc.
"The Case for Medicare Health Support"

③Dr. Mark McClellan, Administrator, Centers for Medicare & Medicaid Services
（ビデオ・メッセージ）

④Mr. Scott J. Sivik, Vice President, Healthways Inc.
"Managing Chronic Disease in the Senior Population: Healthways Medicare Health Support Programs"


田中滋氏


Gregg L. Mayer 氏


Victor Villagra 氏


Scott J. Sivik 氏

（4）パネル・ディスカッション

（パネリスト）

- 田中 滋 氏（座長）
- 産業医科大学公衆衛生学教室 教授 松田 晋哉 氏
- 厚生労働省大臣官房参事官（健康・医療保険担当） 中島 誠 氏
- 千葉県立東金病院 院長 平井 愛山 氏
- Victor Villagra 氏
- Scott J. Sivik 氏
- Sandra Foote 氏（Former Senior Adviser of Medicare Health Support Program, Centers for Medicare & Medicaid Services）

5．シンポジウム総括（座長）



（パネル・ディスカッション）

Ⅱ．パネリスト、ご講演者略歴（敬称略、順不同）

●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
1980 年 3 月	慶應義塾大学大学院商学研究科博士課程修了
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）	

＜主な社会活動＞

・中医協診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会　会長
・医業経営の非営利性等に関する検討会　座長
・医療関連サービス基本問題検討会　座長
・医療施設経営安定化推進事業　研究総括委員長
・医療計画の見直し等に関する検討会　委員
・薬事・食品衛生審議会（血液事業部会）　委員

●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
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
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）	

＜主な社会活動＞

・厚生労働省保険医療専門審査員（中医協基本小委　DPC 調査専門組織及びコスト調査専門組織）
・厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会　委員
・医療計画の見直し等に関する委員会　ワーキンググループ　委員
・社会保障審議会専門委員（介護給付分科会）
・国保ヘルスアップモデル事業評価検討会　委員
・医療機器に関する経済社会ガイドライン準備委員会　委員
・構造改革評価タスクフォース（医療制度改革）　委員

●中島（なかじま）　誠（まこと）（厚生労働省大臣官房 参事官《健康・医療保険担当》）

1984 年	東京大学法学部卒業、厚生省入省
2001 年 8 月	厚生労働省大臣官房企画官（人事・省庁再編担当）から九州大学大学院法学研究院助教授（立法学、社会保障法）へ出向
2004 年 7 月	厚生労働省健康局生活習慣病対策室長
2005 年 8 月	厚生労働省大臣官房参事官（健康、医療保険担当）
（現在に至る）	

●平井（ひらい）　愛山（あいざん）（千葉県立東金病院　院長）

1975 年	千葉大学医学部卒業
	千葉大学医学部付属病院内科医員
	国立柏病院
	船橋済生会病院内科医師
1996 年	千葉大学医学部内科学医局長
1998 年	千葉県立東金病院院長
（現在に至る）	

＜主な社会活動＞

・「健康ちば 21」策定専門委員会委員長、経済産業省「先進的情報技術活用型医療機関ネットワーク化推進事業に係る事後評価有識者委員会」委員などを歴任

・経済産業省モデル事業テーマ「わかしお医療ネットワーク」主任研究者

●Mark McClellan (Administrator, Centers for Medicare & Medicaid Services)

Dr. Mark McClellan, who a leading Washington pundit says is "widely regarded as one of the most effective of all Bush appointees," brings a wealth of practical and in-depth experience to his role overseeing Medicare and Medicaid, the programs which provide essential health care services to more than 90 million Americans.

A physician and award-winning health care economist, Dr. McClellan was sworn in as Administrator of the Centers for Medicare & Medicaid Services on March 25, 2004, following Senate confirmation by unanimous voice vote.

As Administrator, Dr. McClellan has led CMS toward a new focus on quality, bringing modern preventive health care to those in Medicare and Medicaid. Under Dr. McClellan's leadership, CMS is implementing Medicare's new prescription drug coverage, which delivers a key aspect of modern medicine to America's seniors and people with a disability. Dr. McClellan is also leading the effort to bring a community care focus to Medicaid, so those who need help can get it closest to home.

Before coming to CMS, Dr. McClellan served as Commissioner of the Food and Drug Administration from Nov. 2002 to March 2004. During 2001 and 2002, Dr. McClellan served in the White House as a Member of the President's Council of Economic Advisers, where he advised on domestic economic issues and was a senior policy director for health care and related economic issues. From 1998-99, he was Deputy Assistant Secretary of the Treasury for Economic Policy, where he supervised economic analysis and policy development on a wide range of domestic policy issues.

Previously, Dr. McClellan was Associate Professor of Economics at Stanford University and Associate Professor of Medicine at Stanford Medical School. At the medical school, he was Director of the Program on Health Outcomes Research. He was also a Research Associate of the National Bureau of Economic Research and a Visiting Scholar at the American Enterprise Institute.

Dr. McClellan's award-winning research studies focus on the quality of health care, treatment decisions and health outcomes, the effects of medical treatments and technological change, among other subjects. He earned his M.D. degree from the Harvard-MIT Division of Health Sciences and Technology and his Ph.D in Economics from MIT. A board-certified Internal Medicine physician, Dr. McClellan completed his residency training in internal medicine at Brigham and Women's Hospital in Boston, Massachusetts, and he is a Member of the Institute of Medicine.

Dr. McClellan was born June 26, 1963 in Austin, Texas. He and his wife, Stephanie, are the parents of twin daughters.

●Victor Villagra (President, Health & Technology Vector, Inc.)

PRESENT POSITION

03/92- Present **President, Health & Technology Vector, Inc. (HTV)**

Company mission: ***"To decrease, postpone or eliminate the physical, emotional and financial burden of illness among all peoples"*** A consulting company in population health, technology assessment and delivery system redesign. Dr. Villagra works with senior management teams of a diverse client base in the US, Europe and Latin America including managed care organizations, governments, academic institutions, foundations, large employers, pharmaceutical companies, disease management organizations, specialty professional societies, insurance companies and start-up health care ventures.

EMPLOYMENT HISTORY

9/95-03/02 **National Medical Director & VP Quality and Medical Strategy- CIGNA HealthCare**

Responsibilities

- Deputy Chief Medical Officer for CIGNA HealthCare
- Represented CIGNA with external audiences including key customers, media, government organizations, advocacy community, trade organizations and academia.
- Oversee national roll-out of CIGNA's disease management program.
- Head of Technology Assessment and Organ Transplant Programs.
- Lead all CIGNA health plans through the National Committee for Quality Assurance (NCQA) accreditation
- Re-organize Organ Transplant Program

10/93-9/95 **Medical Director Continuous Health Improvement Program**

Geisinger Health Plan, Danville, Pennsylvania

Responsibilities: Design and implement Geisinger's disease management program

7/86-9/95 **Associate Staff Department of General Internal Medicine**

Geisinger Medical Center, Danville, Pennsylvania

Responsibilities: Patient care, teaching (residents and medical students) clinical research

CURRENT ACADEMIC APPOINTMENT

9/98- Present Associate Clinical Instructor University of Connecticut School of Medicine

EDUCATION

9/71-5/76 **Undergraduate**: George Washington University- Washington DC, USA Bachelor of Science, Major in Biology

5/76-1/81 **Medical School**: Universidad de Costa Rica, San Jose, Costa Rica

7/82-6/85 **Internship and Residency in Internal Medicine:** The North Carolina Memorial Hospital, University of North Carolina at Chapel Hill, North Carolina

7/85-6/86 **Chief Resident:** Department of Medicine, School of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina

11/85-1/88 **Faculty Development Fellowship Program, General Internal Medicine and General Pediatrics:** University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina

HONORS

2/81 Medical School Class Rank: # 1 (of 152)

7/85-8/86 Medicine Chief Resident: North Carolina Memorial Hospital, University of North Carolina at Chapel Hill

1/92 Recipient of the Geisinger Clinician Investigator Award

5/95 Inducted as Fellow - American College of Physicians

10/00 Disease Management Association of America for CIGNA HealthCare-Health Plan Disease Management Leadership Award

10/01 Disease Management Association of America, Karen Coughlin Individual Disease Management Leadership Award.

10/03 Disease Management Association of America, Karen Coughlin Individual Disease Management Leadership Award

RECENT PUBLICATIONS ON POPULATION HEALTH

1. Selby J., Scanlon D., LaFata J., **Villagra V.**, Beich, J., Salber, P Determining the Value or Disease. Joint Commission Journal on Quality and Safety. 29(9):491-499, September 2003.
2. **Villagra, V.G.**.; "Strategies To Control Costs And Quality: A Focus On Outcomes Research For Disease Management" ". Medical Care 2004; 42: II-24-III-30
3. **Victor. G. Villagra**, and Tamim. Ahmed Effectiveness Of A Disease Management Program For Patients With Diabetes. *Health Affairs* 2004 23 : 255-266
4. Espinet L, Ahmed, T, Osmick MJ, **Villagra, VG.** A Cohort Study of the Impact of a National Disease Management Program on HEDIS Diabetes Outcomes. Disease Management 2005, 8:86-92
5. **Villagra, VG,** "The Integration of Disease Management Into the Outpatient Delivery System During and After Managed Care: A Means of Advancing the Chronic Care Model". Health Affairs (Web Exclusive) , 23(4), May 19, 2004
6. Ron Z. Goetzel, Ph.D., Ronald J. Ozminkowski, Ph.D., **Victor G. Villagra, M.D., F.A.C.P.**, and Jennifer Duffy. "Return on Investment in Disease Management: A Review" Health Care Finincing Review. **2005,** 26 (4): 1-19 www.cms.hhs.gov/review/current.asp - 26k - 2005-08-02

SELECTED ADVISORY BOARDS AND COMMITTEES

- US House of Representatives, Ways & Means Subcommittee on Health- Testimony on Disease Management- May 7th, 2003, Washington DC

・Nancy Johnson R- 5th District-Connecticut and Senior members of the Congressional Budget Office- Rayburn Building #2113. Private testimony on Disease Management Outcomes- May 9th, 2003, Washington DC.

・Centers for Medicare and Medicaid: Disease Management Demonstration Projects February 2003

●Scott J. Sivik (Vice President, Healthways Inc.)

EDUCATION

M.S.Ed., Education
Baylor University, Waco, TX (1989)
B.S., Education
University of South Florida, Tampa, FL (1988)

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Healthways, Inc., NASDAQ: AMHC (1996 - Present)
Nation's leading and largest publicly traded company for specialized, comprehensive care enhancement solutions to health plans, employers, physicians, medical management organizations and hospitals with revenues of $400M.
Vice President, Account Management, Kapolei, HI (03 - Present)
Regional Vice President Operations, Kapolei, HI (00 - 03) & Nashville, TN (98-00)
Regional Director Operations, Nashville, TN (97 - 98)
Executive Director, Corpus Christi, TX (96 - 97)

Spohn Hospital South, Corpus Christi, TX (93 - 96)
102-bed, not-for-profit, acute care facility, specializing in ambulatory, women's and health/ wellness services. Member of the multi-hospital Catholic Healthcare System.
Center Executive- Family Health Services

American Healthways, Inc. (90 - 93)
Program Director, Corpus Christi, TX (92 - 93)
Management Resident, Nashville, TN (91 - 92)
Exercise Specialist, San Antonio, TX (90 - 91)

Pecan Valley Rehabilitation and Sports Training Center, San Antonio, TX (89 - 90)
Physician-owned physical therapy and sports medicine clinic.
Cardiac Rehabilitation Coordinator

●Sandra Foote (Former Senior Adviser of Medicare Health Support Program, Centers for Medicare & Medicaid Services)

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, MD

02/05-12/05 Senior Advisor, Chronic Care Improvement

06/04-01/05 Director, Division of Chronic Care Improvement Programs

George Washington University, Washington, D.C.

04/99-05/04 Director, Health Insurance Reform Project

03/98-03/99 Co-Director, National Health Policy Forum

Community Care Network, San Diego, CA

07/94-01/97 Senior Vice President, Group Health

09/93-06/94 Senior Vice President, Pacific Division

02/93-08/93 Vice President, Pacific Division

07/93-06/94 Vice President, Provider Affairs

University of California, San Diego, Department of Community and Family Medicine

05/79-06/82 Community Health Program Manager and Research Associate

Health Systems Agency of San Diego and Imperial Counties, San Diego, CA

01/77-06/78 Health Planner

U.S. Department of Health, Education and Welfare, Rockville, MD

74-05/76 Program Analyst, Office of the Director, National Center for Health Services Research

73-74 Program Analyst, Office of Planning, Office of the Assistant Secretary for Health

RECENT PUBLICATIONS

- Foote, SM. Chronic Care Improvement in Medicare FFS: Cosmetic or Transforming? *Health Insurance Reform Project.* Paper for 11th Princeton Conference of the Council on Health Policy and Economics, May 2004. www.nhpf.org/pdfs_hirp/HIRP13_ChronicCareImprovement.pdf Accessed 19 January 2006.
- Foote, SM. Population-Based Disease Management Under Fee-For-Service Medicare. *Health Affairs,* Web Exclusive. W3-342. 30 July 2003. content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w3.342v1/DC1 Accessed 19 January 2006
- Foote, SM and Hogan, C. Disability Profile and Health Care Costs of Medicare Beneficiaries Under Age 65. *Health Affairs*, November/December 2001; 20(6): 242-253.

- Foote, SM and Etheredge, L. Increasing Use of Prescription Drugs: A Case Study. *Health Affairs* (19)4: 165-170. July-August, 2000.

EDUCATION

Bachelor of Arts, Smith College, Northampton, MA
Master of Science in Health Policy and Management, Johns Hopkins University, MD

AWARDS

Entrepreneur of the Year Award, San Diego, Health Sciences, 1994. Event sponsored by Ernst & Young; Merrill Lynch; Inc. Magazine; San Diego Union-Tribune

●Gregg Mayer (President, Gregg L. Mayer & Company, Inc.)

EDUCATION

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

STUDIES IN JAPAN

90-92 Student at Keio University, Tokyo in the Japanese language program.
91-93 Research student at The Keio University Graduate School of Business Administration.
92-94 Research student at the National Children's Hospital Research Center in Tokyo.

BUSINESS EXPERIENCE

BERKELEY ANTIBODY COMPANY, INC. (BAbCO), a biotechnology company
81-83 **Co-founder and Partner**
83-86 **President and Director**

VIVIGEN, INC., a clinical genetic testing company
85-92 **Director**
86-87 **Vice President**
88-90 **President**

MCKINSEY & COMPANY, an international management consulting firm.
93-95 **Associate**

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

university technology.

94- **Director**

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

95- **President and Founder**

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

96-98 **Director - Japan**

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

00- **Founder & CEO**

Ⅲ．講演討議録

1．開会挨拶

（田中皓）　本日はお忙しい中「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会シンポジウム」に多数お集まりいただきまして、心から御礼申し上げます。開会に先立ち、主催者を代表して一言ごあいさつ申し上げます。

損保ジャパン記念財団は、我が国の福祉および文化の向上に資することを目的として、1977 年に当時の厚生省の許可を得て設立されました。その目的を達成するための事業の一つとして、社会保障、社会福祉、医療といった分野における講演会の開催、報告書の刊行などのほか、さまざまな研究会を主催してまいりました。

ディジーズ・マネジメントに関する研究会は、2001 年に慶應義塾大学の田中滋先生に座長をお願いし「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」と題してスタートいたしました。これまで、2003 年 11 月と 2005 年 9 月の 2 回にわたってシンポジウムを開催し、その研究成果を発表させていただきました。本年度からは、この活動を引き継ぐ形で、「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」として研究活動を継続してきております。

この研究会では、ディジーズ・マネジメントを、「生活習慣病の発生・重症化を予防することにより患者の QOL を高め、ひいては医療費の適正化にもつながる取り組み」と位置づけています。日本におけるこれからの生活習慣病対策の一つの手法としてディジーズ・マネジメントに関する仕組みを導入し発展させるため、政策的な課題や解決策について研究していこうというのがこの研究会の趣旨です。

これまで 2 回のシンポジウムを開催し、本日は 3 回目になるわけですが、このように多くの皆様にお集まりいただき、回を重ねるたびにディジーズ・マネジメントに対する関心が高まっているということを痛感しております。

本日のシンポジウムを開催するに当たりまして、ご後援いただいております厚生労働省をはじめ、社団法人国民健康保険中央会、健康保険組合連合会、社団法人全日本病院協会、社団法人日本病院会、有限責任中間法人日本人間ドック学会におかれましては、本シンポジウムの意義をご理解賜り、それぞれのお立場からご後援者となっていただきましたことに、主催者としてこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

また、座長をお務めいただきます慶應義塾大学の田中先生をはじめ、遠くアメリカから本日のシンポジウムのために来日いただきました Victor Villagra 様、Scott J. Sivik 様はじめパネリストの先生方におかれましては、貴重なお時間を割いてご参加いただきましたことに厚く御礼申し上げます。

本日のシンポジウムは、米国において公的医療保障制度にも導入されつつあるディジーズ・マネジメント・プログラムについてその内容を学ぶとともに、それを参考にして、日本

における導入の可能性、あるいは政策的な課題といったものについてご議論いただけると伺っております。米国で発展したディジーズ・マネジメント・プログラムが我が国においても生活習慣病対策に有効なプログラムであるということをご理解いただけるきっかけとなり、また、皆様の日頃のお仕事、あるいは研究活動にいささかなりともお役に立つことがあれば、主催者としてこれに勝る喜びはございません。

最後になりますが、当財団は、ディジーズ・マネジメントに関する研究を今日の我が国にとって極めて重要な研究テーマであると認識しており、今後ともこの研究活動を継続していく所存です。つきましては、皆様のご理解とご支援を賜りますよう、この場を借りてお願い申し上げます。

これをもちましてお礼ならびに開会のあいさつとさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

2．座長あいさつ

（田中）　皆さん、こんにちは。慶應大学の田中でございます。まず、このシンポジウムを企画いただきました損保ジャパン記念財団、それから、事務局を務めていただきました損保ジャパン総研に厚く御礼申し上げます。

先ほど理事長が言われたように、これまで 2 回シンポジウムを開き、私たちの研究の内側ででき上がったことについて発表してまいりました。3 回目の試みとしましては、それだけではなく、アメリカで行われていることをぜひ学んでみようということになりました。アメリカのパネリストの選定については、私たちの研究会のメンバーである Gregg Mayer 博士にお世話になりました。

日本でディジーズ・マネジメントを普及させるためには、単に「健康になりましょう」と人々に呼びかけるだけではなく、介入する群、それに対する比較対照群を作り、客観的なデータを取り、事後的なエビデンスを求める、これらをしなくてはなりません。アメリカではもっと大がかりに行われていることが分かっておりますので、その点を今日お二方のスピーカーから学ぶことにします。

もっとも、平均的に見るとアメリカ人の方がおそらく日本人より不健康だから、より必要性が高いという点がないわけでもないですが、米国では大掛かりな介入の仕方があり、それを、政府の保険プログラムであるメディケア、メディケイドに取り入れるようになるなど、政府が初めてお金を出すようになりました。日本では「健康日本 21」で厚生労働省健康局を通じていろいろな対策が打たれていますが、日本の保険者自体のお金を政府がダイレクトに、例えば政府管掌健康保険がディジーズ・マネジメントを行う形ではまだ行なわれていません。健康の呼びかけは随分してきましたが、その意味で、どのような呼びかけをすると一体どういう反応があるかを学びたいと思います。

もちろん、アメリカでもまだ始まったばかりで、プログラムの計画とそれ以前の別のプログラムの成果しかまだ分かっていません。とはいえ、何回かの打ち合わせの段階で、大変参考になるデータが出ております。お手元に資料集がありますので、それを見ながら一緒に学んでまいりたいと存じます。

一方、日本でも非常に急速に、生活習慣病対策という名前の下に厚労省が健康局を中心に大変力を入れてこられました。この前のシンポジウムでも申し上げましたが、今回の医療改革の図を書くときに、健康局マターが中心に出るようになった変化は厚労省の政策では画期的なことです。昔から保険局や医政局が中心に出ていたのに対し、健康局が担当すべき分野のメタボリックシンドロームが普通の言葉になってきた、これはこの1年間の大きな変化です。

今から1年前にメタボリックシンドロームという言葉を巷の人に聞いてもだれも知らなかったと思います。専門家は知っていましたが、一般の人は知らなかったはずです。ところが今では、ある程度新聞を読んでいる人、テレビを見ている人は、少なくとも、何やらメタボリックシンドロームなる言葉で、我が国の重要な国策として政府が取り組んでいる様子が分かるようになりました。日本側の取り組みから見てアメリカ側をどのように見るかを、日本を代表する方々にお話しいただきます。

後ほど改めて紹介いたしますが、現場において熱心に取り組まれ非常に優れた仕組みを作ってこられた平井先生、それから学者として医療・介護両面で代表的な活躍をなさり疾病管理についてもたくさんの研究をされている松田先生、そして厚労省でこの問題に中心的に取り組んできた中島参事官という代表的な方をお招きしております。単にアメリカから学ぶだけではなく、我が国の代表としてどのように自分たちが取り組むべきか考えたいと思います。

アメリカのプログラムについては、どちらかというと、介入の仕方等に関するテクニカルなことをきちんと教えてもらうことになっています。後半のディスカッションではそれをベースに日本の政策課題としてどのような点があるかをフロアの皆さんと一緒に考えていきたいと思っています。最後の方では、できるだけ皆さんからのご質問、ご意見を頂戴する時間も取る予定ですので、よろしくお願いいたします。

では時間になりましたので早速始めます。途中でビデオも交え、アメリカから 4 人の方にお話をいただきます。最初に Gregg Mayer 博士がごく短くですが、そもそもメディケア、メディケイドとはどういう機能を持っているか、中身がどうなっているかをお話しいたします。メディケア、メディケイドの制度については、一行で書ける位のことはおそらく皆さんご存知かと思いますが、中身については意外と知られていません。データを含めてお話しいただきます。Gregg Mayer 博士は、日本とアメリカの間を行ったり来たりしながら、私ども共同研究でも論文を 3、4 本書いています。生理学博士で、日米の架け橋としてビジネスの間に立っておられます。ではよろしくお願いいたします。

3．講演

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

"A Brief Introduction to Medicare, and Comparison to Japan's National Health Insurance System"

田中先生、ありがとうございます。皆さんよろしくお願いいたします。

（以下翻訳）

これから行われる講演内容に関する予備知識という意味で、メディケア制度について、ごく簡単に説明させていただきます。

◆ 米国の医療制度の概要

（スライド2）

米国には 2 種類の大規模な公的医療保障制度があります。一つはメディケイドで、これは低所得者向けの医療保障制度です。もう一つがメディケアで、65 歳になると自動的に加入するものです。それ以外は任意加入の医療保険です。米国では 65 歳未満の大部分の人が任意医療保険に加入しています。そして残念ながら、国民の約 15 パーセントは医療保険に加入していません。今日はその中でメディケアについてお話しします。

◆ メディケアの概要

（スライド3）

メディケア・メディケイドサービス局（CMS）が管理する 2 種類の制度、メディケイドとメディケアを合わせると、米国の医療費の約 3 分の 1 に相当します。メディケアのみでは医療支出の約 17 パーセントを占めます。

（スライド4）

左の円グラフをご覧ください。これはメディケア受給者の約 85 パーセントが 65 歳以上の高齢者であることを示しています。約 14 パーセントは障害者で、1 パーセント足らずが透析を受けている人です。メディケアでは年齢を問わず、障害を持つか透析を受けている人も給付を受けられます。

右のグラフをご覧ください。メディケア受給者の 87 パーセントは、出来高払い方式のメディケアに加入しています。それは日本の健康保険とよく似ているので、わかりやすいと思います。診療費の約 80 パーセントはメディケアが負担し、残り約 20 パーセントを本人が負担します。

（スライド5）

日本と同じく米国でも高齢者が急増しており、今後わずか 30 年でメディケア受給者数が今日の倍に増加することが予想されています。

（スライド6）

ほとんどのメディケア受給者は別の補足的な医療保険に加入しています。そのうち最も多いのは、自己負担分とメディケア適用外の医療サービスについて給付されるメディギャップ保険です。また、メディケア受給者の33パーセント、つまり約3分の1については雇用主が保障を提供しています。この保障は定年後も継続されます。

（スライド7）

メディケア受給者が受ける医療サービスに対する支払いの約半分は、メディケアから給付されています。任意加入の医療保険による支払いは約12パーセントです。約12パーセントがメディケイドからの給付で、これは高齢で低所得の人たちに対して給付されたものです。約20パーセントは自己負担です。

（スライド8）

このスライドは、医療サービス別に、そのサービスにかかる費用の何パーセントがメディケアから給付されているかを大まかに示したものです。左の4本の棒グラフは入院治療、在宅医療、検査、高度看護施設を表していますが、それらの医療サービスの約80パーセントをメディケアから給付しています。薬剤については給付していませんが、ご存じのように、今年からそれは変わります。医療が関係しない介護に対しても、メディケアからの給付はありません。

（スライド9）

メディケア受給者のための医療支出総額は約3,850億ドルで、これは日本の国民医療費総額にほぼ匹敵するかと思います。その内訳は約40パーセントが入院費、約22パーセントが医師への支払い、約24パーセントが介護、10パーセントが薬剤です。

メディケアの簡単な紹介は以上です。ご静聴ありがとうございました。

（田中）　ありがとうございました。

今のMayer博士のお手元のスライドの7ページ、老人にかかわる医療費のうち、メディケアがカバーしているのは53%である、つまり、メディケアでディジーズ・マネジメント・プログラムを入れると、助かるのは政府だけではないのです。何らかの形でお年寄りが自分のポケットから払っている支出や、自分で買っているプライベートインシュランスの保険料にも影響する。さらにいえば、かつての雇用主は、今ちょうどGMやフォードの話が新聞に載っていますが、退職した従業員の医療費の保険料を払っていますから、単に政府のプログラムが会計上助かるだけではなく、実はいろいろな人に影響が出ることをこのグラフはよく示しております。大変いいデータをありがとうございました。

次は本日のキーノートスピーカー、アメリカの Health&Technology Vector, Inc.からいらっしゃった Dr. Victor Villagra です。Villagra 博士は、ご自分の会社だけではなく、アメリカの政府あるいは保険会社、さまざまなディジーズ・マネジメント組織に対して、たくさん貴重なアドバイスをなさっているそうです。そして、先ほど Gregg Mayer 博士の話にありましたが、CMS についてもいろいろなプランを助けておられます。わざわざ今日は来ていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

②Dr. Victor Villagra , President, Health&Technology Vector, Inc.

"The Case for Medicare Health Support"

（以下翻訳）

田中教授、ありがとうございます。この会議にご招待いただき、私どもの経験を皆さまにお話しする機会を与えてくださったことに感謝します。また、私に同行いたしました妻に代わり、お礼を申し上げます。どうもありがとうございます。

◆ 医療費増大は切迫した問題

（スライド2）

米国には切迫した大問題があります。それはほとんど「パーフェクト・ストーム」という映画に近い状況です。あの映画を見た方がどれだけおられるかわかりませんが、それは三つの低気圧団が同時発生し、それらが合体した大暴風雨が米国の沿岸地域を襲い、莫大な被害を与えるという内容です。

医療分野でも、それに例えられるような三つの影響力が一体となり、問題を引き起こしています。その第 1 はテクノロジー、つまり先端医療技術です。第 2 は高齢化という人口動態上の問題です。第 3 はいつでも利用できる病院と医師を通じた医療サービスの利用の増加です。これらは全て医療保険の対象です。

これら三つの要素があいまって、医療費のインフレという深刻な問題を引き起こしています。

（スライド3）

1988 年から始まるこのグラフをご覧ください。1996 年以降、ヘルスケアのコストは一貫して上昇し続け、その上昇率は労働者の所得や医療分野全体のインフレ率を大幅に上回ります。これは米国民生部門の競争力を世界の企業と比べて弱体化させる要因になります。また、国内市場については、米産業界で製造コストに影響する他の要因と比べ、ヘルスケアのコストという問題がますます深刻化しています。

（スライド4）

わが国の一人当たりの医療費は既に世界でも最高水準に達しており、このような状況を続けてゆくことは無理です。間違いなく世界最高です。このグラフにあるように、他の国々の数倍です。

（スライド5）

これは医療費全体だけでなく、例えば医薬品のコスト増についても言えることです。米国では、経済全体の成長率に比べ、医療経済のあらゆる部分が、容認しがたい速度で増大しています。このように、これはマクロ経済レベルでの重大な課題であり、これまでの数年、私たちはその抑制に失敗してきました。

医療費の増大ということを考えたときに浮かぶ疑問は、この費用はどこに行くのか、そして、このようなインフレを引き起こすのはどのような種類の問題なのか、という点です。

◆ 医療費の多くを一部の慢性疾患患者が使っている

（スライド6）

医療費の約43.1パーセントを人口の上位5パーセントが消費しています。次の5パーセントが18.4パーセントを、次の15パーセントの受給者が23パーセントの医療費を消費しています。つまり、不釣り合いなほど多くの費用が一部の人に割り当てられ、他の人には使われていないのです。

（スライド7）

そこで当然、それはどういう人たちなのか、どのような病気なのか、その人たちのヘルスケアをもっとうまく管理する方法はないのか、そして、彼らのヘルスケアをうまく管理できれば、費用を削減できるのか、という疑問が生じます。

（スライド8）

その答えはこうです。それがどのような人たちなのか、私たちはたくさんのことを学びました。その結果を要約すると、深刻化する国家的問題になったのは慢性疾患の領域でした。1億2,500万人以上の米国人が何らかの慢性疾患を抱えています。ちなみに、慢性疾患と言った場合、それは心臓病、高血圧、高コレステロール、糖尿病などの治せない病気を意味するとお考えください。

このグラフをご覧ください。2000年から2020年の間に、国民が高齢化し、寿命が延びるにつれ、一つの慢性症状を持つ患者の数、二つから五つの複数の慢性症状を持つ患者の数は、それぞれ上昇し続けます。

（スライド9）

例えば米国の100人あたりの糖尿病患者数を見ると、補正しない値と年齢で補正した値はともに、一貫して上昇してきました。田中先生が指摘されたように、これは疑問の余地なく生活習慣病であり、生活習慣を変えることで、かなりの部分、予防が可能です。糖尿病発症率の上昇は肥満、運動不足と関係しています。

（スライド10）

また、米国では鬱血性心不全の発症率も一貫して上昇してきました。急性心筋梗塞または心臓発作による死亡を防ぐ技術が進歩するにつれ、それを克服して生き残った結果、疲弊した心臓または鬱血性心不全を抱える患者も増えます。

◆ 治療のばらつきも問題

（スライド11）

このようなわけで、国民が高齢化し、慢性疾患が増えるという問題に加え、別の問題もあります。それはヘルスケアのいくつかの側面で、ケアにかなりのばらつきが生じるという問題です。

ダートマス大学の研究者が作成したこのグラフ、これはダートマス・アトラスのウェブサイト（www.dartmouthatlas.org）でご覧いただけますが、ある種の病気では、ケアにかなりのばらつきがあることを示しています。例えば、いちばん左は股関節部骨折のケアです。マトリックス上の一つ一つの点が照会した病院を表します。各グラフは 306 の点で構成され、それらの病院は全米各地に点在します。米国では、股関節を骨折した場合、どこに住んでいようと全く同じ手術を受けます。股関節骨折修復手術を受けるのです。一方、結腸直腸がんになると、どこに住んでいるかにより、受ける治療にややばらつきが生じます。

この図を左から右へと見て行き、例えば腰部の手術のところで止まると、米国の一部の地域ではほとんど手術が行われないのに対し、同じ病気で、患者のタイプもほぼ同じなのに、他の地域では手術の件数が多いのがわかります。そこで、支払者である保険会社や政府は、腰痛を持つ人に必要な腰部手術の正しい割合はどのくらいなのか知りたいと思うはずです。ヘルスケアのばらつきは、製造業でのばらつきと同じく、良い品質とは言えません。製造業におけるばらつきを減らしてきたように、私たちはケアのばらつきを減らして、ベストプラクティスの近辺に近づけたいと思っています。それがディジーズ・マネジメントの目的の一つです。

(スライド12)

品質に対する要請に応えることも、ディジーズ・マネジメントの重要な目標に設定されています。例えば、2003 年にエリザベス・マギリンがニューイングランド・ジャーナル・オブ・メディスン誌に発表した研究では、確立した診療ガイドラインに従って行われるべき治療法について、通常それが十分に行われているかどうかに関する全国調査を実施しました。ここに示したように、ベストプラクティスにおいて受けるものとされるケア全部を受けているのは、米国の糖尿病患者の 45 パーセントにすぎません。従って、そこには品質面で大きなギャップがあり、ディジーズ・マネジメントのようなプログラムやその他のイニシアティブを通じて取り組まなければなりません。

（スライド13）

ここまでの話をまとめると、ベビーブーマー世代の高齢化に、慢性疾患の発症率の上昇と慢性病患者向けの医療サービス供給体制の問題が伴った大暴風雨が襲いかかろうとしています。それが意味するのは、開業医にも病院にも診療所にも、慢性疾患の有病率と発症率の上昇による医療サービスへの莫大な負担を吸収できるだけの備えがないということです。そこで、医師と看護師、病院への負担を軽減し、支払者の財政負担を軽くできるような別の医療サービス供給体制を見つけなければなりません。

◆ 医師は時間との戦いー米国での患者の診察例から

（スライド14）

ディジーズ・マネジメントについてお話しする前に、米国ではどのように医師の診察を受けるか、その典型的な例をご紹介したいと思います。ある患者が糖尿病、鬱血性心不全、慢性閉塞性肺疾患、うつ病という 4 種類の慢性疾患を持つとしましょう。医師の診察では、患者が全ての問題について医師に説明するための時間は 15 分から 17 分です。医師が「こんにちは」と挨拶するのにも時間が取られます。前回の診察からどのようなことがあったかを医師はたずねます。つまり、「何か新しい症状が現れましたか」といった質問です。それから身体の状態について、いわゆる最低限の確認事項を手順どおりに質問します。「胃は大丈夫ですか」、「ちゃんと呼吸できますか」等々です。

それから後は時計との競争です。2〜3 分で医師は焦点を絞った検査をします。このような病気にかかっていれば、皮膚と心血管系をチェックし、目についても網膜の検査をして、神経系を調べ、血行が良好であるのを確認しなければなりません。しかし、ほんの数分で済まさなければならないので、徹底的に行うことはできません。それから患者は服を着て、医師はその間ずっと全く休みなく処方箋を書き、投薬量を変更して調整し、禁煙と栄養と運動について患者を教育します。

ご想像の通り、理想的な状況とは言えません。このような複合的な病気を持つ患者に対し、このような短時間に、このような診療行為全部を提供できると医師が思っているとすれば、バカバカしいとしか言いようがありません。このようなわけで、質という点で大きなギャップがあります。患者が診察室を出るとき、おそらく医師に言われたことの半分もわかっていません。質問する時間もありません。

（スライド15）

それだけではなく、この患者が医師 1 の次に医師 2 のところに行き、さらに医師 3 の診察を受け、病院 1 で診療を受け、どこかの薬局で薬を受け取り、それが済むと、鍼治療に行き、ヘルスストアに寄り、ダイエットセンターに寄り、食品店で買い物をし、隣人と立ち話をし、この間に会う人が皆、この患者に健康上のアドバイスをします。これでは系統だった医療体制とは呼べません。患者が混乱するのも無理はなく、質については問題があります。患者側から見ると、このようになります。

（スライド16、17）

では、プライマリ・ケアを担当する一般開業医にはどのようなことが起きているのでしょうか。例えば私の同僚である内科医は、患者数 2,000～2,500 人という、米国では典型的なプライマリ・ケア医です。プライマリ・ケア医は複雑な患者を扱う専門医にも対応しなければなりません。複数の専門医との間で医療行為のコーディネーションをするという仕事に加え、複数の支払者、複数の検査機関、薬局、病院、等々にも対応しなければなりません。

（スライド18）

米国の内科医、つまりプライマリ・ケア医は時間に追われる生活を送っています。朝は6:30 か 7:00 にクリニックへ出勤して患者の診療を始め、1 日に大勢の患者を診ます。妻子と共に夕食を取れないこともしばしばです。大儲けをしているわけでもありません。1日1日をなんとか乗り切ることが、一般開業医にとってはなかなかの大仕事なのです。米国では、プライマリ・ケア医こそが医療行為のコーディネーターであり、同時に、プライマリ・ヘルス・サービスの責任も負っています。

（スライド19）

いろいろ不満はあるものの、また、受け持ち患者数を毎日こなしてゆくことがいかに難しくとも、全般的には、医師は妥当な水準のプライマリ・ケア、予防注射、検査等々を提供できていると言っていいでしょう。しかし、複合的に病気を抱えた複雑な患者に対する医療行為のコーディネーションということになると、全くうまく行っていません。このような状況では、そもそも成功するはずがありませんでした。なぜなら、都市全体に点在する小さな医院で独立して働く医師には、時間がなく、データがなく、情報システムがなく、マスコミュニケーションのためのインフラがなく、意志決定支援の手段も限られ、コーディネーションという仕事に対しては報酬も支払いも受けられないからです。

（スライド20）

このようなわけで、医師には支援が必要です。これから到来する高齢化するベビーブーマー世代、複数の慢性疾患を相手にして、看護師と医師が単独でこのようなことを達成するのは無理です。私がこれから支援策として紹介するのは、主に技術による支援と、ディジーズ・マネジメントのような補助的なシステムです。

◆ 目的は集団レベルでのケアのコーディネーション

（スライド21）

ディジーズ・マネジメントの目的をあえて要約するとすれば、集団レベル、つまり膨大な人数のレベルで医療のコーディネーションを図ることと言えます。また、ディジーズ・マネジメントでは、診療ガイドラインと最善の科学的エビデンスを結合させることを目指します。そしてプライマリ・ケア医と専門医に対応し、広範なデータを使い、継続的な品質改善という原則を日常的に適用し、マスコミュニケーション技術を活用し、多数の患者だけでなく制度内のさまざまな医師や病院とも連絡を取るよう努めます。また、優れた顧客サービスも含

まれます。つまり、患者に親切にするということです。米国の医療では、顧客中心という考え方を軽視する状態に慣れてしまいました。これからは、その点に注目しなければなりません。そして最後に、患者の価値観にも配慮しなければなりません。米国民はますます多様化し、人々は非常に異なる文化的価値観、宗教的背景を持ち、誰にでも同じ医療システムと同じ価値観を単純に適用することはできません。あらゆる人の意志を尊重する必要があります。

このような結合された取り組みで達成しようとしているのは、ヘルス・アウトカムの最適化です。慢性疾患については治せないことはわかっていますから、ヘルス・アウトカムの最適化を目指すのです。私たちはそれを継続的に行いたいと思っています。医療行為の対象である人々が、受ける医療サービスについて高い満足度を得られるようにしたいのです。また、可能な限り多くの人が、これらのサービスを受けられるようにしたいと考えています。そして、それは手頃な値段でなければなりません。

◆ 効率的な情報システムの構築

（スライド22）

それでは、ディジーズ・マネジメントはどのようにして、これらの技術とマネジメント技能を梃子にして、多数の人々に対応するのでしょうか。例えば、糖尿病の患者を特定しようとすれば、糖尿病の人を表すコードが付いた給付請求データにアクセスするか、またはインスリンかスルホニル尿素という糖尿病の患者だけが使う薬剤を服用する人を特定するために薬局データをチェックします。糖尿病の人に関係する検査結果を特定します。ハイテク技術を使い、それらのデータを日常的に照会する場合、ほとんど人の手をわずらわせる必要はありません。これは単に、あるコンピュータが別のコンピュータに対し、糖尿病患者を特定するこれらの属性に合致する全員を表示するよう伝えるだけです。

また、データベースまたはコンピュータ・システムが、3種類か4種類の薬剤を服用している患者、2回以上入院したことがある患者、2回以上緊急治療室に運ばれたことがある患者全員を知りたいと伝えれば、1種類の薬剤しか服用していない患者、入院したことのない患者、緊急治療室に運ばれたことがない患者よりも病状が重い患者を、かなりうまく拾い上げることができます。

これはかなり粗削りなシステムですが、集団レベルで軽・中・重度の患者を特定し、各患者についてディジーズ・マネジメント・プログラムが費やす必要があるリソースについて計画を立てるという意味では、非常にうまく機能します。

データが入手できると、ディジーズ・マネジメント・プログラムから、自分のクリニック内での出来事しか知らない医師に、その情報を伝達します。その結果、その医師は、システム内で中央データベースに給付請求を提出する他の医師からその患者が受けた医療に関する情報を得ることができ、患者が神経科と外科でも医療サービスを受けたことや、他の医師が処方した薬剤を服用していること、等々がわかります。

◆ コールセンターで多くの患者をカバー

（スライド23）

そして、医師とのコミュニケーションに加え、コールセンターの看護師、コールセンター外の看護師ともデータを共有します。この地図の各地点にあるコールセンターでは、看護師たちが全国の慢性病患者と定期的に電話連絡を取ります。後ほど Scott Sivik さんが、米国で大成功を上げている企業の一つである Healthways 社（旧 American Healthway 社）で、それを実際にどのように行っているか、詳しい話をしてくれると思います。ここでのアイディアは、コールセンターに勤務する例えば 200 人の看護師が定期的に患者に電話をかけ、患者が病状を理解し、服用する薬剤について理解し、足の手入れが必要な理由、目の手入れ方法、また、禁煙、減量、運動などによる合併症の予防について理解できるようにするというものです。二次予防は非常に重要であり、おそらくディジーズ・マネジメントの最も重要な目標でしょう。

看護師は高度な訓練を受けており、こうした業務を反復的に行うことができます。そして、電話またはインターネットを介してアドバイスとケアを患者に届ける場合の単位コストは、同じサービスをクリニックで対面して提供する単位コストと比べ、大幅に低減されます。そもそも従来の体制には、それほど大勢の人に、それほど何度も、反復的で構造化された方法で対応できるだけの引受能力がありません。

◆ 既に効果は上がっている

（スライド24）

このシステムはうまく行くでしょうか。私たちはうまく行くと思っています。医学文献で、このアプローチを裏付けるしっかりとしたエビデンスが続々と発表されています。多数の論文のうち、この表には、アメリカ医学会誌（JAMA）、New England Journal of Medicine 誌などに掲載された 5 件の論文を挙げました。これらの論文は、合併症を防ぐための予防的ケアについて患者に指示するために、反復的で構造化された方法で電話を使うという、まさにその戦略について調べたものです。

例えば 1992 年の JAMA 掲載論文ですが、入院日数が 28 パーセント減り、受診日数が 19 パーセント減っています。特色として、減少したのは予定されていなかった緊急受診です。看護師が患者の話を聞けば、例えば 2 種類の薬剤の相互作用で患者の具合が悪くなったという潜在的問題を、たぶん特定できるでしょう。しかし、看護師が電話をかけたときに、それについて話し合うことができれば、2 週間後に重大な問題を抱えて緊急受診または入院に至るような問題を回避できます。それはディジーズ・マネジメントによる早期介入の成功例です。

（スライド25）

このようなわけで、全般的に、これまでに得られたエビデンスから、包括的なディジーズ・マネジメント介入により、鬱血性心不全や糖尿病などの疾患で、入院を 40～50 パーセントも減らすことができると言えます。

ディジーズ・マネジメントによる介入は、常に薬物療法の効果を高めます。つまり、心臓発作に対するベータブロッカーなどのある種の薬剤は心臓発作の再発を防ぎ、アンギオテンシン変換酵素阻害剤（ACE 阻害剤）も効果的な薬剤です。しかし、患者はそれらの薬剤を正しく服用しなければならず、医師はそれらの正しい投与量を処方しなければなりません。ディジーズ・マネジメントは患者だけでなく医師に対しても、ベストプラクティスについて日常的に注意を促すのです。

◆ 大規模な糖尿病プログラム

（スライド 26）

米国で最大級の保険会社である CIGNA Healthcare 社の全米を統括する医療ディレクターとして、私は 1997 年から糖尿病に関する大規模なプログラムに着手しました。そして 2 年前の 2004 年には、米国で権威のある Health Affairs という専門誌に、私たちが実施した調査の結果を示す論文を、共著者として発表しました。CIGNA はこのプログラムの実施を、ディジーズ・マネジメント会社の Healthways 社に委託しました。

（スライド 27、28）

これがプロジェクトのデザインです。米国各地から、ヒューストン、カンザスシティ、トライステート、つまりニューヨーク、コネチカット、ニュージャージーを合わせた地域など、10 の主要市場を選び、2 段階の分析を行いました。左の図は二つの市場を比較した結果です。例えばダラスとヒューストンは両方ともテキサス州の都市です。この時点で、ダラスでは観察のみが行われていました。ここでは品質指標とコストに関するデータを収集しました。それと同時期に、ヒューストンには糖尿病に関する大がかりなディジーズ・マネジメント・プログラムが導入されており、ここでもやはり品質指標とコストに関するデータを収集しました。

これらの各市場に関し、調査実施前と実施後のデータも集めました。例えばヒューストンに関し、調査実施前と実施中のデータを収集しました。つまり、10 箇所で期間前・期間後の比較ペアワイズに 5 つの市場間比較を行いました。同じものを図に示しました。スライド 28 の地図上の Cx は対照群、Tx は介入群を意味します。これが比較ペアです。

◆ 医療費削減、質の向上に寄与

（スライド 30）

スライドを一つ飛ばします。これは市場間比較ですが、ディジーズ・マネジメントを 1 年間行った期間末では、介入群での入院に関する医療費が、対照群よりも有意に低減しました。外来患者の医療費についても同じ結果が得られ、薬局のコストはやや低減し、専門医のコストも低減し、救急車、放射線などの他の費用についても、有意な低減が見られました。

（スライド31）

このプログラムに 10 カ月以上参加した完全参加者の間での品質指標も調べました。継続的な電話サービスで看護師と健康教育担当者が教える内容を学ぶために十分な時間を参加者に与えたかったのです。ご覧の通り、HbA1c 検査では、ディジーズ・マネジメントを導入していない市場または都市と比べ、ディジーズ・マネジメントを導入した群では、実施率が有意に改善しています。ご存じの方も多いと思いますが、HbA1c は糖尿病が十分抑制されているかどうかを示します。

ACE 阻害剤は糖尿病患者に必要な薬剤ですが、これについても、ディジーズ・マネジメントを導入した場所では、ACE 阻害剤の処方率が約 6 パーセント高いという結果が得られました。眼底検査、腎機能検査であるマイクロアルブミン検査、脂質検査、コレステロール等々、そして喫煙、このような品質指標全部が、1 年の最後に非常に良い方向に進みました。

（スライド32）

これは何人かの共同研究者と共に別の専門誌に発表した別の研究結果です。患者がこの研究に参加した期間の長さによって違いが生じるかどうかを調べたものです。それは、ある人が例えば 6 カ月参加しただけで非常に良い結果が得られるなら、1 年参加させるよりもコストを低く抑えられるからです。

このように、1 年間プログラムに参加していた糖尿病患者のコホート群での結果を比較しました。青は 6 カ月参加した患者、紫はディジーズ・マネジメント・プログラムに参加したことがない患者です。

HbA1c 抑制率、つまり HbA1c 検査の実際の結果は、参加期間が 6 カ月以下または参加していない患者と比べ、プログラムに 1 年参加した患者の方が有意に良いという結果が得られました。検査実施率についても同様で、医師の指示による検査、あるいは患者自身が医師のもとへ出向き、この検査が糖尿病抑制に必要であるという理解を示して検査を依頼することもありました。

これは低比重リポ蛋白コレステロールに関する結果です。ここでも、検査実施率についても同様の結果が出ています。これは腎機能の検査、これは網膜検査の結果です。ご覧の通り、最初の 4 例のようにスッキリした結果ばかりではありません。しかし私たちは、プログラムへの参加期間が長いほど品質面で良い結果が得られると考えています。

◆ 米政府も高い関心

（スライド33）

これが何年もかけて民間部門で私たちが積んできた経験です。このスライドは、ブッシュ大統領が、品質とコスト面での不備という問題を抑制するために民間部門で私たちが考案してきた解決策に強い関心を持ったことを表しています。議会も同じ問題を検討していました。私の州選出の下院議員である Nancy Johnson 議員は、議会での医療問題全体の責任者で、公

共部門ではコストが上昇しているのに対し、民間部門ではコストはやはり上昇しているものの、公共部門ほど上がっていないことに気づきました。また、民間部門での品質改善は公共部門での品質改善よりも速く進んでいました。このような経緯で、政府から私どもに、経験を利用したいという要望が寄せられました。

◆ メディケアにパイロット・プログラムが採用される

（スライド34）

その結果、約3年に及ぶ協議と研究の末、「2003年メディケア処方薬剤給付、改善および近代化に関する法律」と名付けられた法案が完成しました。この法案の721条は、この大きな法案の小さな条項ですが、メディケアの伝統的な出来高払いプランに、任意参加による慢性疾患ケア改善の取り組みを導入しました。つまり、初めて政府がディジーズ・マネジメントの費用を負担し、メディケア受給者に提供したのです。

（スライド35）

民間部門同様、メディケア受給者の間でも、10パーセント足らずの鬱血性心不全患者がコストの35パーセント近くを占めています。肺気腫または慢性閉塞性肺疾患の患者が、コストの中で不釣り合いな比率を占めています。糖尿病、末期腎臓病、痴呆症などについても同じです。この現象は65歳以上ではさらに顕著になります。

（スライド36）

ハイリスクのメディケア受給者では、63パーセントが2種類以上の慢性疾患を抱えていることがわかっています。平均すると、メディケア受給者は1年に6.4人の医師にかかり、20通の処方箋を受けています。これは平均です。そして受給者の23パーセントは5種類以上の疾患を同時に抱えています。

（スライド37）

このような4種類以上の慢性疾患を抱える受給者は、1年に14人の異なった医師にかかり、57通の処方箋を受けています。一人の個人に対する医療としては途方もなく複雑な体制です。彼らは年に約7回入院します。これはメディケア受給者の中で慢性疾患を持つ人たちの比率、内訳です。

（スライド38）

この法律は2段階でメディケア・ヘルス・サポート・プログラムを導入しました。第1段階つまりフェーズIは基本的に実験と学習の段階で、ハイリスク患者をケアする契約10件を入札にかけました。対象疾患は肺気腫、慢性閉塞性肺疾患等の肺疾患、糖尿病、鬱血性心不全でした。肺気腫、慢性閉塞性肺疾患については、落札はありませんでした。10件の落札の中で8件が実際に、鬱血性心不全と糖尿病の患者にケアを提供するために実施されました。

この地図はパイロット・プログラムを実施しようとしている地域の分布と、落札した企業名を示したものです。本日はHealthways社の代表として、Scott Sivik博士がお見えになって

います。ちなみにHealthways社は、ジョージア州ではCIGNAとプログラムを共同実施しています。

このプロジェクトの研究デザインは、8件の同時無作為対照試験を実施するというものです。つまり、これらの各地域内には、ディジーズ・マネジメントに無作為に割り当てられた非常にハイリスクのメディケア受給者2万人がいます。そして同じ市場、同じ地域内に、同様のリスク・ファクターを持ち、ディジーズ・マネジメントに割り当てられない受給者1万人がいます。これはケアの満足度、品質、コストに関する結果を比較する同時臨床試験です。

（スライド39）

全国規模の団体が、このイニシアティブの支援に乗り出しました。それは並はずれたイニシアティブと受け取られています。例えば全米退職者協会は非常に強力で影響力のある団体です。米国糖尿病協会、米国心臓病協会、その他、ここに掲載した通りです。米国疾病管理協会は、このプログラムを利用できるようにするために尽力した団体です。保険会社や認証機関も名を連ねています。そのどれもがこのプログラムの実施に賛成しています。

◆ プログラムの仕組みと参加資格

（スライド40）

このスライドについてお話しする前に、このパイロットを行おうとしている8社に関する重要な取り決めについて認識していただきたいと思います。これらの企業が受け取る料金は全く保証されていません。つまり、Healthwaysはお話しした三つの地域で良い結果が出ない限り、原則として、サービスを提供した3年間の料金の支払いを受けられません。全体的な医療費支払額の5パーセント低減を達成しなければなりません。高水準の消費者満足度を達成しなければなりません。品質指標を大幅に改善しなければなりません。おそらく最も重要なのは、コストの5パーセント低減でしょう。しかし、料金を払ってもらうためには、それを達成しなければならないのです。このため、ご想像のように、これらの企業は目標達成に向けて最大限の努力をしています。残り7社全部についても同じことが言えます。

プログラムへの参加資格を持つ受給者は出来高払い方式のメディケアに加入する人たちで、CMSが給付請求を選択基準にかけて検討し、事前に選択します。末期症状の患者は対象から除外されます。全患者が糖尿病と心不全の両方または片方を抱えています。彼らはリスクスコアが非常に高い患者です。また、CMSから案内をした人だけがフェーズIに参加できます。つまり、参加者になるのは、そこから無作為抽出される2万人です。

（スライド41）

これは自発的参加によるプログラムです。受給者が参加しないことを選んだとしても、彼らに対するケアが軽視されることはありません。彼らは引き続きメディケアによるサービス全部を利用できます。参加者から料金を徴収することはありません。何も支払う必要はありません。このプログラムを利用すること以外には、全体として何も変わりはありません。こ

のプログラムは補完的なものです。つまり、このプログラムを実施する企業は、ケアの利用を制限することはできません。それは現行のシステムに代わるものではないのです。

（スライド42）

このプログラムでは対象者ごとに非常に個別的なサポートが必要です。全ての医師の間でコーディネーションとコミュニケーションが維持され、患者は医師との協力だけでなく、自分の疾患にどう対処するかという教育を受けます。

企業が受け取る料金が保証されないことについては先ほどお話ししました。医師との密接なコーディネーションと協力についてもお話ししました。

（スライド43）

このプログラムと薬剤給付プログラムの関係性についてのこの部分は省略します。それは全く別の側面です。

（スライド44）

ディジーズ・マネジメント・プログラムの基本的な体制として、企業はメディケアから支払いを受けます。先ほどお話ししたように、この支払いは保証されていません。企業は患者を特定し、彼らの医師を特定するデータ等々を受け取ります。ディジーズ・マネジメント・プログラムでは、高度な訓練を受けた看護師が医師と患者の両方と連絡を取ります。これは反復的に行われます。これらの患者との間で、定期的に何度も通話が行われます。サービスの質を改善し、診療の質を改善するために、医師と常時、連絡を取ります。

そして、最終的に私たち全員が期待し、何よりも実現したいと願っているのは、品質の改善、高い満足度です。さらに、結果として 5 パーセントという低減目標を達成できると確信しており、実際、これらの企業が支払いを受けるには、それを達成しなければならないのです。

◆ プログラムの特長

（スライド45）

このモデルの利点は、とても柔軟性があり、8 社の各々が独自のアプローチを使えるということです。さまざまなスタイルとさまざまなアプローチが使われます。基本的な体制は同じですが、企業はどのアプローチが良い結果を出すか、本質的には競争関係にあります。

医師会などとの地域的な協力を促すインセンティブがあります。低減の度合いは各プログラムについて個別に計測されます。集団全体に対する有意な影響力を検出するために、プログラムは十分大きな規模とします。

（スライド46）

ディジーズ・マネジメント会社は、内科医師会、心臓病協会などの団体と、重要なパートナーシップを結んでいます。

（スライド47）

期待される結果は、QOL の改善、メディケア平均コストの低減、合併症・緊急治療・入院の減少、エビデンスに基づく医療の遵守度合いの改善、通信技術のより効果的な利用によるシステム全体のケアのコーディネーションの向上です。

（スライド48）

政府の方向性はどうでしょうか。予防の重視、新しいパートナーシップ・協力関係の確立、イノベーションの育成、達成結果に関する国民への説明責任、支払者への成果に関する説明責任に、強い関心が寄せられています。

（スライド49）

全てのプログラムが進行中です。これらは2005年8月から次々と開始されました。最後はテネシー州でXLHealth社によって行われるプログラムで、これは1月に始まりました。これらの企業に対し、幸運を祈っています。企業は全力を尽くしており、今から 3 年後に、この壮大な実験の結果が明らかになります。その時には、またここに戻り、大成功だったと報告できればと願っています。ご静聴ありがとうございました。

（田中） Dr. Villargra ありがとうございました.

アメリカも、抱えている問題が日本と同じであることがわかったと思います。老人の方々が1年間で 14 人のお医者さんに受診し、五十何種類の薬を飲んでいる、似たような話ですし、慢性疾患をいろいろ抱えた団塊の世代の波が近づいているなどは、私たちが日本でしている会話とほとんど変わらないですね。それから、患者だけではなく、お医者さん、かかりつけ医もコントロールがあるわけではなく、コーディネーションがなくて走り回っている図が出てきましたが、問題は同じです。それに対して極めて科学的なアプローチで、メディケアもまたプログラムを組もうとしている内容をご紹介いただきました。

日本と違う点は、５％医療費を下げないと払わないということです。こういう契約は日本の政府は絶対できないと思うのですが、さすがアメリカです。しかし、抱えている問題と、それに対して科学的にアプローチしようとすることは同じであることはよく分かりました。

次は、アメリカからのビデオ参加です。メディケア、メディケイドをコントロールしている保険当局である CMS の管理者である Mark McClellan 博士のビデオによるプレゼンテーションがあります。McClellan 博士はお医者さんで、かつ、医療経済学者です。では、よろしくお願いします。

③Dr. Mark McClellan, Administrator, Center for Medicare & Medicaid Services
（ビデオスピーチ）

（以下翻訳）

◆ 患者とのパートナーシップ構築が重要

メディケア制度においては、慢性疾患を持つ高齢者の健康保持に新たに重点が置かれつつあります。今回導入されたメディケア・ヘルス・サポート・プログラムは、慢性疾患を持つ高齢者の健康保持に重要な役割を果たすことが期待されています。

これまでのメディケア制度では、慢性疾患に起因する様々な合併症や容態急変への対応に多額の医療費を拠出してきました。このような合併症・様態急変への対応は今後も続けていかなければなりません。しかし、近代医学の発達により、これらの合併症が起きる前に未然に防ぐために様々な対策を講じることが可能になりました。例えば、糖尿病や心不全といった慢性疾患の合併症を予防するために日常生活においてどんなことができるのかに関する知識、薬によって合併症の発症を予防するための知識、そして、これらの病気の初期兆候の見分け方や合併症を回避するための対処法についての知識、さらに慢性疾患の患者やその家族にとって大きな打撃となる高額な治療費の必要な合併症をいかに回避するかについての知識が蓄積されてきました。これら予防に関する全ての知識は有用ですが、それらを活用して効果を挙げるためには慢性疾患を持つ高齢者を支援し、患者と共に努力するという新たなパートナーシップを築くことが不可欠です。

メディケア・ヘルス・サポート・プログラムは、自らの努力によって慢性疾患と上手に付き合いながら健康を維持していく高齢者をあらゆる側面からサポートする新しいメディケア制度を構築することを目的にしています。このプログラムでは、看護師による健康相談、予防的ケアの注意喚起のサービス、また必要であればバイタルサインの日常的な観察などのサービスを提供します。これらのサービスは、すでに生活を改善する方法として実績をあげてきたものです。

◆ 予防重視の医療、患者中心のヘルスケアへの大転換

今、メディケア制度は分岐点に立っています。私達 CMS は予防可能な合併症や回避可能な治療が生じた後のために費用を掛け続ける代わりに、デイケア利用者の健康維持のために最新医療の安全で効果的な運用を目指していきたいと考えています。そのためにデイケアでは合併症が発症してから治療するだけでなく、病気の予防と悪化を防ぐ取り組みにも力を注いでいきたいと考えています。具体的には、メディケア・ヘルス・サポート・プログラムを実施して、メディケア制度において「予防重視の医療を導入し、実行支援し、その促進をはかる」、「エビデンスに基づいた医療を実行する意思決定を支援して人々の健康を維持する」、「個人のニーズにあわせた患者中心のヘルスケアを促進する」、「患者それぞれの特性・選

択に対応すると共に、ディジーズ・マネジメントの最良のプログラムにも対応する」プログラムの構築に向けて私達は歩みを進めています。

メディケアのみならず医療制度においても重要な転機を迎え、いまケアや人命救助の改善に関してやるべきことは沢山あります。支出されている医療費がより有効に利用されるように、これまで以上に回避可能な合併症の予防に努力を傾けることが必要です。そのためには、メディケア利用者が慢性疾患を自己管理できるように手助けすることが必要です。これらの目標達成にむけて着実な前進をしていく決意です。

（田中） メディケアがどれだけこのプログラムに期待しているかが分かる演説でしたね。

では、ビデオを含めて4人のアメリカのスピーカーの最後は Scott Sivik さんです。Healthways 社のバイスプレジデントです。私も今日まで2回お話を伺いましたが非常に緻密にデータと論理を組み立てのお話が伺えるものと思います。では、Scott さん、よろしくお願いします。

④Mr. Scott J. Sivik, Vice President, Healthways Inc.

"Managing Chronic Disease in the Senior Population; Healthways Medicare Health Support Programs"

（以下翻訳）

私たち企業が「5パーセントのコスト低減を条件に100パーセントのリスクを負っている」と、Victor が 3、4 回も繰り返しコメントしてくれました。これを光栄に思うべきなのか、震え上がるべきなのか、判断に苦しむところですが、私にはかなり自信があります。私の発表をご覧いただけば、皆さんにも納得していただけると思います。

◆ Healthways 社の概要

（スライド1）

Healthways 社について少し説明したいと思います。当社はつい先日、1 月 19 日に社名を American Healthways から Healthways に変更しました。変更した主な理由は、企業として私たちはグローバルなビジネスチャンスを視野に入れており、ヘルスケアはグローバルなものですので、組織としてもグローバルであるべきだということです。そのようなわけで、社名も変更しました。

（スライド2）

American Healthways 社は 1981 年に創設されました。病院ベースの事業を行う会社として創設され、全国各地の病院で糖尿病に関する中核的研究機能を請け負っていました。1996

年に、当社は糖尿病に関する初のディジーズ・マネジメント・プログラムを開発し、CIGNAをはじめとする皆さんのおかげで、急成長を遂げてまいりました。このグラフに示したように、2000年からのマネジメント対象患者数で表すと、2005年現在、慢性疾患を持つ約200万人の患者のマネジメントを手がけています。

（スライド3）

当社の急成長という観点から注目していただきたい点として、今日、当社は糖尿病または慢性疾患を抱えた患者 200 万人を対象に活動しており、コスト低減という形で顧客に対して10億ドル近くを還元しました。

（スライド4）

メディケア・ヘルスサポート・プログラムに関する部分で、糖尿病と心臓病については詳しくお話ししますが、当社は単にそれらの病気に関すること以上の総合的な活動を行ってきました。この図をご覧いただくと、左側に米国全土で顧客に対して当社がサービスを提供している疾患全部が掲載されています。ウェルネスの領域でのサポートから慢性疾患のマネジメント、さらに私たちが先進ケース・マネジメントまたはケア・マネジメントと呼んでいるものまで手がけています。

これに加え、ウェルネスに関する問題、つまりウェルネス中心の生活習慣に関連する問題についても調べており、メタボリックシンドロームなどの今後の成り行きに関する研究も行っています。

◆ メディケア・ヘルス・サポートのパイロット・プログラム

（スライド5、6）

メディケア・ヘルス・サポートについて当社が行っていることを、もう少し詳しくお話しします。Villagra 博士が述べたように、当社は運良く、2 件のパイロット地域の実施企業に選ばれました。1 件は当社のみで行うワシントン／メリーランド地域、もう 1 件は CIGNA Healthcare 社とパートナーシップを組んで行うものです。パイロット・プログラムの実施企業として最初に選ばれ、最初に実施することになり、全社を挙げて大喜びしています。

（スライド7）

これからお話しすることは、この集団が実際にどのような集団かを概観した統計的な背景情報です。既に述べられたとおり、この集団は 2 万人余りの個人で構成されます。平均年齢は75歳で、集団の約21パーセントが心不全と糖尿病の両方を併発しています。

このプレゼンテーションを進めるに当たって、皆さんに留意していただきたい重要なことは、平均すると、この人たちが 6 人の医師の診療を受けており、それよりも重要な点として、10 種類以上の薬剤を服用しているということです。この集団について話を進める間、そのことを頭の片隅にとどめておいてください。もう一つ注意していただきたいのは、特に米国では、介護施設、高齢者福祉施設、高度看護施設などに多くの人々が入所しているという点です。

（スライド8）

結果はCIGNAの集団で行ったジョージア州でも同様です。ワシントン地域ほど病気が重くないかもしれませんが、統計的には非常によく似ています。

（スライド9）

Villagra博士も述べたように、このプログラムの重要な特徴の一つが、参加は自発的であることです。留意していただきたい重要な点は、この「自発的である」という部分です。つまり、Healthwaysが実施するプログラムの多くでは自動的に登録状態になるのですが、このプログラムでは、この人たちが自発的に登録しなければなりません。

（スライド10）

期待される結果については、Villagra博士がとても上手に説明してくれたので、私はこのスライドを省いて先に進みます。

◆ プログラムを構成する要素

（スライド11、12）

Healthways全体を構成する要素について全般的な説明をします。全てのプロダクトに共通する三つの基本的な指針となる原則があります。第1の最重要原則として、ヘルスケアは患者と医師の間で行われるということです。それ以外のあらゆることは、患者と医師の相互関係を補助することを意図しています。第2に、コスト低減の最善の方法は品質を改善することです。そして最後に、ケアを提供する人たちと患者の間に信頼関係を築くことが不可欠です。

（スライド13）

それに留意しつつ、Healthwaysは統合された三つの特徴的なプラットフォームを使ってプロダクトを開発しました。まず、コールセンター技術またはコールセンター・プラットフォームを使い、看護師、栄養士、薬剤師、等々を常駐させます。次に、それらの担当者のデスクに非常に強力な統合コンピュータ・システムを設置します。それについては後で詳しく説明します。そして最後に、現場つまり当社が営業するマーケットに、特別なトレーニングを受けた看護師を派遣します。この看護師たちは医師と施設を訪問し、医師と共に仕事を進めることに焦点を絞ります。

◆ 介入のレベルと効率的な方法

（スライド14）

集団について考えると、この部屋にいる私たち全員が知っていることですが、あらゆる人に対してあらゆるものを与えることはできません。そんなことをしようとしても不可能です。莫大な費用がかかります。そこで、集団について調べ、いつ、何が必要かを決定します。この図は、メディケア・ヘルス・サポート・プログラムで当社がサービスを提供する集団全体に注目し、各人にとって必要な介入レベルを決定しようとしたものです。このピラミッドは

流動的です。つまり、ある人が「ケア・エンハンスメント」に分類されたとしても、追加サービスが必要になったときに、その人が絶対にその機会を得られないわけではありません。さて、これらの各項目について詳しく説明しましょう。

（スライド15）

この表は、介入のタイプと各分野での重点をわかりやすく分類しています。まず「ケア・エンハンスメント」タイプの介入の主な重点は、慢性疾患の進行を止めるか、遅らせることです。適切な最先端の指示を受けるよう、患者たちを促すことです。つまり、自分から申し出ることができない場合に、どのようにケアを提供されたいかを決めるということです。最後に、おそらくより重要な点として、病気は一人一人の病気であり、ヘルスケアシステムの持ち物ではありません。ですから、自己管理とセルフコントロールが極めて重要です。

一段上のレベルに進み、「インテンシブ・ケース・マネジメント」の役割は、医療供給体制の中で最も高価な環境である病院の不適切な利用を防ぐことです。病院という施設から患者を追い払うわけではありません。病院その他の施設を利用する場合には、確かにそれが最適な方法だから利用するということです。「インテンシブ・ケース・マネジメント」では、看護師その他のケア・プロバイダーとの一対一の関係がはるかに強化され、ケアのコーディネーションを確実に行い、Villagra 博士が指摘した現体制の最大の短所であるコミュニケーションを強化します。そして最後に、患者が最善の決定を下せるよう、患者に代わり、介入します。

最後に、介護施設に入所している非常に高齢で病気の集団です。この集団に関する当社のプログラムの主な目的と焦点は、尊厳と自立を維持し、彼らが置かれている状況の中で最高の QOL を提供することです。また、看取りのお手伝いもします。Villagra 博士が指摘したように、人の一生で最後の 2 年間に、それ以外の期間の何倍も高額なケアを受けることは明らかです。このため、ケアに関与する全ての関係者が、起きていることを確実に把握するという意味で、これは重要な側面です。

そして、人生の最期に直面したとき、緊急治療室に運ばれることが最も適切な対応である場合もあれば、そうでない場合もあります。

◆ 従来のプログラムとメディケア・プログラムの違い

（スライド16）

最初にお話ししたように、Healthways は急成長しましたが、政府の仕事をするようになってから、それまでのプロダクトに対して多数の変更を加えることを余儀なくされました。そのいくつかを指摘しておきたいと思います。

自発的参加については前に触れました。しかし、理解すべき点としておそらく最も重要なのは、実際、服薬をどのように管理するかという点です。その重要性については、結果について検討するときに説明します。

もう一つの要素は、従来の民間の商業ベースでのプログラムでは、顧客として比較的若い集団を扱っており、コミュニケーションはとても簡単でした。今は、それよりもはるかに高齢の集団を相手にしており、健康な人ならあまり重視する必要のない多数の問題に対応しています。例えば安全性のスクリーニングとして、自宅での転倒に対する予防策を講じ、高度な内容の指示を理解していることを確認すること、適切な環境で対面して話をすること、服薬管理などです。また、地域社会から提供される適切なリソースを調べ、プログラム内容との重複や不要なコストが生じないようにします。そして、同意を得る方法、つまり、参加に同意してもらうための方法を見つけます。

これらのプログラムを開始する前の着手段階で、Villagra 博士のスライドにあった全米退職者協会、CMS、そしてこのタイプのプログラムを受け入れていただいた地域社会など、多数の方のご尽力がありました。それは先へ進むための有益な教訓でした。

（スライド 18）

メディケア向けの変更の一部として服薬管理がありますが、もちろん、その焦点は高齢集団の服薬です。高齢集団に薬品を提供することと、それらが有効に使われ、管理されるようにすることは別の問題です。何よりも重要な点として、薬剤を持っているからといって、それが必ず服用されるとは限りません。もう一つの要素は、患者が確実に、正しい容量を正しいときに服用することで、正しい効果を得られるようにすることです。このスライドに示したように、高齢集団の 76 パーセントが処方箋通りに薬剤を服用していません。

また、6 人、8 人、12 人もの医師にかかっており、各医師から薬が処方される場合、同じ理由で名前が違う複数の薬剤を受け取る可能性があります。すぐに簡単に実行できる対策として、患者が何を服用しているか確認し、本人もそれを確実にわかっているようにすれば、間違いを減らすことができます。それに、薬剤を大量に処方することがコスト低減につながらないことは明白です。薬を適切に使えばコスト低減が可能になるのは確実です。

（スライド 19）

全般的に見て、全米各地の当社のコールセンターで実際に行われているのは、とても単純で、焦点を絞り、こちらからかけるアウトリーチ型の電話サービスです。プログラムへの参加に対する歓迎の言葉から始まって、現在の健康状態に関する多数の質問、うつ病に関するハイリスクの人を特定するために集団全員に対して行ううつ病スクリーン、QOL に関する質問まで、あらゆることが含まれます。例えば、「お元気ですか」、「あなたの生活をより良くするために私たちに何ができるでしょうか」といった会話です。

電話に加え、メンバー全員に頻繁に郵便物を送ります。例えば糖尿病、心臓病、服薬管理などに関する一般的で簡単な目的のためのものもあれば、特に焦点を絞ったツールもあります。電話で話をすることで各人に必要なものがわかり、それに基づきリアルタイムの情報を郵送することができます。

そして最後に、メンバー全員がウェブサイトにアクセスすることができ、自分に関する情報を見ることができます。

（スライド20）

電話による介入は、中心的な関心事です。私がディジーズ・マネジメントに関わり始めて以来、常にこれは最大の課題です。それは人に何かを変えさせるにはどうすればよいかということであり、また、最も重要な点として、このような対話は匿名性が高いので、普通は聞きにくいことでも質問することができ、変わる心構えができているかどうかを判断することができます。例えば、「あなたは糖尿病です。あなたは喫煙しています。あなたは太りすぎです。今すぐ対応したいのは、これらのうちのどれですか」といった質問です。この部屋にいる全員が知っているように、変えることはとても難しく、ましてや変える項目が5つ、6つ、7つもあれば、難しさは言うまでもありません。このような人たちに対して頻繁に介入を行い、常にフォローアップを提供することで、長い時間をかけて少しずつ、可能なことから変えてゆくことができます。

◆ ITプラットフォームの重要性

（スライド22）

このパイロットには2万人が参加していますが、当社はそれ以外に全米で200万人を管理しており、テクノロジーを使わない限り、それを行うことは不可能です。

さて、この図をご覧ください。まず重要なのは、どの人が何を、いつ必要とするかを直ちに把握する方法です。当社が持つ最新データを把握し、その時点で最も注目しなければならない項目を特定するための情報を得るために、予測モデリング・ツールや分析エンジンやアルゴリズムを採用しています。その情報全部を“Clinical Utilization and Pharmacy System”または“Datamark”と呼ぶものの中に保存し、入ってくるあらゆる最新データをリアルタイムでデータマイニングできるようにしています。

データは“Population Works”というヘルス・プラットフォームに保存し、常時更新しています。これは電子的な健康履歴で、後でお見せします。ウェブサイトには“Care Steps”というツールがあり、患者の教育と、健康状態のアセスメントを行うことができます。

（スライド23）

左の図はちょっと小さいですが、看護師の画面にはこのように表示されます。これはウィンドウズ・ベースのポイント&クリック方式プログラムで、看護師の処置に関するエビデンスに基づいたツールです。これは最先端の電話システムまたは電話インタフェースとリンクされ、電話番号の入力や、誰に、いつ電話をかけるかという決定など、全ての手作業が、システムによって裏で行われます。従って、当社スタッフの時間と注意力の100パーセントを、患者と対話し、最善の結果を出すことに捧げることができるのです。

ご覧いただいているのは、私たちが大いに自慢にしているシステムです。これは自社製で、100パーセントHealthways社内で構築しました。しかし、あらゆるEBM、最新のEBMに基づいて作られています。また、ニーズに合わせてシステムを変更できる柔軟性を備え、新しい病気の追加であれ、集団の規模の拡大であれ、別の地域に焦点を移すことであれ、全て

がシステムによって裏で行われます。それにより、スタッフは非常に多くの個人の管理に集中し、それを非常に低いコストで行うことができ、そのような効率が成功を継続させています。

（スライド25）

メディケア・ヘルス・サポート・プログラムだけでなく、全社で採用しているもう一つの技術が Philips 社のものです。心不全のハイリスク患者たちに電子体重計と血圧測定用カフを配布します。医学が専門でない方たちのために説明しますと、心不全の場合、1、2 ポンド体重が増えただけでも、心臓の機能に重大な影響が現れ、その結果、入院あるいは病状の悪化という事態に至ることがあります。

さて、このような技術を使い、患者個人は、自分で毎日体重と血圧を測定します。その情報はコールセンターに伝送され、看護師のコンピュータ画面上に表示されます。数値が医師の推奨範囲を超えると、直ちに患者をフォローアップするよう、医師と看護師に警告メッセージが送信されます。

◆ 最大の課題はパートナー選び

（スライド27）

締め括りとして、このプロセスを通じて私たちが学んだ重要な要素についてお話ししたいと思います。それは、これらのプログラムを最もうまく構成するためには、最初から最後までパートナーシップが重要だということです。次に、効果を上げるには、この集団での非常に高い参加率が欠かせません。そして最後に、パートナーシップという点で、CIGNA その他のパートナーとの共同実施は、Healthways に成功のための大きな機会と学習環境を与えてくれました。

◆ これまでの成果

（スライド28）

では、これまでの進捗状態はどうでしょうか。これらのデータはごく初期の暫定的なものです。開始後わずか 22 週間分のデータですが、プログラムへの参加の対象である 2 万人のうち、22 週間で既に 87 パーセントと連絡を取っています。先ほど申し上げたように、参加は任意です。連絡した人たちの中で参加を断った人は 5 パーセントしかいません。しかし、私が最も重要と思うのはこの部分です。実に興味深いこととして、22 週間という短期間に、即座に対応が可能な薬剤関係の問題が 250 件以上も見つかったのです。これらの問題はおそらく何年も前からあったのでしょう。非常に短い期間内に、医師と患者を通じ、重大な問題を特定することができました。

マーケットに看護師を派遣し、他の施設にいる医師と一対一で密接に協力させることの重要性についても先ほど触れました。この短期間に、2,000 人以上の医師と対面しました。これは当社が管理する患者約 14,000 人に相当します。これも非常に重要です。

（スライド29）

CIGNA との共同実施でも同様の結果が得られました。CIGNA とのプログラムでの利点として、当社の最初のパイロットが開始した後に始まったため、初めての導入での重要な教訓から学び、再構築してシステムに組み込み、重点を見直すことができました。そして、このように同様の結果が得られました。このような機会を得られ、たいへんうれしく思っています。

◆ 肝心なのは患者一人ひとりの QOL 向上

（スライド30、31、32）

私が日々思い起こし、また、このタイプのベンチャーへの参加に私が喜びを感じる理由でもある最も重要なことの一つは、確かにこのような良い数値が得られ、数十億ドルのコスト低減も素晴らしいのですが、肝心なのは一人一人の人間だということです。ここにはどのような写真を入れてもかまいませんが、最大の焦点は慢性疾患を抱えた個人の生活を毎日、私たちに可能な最善の方法、最大の効果を上げる方法で改善することです。これを締め括りの言葉として、発表を終わります。ご静聴ありがとうございました。

（田中） Sivik さん、ありがとうございました。

Sivik さんの会社がちゃんとメディケアから支払ってもらえるように祈ります。27 ページに見事なまとめがあるので特にまとめる必要はないと思います。メディケア、すなわち 65 歳以上の方のプログラムで、しかもプログラム参加者の平均年齢は 75 歳でした。そのような方たちを相手にしてもこのようなプログラムが意味を持つことは大変重要です。今、日本で健康管理というと、もっと前の年齢のことだけ意識していますが、75 歳でもこのような介入によってさまざまな成果が予想されています。

いわゆる疾病管理より、もっとずっと幅が広いプログラムであることがお分かりになったはずです。「メディケア・ヘルス・サポート」という名前もいいですね。「疾病管理」は何となくきつい言葉なので、もう少し柔らかい、いい言葉がないかなと思います。介護の方では「自立支援」です。「介護管理」とは言っていないですよね。メディケア・ヘルス・サポートは、やはり「支援」という言葉を使っています。本人が自立しようとするのを支援するとの意味だと思いますが、このような言葉づかいもまた民間会社ならではですね。プログラムの中身がよく分かりました。どうもありがとうございました。

4．パネルディスカッション

◆ パネリストの紹介

（田中　滋）　では、後半の討論を始めます。後半に登壇された方々を簡単にご紹介します。

まず、スクリーンに映っていらっしゃるのはアメリカのワシントンに今いらっしゃるSandra Footeさんです。CMSのメディケア・ヘルス・サポート・プログラムのシニアアドバイザーを12月末まで務めていらっしゃいました。

この会場では、先程紹介しました松田先生です。厚労省から中島さん、それから、平井先生です。それぞれのご経歴は書いてありますので特にご紹介はいたしません。

では、初めに松田先生から論点整理をしていただきます。お願いいたします。

◆ 論点整理

（松田）　前半のご講演を踏まえ、後半のパネルディスカッションの論点整理をしてみたいと思います。

（田中）　皆さんのお手元の紙を参照してください。アメリカの方には英語バージョンが渡っています。

（松田）　論点としましては、日本の実情に合った効果的なプログラムをどのように実行していくのかということがあります。今回このようなシンポジウムを開いて、これだけ多くの方がいらっしゃった背景としては、やはり「健康日本 21」というものが走って、さらに今回、厚生労働省から出た試案の中で、生活習慣病対策を強化していくということがあるのだろうと思います。

そのために、実施のためのインフラを、現行の制約、制度の中でやっていかなければいけないわけですが、その中で、実施のためのインフラとしては、働きかけを行う保健職をどうするのかという話があります。前半のご講演の中で、特別なトレーニングを受けた看護師さんによるコールセンター、そうしたサービスが中核であるという話がありました。そういった専門職を日本の中でどのように作っていくのか。

それから、こういうディジーズ・マネジメントの仕組みの中で、プライマリケアフィジシャンとそれ以外の関係者の方とのコーディネーション、情報共有をしてどのようにコーディネーションしていくのかが重要だという話がありましたが、それを日本の中でどのように作っていくのか。例えば、地域連携電子カルテといった話があるわけですが、そういうものをどうしていくのかという話があるだろうと思います。

それから、5%の人たちがかなりの医療費を使っているというデータがありましたが、状況は日本でも同じですので、そのような重点的に取り組むべき対象をどのように抽出していくのか、そういうデータベース、特にクレームデータですね、レセプトのデータからどのよう

にそういう人たちを抽出していくのか、そういう仕組みを考え、インフラを作っていく必要があるのではないかと思います。

その次のプログラムの実施経験という話ですが、ディジーズ・マネジメント、あるいはヘルスサポートという枠組みが日本にないわけではありません。日本にもこのような枠組みはある。どこで行われているのかというと、職域、地域、いろいろな形で行われているわけです。これまでのシンポジウムでも何回かご紹介させていただきましたように、日本の産業保健の現場では一般的な傷病を対象とした、いわゆる疾病管理的な試みが既に行われてきています。これは労働安全衛生法という枠組みの中で行われているわけですが、そういうものがあります。

地域におきましては、老人保健法の枠組みで定期健康診断が行われ、それに基づいて疾病管理的なものが行われている。さらに、最近では、国民健康保険の枠組みの中でヘルスアップモデル事業という形でディジーズ・マネジメントが行われているわけです。ところが、まだ現状ではこういういろいろな取り組みがばらばらのままで、まとまっていないということで、こういうものをいったんまとめてプログラムとして企画設計・運用していくという枠組みが必要になっているのだろうと思います。

実は、誰がどのように標準を作っていくのかという話があるわけですが、厚生労働省のプロジェクトの中で、健診、あるいはその後のフォローアップ態勢に対して標準的なものを作っていこうという取り組みが、東京大学の永井先生の下で行われています。そういうものがモデルとして出てきた上で、さらに外部の専門家、事業者、いわゆる企業も含まれると思うのですが、それらをどのように活用していくのかを、これから考えていかなければいけない。そういう意味で、今日、アメリカのご経験をいろいろと伺ったわけですが、これは非常に参考になるだろうと思っています。

もう一つ、最後にお話がありましたが、このような事業をやっていくうえで一番大事なことは、こういうサービスを受ける個々人の方の QOL（生活の質）をいかに高めていくか、保障していくか、つまり、サービスの品質をどのように確保していくのかということが問題になるだろうと思います。そのためには、クオリティ、コストを測るためのインディケーターが必要であって、それをモニタリングしていく仕組みが必要だろうと思います。それを誰がどのように行うのか。これもばらばらであってはいけないわけで、標準的な仕組みを作ることも大事だろうと思います。

今日は、前半のご講演の中ではこのようなポイントがあったと思いますので、この後、お二人の日本の先生方からお話を伺いながらパネルディスカッションに入ればいいのではないかと考えております。以上でございます。

（田中）　ありがとうございます。事前にスライドを見てこのような論点を整理していただきました。続けて、中島参事官、平井先生、Sandra Foote さんにそれぞれ一言ずつ、今日のシンポジウムを聞いてご自分の意見を言っていただこうと思います。

◆ 行動変容につながる保健指導を

（中島） 厚生労働省の中島でございます。今日、私も前半の議論を聞かせていただいて、大変参考になり、来てよかったなと思います。客席にずっといられればよかったのですが、今日はこちらで幾ばくかの話をさせていただければと思います。

現在、国会でご審議いただきたいと思っております医療制度改革を、厚生労働省、政府与党挙げてやっていきたいと思っているわけですが、そこで柱の一つとして強調しているのが予防重視の医療への転換ということです。さらに、そのキーワードである「生活習慣の改善に向けての行動変容」をしっかりしていただく必要があるということで、法律用語でいえば保健指導を、しっかり普及・定着させていくことを柱の一つにして、「病気にならない、よい生活習慣は気持ちがいいのだ」ということを日本に定着させていくというのが、日本の医療のあり方としても、医療費適正化の有効な手段としても極めて不可欠なことであろうと考えております。

その中で、健康づくりについては、松田先生から「健康日本 21」というお話がありましたが、効果をあげている面もあれば、まだまだ反省すべき面も多い。医療制度改革では、これまでの反省点を踏まえて特に三つの試みを盛り込みました。

一つが、これまでの健康日本 21 は、ともすれば総花主義だったところがありますから、ある程度重点化していく必要があるだろう。その中で着目したのが、最近よく話題に出ている、田中座長のごあいさつにもありましたメタボリックシンドロームです。生活習慣病対策の重点的な対策としてメタボリックシンドロームという概念に着目して進めたいということが一つです。

健康日本 21 の二つ目の反省点として、目標は掲げたものの、誰が責任を持ってやっていくのか、役割分担がしっかりしていなかった。国民に、「歩いてください」、「野菜を食べてください」、「健診を受けてください」と言っていただけ、というきらいもあるわけで、誰が何の責任を負うのかという役割分担をしっかりすることです。その意味では、今度はハイリスクアプローチ、健診・保健指導の責任は医療保険者にお願いするということで、計画を立てていただいて、サラリーマンご本人、その奥さん、国保の場合は被保険者の方々にあまねく健診・保健指導を受けていただく、その責任をお願いしたいということです。

三つ目の反省点として、これまでの健康日本 21 は、ともすれば役所サイドだけで運動を盛り上げていたきらいはなかったか。やはりこれからは広く、ビジネス、産業の世界とタイアップして健康づくりをやっていかなければならない。そういう意味では、とりわけ健診後の保健指導については、これまでのように市町村の保健師さんや健保組合が雇った保健師さん、管理栄養士さんだけでは対応できませんし、創意工夫の余地といったものが必ずしも十分には花開かないので、どんどん保健指導のアウトソーシング、民間事業者を活用していこうと考えています。

産業界ともタイアップし、ビジネスチャンスととらえていただいて国民の健康づくりをする。特に保健指導のアウトソーシングという点では、どのようなプログラムが国民の方々の

行動変容につながるのか。そして、それを担いうる専門職、日本では保健師、管理栄養士といったものが中心になると思うのですが、そうした人のスキル、知識をどのように上げていくのかということが大変重要になってきます。

そういう意味で、前半お伺いしたアメリカにおけるディジーズ・マネジメントのさまざまな取り組みというのは、我が国においても、いわゆる疾病予防の分野においても大変役に立つのではないかなと思っております。以上でございます。

（田中）　ありがとうございました。それでは、平井先生、お願いします。

◆　重症化予防が医療費抑制には重要

（平井）　東金病院の平井でございます。今日は非常にインパクトのあるプレゼンテーションをいただきました。

昨年から日本が世界に先駆けて人口減少社会に突入してきて、アメリカに比べますと少子高齢化の進み方がものすごい状況です。そういう中で限られた医療資源をどのように活用していくかということが非常に重要で、もう一方で患者様のQOLというのがあるわけです。

私は地域医療の場に身を置いておりますので、疾病の予防というより、どちらかというと既に病気になった方々が重症化しないようにしていくということが非常に重要になっております。例えば、糖尿病の場合、失明したり、足を切断したり、透析になったりするというのは、患者様のＱＯＬが落ちるだけではなく、実は医療費を非常に押し上げている要因になります。

透析の場合、１人で年間600万円かかります。全国で20万人の方が透析をして、その総費用で１兆2000億円という大変な金額になっています。しかも、糖尿病による透析の比率はどんどん上がってきている。こういう中で一体どうしていったらいいか。先程のプレゼンテーションで驚いたのは、人口の5%の人が医療費の43%を使っていること。これは非常に説得力のある話で、これをどのようにしていくかという仕組みをお考えになったところが今回のアメリカでのディジーズ・マネジメントの取り組みで、私どもが学ぶべきところではないかと考えております。

◆　医療資源のコーディネートが大切

実は、いろいろ医療資源や技術があるけれども、それがうまくマッチングしていないのではないか。そのミスマッチをいかにコーディネートするかというところに、解決の一つの方法を見つけられたというところに、私は非常に感銘を受けました。日本では既に来年の地域医療計画を都道府県に下ろす際に医療連携ということが新しい切り口で出てきており、特に病院の機能とかかりつけ医、つまりプライベートクリニックの診療所の医師と役割分担したうえで連携を図るということが地域全体の診療機能のパワーアップになる。これがある意味

では、日本では慢性疾患関連において最後の決め手になるのではないかと考えているわけで、私も地域ではそういう取り組みをしてきました。

ディジーズ・マネジメントについては、これからいろいろと議論されていき、どういう場所でどういう取り組みがなされるべきかという議論が出てくると思います。医療費を抑制し、患者様の QOL を改善するという点で、既に病気になった方が重症化しないという部分に取り組んでいく、その中で、特に病診連携のような医療連携の仕組みづくりの中にもディジーズ・マネジメントの考え方を入れていくことが、有効性が高いのではないかと思います。例えば、私どもの地域でやってきました、電子カルテネットワークとか、診療所の先生方の研修支援を行い、プライマリ・ケアの医師のスキルアップを図っていくということは、結果的には非常にいいアウトカムが出てくると思います。

ディジーズ・マネジメントは、こういった地域のさまざまな医療資源をどうやって活用するかという、コーディネートのプログラムではないか、そういう考え方だろうと私は受け止めました。国あるいは医療経済の仕組みは異なるかもしれませんが、今日お示しいただいたコンセプトに、日本の地域医療をこれから大きく変えていく可能性を感じ、感銘を受けたわけです。

こういう機会に参加させていただいたことを感謝しております。

（田中）　ありがとうございます。では、Foote さん、お願いします。

◆ メディケア・ヘルス・サポートの背景

（FOOTE）　ありがとうございます。こちらではまだ朝とても早いのですが、参加できてうれしく思います。皆さん、よく聞き取れますか。

では、メディケア・ヘルス・サポート・プログラムの背景について少し説明させていただきます。私はプログラム実施企業の選出、その後の方針と手順の決定、そしてアウトリーチ活動で私たちを助けてくれるさまざまな組織からの支援を募る作業の責任者でした。このイニシアティブは CMS の McClellan 博士と米議会の両者から強力な支持を得ています。それは、プログラムによって大きな成果が現れる人たち、自分自身の健康管理方法を理解できないことが多い人たちに対し、ケアのコーディネーションとセルフケアの支援という両面からより良い支援を行うには、先を見越して事前に対応し、また、メディケアの投資を活用ならびに強化する必要があることを、全ての人が認識しているからです。

このイニシアティブは、米国医学研究所の勧告の中で、どうしても政府の助けが必要な要素として指摘した問題点を反映しています。まず、良い仕事をしようとする医師にとって悩みの種であるケアの断片化という問題です。次に、医療ケア体制内に入らず、安定状態の維持と合併症の回避に影響する重大な決定を自分で下している人たちに対し、時間的制約が原因で支援を提供できないという問題です。

このイニシアティブを背後から支えるメディケアという名前の重みを利用し、政府から多大な支援を受けられるという事情があったため、パイロット地域の医師たちに、参加案内を受け取ったかどうかについて患者と話すよう頼むことができました。参加に向けて抽出された受給者には、私どもの責任者が署名した案内状を個別に送りました。その後、Villagra 博士が触れたいくつかの団体、全米退職者協会、心臓病協会などから、フォローアップの資料パッケージを送りました。その結果についてはとても満足しています。

まだプログラムを始めたばかりの状況ですので、数字を公表していませんが、多数の受給者が参加に同意し、手助けが欲しい、手助けが必要だ、ということを認め、ぜひ参加したいと回答しています。

◆ 地域単位での支援の重要性

私たちが学んだことをいくつかご紹介します。一つはプログラムを地域的なものにすることが非常に重要だということです。それは私たちとパートナーシップを結んだ企業が、患者の支援に何が最も効果的かを判断しようとしたときに、その地域でヘルスケアを提供している人たちの協力を得ることができるからです。

とても重要な 2 番目の点は、私どもの方から行動を起こして受給者に案内を出したわけですから、参加者はヘルスケアについて意識が高く、知識も豊富な人ばかりではないということです。手助けが必要と判断された受給者全員に参加を依頼しました。このプログラムがなければ自分の健康について先を見越した対応ができない人たちを対象とするという意味で、このやり方の方が、はるかに大きな効果を上げることができると思います。

これまでのところ、私たちがこれまで言い続けてきた内容、つまり生活習慣上の支援が行われるという結果が出ています。しかし、それは必要なときにケアを受けようとしないという姿勢を克服する手助けをすることでもあり、また、もっと早く医師の診察を受け、緊急治療室に行くよう促すことにより、最悪の事態を回避できる機会でもあります。

◆ うつ病対策や看取りプランも重要

うつ病も重要です。今日はまだうつ病の話が出ていませんが、合併症としてのうつ病は、自分自身のケアに対する障害になるという意味で、非常に重要な問題であることがわかってきました。メディケア・ヘルス・サポート契約企業は、うつ病のスクリーニングを行っています。また、支援の手段があることを人々が認識し、事前対応的に支援を求めるようにするための手助けをしています。

最後に、このプログラムに参加している人たちの 33 パーセント近くが、この 3 年間が終わる前に死亡すると推定されるため、既に言及されたような看取りのプランニングが、とても重要になります。看取りに必要なケアと支援については、多くの人がこれまで誰かとじっくり話し合う機会を持ったことがありません。メディケア・ヘルス・サポート契約企業との間に信頼関係を築くことができ、看護師と話すことに抵抗がなくなれば、患者たちはそのよう

な問題と取り組み始めることができます。メディケア・ヘルス・サポートが、たぶん医師や家族とは話し合ったことがないような方法で、尊厳を保ちつつ死を迎えるための手助けをできることに関し、既に数々の話を耳にしています。これほどとは私たちも予想していなかったので、これはとても重要です。

このような取り組みによってコスト低減を達成できるかどうかはまだはっきりとしていませんが、私たちはかなり自信を持っています。なぜなら、このプログラムのために選んだ集団にはコミュニケーションの問題や誤解が生じる機会が非常に多く、断片化した医療供給体制では解決できない多様な問題について、この種の支援がそれらの回避に役立つからです。

（田中） Footeさんありがとうございました。ところで、今そちらは何時ですか？

（FOOTE） 午前2時15分です。

（田中） そのような遅い時間にどうもありがとうございました。
今の、看取りケアが入っている点も重要ですね。介護保険で今度、看取りケアに加算をつけることになりましたが、方法論がまだ必ずしも標準化されていません。今のFooteさんの話は大変参考になりました。

◆ プログラムの参加者が多い理由

（田中） 最初に私から一つだけ、Villagra博士に質問です。このプログラムは自発的参加を求めていて、よくこれだけの数が、90%以上の人が参加したなと思います。これについて理由を、どのようになさったかを皆さんに説明していただけますか。

（VILLAGRA） 参加する気になる理由はいろいろあると思います。第一の理由は、複数の慢性疾患を抱えていれば当然、さまざまな問題が起きてくるので、もっと支援が欲しいという要望が、以前から既に存在するということです。つまり、隠れていた需要を満たすサービスを提供しようとしているのです。これらの受給者の多くには、メディケア・ヘルス・サポートを通じて提供されるものに代わる良い手段がないので、マーケットに空白があります。
第2の理由は、プログラムへの参加が自発的だということです。少しでも義務的に感じられることを押しつけられないということで、受給者の信頼感が増すと思います。また、いつでもプログラムから抜ける権利があります。受給者にとって融通が利くという意味で、柔軟性が高いのです。
もちろん、受給者は全く料金を支払う必要がないということも、参加を促す非常に強力なインセンティブです。

そして最後に、これらの契約を落札した企業が提供するサービスはとても魅力的です。無料のプログラムを提供されれば疑いを持つのが普通ですから、そのような疑念が参加者の間に広がらないよう、この魅力的なサービスを事実通りに魅力的に見せるために、企業はマーケティングをうまく進めなければなりません。ご存じのように、米国では高齢者が詐欺の被害を受けたり、お金をだまし取られたりすることがあり、それらは普通、無料サービスという形で持ちかけられます。このプログラムでは、広報活動や厚生省からの案内など、全てが綿密な準備のもとに行われるので、受給者は安心して参加を受け入れることができます。

（田中） ありがとうございます。日本でこのようなプログラムに、住民あるいは被保険者の方々、そして、ドクターを参加させるためにはどのようなことが大切だとお考えですか。日本の側の方で何かご意見はありますか。どうぞ、平井先生。

◆ 日本では情報共有が課題

（平井） まず、すごく大事なことは、今、個々の参加者に対して行われているケアの内容がサポートチームに上がってこないとまずいわけで、ケアを提供しているドクター側にバリアができると、それが全然できない。こういう言い方は問題があるかもしれませんが、まず医師会のバリアが取れるだろうか。例えば、レセプト電算化を進めると、HbA1c の測定回数が改善するという結果が出ているわけですが、これは、現在提供しているケアの内容がオープンになるというのとほとんどイコールですから、この辺りがどうなのか。

アメリカの場合、支払い側がやっているプログラムですので当然これは成り立つのですが、日本の場合はどうなのかなと。今まで手の内はなるべく見せない形で来ていたわけで、そこが大きく変わるかどうかがまず大事だと思いました。中島さん、コメントを頂ければありがたいのですが。

（田中） かなり本音の話になってきましたね。

（中島） あまり直接的には言いづらいのですが、今日のお話を聞いて思ったのは、やはり情報の流通性というのが大変重要だということです。医療機関サイドが持っておられる情報をどれだけ共有できるのかというところを促進していかなければならないと思います。

◆ 情報基盤（ITインフラ）整備の重要性

その次にもう一つ、情報が重要だと思った点は、先ほどのお話で５％コストを削減しないと手数料が払えないということでしたが、効果をどう評価するかという点においても情報が大変重要です。そういう意味で、情報がＩＴ化されている、デジタル化されているということが極めて重要なのだろうと思います。

そういう意味で、私どもとしても、まずレセプトデータといったものをきちっと電算化していきます。それを今後５年間でやっていくとともに、健診データ、保健指導のデータもきちっとＩＴ化する。そのことを通じて各種データを、個人情報保護に十分留意しつつ突合した分析ができる。それによって、トータルとしての効果も評価できるし、プログラムの改善にもつながる。また、ご本人にとっても、自分の生活といったものをトータルに把握することができるようになる。つまり、情報の流通性、加工可能性、透明性が極めて重要で、それがディジーズ・マネジメントや、我々がディジーズ・マネジメントの予防版のようなものとして組み立てていこうと思っている仕組みにとって重要だと再認識させていただきました。

（田中）　松田先生が整理してくださった最初の論点ですね。実施のためのインフラのことを言っていただいたのだと考えます。インフラ整備とは、保健職の話、中島参事官が言われた情報の話、データベースなどが論点として提示されています。これについてさらに加えていただくことがあればお願いします。Foote さんも含めてどなたか、インフラストラクチャーの整備についてアドバイスがおありでしょうか。

（FOOTE）　確かに新しいインフラが必要でした。政府がそれまでに実行したことがない機能については、新たに契約を結ばなければなりませんでした。例えば、成果のモニタリングを行っています。毎月、メディケア・ヘルス・サポート契約企業は受給者から集めた情報を私たちに提出し、こちらからは企業に給付請求データを与えます。そして、共同で継続的に数値を追跡し、各地域の対照群と比較します。例えば HbA1c テスト、入院率などにどのような影響を与えたかなど、医療サービスの利用度と品質とコストに影響を与えたかどうかを示す指標を調べます。以前は、そのような作業は何も存在しませんでした。CMS ではデータを事前対応的に使っておらず、受給者のデータ、受給者の自己報告データを得られるほどパートナーと密接に協力していませんでした。

◆ データを品質改善につなげる

今は、それら全てを、継続的品質改善という点で事前対応的に使おうと努めています。何が誰に対して効果があるかを見きわめ、これらのプログラムを実施しながら改良し続けるためです。給付請求データの利用については保険数理会社と契約しました。成果のモニタリングを行うために、Mathematica Research Group と契約しました。また、一連の電話会議を通じ、メディケア・ヘルス・サポート契約企業と共同作業を行い、どの尺度を使うか、どのような方法でデータを共有するか、何について誰が責任を持つか、などについて共に決断を下しました。それを行う中で互いに学ぶことができるので、いっしょに行うことがとても重要でした。例えば薬剤に関する給付請求データを追加し、また、何が誰に対して効果があるかを学ぶなど、これからもそれは続くと思います。

また、独立した第三者によって私たちと契約会社の実績が評価され、議会に報告されます。これらのプログラムが成功すれば、今から 2 年から 3 年半後に、各政府機関はプログラムの拡大を開始することが法律で定められているので、これを厳格に審査することが非常に重要です。拡大することになれば、全国で一度に 300 万人、400 万人にこの医療サービスを届けることも十分考えられます。

（田中） ありがとうございます。データはあるだけで使っていなかったというのが今の日本の状況ですが、それを 2 年半かけて準備してきたということですね。Sivik さん、看護師さんたちに教えるためのプログラムを自前で作ってこられたと言いましたが、あれはどのくらい大変なものだったのですか。

◆ 働きかけを行う人材の育成

（SIVIK） ディジーズ・マネジメントに参入したのは 1996 年のことでしたが、それ以来、いろいろ経験を積んできました。最初は熟練した、専門性の高い看護師を探しました。年数を経て学んだのは、雇用ということでは何よりもまず、この時点で私たちにとって最善の集団は、年季を積んだ経験豊かな臨床看護師だということです。

適切な人が見つかると、次に、約 4 週間の集中的トレーニング・プログラムを受けてもらいます。そのうち 3 週間は教室中心のトレーニングで、コンピュータでの学習システムを活用します。看護師たちは病気に関するプロセスの詳細を学び、コンピュータに慣れていない人たちは操作方法を覚えます。最大の焦点は行動変容と、早期介入の方法を理解することです。また、当社の全体的な社風と、コールセンターという環境での最善の働き方を理解してもらいます。

（田中） ありがとうございます。他にインフラストラクチャーやプログラムの運用体制についてのご意見はおありでしょうか。

（FOOTE） 人材についてちょうど付け加えたいと思っていました。ここまではコールセンターを強調しましたが、メディケア・ヘルス・サポート契約企業の一部、実際には全部が、メディケア受給者のために利用できる他の能力も備えているのです。例えば全企業が、高齢者福祉施設の仕事をしている看護師とソーシャルワーカーを雇用しており、その人たちは医師とも共同で仕事をしています。一部のプログラムには行動保健学の専門家も参加しています。一つのプログラムでは、その地域の薬剤師を通じ、服薬に関するカウンセリングを行っています。

まだ全ての答えが出たわけではありません。もちろん、全企業がコア部分としてコールセンターに看護師を常駐させていますが、他の幅広いタイプの介入方法も試しているところです。全企業が私に報告していることとして、先ほどスコットさんも触れたように、例えば転

倒の予防、虚弱のスクリーニング、痴呆のスクリーニング、また、複数の慢性疾患を持つ高齢者や、難聴の人、英語をうまく話せない人など、複雑な事情を持つ人たちのために、多数の特別なスクリーニング手法、介入手段に関し、企業はいろいろなトレーニングを行いました。

（田中） ありがとうございます。Victor さんどうぞ。

◆ 多様な人材の協力が最大の課題

（VILLAGRA） 総合的なコメントを付け加えさせてください。ご覧のように、多数の側面を持つこのようなプログラムの複雑さは、情報技術、ビジネスとしての側面、財政面、保険数理科学、臨床科学、ソーシャルマーケティング能力など多岐にわたり、その全てに、非常に幅の広い考え方と、文化面での調整を必要とします。特に、ヘルスケアのように、医師やその他の臨床家が独立して働く傾向があり、必ずしも協力的でない場合は特にそうです。

Sandra さんがとてもうまく説明してくれたように、いかに協力するかを学ぶプロセスが、私たちの学習の主要部分です。これが克服が最も困難な障壁の一つかもしれません。私たちには技術もあり、データもあり、資金だってありますが、協力する能力もまた、非常に重要なものです。

（田中） 大変貴重な点ですね、お金もあるし技術もあるけどコラボレーションしなければ何もできないと。平井先生、どうぞ。

（平井） これまでのお話を聞いていて、一番大事なのは人材育成というか、ヘルスケアに関わるいろいろな人たちをどうやってスキルアップしていくかだと感じました。チーム全員がスキルアップすればそこから新しいサービスもできるし、提供するケアの質が上がってアウトカムがよくなる。先行しておやりになっているアメリカでは人材育成のツールとか、ノウハウが相当蓄積されてきているのではないでしょうか。私も、地域の医師会の先生方の研修支援を４年間やってきましたが、一番大事なのは、そういった視点を地域に持ち込んでいってやるということだと思います。制度だとかツールだとかいうことではなく。

例えば、薬剤師さんの例でいうと、私どもの地域では電子カルテネットワークを使って医師の処方意図や患者さんの検査データを保険薬局の薬剤師さんが見たうえで服薬指導するオンライン服薬指導を導入してみたら、患者さんの安心感、満足度が上がるほか、治療効果が非常によくなった。薬のコンプライアンスが大幅に改善したのです。

そういうことを考えると、ヘルスケアにかかわる方々は様々なポテンシャルを多分お持ちであり、要するにアウトカムを良くするポテンシャルをお持ちなのだけれども、それが発揮できる状態にまで至っていないのかなと感じました。例えば、健診であれば保健師さんのスキルアップということもありますが、重症化の予防ということであれば、例えば、コミュニ

ティのかかりつけ薬局の薬剤師さんのスキルアップが実は相当なアウトカムを出すかなというのを、今日、お話を聞いて感じました。

（田中）　必要条件として、技術やデータがなくては何も進みません。けれども、必要条件だけでは世の中は動かなくて、十分条件として、最初に中島参事官が言われた役割分担とか場の設定とかコラボレーションとか、そういったものが欠けていると、技術だけあればできるというものではないとのまとめですね。

どなたか、この続きで。参事官、どうぞ。

◆ ポピュレーション・アプローチで産業界も巻き込む

（中島）　コラボレーションというところで、もう少し議論を広げさせて下さい。ディジーズ・マネジメントの中でも、私の今の仕事は重症化予防というよりも、そもそも病気にしないというところを扱っています。すると、ディジーズ・マネジメントのような形でいいプログラムが提供され、質の高い保健師、管理栄養士、医師等に恵まれていても、結局、行動変容を促さないといけないわけです。

極めて単純にいえば、野菜をもっと食べるようにしないといけない、運動習慣を定着させないといけない。それを促すための場として、いわゆる公衆衛生、ポピュレーション・アプローチが重要性なのだと思います、そこがあってこそのハイリスクアプローチであり、ディジーズ・マネジメントなのではないか。

頭では分かっているし、本人はその気になっている。しかし、日常生活において食事を選択するときに、その選択が容易にできるようなマーケットになっているかどうか。そういう意味で、食品にまつわる製造業者、流通業者、スーパー、コンビニまで含めて、健康志向、健康づくりに配慮した商品開発なり商品選択の場の提供というのが重要になる。そして、運動しなければいけないという場合、今の私の感じではこういう運動が必要だということがよく分かるし、やってみたいと思うけれども、では具体的にどういう実践する場があるか考えたときに、身近にそういう場があるということが大変重要になってくるわけです。

ポピュレーション・アプローチ、産業界も含めて健康づくりを支援するような環境が大変重要で、また、そうしたことを企業の一つの方針とする企業が、国民なり地域住民なりに親しまれ、ブランドイメージを高めていくという形にしていかなければならない。だから、マンパワーの質の向上、コラボレーションの重要性というより、まず社会全体が、産業界も含めて、しっかりとそれを支えていく環境がないとなかなか結果には結びついていかないと思います。

今度の医療制度改革では、健診、保健指導がかなりクローズアップされていますが、やはり地道なポピュレーション・アプローチの重要性といったことも、我々自身、重ねて肝に銘じないといけないなと思っている次第です。

（田中）　松田先生、ポピュレーション・アプローチとハイリスクアプローチ、この辺りの整理をお願いします。

（松田）　やはり、ポピュレーション・アプローチがハイリスクアプローチを実行するためのベースとして必要だろうと思います。いわゆるリスクコミュニケーションにも絡んでくるかもしれませんが、住民に、健康に関するメッセージやインフォメーションをどのように伝えていくかという話がとても重要だろうと考えています。

◆ 国民にメッセージ・情報をどう流すか

例えば20代、30代に脳卒中の話をしてもあまり分からないだろうと思います。そうすると、各世代に合わせて健康に関するどのようなメッセージを送っていくのか、そういうソーシャルマーケティングの考え方が必要になってくると思うのですが、今まで、我々、公衆衛生の医師もそうですが、そういうソーシャルマーケティングみたいなアプローチというのは、日本では行われてこなかったのではないかと思います。

そういう意味で、医学教育、看護教育の中にそういうものを入れ込んでいくということが重要だと思います。例えば、健康に関するメッセージを届けるなら、10代、20代は、エイズやSTD。もしかするとそういうものがいいかもしれない。30代、40代になってくると、糖尿病やメタボリックシンドロームという話。50代、60代になってくると、エンドオブライフケアみたいなものも含めて情報を流していく。

高齢化社会というのは、ほとんどの人間が80歳まで生きるわけですが、65歳以上になるといろいろな慢性疾患を持ってくる。そういう状態でどのように生きていくのかということを国民自体が考えなければ、ポピュレーション・アプローチもハイリスクアプローチもうまくいかないだろうと思います。

脳死の問題もそうですが、高齢期をどのように生きていくのか、そういう議論を今まであえて避けてきたと思いますし、メディアもそういうのをあえて避けてきたところがあるのではないかと思います。その辺りから健康に関する情報というものを出していかなければいけないだろうと思います。

ただ、そのときに、個別の事例に基づいていろいろな議論をするよりも、日本では国民皆保険で全ての医療機関から同じフォーマットでレセプトが出ている。ただし、それが今は紙ベースであるために分析できないという状態になっているわけですが、それを電子化することによって、今、それぞれの地域で、あるいは保険者で、どのような傷病が増えてきているか、どのような傷病構造があるのか、それがどのくらいインパクトがあるのか、そういうデータに基づいて国民に情報を流していく、そういう仕組みが必要なのではないかと思います。

それと、あとは、健康日本21の根拠法になっている法律の中でもいわれていることで、「全ての提供主体が健康という観点からプログラムを見直す」ということをうたった、オタワ宣言におけるヘルスプロモーションの考え方があるわけですが、そういう視点で、先ほど

中島さんがおっしゃいましたが、全ての企業、保険者、オーガナイゼーションが、健康という視点からもう一回自分たちのプログラムを見てみる、考えてみる。そういうものがなければポピュレーション・アプローチは進まないのではないかと考えています。

（田中）　ありがとうございます。

◆ 消費者側・医師側に責任を持たせることが行動変容につながる

（VILLAGRA）　この分野で過去 20 年以上にわたり学んだこととして、生活習慣の改善を通じた予防に関して一言コメントしますと、どのようにすると良いかという情報を公表するだけでは不十分です。それは必要ですが、それだけでは十分とは言えません。

喫煙が健康に良くないこと、肥満と運動不足が良くないことは誰もが知っていますが、その知識があるだけでは、行動変容を促すには不十分です。次の一歩は、日本でも米国でも行っているように、健康的な生活を大々的に宣伝し、マーケティングすることです。積極的なマーケティングにより、変わる必要がある人たちにやる気を起こさせ、生活習慣の改善によるメリットを宣伝することです。

しかし、現在の広報活動も私たちが望んでいるほど十分には機能していません。
現在、米国では再び患者個人、消費者個人の側に、ある程度の責任を持つことを期待するようになりつつあり、また、医師または医療サービス提供者の側にも、責任を持つことを期待しています。

患者側では、喫煙する社員、太りすぎで減量プログラムに参加していない社員に対し、保険料に差をつける会社があります。高血圧で、血圧の維持または降下のために十分努力していない患者も含まれます。これらのプログラムは 15 年ほど前に流行しました。これらの経済的インセンティブは効果を上げますが、あまり人気がありません。保険料の格差が大きいと、あまりに強制的だと受け取られるからです。それが消費者側の状況です。

医師側については、米国ではペイ・フォー・パフォーマンスという動きがあります。つまり、高水準の質を達成した医師は、それほどの質の指標を達成していない医師よりも高い報酬を受けることができるという考え方です。これについても、仕事量に対して支払いを受けることを望む一部の医師の間から不満の声が聞かれます。しかし、これで彼らが責任を負い、報酬に差がつくという事実は、行動を変えるための動機付けになります。

このようなわけで、大規模な集団において実施される政策は、実質的な効果を上げると私は思います。たぶん情報の普及、より健康的な生活習慣の積極的な宣伝とマーケティング、そして経済的手段とそれ以外の手段のいずれかにより、ある程度の責任を組み合わせる必要があるでしょう。それを総合することで、皆さんと私たちが各々の国で追求するタイプの目標を達成できる可能性が改善されると思います。

◆ フロアからの質問

（田中） ありがとうございます。時間も限られてきましたのでフロアからも少し質問を取らないといけないですね。質問がおありの方、どなたへの質問かをおっしゃった上で質問していただけますか。

（フロア質問） 貴重なお話をありがとうございました。CMS の方か、もしくはサービスプロバイダーである Healthways の方に伺えればと思います。先ほど平井先生が服薬管理の重要性の話をされたのですが、メディケア・パート D が始まって、薬についての高齢者の負担の形が多少変わってきたと思います。1番目に伺いたいのは、大体どのくらいのパーセントの方がパートDの契約をされているのかということです。

2番目に、この制度が、少し負担の形が変わることによって CMS 側、もしくはサービスプロバイダーとして、薬局側に期待することが何か変わったかどうか。これはもちろん薬剤師の方のサービスの質ということだけではなく、例えば店舗がどこにでもあるとか、被保険者のベネフィットから考えて、薬局側にディジーズ・マネジメントの観点からどういう期待をされるようになったか。何か変わった点があったか、パートDがスタートしたからといってそれは関係ないのか、そのあたりを教えていただければと思います。

（田中） では、これは Foote さんにお答えいただきましょう。

（FOOTE） ちょうどメディケア・パート D への利用者の登録を始めたばかりです。契約者の割合が分かるのは、まだかなり先のことになります。最初に Mayer 氏が話したように、既に多数の人が補足的な保険に加入しているので、さらに何人がメディケア・パート D に加入するかはわかりません。これにより処方薬代の負担が移行することはわかっており、それによって保障が拡大すると予想していますが、時期尚早で、何とも言えません。

薬局については、彼らは既に、薬剤給付管理会社や、処方薬代をカバーする民間の健康保険プランと、長年一緒に仕事をしています。ですから、薬局は給付請求を電子的に処理することができ、給付対象となる薬剤のリストをチェックして、どの種類の薬剤に保険が下りるか判断することができます。機能としてはこれまでと変わらず、ただ、その機能を果たすために電子システムを使えるようになるということです。

現在私たちが抱えている問題は、どのようなプランに加入しているかよくわかっていない人たちがおり、その人たちの移行です。ですから現時点では、うまく行くかどうかはまだ何とも言えません。ただ、薬局については大きな変化は見られず、今後契約は拡大すると思います。ただ、それは薬剤について保険が下りない、膨大な数の医療保険未加入者にとっては、何の助けにもなりません。米国ではそれがいまだに重大な問題なのです。

（田中）　Sivik さん、プログラム中の薬の使い方の指導についての補足をお願いします。

（SIVIK）　Sandra さんが説明したように、結果がどうなるかという点を詳細に語るには時期尚早ですが、ごく初期の暫定的な結果については先ほどお話しました。つまり、この集団にさらに薬剤を提供しても、正しい方法で服用するとは限らないということです。そこで、このプログラムの大きな焦点の一つが、その薬剤の目的、服用方法、いつ服用するか、ある種の薬剤については禁忌についても、各人が確実に理解するようにすることです。薬局についてのメリットと言えば、医師の再診なしに薬局が再処方する場合に、患者が確実に正しく服薬するようにするという部分で参加できることだと思います。

（田中）　ありがとうございます。質問者の方、よろしいですね。
ほかに質問はいかがでしょうか。どうぞ。

◆ 看護師への権限委譲—医師の抵抗は？

（松田）　一つはコメントで、一つは質問です。日本でもディジーズ・マネジメント的なプログラムが行われている部分、職域などでも行われていますが、成功している事例のほとんどが、医師というよりも保健師さん、あるいは看護師さんの働きが重要だろうと思っています。そういう意味で、日本でもこのようなディジーズ・マネジメント的なプログラムを今後導入していくのであれば、いかにしてそのような看護職を育てていくかということがいちばん大事だろうと考えています。

それに関連して質問です。看護職がコーディネーションあるいはディジーズ・マネジメントのキーロールを担っていくことになりますと、予防も含めて、医療サービスを提供する権限が、従来は医師にあったものが、部分的かもしれませんが、看護職に移っていく。これに対する医師の抵抗は非常に強いのではないかと考えるのですが、アメリカではそのような、医師と看護師、あるいはディジーズ・マネジメント組織の間のコンフリクトみたいなものがなかったのか、お聞きしたいと思います。

（VILLAGRA）　それは素晴らしいコメントと質問です。答えはイエスとノーの両方あります。イエスの部分は、一部の医師が、看護師や他の専門職の役割が拡大することについて強い不安と疑念を抱き、彼らの職務を妨害すると発言しています。これは、それまで医師が享受してきた伝統的な専門職としての独立性に関わる問題ということでしょう。

一方、私のスライドでご覧いただいたように、患者を教育したり生活習慣を変えるよう動機付けしたりする時間がない、という医師もいます。つまり、単に患者を助けるだけでなく、カウンセリングなどを通じて彼らにやる気を起こさせ、実際に習慣を変える過程を共にする時間がないことに気づいた医師も多いのです。そして、それを行う時間も資源も、多くの場

合は能力もないことを自覚した医師の場合は、看護師や健康教育担当者などの他のチームによる補助を歓迎しています。

◆ 企画プロセスへの医師の参加、医師とのコミュニケーションは重要

医師と、医学界を代表する医師会などが、企画のプロセスに参加することは不可欠であり、重要なことです。医師たちは自らの責任としてそれを引き受け、プログラムの内容の企画に関わり、内容が科学的エビデンスに基づくものであると納得できます。このため、それは単に実施の問題だけではなく、臨床専門職とのコラボレーションに対する抵抗を減らすためにもきわめて重要なプロセスです。

（田中） 途中のプロセスでのマネジメントが大切であるということですね。どうぞ。

（FOOTE） 付け加えておきたいのですが、特に、契約企業に対する勧誘、契約に関する提案の中で、各地域の医師と密接に、上手に協力する方法に関する創造的なアイディアを提出するよう、それらの企業に求めました。例えば、メディケア・ヘルス・サポート契約企業の一部は、患者の記録を医師に送付し、彼らの患者について医師により多くの情報を与えると同時に、医師からの情報提供を要請しています。

また、一部のメディケア・ヘルス・サポート契約企業は、より密接な協力と支援に対して医師に報酬を支払い、メディケア・ヘルス・サポート契約企業のフォローアップを行うと共に、患者に関する密接な協力を目的として、方向性を示唆するよう依頼しています。

予防的ケアが必要だと認められているにもかかわらず、ケアが与えられたことを示す給付請求が行われない場合、または問題が発生した場合、どのメディケア・ヘルス・サポート契約企業も、患者の主治医に警告を送っています。看護師から医師に対し、「あなたの患者が2種類の降圧剤を服用していて、患者自身はそれに気づいていませんが、それは危険です」とか、「あなたの患者の体重が急に増えていて、薬を調整する必要があるので、患者に電話して話してくれませんか」と電話で連絡したという話や、逆に、看護師が医師に相談したというような話を、たくさん耳にしています。看護師が自分だけで措置を講じることはありません。彼らの仕事は、患者と医師の間のコミュニケーションを強化し、患者に何が起きているかという最新情報を、医師が確実に得られるようにすることです。

医師との間で、そこのところがうまく行くようにすることを最重要目標の一つに設定し、その点を強調してきた結果、今のところ、共同作業はとてもうまく行っているように見えます。

5．シンポジウム総括

◆ 役割分担と多職種協働、そのための情報基盤の整備

（田中） 大変重要な点でした。実は、この会場を 5 時までに空けなければいけないそうなので、本当はもっともっと続けたいのですが、少しまとめて終わりにしなければなりません。それぞれの先生がたにさらに質問があれば、損保ジャパン総研を通じて後で聞いてください。

私の感想ですが、実は、この話、介護保険で行われてきたこととよく似ているのが分かりますか。役割分担が重要である、プログラム全体の責任者と実行主体と、その中で個別に働く人それぞれの役割がある。介護保険での経験では、市町村が保険者として成功しているところは積極的に引っ張ってきたからです。一方、介護サービスの実行者はさまざまな事業者です。そして、そこで働いているケアマネジャーさんをはじめヘルパーさん、看護師さんなど、たくさんの方々の能力を高める。最近いわれていることはコラボレーション、多職種協働、あるいは、地域包括です。介護保険が気がついてきた世界とここでも同じで、責任者と実行者、実行主体と、個別の実行する人が一緒でなくてもいいわけで、大切なのは、多職種が共同し、データと目的を共有する。そのような形は日本でもできていますが、ディジーズ・マネジメント、健康管理の方ではまだできていないですから、それを作っていかなくてはなりません。

それを支えるものとして、先ほどから出ている情報共有の仕組みですとか、IT の技術ですとか、データの標準化、コメディカルの方々の能力向上、これらが必要条件です。しかし、その上で、プログラムは、個別性や地域性、個人単位、年齢別、そういう個別性を持っていないといけないこともまた指摘されました。

最後に、実際にたくさんの人たちが参加するためには、このプログラムの持つ意味を、概念を提示しなくてはなりません。介護保険では「尊厳ある自立の支援」という非常にいい言葉がありますが、このプログラムを理解していただくために、「メディケア・ヘルス・サポート」のような、皆さんが参加してくださるような概念提示も考える必要があるということを、まとめにしたいと思います。

本日は、アメリカからお越しいただいた Gregg Mayer さん、Villagra さん、Sivik さん、それから、真夜中にもかかわらずテレビ電話会議で参加していただいた Foote さん、どうもありがとうございます。また、日本側の 3 人の先生がたにも感謝申し上げます。聴衆の皆さんもありがとうございました。

Ⅳ. シンポジウム講演資料集

- Dr. Gregg L. Mayer , President, Gregg L. Mayer & Company, Inc.
  "A Brief Introduction to Medicare, and Comparison to Japan's National Health Insurance System" 1

- Dr. Victor Villagra , President, Health&Technology Vector, Inc.
  "The Case for Medicare Health Support" 6

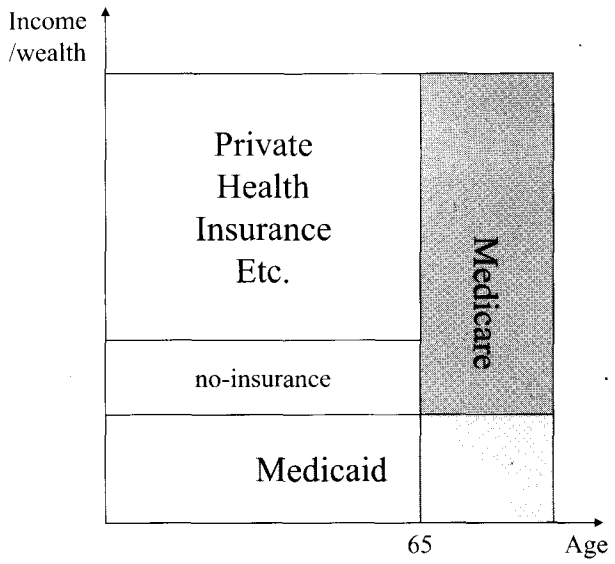
- Mr. Scott J. Sivik, Vice President, American Healthways Inc.
  "Managing Chronic Disease in the Senior Population; Healthways Medicare Health Support Programs" 23

A Brief Introduction to Medicare, and Comparison to Japan's National Health Insurance System

Gregg L. Mayer, PhD
January 27, 2006
Tokyo, Japan

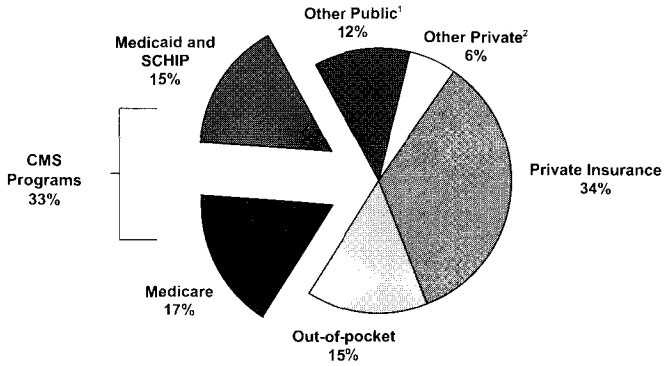
Gregg L. Mayer & Company, Inc.

Healthcare Coverage in the U.S.



The Nation's Health Dollar, CY 2000

Medicare, Medicaid, and SCHIP account for one-third of national health spending.



Total National Health Spending = $1.3 Trillion

[1] Other public includes programs such as workers' compensation, public health activity, Department of Defense, Department of Veterans Affairs, Indian Health Service, and State and local hospital subsidies and school health.
[2] Other private includes industrial in-plant, privately funded construction, and non-patient revenues, including philanthropy.

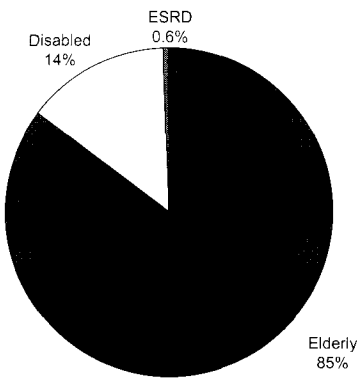
Note: Numbers shown may not sum due to rounding.

Source: CMS, Office of the Actuary, National Health Statistics Group.

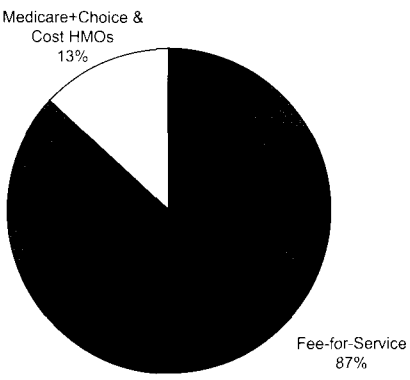
Medicare Beneficiaries:

Source of Eligibility and Coverage, 2002

Source of Eligibility



Source of Coverage



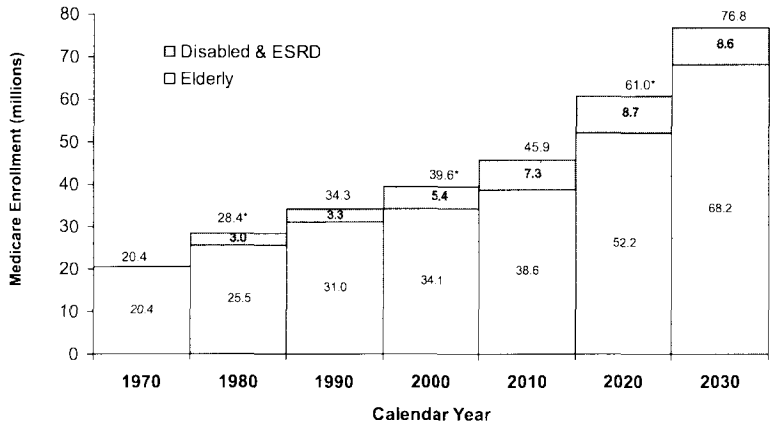
Beneficiaries = 40 million

Notes: 1) Totals may not sum due to rounding; 2) ESRD refers to beneficiaries under age 65 with End-Stage Renal Disease; 3) the Disabled category refers to beneficiaries under age 65 without ESRD.

Source: Elderly, disabled, and ESRD data from CMS's Office of the Actuary; Medicare+Choice and cost plan data from CMS's Medicare Managed Care Contract Report, March 2002.

Number of Medicare Beneficiaries

The number of people Medicare serves will nearly double by 2030.

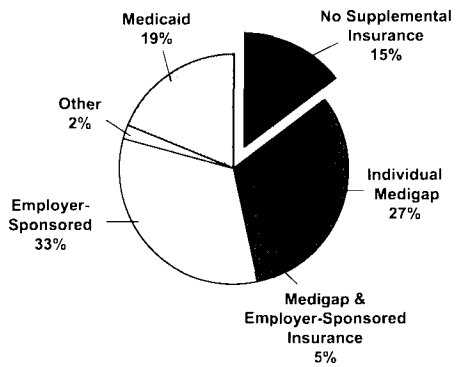


* Numbers may not sum due to rounding.

Source: CMS, Office of the Actuary.

Types of Supplemental Health Insurance Held by Fee-for-Service Medicare Beneficiaries, 2000

Most beneficiaries using fee-for-service Medicare have private, supplemental health plans.

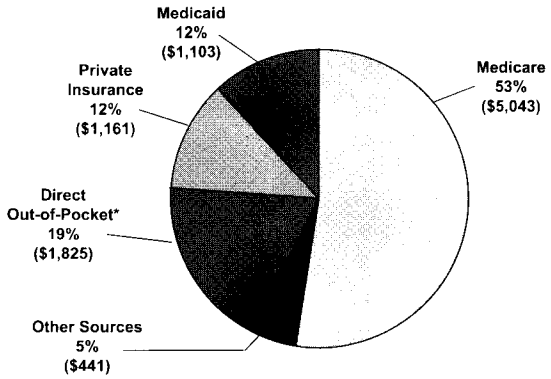


Note: Medicaid (shown above) includes both Qualified Medicare Beneficiaries (QMBs) and Specified Low-Income Medicare Beneficiaries (SLMBs).

Source: CMS, Office of Research, Development, and Information: Data From the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) 2000 Access to Care File.

Sources of Payment for Medicare Beneficiaries' Medical Services, 1999

Medicare pays a little more than half of the total cost of beneficiaries' medical care.



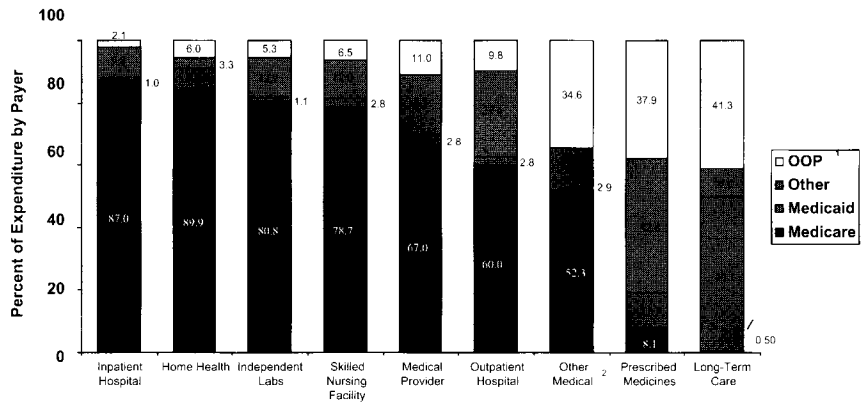
Overall Medical Expenses per Medicare Beneficiary = $9,573

*Beneficiary out-of-pocket spending does not include their payments for Medicare Part B premiums, private insurance premiums, or HMO premiums.
Note: Data are for all beneficiaries, both fee-for-service and Medicare+Choice enrollees.

Source: CMS, Office of Research, Development, and Information: Data From the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) 1999 Cost and Use File.

Sources of Payment for Medicare Beneficiaries, by Type of Service, 1999

Medicare pays a large proportion of the total expenses of services it covers.

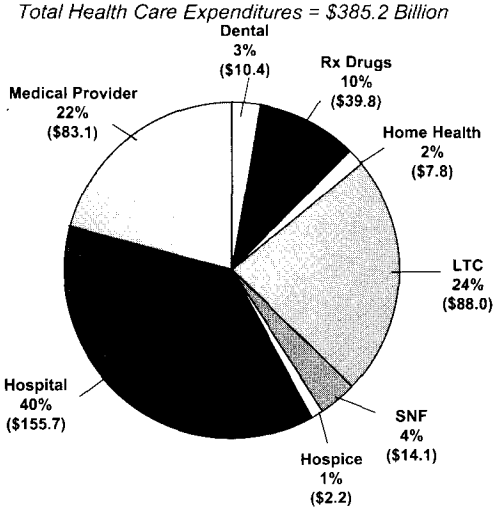


[1] OOP is out-of-pocket.
[2] Other Medical includes things such as hospice and durable medical equipment.

Source: CMS, Office of Research, Development, and Information: Data from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS), 1999 Cost and Use File.

Total Health Care Expenditures for Medicare Beneficiaries, 1999

Total Health Care Expenditures = $385.2 Billion



Note: Premium payments are excluded. LTC is long-term care. SNF is skilled nursing facility.

Source: CMS, Office of Research, Development, and Information: Data from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) 1999 Cost and Use File.

HEALTHWAYS



The Healthways Embrace

Managing Chronic Disease in the Senior Population: Healthways Medicare Health Support Programs

Scott J. Sivik
Vice President

Medicare Health Support Symposium
Tokyo, Japan

27th January 2006

Healthways Corporate Overview

- Founded 1981 and publicly traded (NASDAQ: AMHC)
- Listed in the top 20 on Fortune's overall list of fast growing US businesses and a Businessweek magazine top 100 growth company
- 9 Care Enhancement Centers, staffed by over 1,500 nurses and certified clinical professionals
- Hold all major US Disease Management accreditations
- Validated clinical and financial outcomes published in third party, peer reviewed journals
- All programs reviewed in partnership with Johns Hopkins School of Medicine

Reviewed and approved by JOHNS HOPKINS

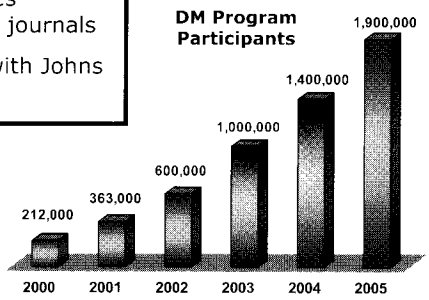
Milliman Global
Consultants and Actuaries

ERNST & YOUNG
FROM THOUGHT TO FINISH.





URAC



Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

2

Healthways Experience

- Largest and most experienced US Disease Management company
- Provider of comprehensive Disease Management programs to large insurers, employers and the US government (CMS)
- Over 20 years of experience and the pioneer of High Risk Case Management and Disease Management
- Proven results in reducing hospital bed days, admissions, emergency department utilization and total medical costs
- Leader in implementing large-scale, culturally adaptive and customized DM programs across large geographies
- Managing nearly 2 million patients on a daily basis, returning more than $1 Billion in cost savings to customers
- Industry leading technology and training systems

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Healthways Total Population Health Support and Condition Management Platform

Current Product Offering	*Products/Tools in Design*	*Products/Tools in R&D*
Health Support My Health IQ **Condition Management** Diabetes CAD Heart Failure COPD Asthma CKD/ESRD Depression Oncology Impact Conditions • *Acid Related Disorders* • *Atrial Fibrillation* • *Decubitus Ulcer* • *Fibromyalgia* • *Hepatitis C* • *Inflammatory Bowel Disease* • *Irritable Bowel Syndrome* • *Low Back Pain* • *Osteoarthritis* • *Osteoporosis* • *Urinary Incontinence* **Advanced Care Management** Status One	**Health Support** 24 Hour Advice Line Lifestyle Interventions: • Exercise Management • Smoking Cessation • Weight Management • Exercise Management • Stress Management • Depression Management • Medication Adherence – Lipid Lowering Adherence – Anti-hypertensive Adherence **Condition Management** Comprehensive Back Pain CKD **Tools/Platforms** Advanced Predictive Modeling Savard System	**Condition Management** Metabolic Syndrome **Advanced Care Management** Short Term Disability Care Management Long Term Care Management **Tools/Platforms** Consumer Directed Policy Support Advocacy Medication therapy management Physician Integration: Pay-for-Performance Remote Patient Monitoring PATH Profiling Member Portals

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

HEALTHWAYS

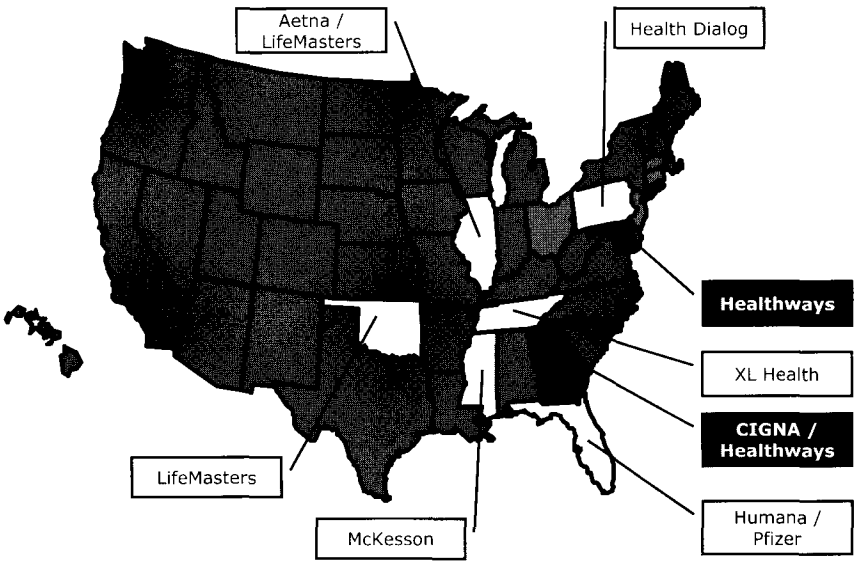


The Medicare Chronic Care Improvement Pilots:

Medicare Health Support

5

Healthways is Participating in Two of Eight MHS Pilots



Proprietary & Confidential
2006 Healthways, Inc. All rights reserved

6

Healthways MHS Pilot 1: State of Maryland and District of Columbia

State of Maryland and the District of Columbia

- Program managed by Healthways
- Start date Aug 1, 2005

General Population Demographics:

- Intervention group size – 20,786, Control Group approx 10,000
- 50/50 Gender,
- 12% <65yo, 31% > 80 years old, mean age 75
- 20.3% have Heart Failure alone
- 59% have high risk Diabetes alone (HCC >1.35)
- 20.7% have both HF and Diabetes
- On avg. they have seen over 6 physicians in past year

- On avg. take over 10 Rx meds
- On avg. they have over 5 coded co-morbidities
- They spent on average 11 days in the hospital or SNF last year
- A high acuity patient with Heart Failure spends on average over 35 days in the hospital or SNF each year
- Approximately 1.5% die each month, or 5-6 per day

Demographics in Long Term Care (LTC) Facilities:

- 558 Patients in Long Term Care
- 66% are Female
- 49% > 80 years old
- Almost 66% have Heart Failure

- On average they spent 58 days in a hospital or SNF last year
- Only 4% are in Hospice when they die
- ALOS in Hospice < 4 days

Proprietary & Confidential
2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Healthways MHS Pilot 2: State of Georgia

State of Georgia

- Program managed by in partnership with CIGNA Healthcare
- Start date Sept 12, 2005

General Population Demographics:

- Intervention group size – 21,373
- Control Group approx 10,000
- 50/50 Gender,
- 16% <65yo, 26% > 80 years old, mean age 75

- On avg. they have over 5 coded co-morbidities
- On average they spent 10 days in a hospital or SNF last year
- 19% have Heart Failure alone
- 21% have HF and Diabetes
- 60% have high risk Diabetes alone, (HCC >1.35)

Demographics in Long Term Care (LTC) Facilities:

- 539 patients in Long Term Care
- 67% are female
- 48% > 80 years old

- On average they spent 54 days in a hospital or SNF last year
- Readmission rates are 2-3X rest of population

Proprietary & Confidential
2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Key Program Features

- Voluntary
- Participants must enroll in the program (no automatic participation)
- No charge for participants
- Supportive, not restrictive
- Not a substitute for current care

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Expected Results

- Improved health and quality of life
- Lower average Medicare costs
- Reduced complications, emergencies and hospital admissions
- Increased adherence to evidence-based care guidelines
- Better coordination of care through use of new health information and communication technologies



Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

HEALTHWAYS



The Healthways Embrace

Healthways MHS Program Components

Healthways Follows 3 Guiding Principals

1 *The fundamental* interaction in health care is between the patient and his or her physician. Everything else in the health care system exists solely for the purpose of improving the value of that interaction.

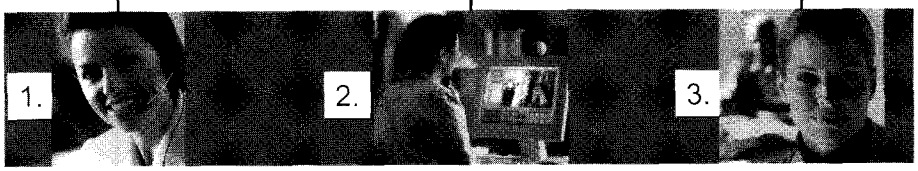
2 The best way to reduce costs is to improve health. The best way to improve health is to change behavior.

3 Building trusting relationships is essential for outcomes improvement – it is about people, not their disease. In order to create change, you must establish unconditional credibility and positive intent.

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Integrated Care Management is at the Heart of the Program





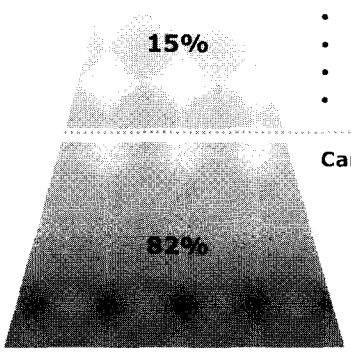
Call centers staffed by empathetic and highly skilled nurses

Utilizing proprietary clinical and IT tools to help patients and doctors adhere to standards of care

Community-based nurses work face to face with patients and physicians to insure best outcomes

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

AMHC MHS - Three Levels of Intervention



Long Term Care Management: 3% of Patients

- Face-to-Face in NHs, RNs and Geriatric NPs
- End-of-Life Planning, Pain & Palliative Care, Hospice
- Early detection of potentially reversible causes of hosp admissions

Intensive Case Management: 15% of Patients

- Telephonic and Face to Face, RNs and Geriatric NPs
- High risk for hospitalization
- Coordination with physicians
- Coordinate community resources

Care Enhancement: 82% of Patients

- Telephonic and Face to Face, RNs and Geriatric NPs
- Telephonic, RNs
- Outbound scheduled calls
- Geriatric Assessments (Safety, cognitive, depression, prognosis)
- Improve adherence to physician care plan
- Patient empowerment

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Healthways MHS Program Goals and Intentions

Care Enhancement	Intensive Case Management	Long Term Care (Custodial Care)
Prevent or Slow Rate of Disease Progression	Prevent Imminent Hospitalization and Facilitate Preparation of Advance Directives	Maintain Dignity, Independence, Higher Quality of Life
Encourage Advance Directives	Coordinate Care and Enhance Communication	Advocate for patient and Prepare for End-of-Life
Promote Self-Management	Intervene on patient's Behalf and Move Back Towards Self-Reliance	Avoid Preventable, Perhaps Wasteful, Hospitalizations

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Summary of Primary Differences from Healthways' Commercial DM Programs

- Voluntary participation – patients must enroll in the program (no automatic participation)
- Program clinical and financial outcomes to be measured using a Randomized Control Trial (RCT) methodology, rather than using performance against trend
- More frequent telephonic contact with program participants
- Coordination of care for participants in Long Term Care facilities
- Introduction of enhanced medications management in partnership with excelleRx

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Senior-specific Components of the Healthways MHS Program



- Senior Assessment
  - Cognitive screen
  - Senior depression screen
  - Safety screen
  - Prognostic indicator
  - High risk for hospitalization indicator
- Enhanced EOL/Pain & Palliative Care/Hospice Module
- Institutionalized patient Program
- Face to Face Intensive Case Management
- Enhanced Medication Management (in partnership with excelleRx)
- Enhanced Use of Community Resources
- Outreach and Consent Program

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved
17

Additional Monitoring of Medications Management

- **Ensure adherence and compliance to prescribed drug regimen:** non-adherence to drug regimen is a leading cause of hospitalizations for those with CHF
- **Ensure right drug, right dose, right frequency, etc.:** 76% of the elderly had a discrepancy between their recorded prescription and what they are actually taking
- **Reduce adverse drug events:** 12.5% of elderly receive the wrong drug. Cardiovascular drugs, diuretics, analgesics, hypoglycemic agents and anticoagulants represent the most common medication categories with errors
- **Avoid costly care:** appropriate use of medications coupled with compliance adherence monitoring results in decreased Emergency Room visits, reduced Hospitalizations and avoided Re-hospitalizations



Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved
18

What Does the Participant Receive?

- **Telephonic Interventions – Frequent, ongoing calls with patients by empathetic nurses and dietitians**
  - Welcome Calls
  - Frequent Care Calls Based on Patient Stratification
  - Standard of Care Reminder Calls
  - General Health Assessment
  - Condition Specific Assessment
  - Depression Screening
  - Quality of Life Survey



- **Mail-Based Interventions – Frequent Education Materials**
  - Quarterly Newsletters
  - Reminder Mailings
  - Numerous Educational Materials



- **Web-Based Interventions**
  - Education and Information

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

Telephonic Interventions

Care Calls may focus on some or all of the following topics:

- Readiness for change
- Disease process, symptoms and early warning signs
- Medication regimen and adherence
- Self care and behavior change goals
- Self care skills
- Lifestyles changes, dietary guidelines, stress management, physical activity
- Action plans based on member's personal best values

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved

HEALTHWAYS



The Healthways Embrace

Technology Platforms

State of the Art Technology Platform

POPULATIONWORKS℠ HEALTH MANAGEMENT SYSTEM
Our proprietary clinical platform used to manage patients

MMIQ℠ PREDICTIVE MODELING
Proprietary predictive modeling and patient stratification technology



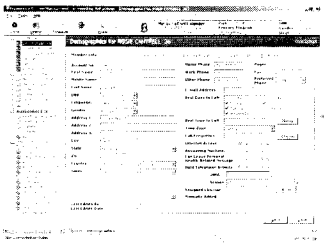
CARESTEPS℠ PATIENT EDUCATION AND ASSESSMENT
Patient health assessment and education tools online

CUPS℠ CLINICAL UTILIZATION and PHARMACY SYSTEM
Care records repository and analytical engine to identify and stratify populations

© 2006 Healthways Inc. All rights reserved
Proprietary & Confidential

Call Center Technology Platform

PopWorks Clinical Software



COUPLED WITH

Telephone Solution



DATA IN-FLOWS

- Medical History
- Medications
- Home Monitor Data
- Lab Values
- Diagnoses
- Nurse Notes
- Standard of Care Data
- Physician Notes
- Self-care Goals
- Stratification

TELEPHONY

- Predictive Dialing
- Automatic Switching
- Supports Voice over IP
- Single Point of Control

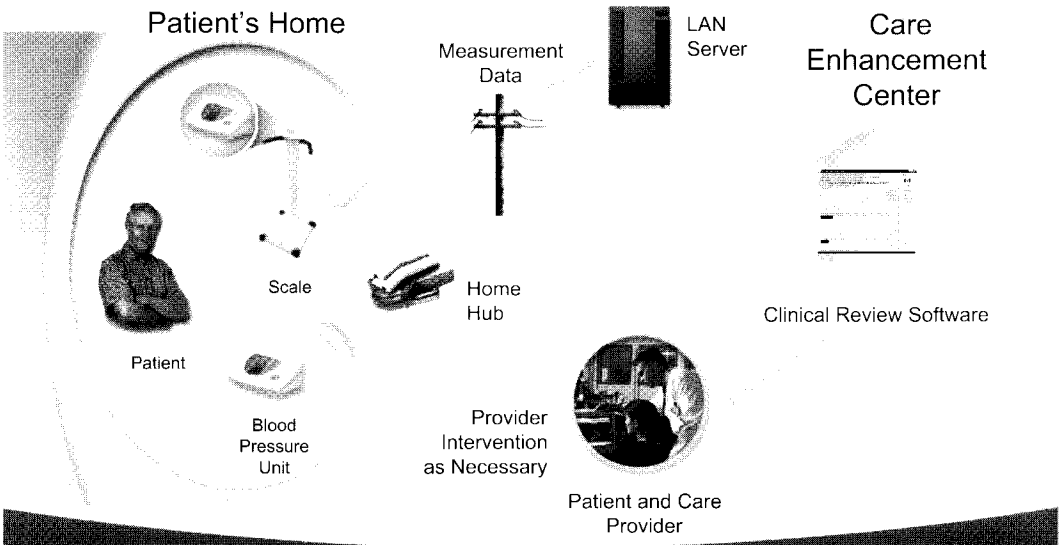
Proprietary & Confidential
2006 Healthways Inc. All rights reserved

PopWorks Highlights

- **Expert System**
  - Medical evidence and expert opinion to guide assessment and interventions
  - Designed to be flexible, supports rapid modification for custom program delivery
- **Effective**
  - Produces highly personalized care plans
  - Suggests priority for accomplishing clinical progress
- **Efficient**
  - Designed to scale for the management of millions of patients
  - Easy to use interface

Proprietary & Confidential
2006 Healthways Inc. All rights reserved

Home Monitoring Overview



Let's make things better. PHILIPS

25

HEALTHWAYS



The Healthways Embrace

Closing Remarks

26

Major Challenges

1. Designing the program, identifying critical partners and making appropriate changes to systems (IT, training, etc) at critical points of integration

   Critical Success Factors: A dedicated multi-disciplinary (clinical, social care, IT, training, etc) project team, and a rigorous application of project management techniques and processes.

2. Developing of a successful patient enrollment program that has delivered participation rates in excess of 90%

   Critical Success Factors: Work with leading experts to create archetypes and target customized communications. Most importantly, effective execution and continuous improvement of processes.

3. Working on a new level of partnership with long-time Healthways customer CIGNA Healthcare

   Critical Success Factors: Utilize a highly collaborative approach, constant communication and a well defined process for quickly resolving differences in approach or philosophy.

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved
27

Results to Date – State of Maryland and District of Columbia

- As of 12/31/2005 – 22 weeks post go live
  - Contacted over 16,500 patients – over 87% of population
  - Over 94% have agreed to participate
  - Less then 5% have declined participation
  - Over 13,000 have had a senior assessment completed
  - Over 10,000 have had their pharmacy module completed
    - Over 5,000 have had high or medium issues identified
    - Over 250 physicians have been communicated to by PharmD concerning very high risk medication issues
  - Visited over 520 patients in LTC facilities

- Between June of 05 and 12/31/05
  - Over 2,000 physicians & offices visited representing >14,000 patients
  - Predominately positive response to date

Proprietary & Confidential
© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved
28

Results to Date – CIGNA Program – Northern Georgia

- As of 12/31/2005 – 16 weeks post go live
  - Contacted over 15,000 patients – over 82% of population
  - Over 93% have agreed to participate
  - Less then 5% have declined participation
  - Over 11,000 have had a senior assessment completed
  - Over 8,000 have had their pharmacy module completed
  - Visited over 480 patients in LTC facilities
- Between August of 05 and 12/31/05
  - Over 500 physicians & offices visited representing >5,000 patients
  - Predominately positive response to date

© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved Proprietary & Confidential

HEALTHWAYS

She had lost 14 pounds in the past month and blood glucose had gone from 150 to 280. I gave her several dietary recommendations and urged her to call her physician. She had an appointment with the physician yesterday, and he ordered a thyroid test. In our earlier call, she told me about her food intolerances and we discussed how she can add calories to her diet without adversely affecting her glucose or cholesterol.

--Jan Murphy, RD



© 2006 Healthways, Inc. All rights reserved Proprietary & Confidential

HEALTHWAYS

...he complained of swelling in his legs and said he was unable to wear socks. He also mentioned that his dose of aspirin was recently increased, and he was experiencing some bruising. I advised him to call his physician ASAP. During a follow-up call, he told me he had contacted his doctor and the doctor reduced his aspirin dose and put him on Lasix.

--Janice Murphy RD



Proprietary & Confidential
2006 Healthways, Inc. All rights reserved

HEALTHWAYS

Since we spoke with him about portion control and diabetes meal planning, patient has lost 10 pounds and has not needed as much insulin. MD is reducing insulin dose.

--Suzanne Breckenridge, RD



Proprietary & Confidential
2006 Healthways, Inc. All rights reserved

HEALTHWAYS



The Healthways Embrace

Questions

33

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC



The Case for Medicare Health Support

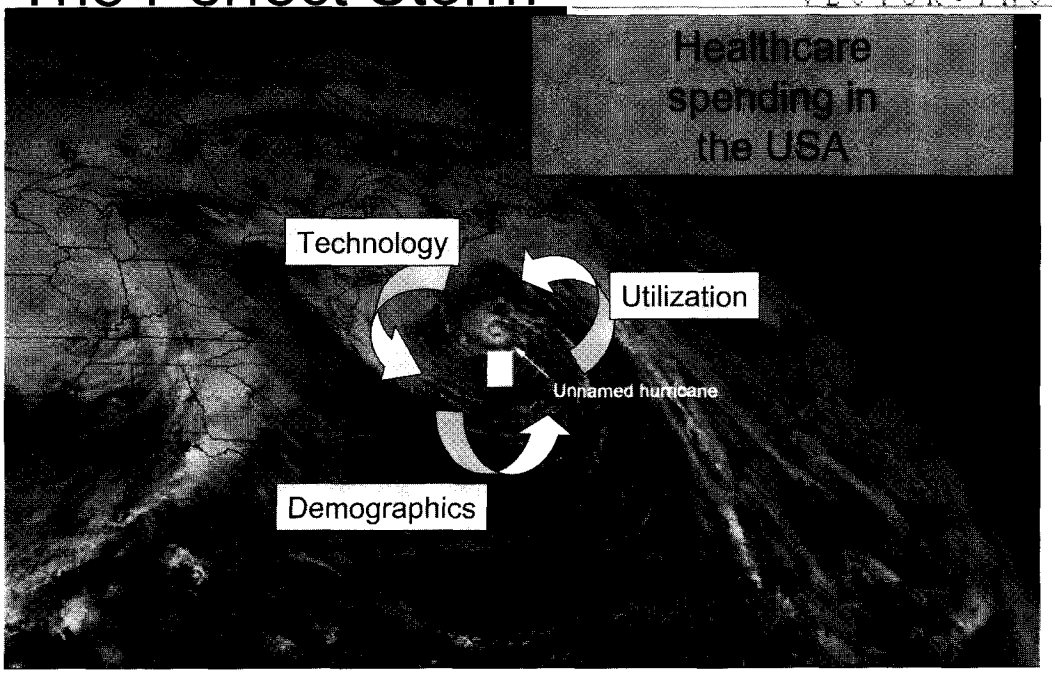
Tokyo, Japan
January 27, 2006

Victor G. Villagra, MD
President
Health & Technology Vector, Inc.

1

The Perfect Storm

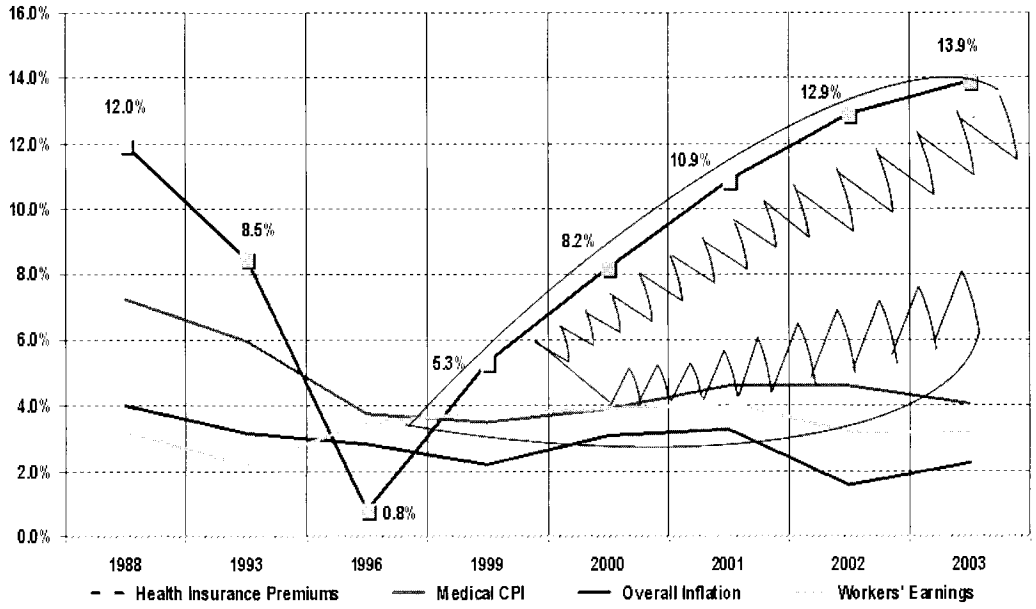
HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC



2

The Perfect Storm

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC



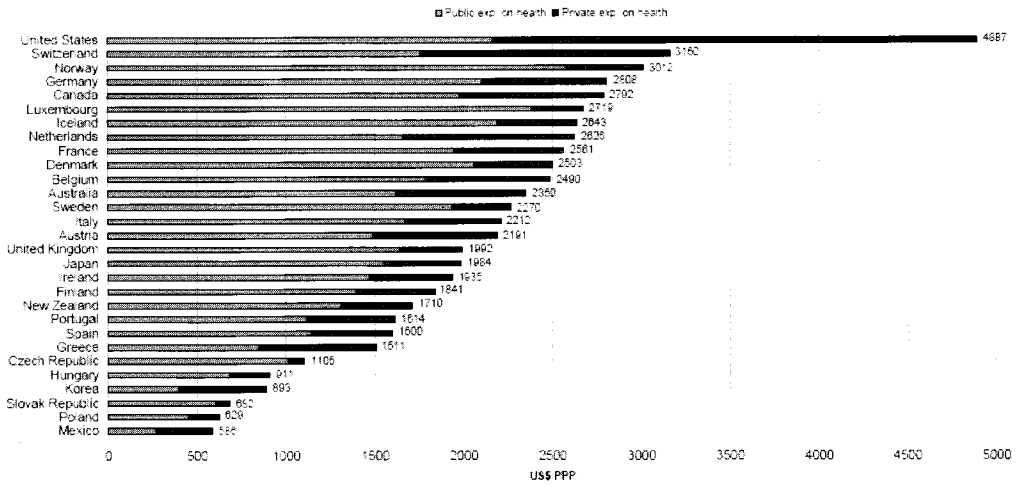
3

Source: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits; 2003. Dental work by Arnie Milstein, MD.
Note: Data on premium increases reflect the cost of health insurance premiums for a family of four.

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC

Comparative Health Care Costs

Chart 1: Health expenditure per capita, US$ PPP, 2001



Notes
Australia, Japan, Korea, Luxembourg and Switzerland: 2000
Purchasing power parities (PPPs) provide a means of comparing spending between countries on a common base. PPPs are the rates of currency conversion that equalise the cost of a given 'basket' of goods and services in different countries.

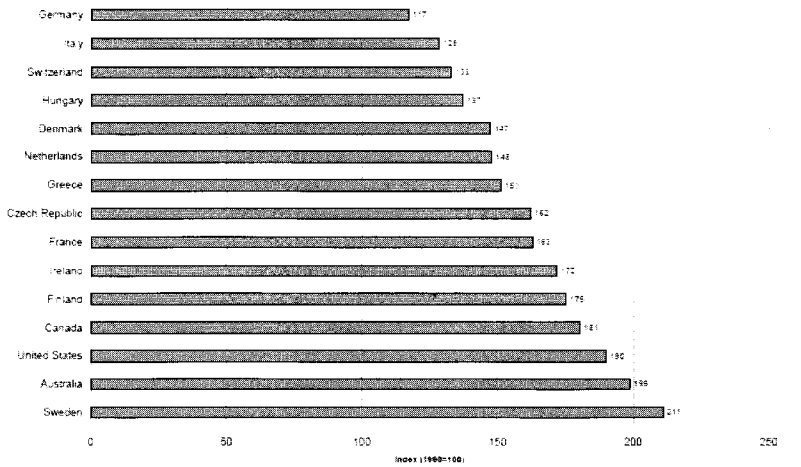
4

Source: http://www.oecd.org/dataoecd/10/20/2789777.pdf

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Comparative Health Care Costs

Chart 2: Growth in pharmaceutical expenditure per capita, in real terms, 1990-2001 (1990=100)

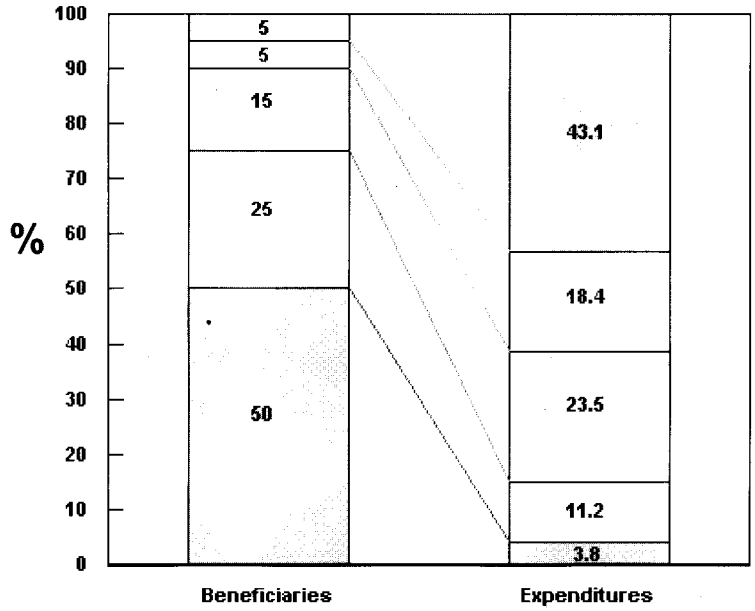


Notes:
Australia and Switzerland: 1990-2000
Hungary: 1991-2001; Germany 1992-2001
Growth in pharmaceutical spending is calculated based on 1995 GDP constant prices.

Source:
http://www.oecd.org/dataoecd/10/20/2789777.pdf

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

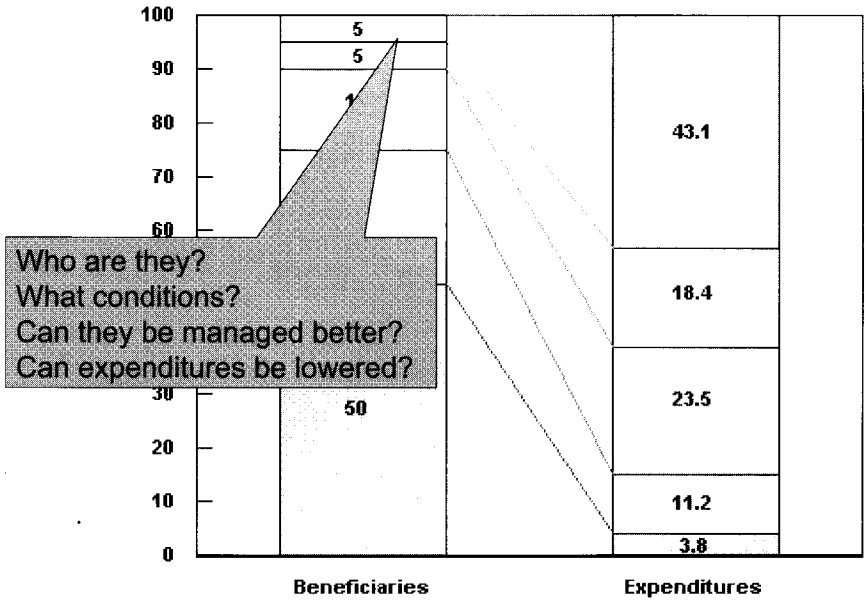
Concentration of Total Annual Health Care Expenditure Among Medicare Beneficiaries- 2001



Source: Congressional Budget Office

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Concentration of Total Annual Health Care Expenditure Among Medicare Beneficiaries- 2001



7

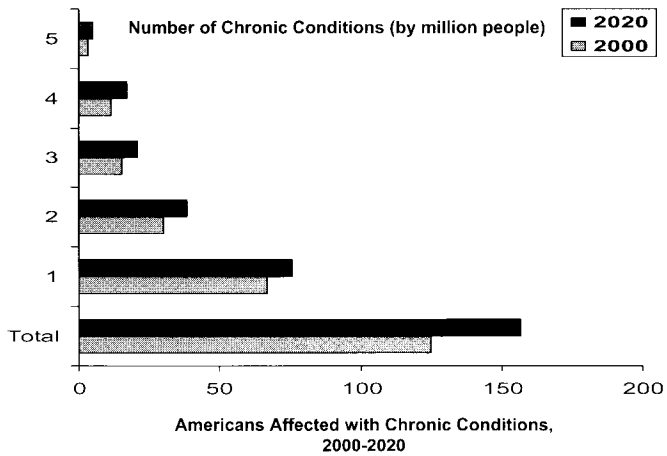
Source: Congressional Budget Office

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Chronic Diseases: A Growing National Concern

125 million Americans lives with some type of chronic condition, defined as a condition which lasts a year or longer, limits what one can do and may require ongoing care.

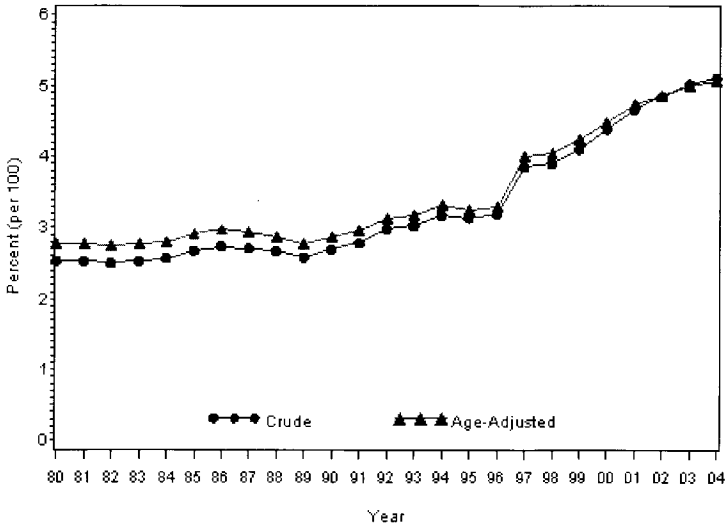
-John Hopkins University and The Robert Woods Johnson Foundation



Americans Affected with Chronic Conditions, 2000-2020

8

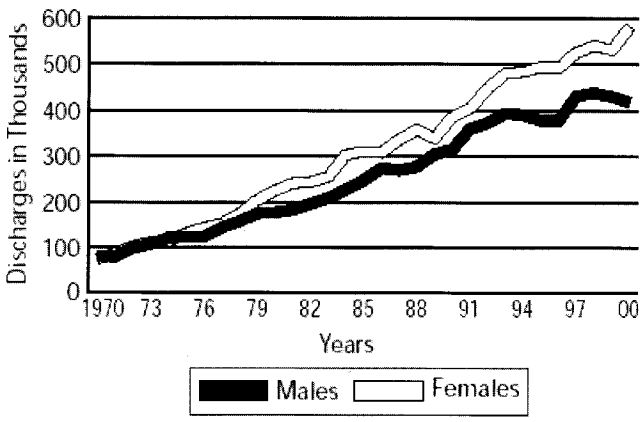
Crude and Age-Adjusted Prevalence of Diagnosed Diabetes per 100 Population, United States, 1980–2004



Source:http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/prev/national/figage.htm 9

Hospital Discharges for Congestive Heart Failure by Sex

United States: 1970-2000



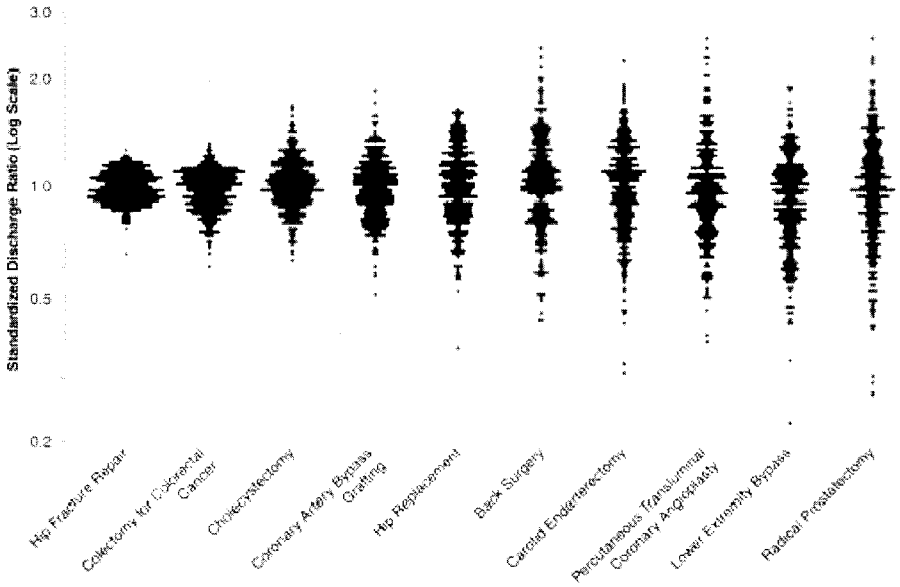
Note: Hospital discharges include people both living and dead.

Source: CDC/NCHS.

10

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Variations in Care

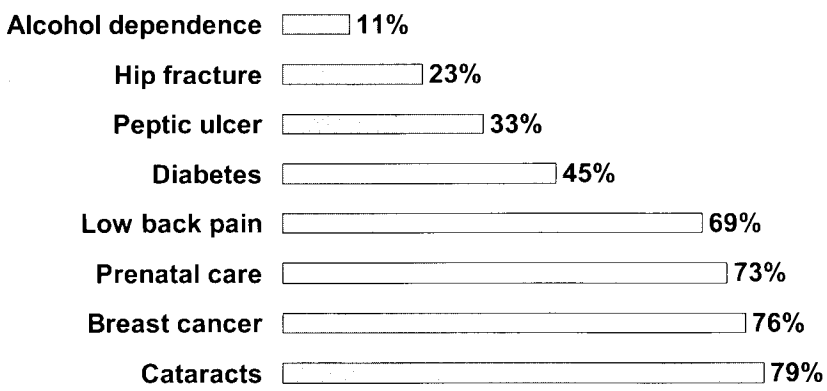


Source: www.dartmouthatlas.org

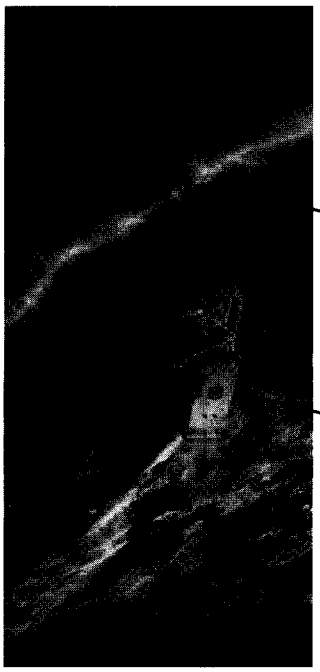
HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

The Quality Imperative

Doctors provide appropriate health care only about half the time (E.McGlynn, et al., NEJM, 2003)



HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR•INC

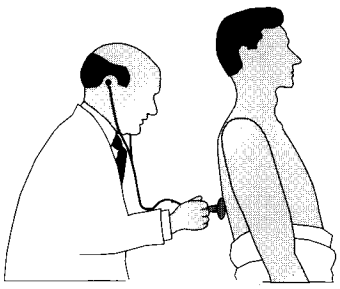


Capacity of the OP Delivery System

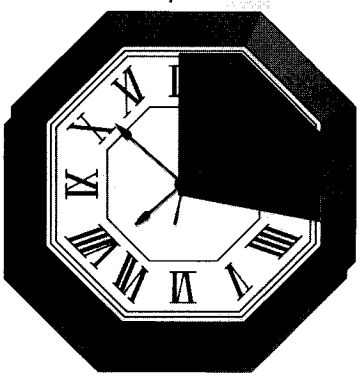
Baby-boomers coming of age

Overwhelmed delivery system devoted to caring for the chronically ill

13



DM
CHF
COPD
Depression



HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR•INC

A Typical Office Visit

- Greeting/inspection
- Brief update on issues discussed at last app.
- New symptoms
- Limited Review of Systems

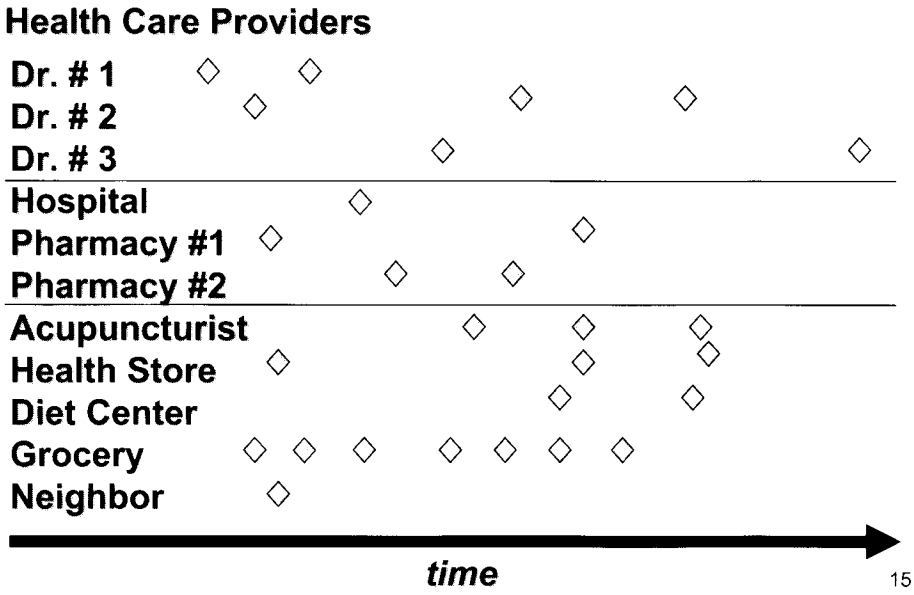
- Focused physical exam:
  - Skin
  - CV
  - Retinal
  - Neurologic
  - Peripheral vascular

- Rx refills or adjustments dose/frequency
- Patient education
  - Smoking cessation
  - Nutrition
  - Exercise

14

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

The Actual Patient Experience?

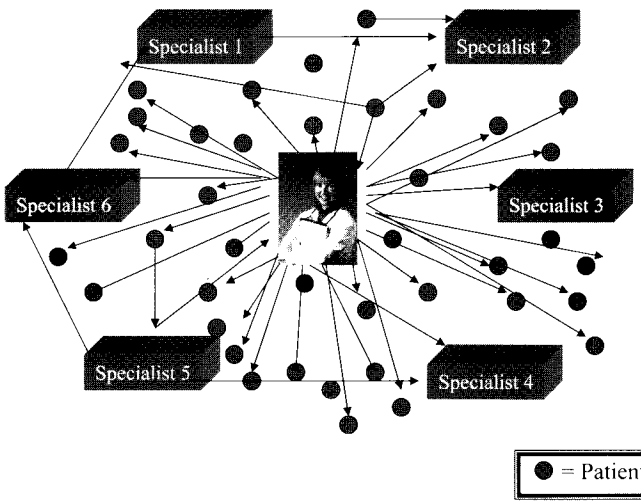


15

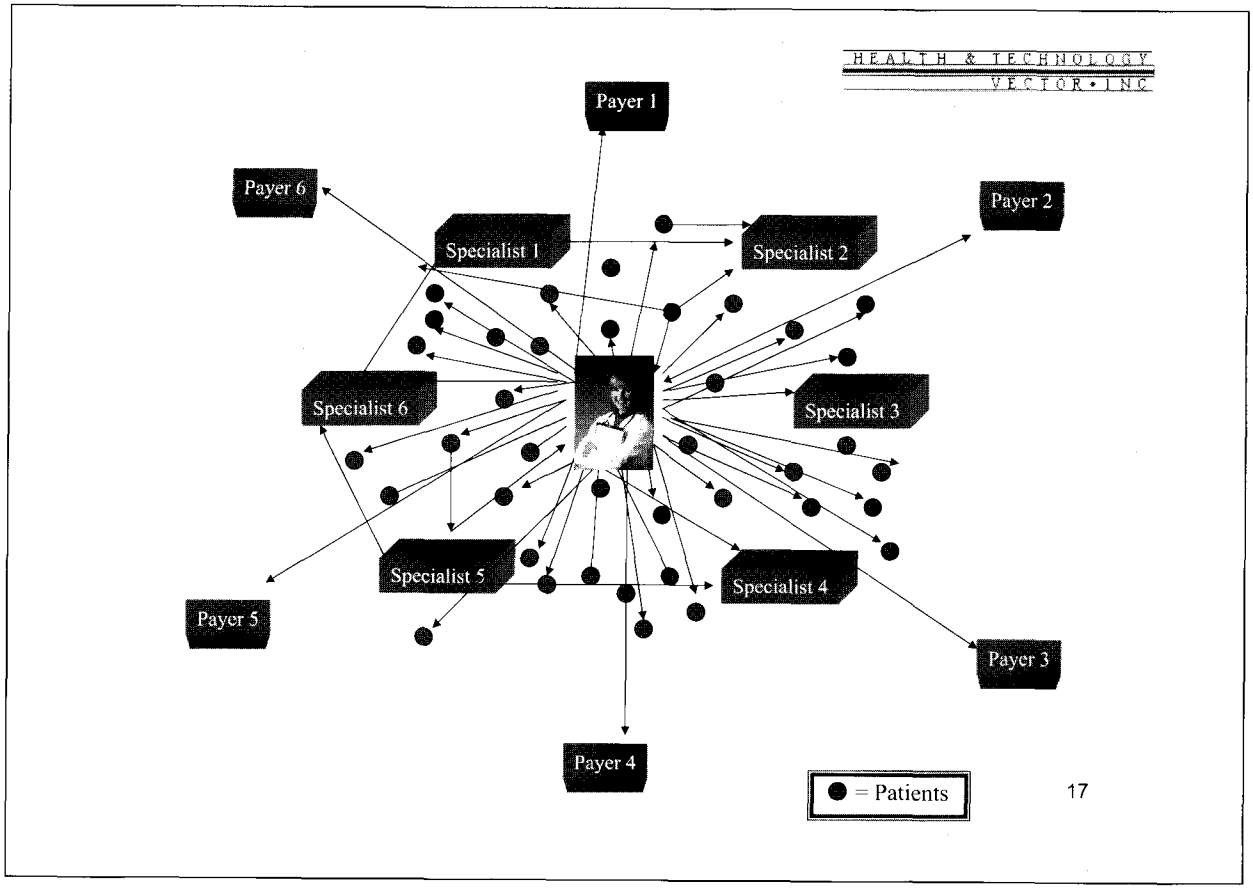
Source: Dr. J.K. Jones, The Degge Group, Ltd.

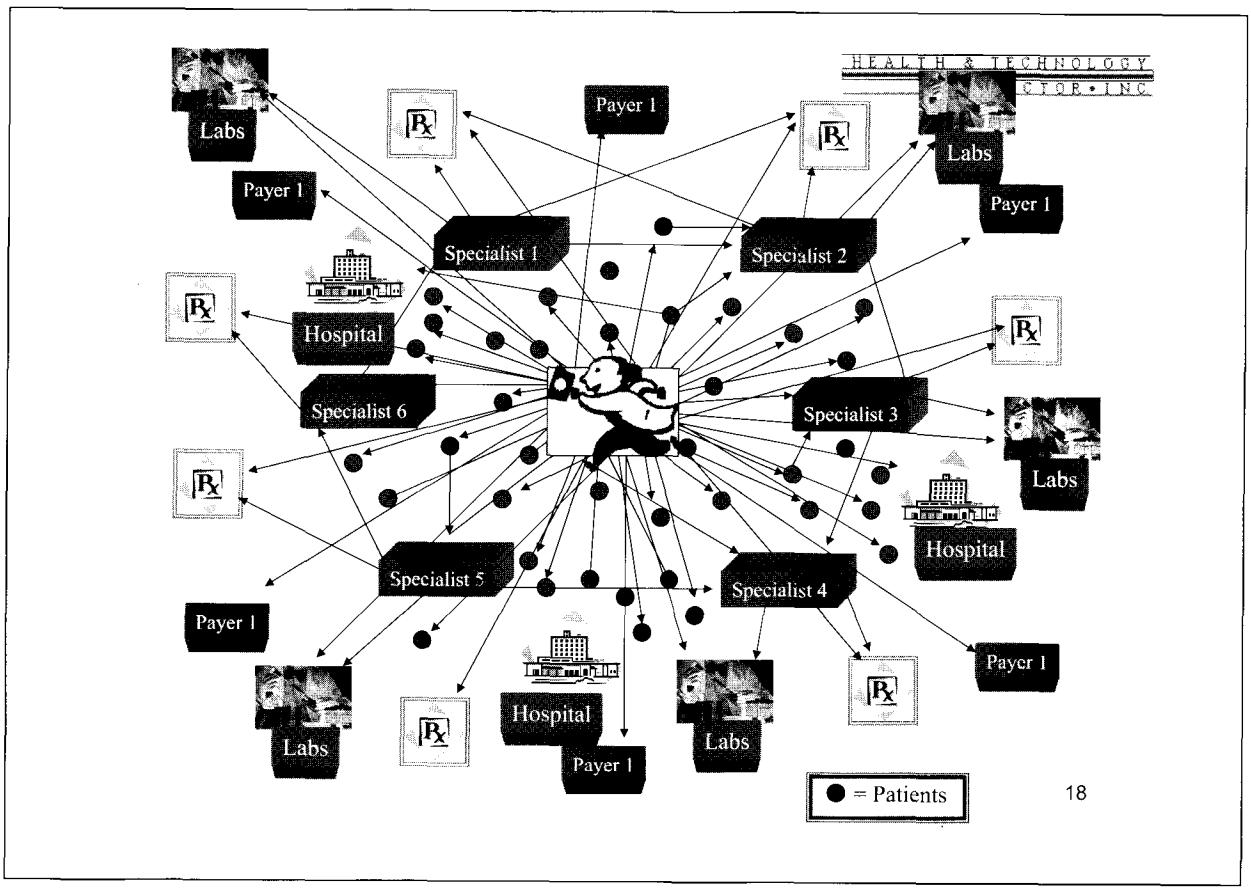
HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

The Care Coordinator: The Primary Care Physician



16


HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC
Payer 1
Payer 2
Payer 3
Payer 4
Payer 5
Payer 6
Specialist 1
Specialist 2
Specialist 3
Specialist 4
Specialist 5
Specialist 6
= Patients
17


HEALTH & TECHNOLOGY
CTOR • INC
Payer 1
Payer 1
Payer 1
Payer 1
Payer 1
Payer 1
Specialist 1
Specialist 2
Specialist 3
Specialist 4
Specialist 5
Specialist 6
Hospital
Hospital
Hospital
Labs
Labs
Labs
Labs
= Patients
18

The Complex Role of Primary Care Physicians

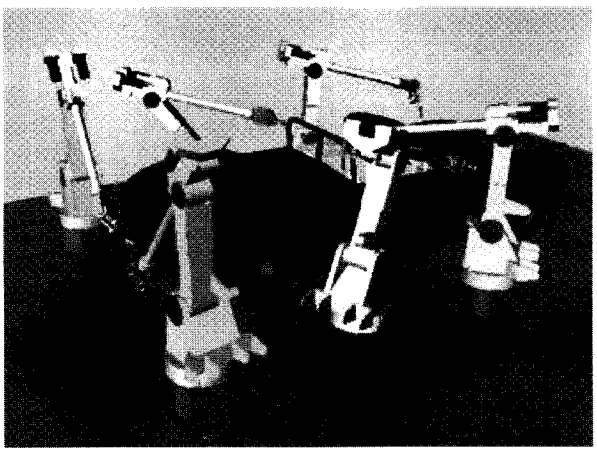
- Delivery Primary Care.....
- Coordination of Care.....

a) No time
b) No data
c) No information systems
d) No mass communication infrastructure
e) Limited decision support
f) No reimbursement

19

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Physicians and nurses cannot do it alone



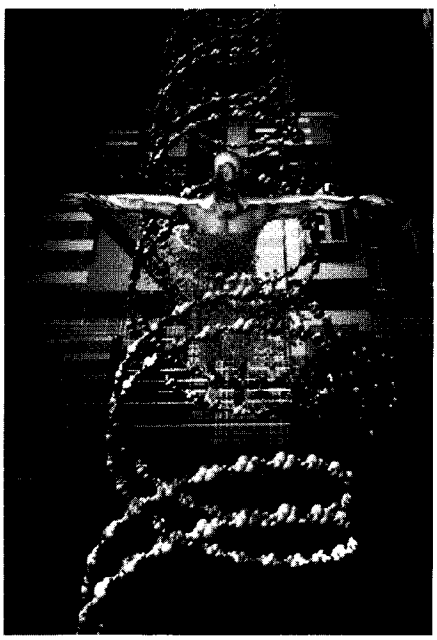
20

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

CARE COORDINATION AT A POPULATION LEVEL

ATTEMPTS TO COMBINE

- Practice Guidelines
- Primary and specialists
- Data
- CQI Principles
- Communication Technology
- Customer Service and
- Patient's Values



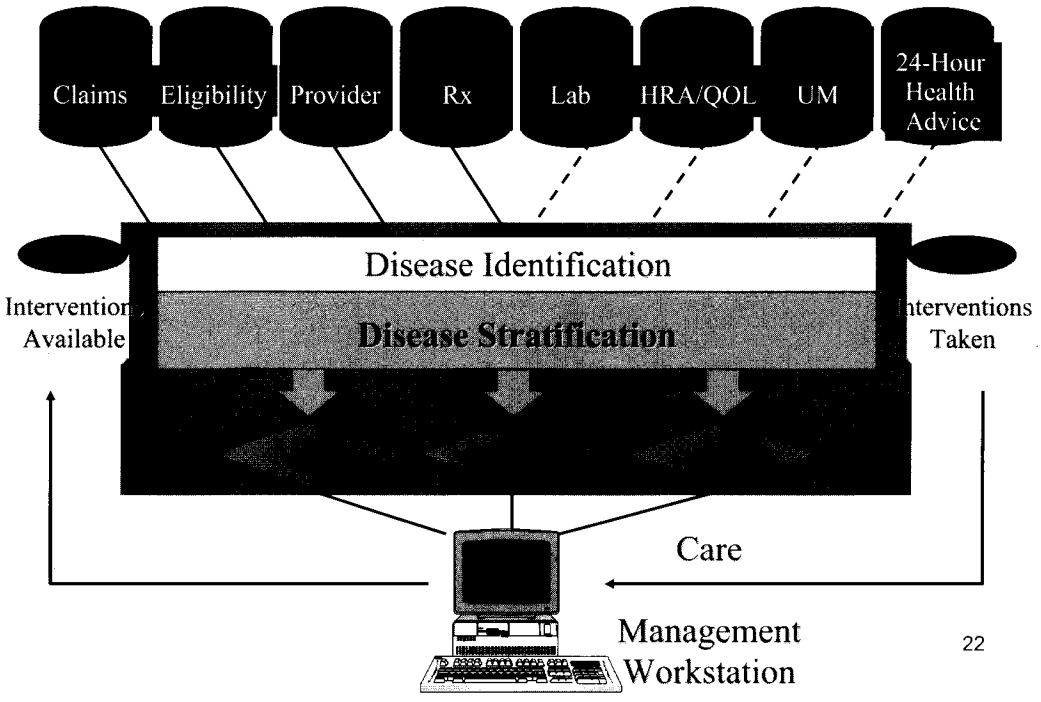
TO ACHIEVE

- Optimal health outcomes
- Consistently
- High satisfaction level
- For as many patients as possible
- Affordably

21

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

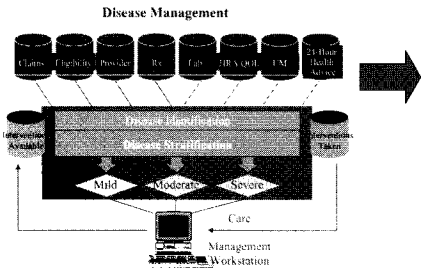
Disease Management



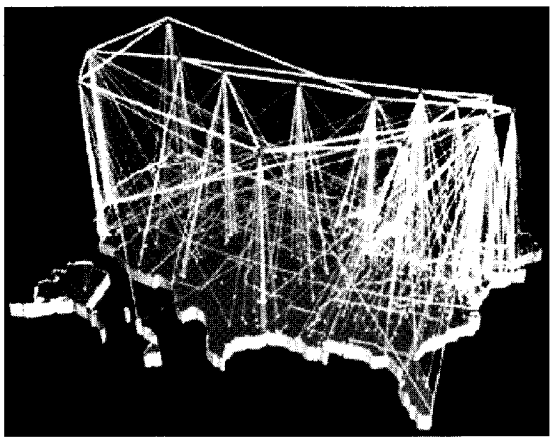
22

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR, INC

Member Engagement Infrastructure- CHF DM Program







Outbound Care Managers Call Centers

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR, INC

Interventions That Work

Telephonic interventions: 5 studies in CHF
Intensity/duration matters

Frequency or Intensity of Telephonic Interventions	Admissions /days	ER Use	Office Visit	Cost	References
8 calls over 2 years	-28%		-19%		JAMA 1992;267:1788-1793
13.6 calls over 6 mo.	-87%	-67%	-31%		Am J Cardiol 1997;79:58-63
16 hrs over 6 mo.	-26%	NC	NC	($1,000)	Arch Intern Med 2002;162:705-712
7.5 calls lasting 5.7 min.	NC				Eur Heart J 1998;19:1254-1260
1 call post discharge	14%				NEJM 1996;334:1441-1447

Riegel B Arch Intern Med. 2002 Mar 25;162(6):705-12.

Interventions That Work

Comprehensive Disease Management Interventions reduce Hospital admissions from 40-50%*

DM interventions invariably augment the effect of pharmacotherapy**

* Rich MW. J Card Fail. 1999 Mar;5(1):64-75.

** Riegel B:Arch Intern Med. 2002 Mar 25;162(6):705-12.

25

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Effectiveness Of A Disease Management Program For Patients With Diabetes

Testing the impact on health care quality, use, and spending shows that disease management has many positive effects.

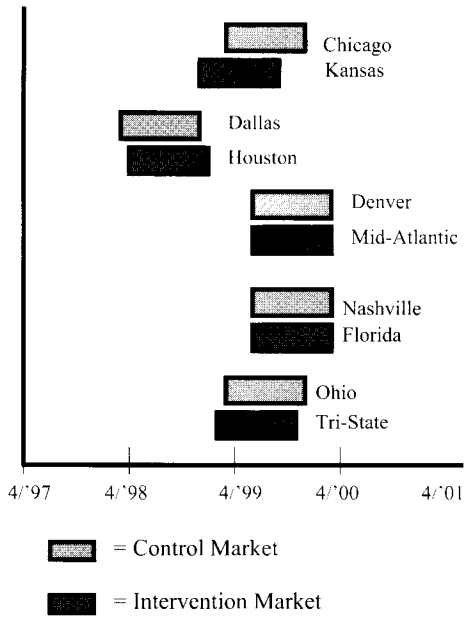
by Victor G. Villagra and Tamim Ahmed

ABSTRACT: Diabetes disease management programs (DDMPs) are proliferating, but their effectiveness in improving quality and mitigating health care spending has been difficult to measure. Using two quasi-experimental methods, this study analyzed the first-year results of a multistate DDMP for people with diabetes sponsored by a national managed care organization. In both analyses, overall cost of care were significantly lower in DDMP sites, and the payer saved more than it spent. Pharmacy costs showed mixed results. Quality scores in the DDMP sites were significantly better than in sites without the program.

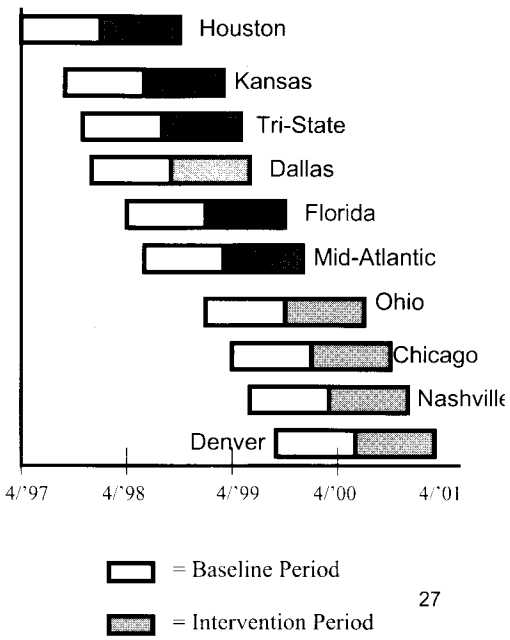
Health Affairs, July/August 2004 26

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR, INC

Parallel Group Comparisons



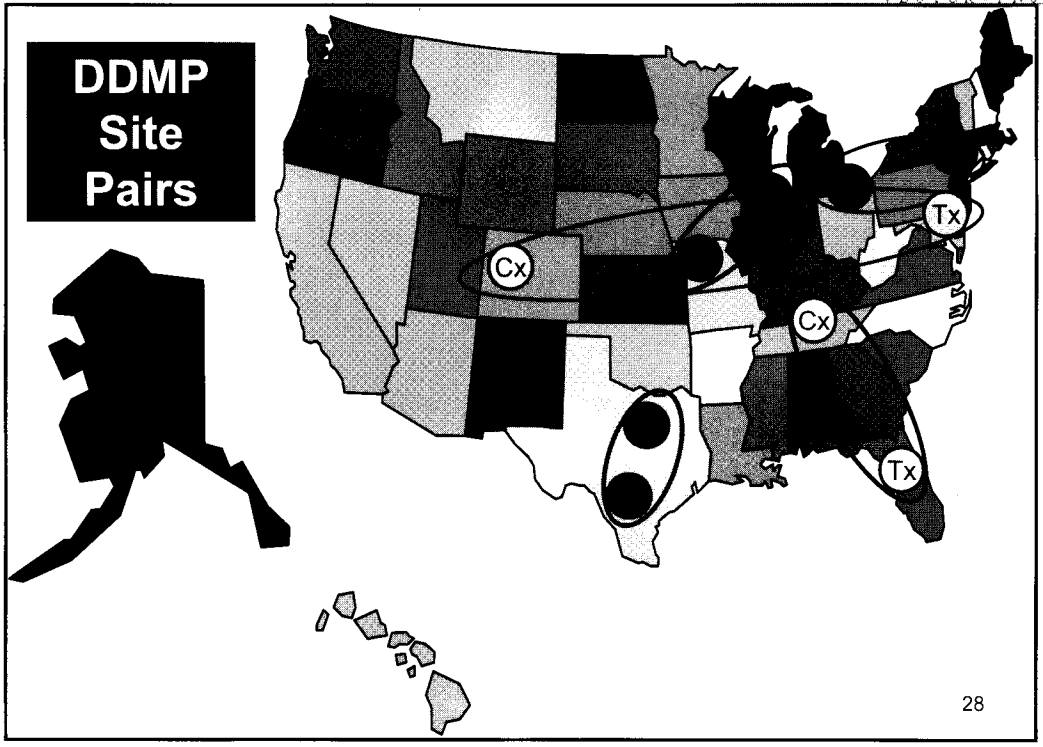
Pre-post Comparisons



27

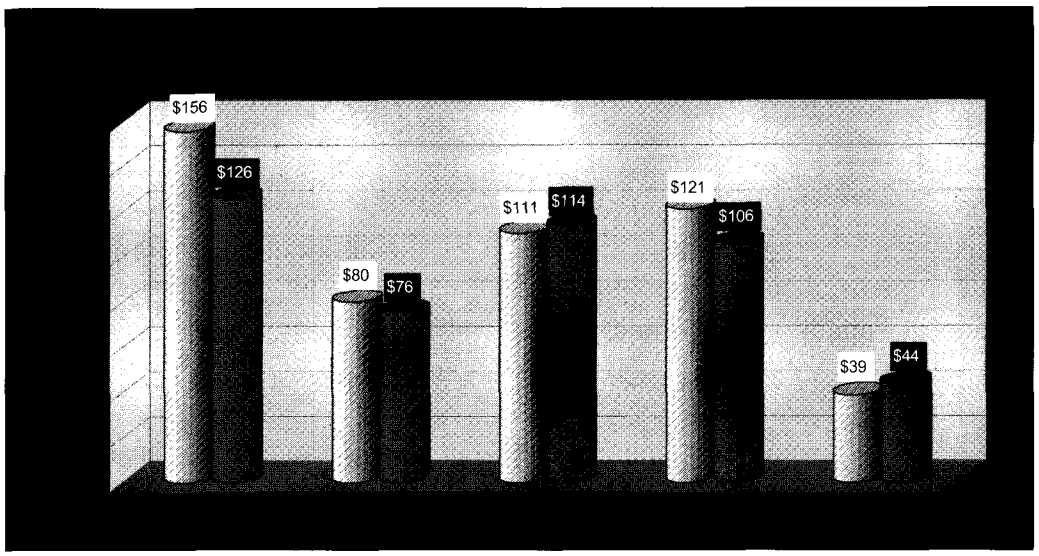
HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR, INC

DDMP Site Pairs



28

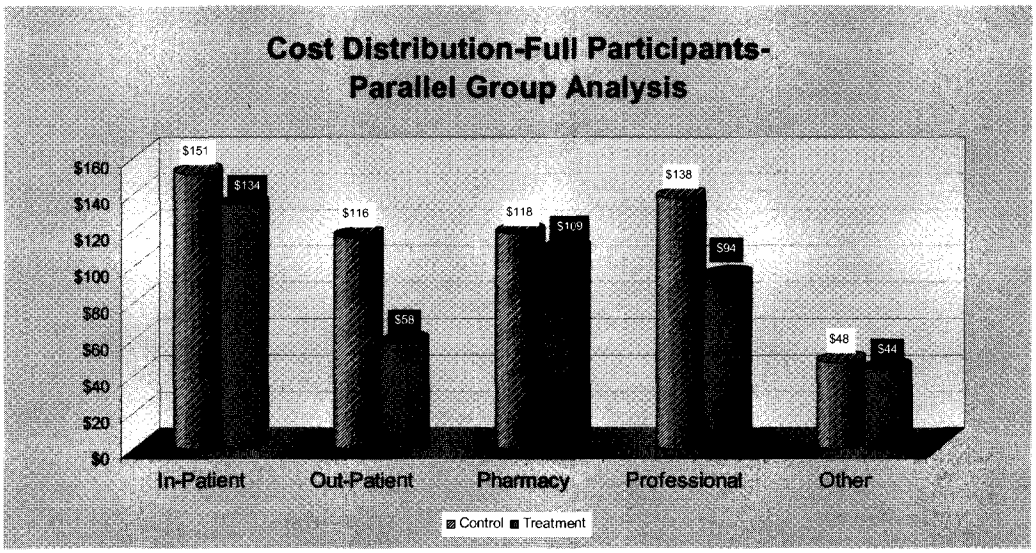
HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC



Results adjusted for age-sex and co-morbidity differences (ETG-ERG, Ingenix)

29

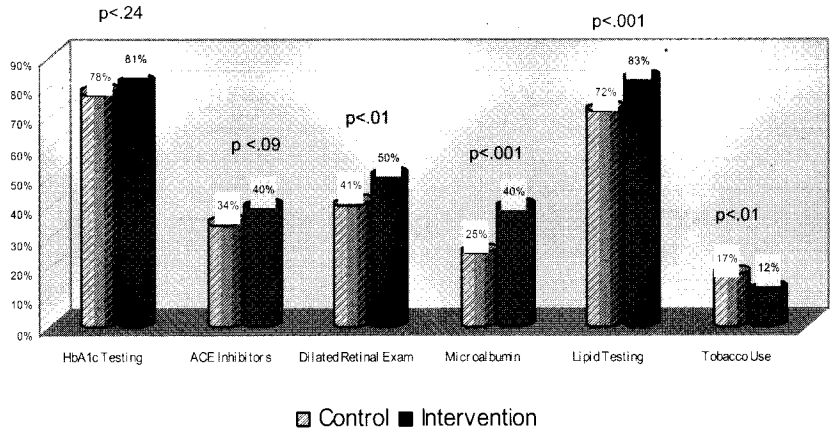
HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC



30

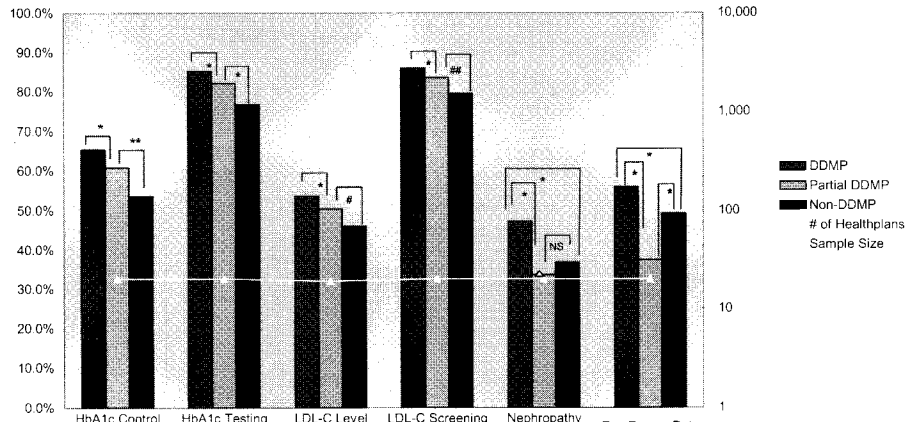
HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Quality Indicators - Full Participants - Parallel Group Analysis



HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

HEDIS Quality Indicators by Length of Program Exposure

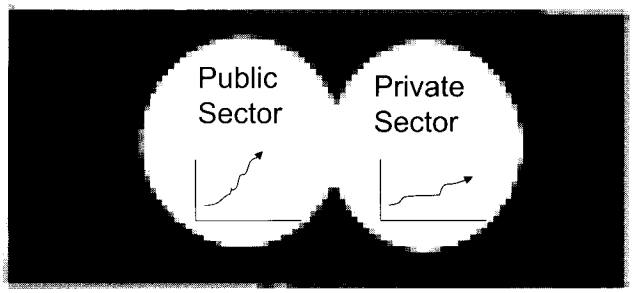


	HbA1c Control Rate*	HbA1c Testing Rate	LDL-C Level Rate	LDL-C Screening Rate	Nephropathy Monitoring Rate	Eye Exams Rate
DDMP	65.4%	85.1%	53.7%	85.9%	47.2%	55.9%
Partial DDMP	60.8%	82.1%	50.4%	83.5%	33.5%	37.4%
Non-DDMP	53.6%	76.6%	46.0%	79.5%	36.8%	49.2%
# of Healthplans	20	20	19	20	20	20
Sample Size	7,993	7,993	7,582	7,993	7,993	7,993

Source: Lawrence M Espinet, MBA 1, Mary J Osmick, MD 2, Tamim Ahmed PhD 3 and Victor G. Villagra, MD 4. A Cohort Study the Impact of a National Disease Management Program on HEDIS Diabetes Outcomes. American Diabetes Association 63rd. Scientific Session. New Orleans June 14.

Observations on Cost and Quality of Chronic Care





33

Medicare Prescription Drug, Improvement And Modernization Act of 2003

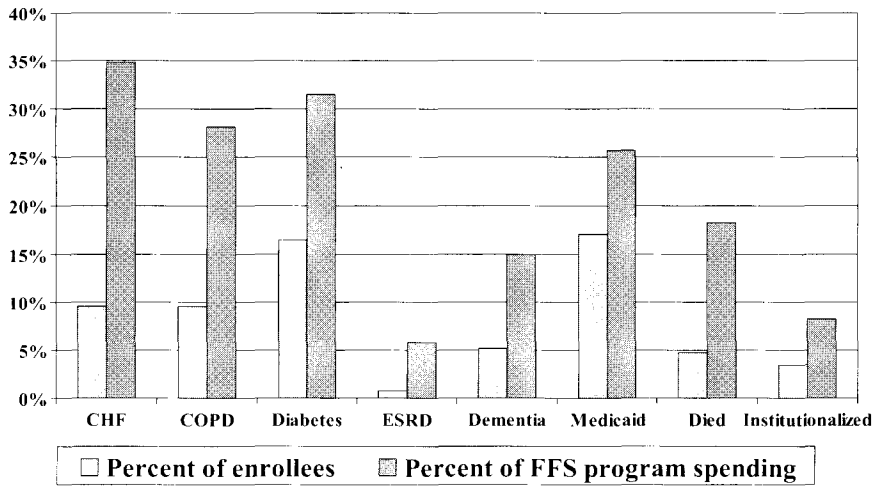
Public Law 107-183

Section 721: Voluntary Chronic Care Improvement under Traditional Fee-For-Service

34

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC

Subgroups Driving Cost



NOTE: Spending includes treatment of co-morbidities, by enrollee subgroup, 2002

SOURCE: C. Hogan and R. Schmidt, MedPAC Public Meeting, 03/18/2004

35

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC

Population Risk Profile

63% of Medicare beneficiaries have 2 or more chronic conditions *

On average, Medicare beneficiaries see 6.4 MDs and fill 20 Rx per year*

23% of beneficiaries have 5 or more chronic conditions**

*Medicare Standard Analytic File, 1999. Anderson GF. Testimony on Promoting Disease Management in Medicare -www.partnershipforsolutions.com/statistics/

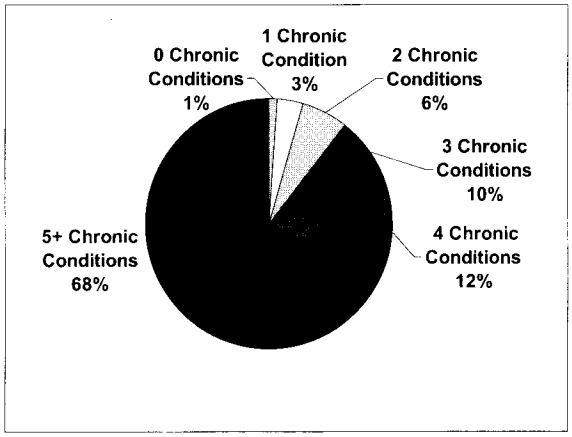
**Medicare Standard Analytic File, 2001. Anderson GF. N Engl J Med 2005; 353; 305-309

36

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC

Population Risk Profile

On average, beneficiaries with 5 or more chronic conditions see 14 MDs* and fill 57 Rx per year.**



Johns Hopkins University, Partnership for Solutions: Medicare Standard Analytic File, 2001

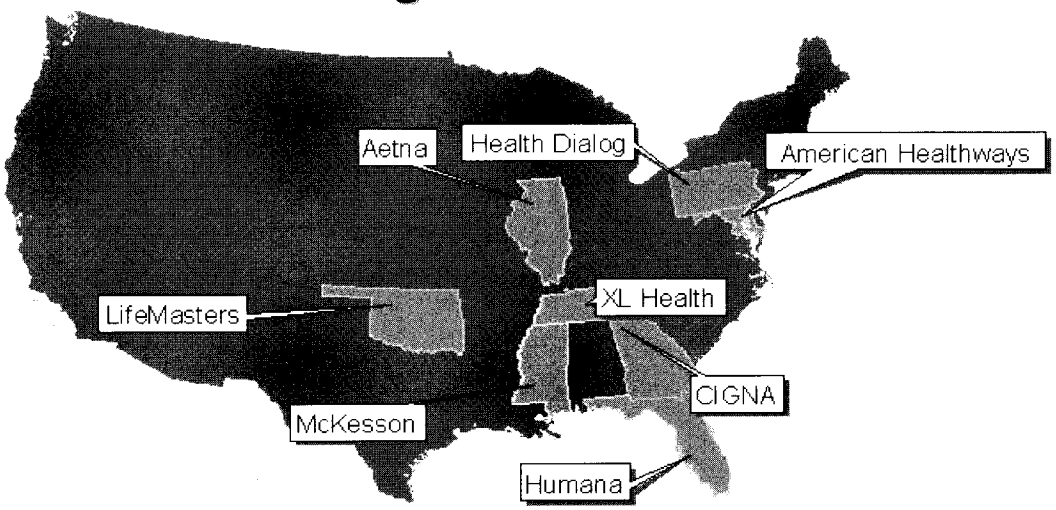
*http://partnershipforsolutions.com/DMS/files/Medicare_fact_sheet.pdf

** Older Americans, 2004. Federal Interagency Task Force on Aging-Related Statistics

37

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR • INC

Phase I Programs



38

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

National Organizations Helping to Promote Understanding of MHS



...AND MANY OTHERS! [39]

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Who is eligible?

Medicare Fee-For-Service only

Pre-selected by CMS through claims review, applying selection criteria (e.g., not in hospice)

All have diabetes and/or congestive heart failure and HCC risk scores of 1.35 or above

Only individuals invited by CMS can participate in Phase I programs

40

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

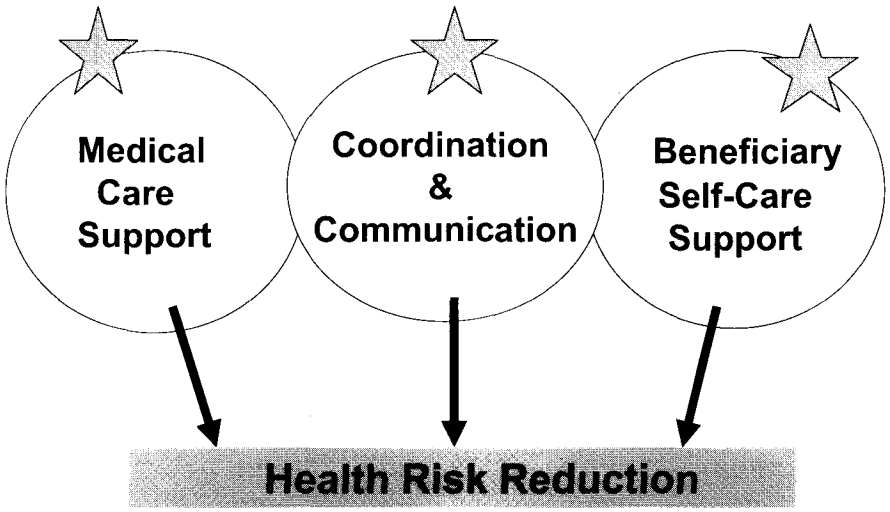
Key Features of MHS

- Voluntary
- No charge to participants
- No change in Medicare benefits, choice of providers or claims payment
- Supportive, not restrictive
- Not a substitute for current care

41

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

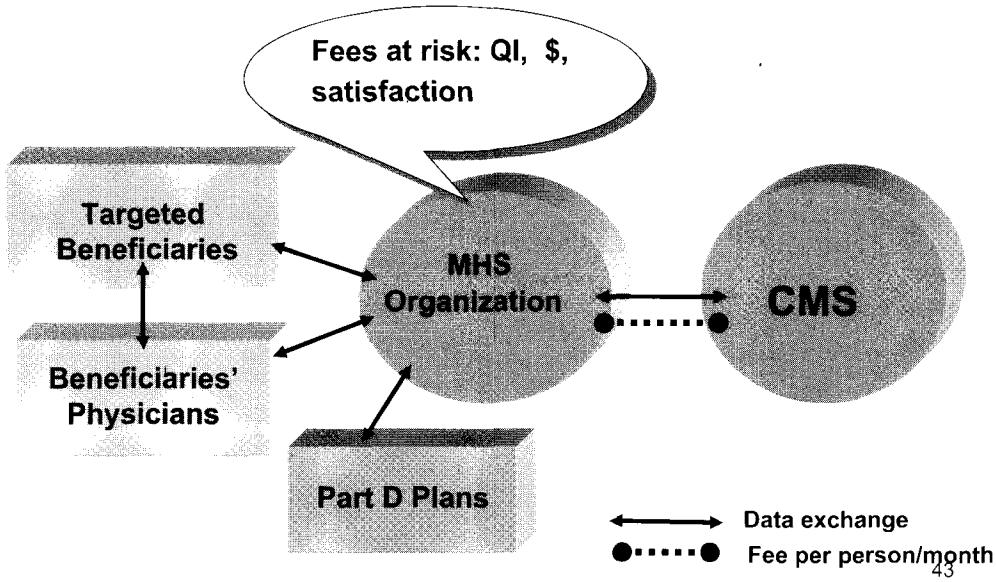
Personalized Support



42

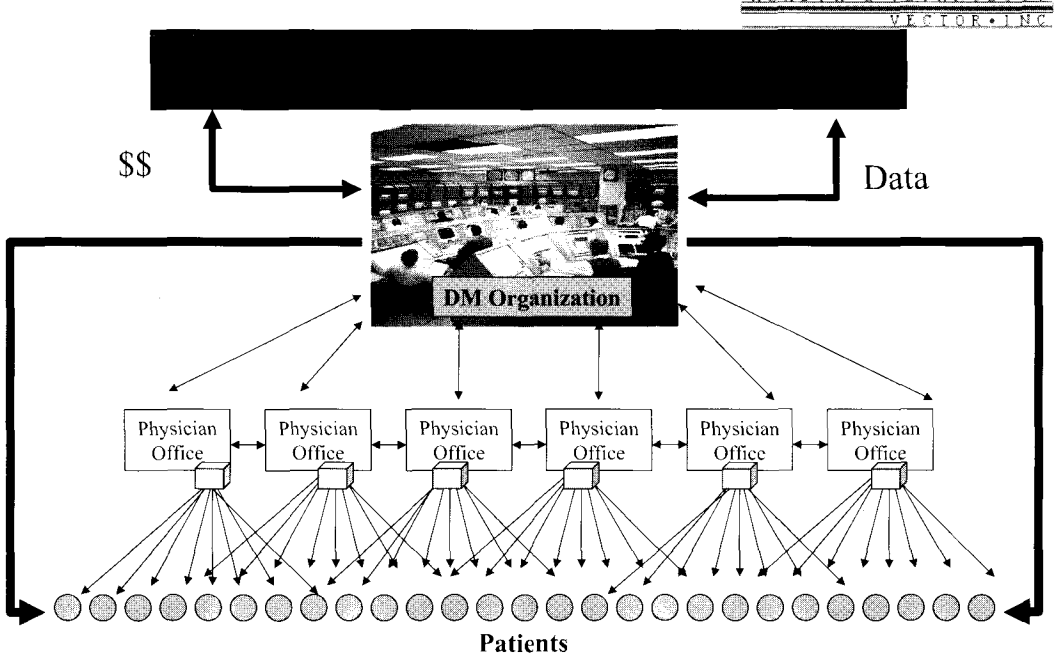
HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR, INC

New Population-Based Model



43

HEALTH & TECHNOLOGY VECTOR, INC



Quality **Satisfaction** **Savings** 44

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR, INC

Advantages of Model

- Flexibility to customize and innovate
- Incentives for regional collaborations
- Savings measured across provider "silos"
- Sufficient scale to detect significant impacts on population health

45

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR, INC

Emerging Partnerships

Many new national and regional alliances developing with awardees

Examples:

- American College of Physicians
- American College of Cardiology
- American Academy of Family Physicians
- American Geriatric Society

46

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Expected Results

- Improved health and quality of life
- Lower average Medicare costs
- Reduced complications, emergencies and hospital admissions
- Increased adherence to evidence-based care
- Better coordination of care through use of new health information and communication technologies

47

HEALTH & TECHNOLOGY
VECTOR • INC

Where is MHS leading?

New strategies to improve chronic care cost-effectively on a national scale

- Focus on prevention
- New partnerships
- Fostering innovation
- Accountability for performance

48

Medicare Health Support Awardees and Starting Dates

Oklahoma: LifeMasters Supported SelfCare, Inc. - started 8/1/05

W. Pennsylvania: Health Dialog Services Corp. - started 8/15/05

Washington D.C. & MD: American Healthways, Inc. - started 8/1/05

Mississippi: McKesson Health Solutions,– started 8/22/05

Chicago, Illinois: Aetna Life Insurance Company,– started 9/1/05

Northwest Georgia: CIGNA Health Support, LLC,– started 9/12/05

Central Florida: Green Ribbon Health– started 11/01/052005

Tennessee: XLHealth Corporation– to start January, 2006

49

損保ジャパン記念財団叢書　No.72

「ディジーズ・マネジメント政策課題研究会」シンポジウム報告書

これからの生活習慣病対策のあり方を探る

―米国のメディケア、メディケイドにおけるディジーズ・マネジメント・プログラム導入から学ぶ―

発行日　平成 18 年 7 月 31 日

発行者　財団法人損保ジャパン記念財団

〒160-8338　東京都新宿区西新宿 1-26-1

電話 03－3349－9570　FAX　03-5322-5257

URL　http://www.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