

# 健保連海外医療保障

No.117 2018年3月

## ■特集：疾病管理・予防等の取組み

- フランス・ドイツ  
フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み…………… 松本 由美
- アメリカ  
アメリカの疾病管理…………… 安東 時彦
- カナダ  
カナダに見る慢性疾患の予防と管理への取組み…………… 岩崎 利彦

## ■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／アメリカ／カナダ



# 健保連海外医療保障

No.117 2018年3月

# フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み

大分大学講師  
松本 由美  
Matsumoto Yumi

フランスとドイツでは、2000年代以降、疾病管理や予防をめぐる政策的な取組みが積極的に行われている。なかでも、患者にとって身近な存在であるかかりつけ医（フランス）あるいは家庭医（ドイツ）が中心となり、医療提供者間の連携のもとで効果的な疾病管理や予防を行う制度の導入と普及のための取組みは注目に値する。本稿は、このような両国の取組みについて検討し、比較を通じて共通要素を整理するとともに、医療保険の保険者が疾病管理・予防において果たす役割の違いを明らかにする。

## はじめに

フランスとドイツでは、人口の高齢化を背景として慢性疾患や複数の疾病を抱えながら地域で生活する人が増えている。このような状況に対応するため、両国では、異なる領域の医療提供者が相互に「連携」して疾病を適切に管理し、重症化を「予防」することが焦眉の政策課題となっており、患者の身近に存在する開業医（フランスではかかりつけ医、ドイツでは家庭医）の役割に注目が集まっている。

本稿の対象とするフランスとドイツは、日本と同様に医療保険を中心とした医療保障システムを有する国である。外来診療の領域では長らくフリーアクセスが基本とされてきたことなど、日本との共通点も少なくない。両国の従来医療保障システムにおいては「連携」や「予防」は十分に行われていなかったが、2000年代以降の政策的な取組みを通じて、今日では医療保障システムにおける「連携」や「予防」の機能は格段に強化されている。とりわけ、フランスでは2005年から実施されている「かかりつけ医（médecin traitant）制度」と関連の報酬支払

い制度が、ドイツでは2002年から実施されている「疾病管理プログラム（Disease-Management-Programm）」と2003年に導入された「家庭医を中心とした医療供給（hausarztzentrierte Versorgung）」（以下、「家庭医制度」という）が注目される取組みである。

本稿は、両国のこうした取組みについて検討し、比較を通じて共通要素を整理するとともに、医療保険の保険者が疾病管理・予防において果たす役割の違いを明らかにすることを目的とする。なお、予防については「重症化の予防」を中心に検討することとする。

## 1. フランス

### (1) かかりつけ医制度

#### 1) 概要

フランスにおいて、地域住民の疾病管理や予防において中心的な役割を担っているのはかかりつけ医である<sup>1)</sup>。かかりつけ医制度は、医療保険に関する2004年8月13日の法律と2005年1月12日に締結された医療協約によって導入された仕組みであり、その概要は次の通りである。

かかりつけ医制度への参加を希望する被保険者（被扶養者を含む。以下同じ。）は、かかりつけ医（一般医・専門医のいずれも可能）を自由に選択し、かかりつけ医の同意を得て加入する医療保険に届け出る<sup>2)</sup>。かかりつけ医はいつでも変更することができる。被保険者がかかりつけ医を選択していない場合、あるいはかかりつけ医を経ずに直接他の医師の診療を受けた場合には、自己負担の割合が引き上げられる<sup>3)</sup>。つまり、外来で医師の診療を受ける場合、かかりつけ医を経た場合の自己負担割合は30%であるが、そうでない場合は70%となる。

かかりつけ医制度を利用することは、被保険者にとって強制的なものではない。しかしながら、かかりつけ医を経ずに医療を受けた場合の経済的なペナルティが大きく、また、かかりつけ医を通じて連携に基づく質の高い医療が受けられることから、今日ではかかりつけ医制度は広く普及している<sup>4)</sup>。なお、かかりつけ医として被保険者が選択した開業医のほとんどは一般医である<sup>5)</sup>。

## 2) かかりつけ医の役割

かかりつけ医が果たすべき役割は、医療保険と医師組合の間で締結される医療協約によって定められている<sup>6)</sup>。最も重要な役割は、患者が医療を受けるうえでのゲートキーパーとしての役割である。具体的には、患者が外来診療を受ける場合には、まずかかりつけ医の診察を受け、必要がある場合は、かかりつけ医の紹介によって他の医師の診療を受ける。なお、産科、婦人科、眼科、精神科等の特定の専門医には直接アクセスすることが可能である。かかりつけ医の紹介を通じて受診する医師は連携医（*médecin correspondant*）と呼ばれ、かかりつけ医と連携医の間では、患者に関する情報交換等に基づく連携が行われる。患者とかかりつけ医、さらにはかかりつけ医と連携医との関係に基づく医療提供のあり方は、「連携された医療の経路（*parcours de soins coordonnés*）」と呼ばれる。この「連携された医療の経路」において患者を

適切に導くことは、医療協約に定められたかかりつけ医の重要な役割である。

かかりつけ医は予防を推進する役割も担っている。医療協約には「予防、検診、診断、治療、疾病の継続的管理（*suivi*）および患者の健康教育に携わる」という役割が明記されているが、とくに疾病の発生や重症化の予防に関するかかりつけ医の役割は近年ますます重要となっている。

また、かかりつけ医の受け持つ患者が特定の長期疾病（*affection de longue durée*）に罹患している場合、その役割はとくに重要である。長期疾病とは、その疾患の重症度と慢性的な性質により長期間にわたって費用のかかる治療が必要な疾病であり、重症の心不全、糖尿病（1型・2型）、重症の慢性呼吸不全、認知症等が該当する<sup>7)</sup>。かかりつけ医には、他の医師や専門職との連携のもとで長期疾病の患者に対して質の高い医療を提供するために、治療プロトコル（*protocole de soins*）を作成することが求められる。治療プロトコルには、疾病の診断に関する情報、必要な治療・検査、治療において協力が必要な専門医や専門職等が具体的に記載される。プロトコルに記載される行為や介入は、高等保健機構（*Haute Autorité de Santé* 以下HASと略す）<sup>8)</sup>が作成した長期疾病の治療に関する推奨（*recommandation*）に則ったものでなければならない。より具体的には、HASによって推奨される治療や検査、介入等が列挙された文書<sup>9)</sup>と、それらの実施方法を具体的に示した手引き（*guide*）<sup>10)</sup>に基づいた治療や医学管理を行うことが前提となる。かかりつけ医によって作成された治療プロトコルは医療保険によって確認され、長期疾病に該当すると認められた場合は、後述のような報酬面での対応（高い報酬の支払い）が行われる<sup>11)</sup>。あわせて、当該疾病に罹患する患者の医療費の100%が医療保険の負担となる。

さらに、患者の治療にかかわる多様な医療提供者等からの情報を集約し、連携を促進することも、かかりつけ医の役割として明確に位置づ

けられている。

かかりつけ医がこれらの役割を遂行し、患者、とりわけ慢性疾患患者に対する質の高い医療提供を行うことは、報酬支払い制度によって促されている。フランスでは、全国医療保険金庫連合と医師組合との間で締結される医療協約を通じて診療報酬が決定され、歴史的に、開業医に対しては「出来高払い」による報酬支払いが行われてきた。かかりつけ医制度の導入以降、従来の出来高払いの報酬に加えて、かかりつけ医の役割を評価する「定額報酬」と「成果報酬」が設けられ、拡充されている。次に、これらの新たな報酬支払い制度について検討していく。

### (2) かかりつけ医を対象とした定額報酬

かかりつけ医制度の導入後、かかりつけ医の役割を評価する二つの定額報酬が新たに創設された。一つは、2005年の医療協約によって導入された「長期疾病患者に対する特別報酬」である。これにより、長期疾病を有する患者のかかりつけ医には、患者一人当たり40ユーロ（年額）の定額報酬が支払われることとなった。これは、長期疾病の治療や管理に必要な医療的な連携、さらには治療プロトコルの作成や見直しに対応する報酬である。

もう一つは「かかりつけ医定額報酬 (forfait médecin traitant)」であり、2011年の医療協約に基づき2013年から実施された定額報酬である。長期疾病患者に対する特別報酬が特定の長期疾病の患者のみを対象としていたのに対して、かかりつけ医定額報酬はそれに該当しないすべての患者の予防や継続的な管理を改善する目的で導入されたものである。これによりかかりつけ医は、患者（長期疾病に該当しない者）一人当たり年額5ユーロの定額報酬を受け取ることができた。

これらの定額報酬に加えて、高齢の患者に対する医師の診察や往診に対する「高齢者加算」等も設けられており、かかりつけ医の役割を評価する定額報酬や加算の仕組みは複雑なもの

なっていた。このため、2016年8月25日に締結された医療協約によって単一の定額報酬の仕組みへと改められ、2018年1月1日からは、新たな「かかりつけ医の患者定額報酬 (forfait patientèle médecin traitant)」が導入されている。これは、患者の特性（年齢、疾病、所得等の状況）に応じて支払われる定額報酬であり、従来の定額報酬等はこれに置き換えられた。

新たなかかりつけ医の患者定額報酬（年額）は、受け持つ患者の年齢と疾病の状況に応じて次のように定められている。0歳から6歳までの子どもには6ユーロ、80歳以上の高齢者には42ユーロ、80歳未満の長期疾病患者には42ユーロ、80歳以上の長期疾病患者には70ユーロ、その他の患者には5ユーロである。かかりつけ医に支払われる定額報酬額は、当該医師をかかりつけ医として登録している全患者を対象として毎年12月31日に計算される。さらに、かかりつけ医が低所得の患者を多く抱える場合には、患者定額報酬が増額される仕組み（補足的な普遍的医療給付（補足的CMU）を受給する患者の割合に応じた加算）が設けられている<sup>12)</sup>。

### (3) かかりつけ医を対象とした成果報酬

2011年に締結された医療協約において、「公衆衛生の目標に応じた報酬支払い (rémunération sur objectifs de santé publique 以下、ROSPと略す)」と呼ばれる新たな報酬支払い制度が導入された。その後、2016年に締結された医療協約においてROSPは拡充され、今日、慢性疾患の継続的な管理や疾病の予防を推進する強力な手段となっている<sup>13)</sup>。

ROSPは、指標ごとに設定された目標の達成度合いに応じて報酬が支払われる仕組みであり、成果に基づく報酬支払い制度である。かかりつけ医を対象としたROSPの指標は全29指標からなり、①慢性疾患の継続的管理（8指標）、②予防（12指標）および③効率性の向上 (efficiency)<sup>14)</sup>（9指標）の三つのテーマに分かれている。このうち、①慢性疾患の継続的管理については、糖尿病、高血圧症および心血管リスクの三つの

表1 かかりつけ医を対象としたROSPの指標（一部抜粋）

テーマ	サブテーマ	指標	達成目標	ポイント
慢性疾患の継続的管理	糖尿病	2年間に眼底・網膜造影の検査あるいは診察を受けた糖尿病患者の割合	77%以上	30
	インフルエンザ	季節性インフルエンザのワクチンを接種した65歳以上の患者の割合	75%以上	20
予防	がん検診	乳がん検診を受けた50～74歳の患者(女性)の割合	80%以上	40

出所：2016年8月25日に締結された医療協約を承認する2016年10月20日のアレテに基づき、筆者作成。

サブテーマが、②予防については、インフルエンザ、がん検診、医原性疾患、抗生物質療法および嗜好行動の五つのサブテーマが設けられている。各指標には達成目標とポイントが設定されており、目標の達成度合いに応じてポイントが算定される（表1）。たとえば、糖尿病に関する指標の一つ「2年間に眼底・網膜造影の検査あるいは診察を受けた糖尿病患者の割合」では「77%以上」という達成目標が設定されており、目標が達成されると30ポイントが付与される。1ポイントは7ユーロとして報酬額が計算される<sup>15)</sup>。ROSPの仕組みを通じてかかりつけ医は、疾病の発生の予防、糖尿病等の慢性疾患患者の重症化予防と医学管理を積極的に行うよう報酬面から促されることとなる。

## 2. ドイツ

### (1) 家庭医制度

#### 1) 家庭医とは

フランスのかかりつけ医に相当するのは、ドイツでは家庭医制度に参加する家庭医である。まず、家庭医の位置づけを確認しておきたい。公的医療保険のもとで実施される保険医診療は、家庭医診療と専門医診療に区分されている。家庭医診療を担当する医師は、一般医、小児科医、内科医（家庭医診療を選択した場合）であり、これらの医師を家庭医と呼ぶ<sup>16)</sup>。

家庭医診療において実施しなければならない内容は、法律によって定められている<sup>17)</sup>。それらは、①その家庭と家族の環境をふまえた診断・治療における一般的かつ継続的な患者の医学管

理、②診断、治療、看護に関する措置の調整、③記録管理（重要な治療データ・診断・記録の取りまとめ、評価および保存）、④予防措置およびリハビリテーションの措置の開始または遂行、非医療的な援助と補助的サービスの治療措置への統合である。

家庭医診療を担当する家庭医は、地域住民へのプライマリケアの提供において中心的な役割を果たしている。2009年の「保健医療における発展の評価に関する専門家委員会」の報告書によれば<sup>18)</sup>、ドイツでは成人人口の90%以上が家庭医を持っており、この割合は65歳以上の高齢者の場合には96%に達する。家庭医を持っているケースの83%では、一般医が家庭医としての役割を担っている。家庭医の担当する患者のなかには慢性疾患や複数疾患を抱える患者も少なくない。同報告書では、家庭医診療の対象患者の有病率に関しては、高血圧症37%、冠動脈性心疾患12%、糖尿病15%という調査結果が示された。また、これらの患者の多くは、年齢にかかわらず、二つ以上の疾病に罹患していた。

#### 2) 家庭医制度の概要

家庭医を軸にした医療供給を強化するために、2003年に制定された公的医療保険現代化法によって、医療保険の保険者である疾病金庫<sup>19)</sup>が家庭医と契約を締結して質の高い家庭医診療を提供する「家庭医を中心とした医療供給（家庭医制度）」が導入された。家庭医制度は、導入当初は疾病金庫が任意で実施するものであったが、2007年に制定された公的医療保険競争強化法によって、その実施は疾病金庫の義務となった。

つまり、すべての疾病金庫は、被保険者が家庭医制度を利用できる状況を整えなければならないこととなった。なお、家庭医は任意で家庭医制度に参加し、被保険者も加入する疾病金庫が実施している家庭医制度に参加するかどうかを自由に選択する。

家庭医制度の実施において主導的な役割を担うのは疾病金庫である。疾病金庫は、保険医<sup>20)</sup>としての認可を得た家庭医（あるいはそのグループ）と契約を締結して家庭医制度を実施する。現在は、疾病金庫と家庭医との契約は団体契約が中心となっており<sup>21)</sup>、多くの場合、州ごとに組織された家庭医連合と疾病金庫との間で契約が締結されている<sup>22)</sup>。家庭医制度の内容や実施の詳細は、この契約において定められることとなっている。とくに、家庭医制度に参加する家庭医が満たすべき要件や報酬について交渉し、合意することは、契約当事者にとって重要である。

被保険者の参加は任意であるが、被保険者が参加の申し出を行った場合、原則、選択した家庭医を最低1年間に変更することができない<sup>23)</sup>。家庭医制度に参加する被保険者が医療を受ける場合にはまず、選択した家庭医の診察を受け、専門医（眼科医、婦人科医、小児科医を除く）の診療が必要な場合は家庭医の紹介に基づいて受ける。このような制約がある一方で、家庭医制度に参加する被保険者は医療を受ける上でのメリットを享受できる。第一に、患者の病歴を十分に把握した家庭医が中心となって患者の治療全体の調整役を担うため、治療に関わる他の専門職とのよりよい連携が行われるとともに、無駄な検査や不必要な入院を回避することができる。第二に、家庭医制度に参加する医師はすべて、家庭医診療のより高い「質」を確保するための条件（後述）を満たしており、被保険者は質の確保された医療を受けることができる。その他、診察の際の待ち時間の短縮<sup>24)</sup>、診療時間帯の拡大<sup>25)</sup>等のメリットが付与されている<sup>26)</sup>。

### 3) 家庭医制度への家庭医の参加

家庭医が家庭医制度に参加して家庭医診療を

実施する場合には、先に見た家庭医診療の要件に加えて、次の条件を満たさなければならないことが法定されている<sup>27)</sup>。①薬物治療のための組織的な質確保サークル（Qualitätszirkeln）への参加、②家庭医診療のために開発され、エビデンスに基づいた指針（Leitlinien）に従った治療、③患者中心の会話方法、心身医学的な基本医療（psychosomatische Grundversorgung）、緩和医療、疼痛治療、老人医学など家庭医に典型的な治療上の問題に集中した継続教育への参加義務の履行、④家庭医実践に適合するように調整され、科学的に認められた自主的な質管理（Qualitätsmanagement）の導入である。

これらの家庭医の義務は、各疾病金庫と家庭医連合等が締結する契約を通じて具体化される。たとえば、バイエルン州の家庭医連合と各疾病金庫との間で締結された契約に基づく質の確保の取組みについては、多様なテーマが設定された質確保サークルへの参加の回数（疾病金庫により3回あるいは4回）、参加しなければならない継続教育の数（最低2つ）といったように、家庭医制度に参加する医師が満たさなければならない条件が取り決められている<sup>28)</sup>。

以上のように、家庭医制度に参加する医師は、家庭医診療の質を確保するためのいくつもの条件を満たさなければならないが、それに対応した報酬面での優遇策が講じられている。先に見たように、家庭医制度に参加する医師の報酬については契約において定めることとなっているため、具体的な報酬支払いの対象や条件、金額は契約ごとに異なるが、総じて、患者に対する質の高い医療提供に見合う報酬が支払われているといえる<sup>29)</sup>。

## (2) 疾病管理プログラム

### 1) 概要

ドイツでは、家庭医制度の実施に先んじて、糖尿病等の特定の慢性疾患の患者のための組織化された治療プログラムである「疾病管理プログラム」が2002年に導入された<sup>30)</sup>。疾病管理プログラムにより、患者に対して継続的に提供さ

れる医療が個々の医療提供者の境界を越えて調整されるとともに、最新の医学的知見や根拠に基づく医療の考え方に照らした医療提供の改善が継続的に行われることとなる。これによって疾病の重症化を回避し、患者の生活の質を維持・改善することができると考えられている。疾病管理プログラムが導入された背景には次のような状況があった。

2001年8月に公表された「保健医療における協調行動のための専門家委員会」の報告書<sup>31)</sup>において、ドイツの医療保障システムには慢性疾患への対応に大きな問題があることが強調された。報告書では、慢性疾患患者への医療に関しては、治療における連携と継続性、根拠に基づいた医療提供、透明性、患者への情報提供と参加が不足していること、なかでも多様な医療供給レベルにわたって提供される慢性疾患患者への医療の全体に責任をもつ主体が欠如していることが指摘された (Jacobs und Linnenbürger, 2011: 42)。これを受けて、2002年に公的医療保険におけるリスク構造調整改革法が制定され、それにより統一的な基準に基づいてドイツ全土で実施される「疾病管理プログラム」が公的医療保険に導入された。

最初に疾病管理プログラムの対象となった疾病は2型糖尿病と乳がんであり、2002年7月からプログラムの実施が可能となった。その後、対象疾病は追加され、現在では6つの慢性疾患が対象となっている (表2)<sup>32)</sup>。

表2 疾病管理プログラムの対象疾病

対象疾病	実施日
1型糖尿病	2004年3月1日
2型糖尿病	2002年7月1日
乳がん	2002年7月1日
冠動脈性心疾患	2003年5月1日
気管支喘息	2005年1月1日
慢性閉塞性肺疾患	2005年1月1日

出所：連邦保険庁ホームページ  
(<http://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme.html>)

疾病管理プログラムの実施において中心的な役割を担うのは疾病金庫である。疾病金庫は、患者の住む地域の医師や病院等の医療提供者と契約を締結し、疾病管理プログラムを実施する。疾病金庫が実施する個別の疾病管理プログラムが定められた基準 (後述) を満たす場合には、連邦保険庁 (Bundesversicherungsamt) による認可が行われる<sup>33)</sup>。また、疾病管理プログラムを実施する疾病金庫が財政的に不利にならないような仕組みが設けられている。認可を受けた疾病管理プログラムの実施のための標準的な費用を補填するために、健康基金<sup>34)</sup>は疾病金庫に対して、疾病管理プログラムに参加する被保険者数に応じた「プログラム費用定額 (Programmkostenpauschale)」を支払う。2017年の登録被保険者一人当たりのプログラム費用定額は145.68ユーロであり、疾病金庫のプログラムの管理運営費に加えて、医師等に支払う追加的な報酬等のための財源の必要にも応えるものである。

## 2) 疾病管理プログラムの基準

疾病管理プログラムに関する基準は、共同連邦委員会の指針 (Richtlinie)<sup>35)</sup>として定められている。疾病管理プログラムの適切な運用や医療提供の質を確保する上で、当該指針により定められた基準は決定的な役割を果たしている。基準を満たすことによって初めて疾病金庫は実施するプログラムについての認可を受けることができるため、疾病金庫は契約等の内容が基準に合致するよう努力することとなる。

疾病管理プログラムの基準には、対象疾病共通の規定 (質の確保の取組み・疾病金庫の「質の報告書 (Qualitätsbericht)」<sup>36)</sup>、被保険者のプログラム登録、教育、評価等)に加えて、疾病別に定められた別添が設けられている。その一例として、2型糖尿病の疾病管理プログラム実施のための別添1「2型糖尿病のための組織化された治療プログラムの要件 (Anforderungen)」について見ていきたい。

一つ目の柱は、質の高い治療の実現である。

そのため、2型糖尿病の診断の基準、治療の目的、個別化された治療計画、定期的な検査、具体的な治療の基準が示されている。さらに「医療供給領域の間の連携」(別添1の18)に関する項目が設けられており、2型糖尿病患者の医学管理(Betreuung)においては、すべての部門(外来/入院)および施設の協働が不可欠であり、医療提供網(Versorgungskette)の全体にわたって質の高い治療が確保されなければならないとされている。連携に基づく治療の中心となるのは、原則的には家庭医であるが、患者がプログラム登録前に長期にわたって糖尿病の専門医の治療を受けていた場合等には、その医師を連携の中心となる医師として選択することができる。また、疾病の状況に応じた具体的な対応が定められており、連携の中心となる家庭医等は、適切なタイミングで患者を専門医や専門的な施設に紹介すること、必要な場合は病院での入院治療の指示を行うこと等が規定されている。

もう一つの柱は質を確保するための取組みである。2型糖尿病に関しては、15項目の質の目標および指標が示されている。たとえば、質の指標「全登録患者に占めるヘモグロビンA<sub>1c</sub>値が8.5%より高い患者の割合」に基づき、質の目標「その割合が低いこと」の達成度合いについて評価が行われ、プログラムの効果が確認されていくこととなる。

### 3) 被保険者のプログラムへの参加

今日では、ドイツ全土で数多くの疾病管理プログラムが実施されており、連邦保険医協会の2016年の報告書によれば<sup>37)</sup>、参加の登録を行っている患者数は2015年末現在で660万人に及ぶ。複数の疾病管理プログラムに登録している患者も存在するため、登録件数は770万件に達している。登録の内訳を見てみると、2型糖尿病が最も多く、全体の52.3%を占める。その他については、冠動脈性心疾患が23.2%、気管支喘息が11.5%、慢性閉塞性肺疾患が9.3%、1型糖尿病が2.4%、乳がんが1.4%となっている。

多くの患者がプログラムに参加する背景に

は、プログラムへの参加を通じて患者が得ることのできるさまざまなメリット(「根拠に基づく質の高い医療が受けられる」、「主治医が他の専門医等と連携して治療全体を調整する」、「定期的に検査を受け、治療データ等を確認することができる」、「十分な情報が提供される」等)がある。これらのメリットに加えて、経済的なメリットが得られる場合もある。2007年に制定された公的医療保険競争強化法によって、疾病金庫は特別の給付形態(モデル事業、疾病管理プログラム等)に参加する被保険者に選択タリフを提供しなければならないこととなった。これを受けて、疾病管理プログラムに参加する被保険者は、対応する選択タリフを通じて、報奨金の支給や一部負担の減額といったメリットを享受できるようになった。

### 4) 医療提供者のプログラムへの参加

医師等の医療提供者の疾病管理プログラムへの参加(疾病金庫との契約の締結)は任意であるが、参加することによって報酬面でのメリットが得られる。つまり、疾病管理プログラムに参加する医師等には、プログラムの枠組みで行われる診療や関連業務に関する報酬が、通常の診療報酬に加えて支払われる。この報酬は、疾病金庫と医療提供者の契約において定められる。

契約に基づく追加的な報酬の実例として、バーデン・ヴュルテンベルク保険医協会(Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg)が疾病金庫との契約において合意した糖尿病患者に対する医学管理と教育に関する報酬の主なものを見ておきたい<sup>38)</sup>。まず、「登録のための定額払い(Einschreibepauschale)」は、糖尿病患者への情報提供と助言、確定診断の確認、参加・同意表明の書面と初回記録の作成と回付等に対応するものであり、実施した医師等に対して25ユーロが支払われる。「継続記録管理定額払い(Folgedokumentationspauschale)」は、継続的な記録の作成と回付等に対応するものであり、15ユーロ(地区疾病金庫以外の契約疾病金庫からは13ユーロ)が支払われる(四半期に1

度の請求上限あり)。また、「疾病管理プログラム参加医の医学管理定額 (Betreuungspauschale DMP-Arzt)」は、患者の医学的な管理と助言、患者の動機づけ、関連の医学的データの収集と患者との話し合い、治療過程の確定と調整等に対応するものであり、13ユーロ (地区疾病金庫以外の契約疾病金庫からは14ユーロ) が支払われる (実施の度に請求可能)。この他にも、患者教育に対する報酬等も設けられており、疾病管理プログラムの枠組みにおける多様な医療活動が報酬面から促されている。

### 5) 疾病管理プログラムと家庭医制度の関係

2014年の公的医療保険改正法によって、疾病管理プログラムを家庭医制度の契約内容に盛り込むことが定められた。これにより、家庭医制度をめぐる疾病金庫と家庭医の契約において、家庭医の疾病管理プログラムへの参加についての規定が設けられることとなった。たとえば、バイエルン州の家庭医連合と各疾病金庫 (地区疾病金庫、企業疾病金庫、代替金庫等) の合意内容によると、参加する家庭医が2型糖尿病、冠動脈性心疾患、気管支喘息および慢性閉塞性肺疾患に関する疾病管理プログラムに参加することが義務づけられている。つまり家庭医は、家庭医制度のもとで自分の担当する患者が、疾病管理プログラムの対象疾病に罹患しており、かつ当該プログラムに参加している場合は、当該疾患の治療に関してはプログラムに基づいた医療提供を行うことになる。慢性疾患の治療という観点からも、より質の高い医療提供が確保されることとなる。

## 3. 比較考察

本稿での検討を通じて、2000年代以降、フランスとドイツでは疾病管理や予防を改善するための取組みが積極的に行われていることが明らかとなった。今日、両国において慢性疾患等の患者は、フランスではかかりつけ医制度、ドイツでは家庭医制度と疾病管理プログラムを活用

することにより、適切な医学管理のもとで疾病の重症化を防いだり、遅らせたりすることが可能となっている。

このように、両国では疾病管理・予防を強化する方向が目指されており、具体的な取組みの重要な要素についても共通点があると考えられる。このため本稿の最後に、これらの取組みの共通要素を整理したうえで、医療保険の保険者が疾病管理・予防において果たす役割を検討することとしたい。

### (1) 取組みの共通要素

#### 1) 治療全体の調整役の存在

慢性疾患の治療の経過は長期にわたるとともに多様な医療提供者が介入するため、全体を見渡しながら適切なタイミングで検査や治療、他の専門職との連携を実施する調整役が不可欠である。この調整役は、フランスではかかりつけ医、ドイツでは主に家庭医である。両国においてかかりつけ医 (家庭医) は、患者の治療全体と健康状態を把握し、関連情報を総合して管理するとともに、必要に応じて他の医療提供者等との連携を適切に行う役割を担っている。実際には、そのような役割を引き受けることは容易ではなく、かかりつけ医や家庭医には大きな負担がかかる。両国では、この負担の引受けに見合う経済的なメリット (フランスでは患者定額報酬と成果報酬 (ROSP)、ドイツでは疾病金庫と医療提供者が契約で定めた追加的な報酬) を、従来の診療報酬の仕組みとは別建てで設けている。

#### 2) 恒常的な連携体制の確保

フランスのかかりつけ医制度とドイツの家庭医制度において、被保険者は、まずかかりつけ医 (家庭医) の診察を受け、必要がある場合には、かかりつけ医 (家庭医) の紹介を通じて専門医等を受診することが原則となっている。この場合、かかりつけ医 (家庭医) と他の医療提供者との連携は、制度として確実に行われることとなる。

このような外来診療一般における連携体制に

加えて、両国では、より緊密な連携が必要な慢性疾患の治療をめぐる恒常的な連携体制を確保するため仕組みが設けられている。フランスではかかりつけ医による長期疾病患者のための治療プロトコルの作成と実施により、ドイツでは基準に則った疾病管理プログラムの実施を通じて、恒常的な連携体制が確保されている。

### 3) 慢性疾患患者への医療の質の確保

フランスのかかりつけ医制度、ドイツの家庭医制度と疾病管理プログラムを通じて実現される慢性疾患患者への医療の質は、フランスではHASの推奨に基づく治療プロトコルの作成と実施によって、ドイツでは共同連邦委員会の指針により定められた基準の遵守によって確保されている。

さらに、両国では、質の高い医療が提供されていることを定期的に確認し、質の向上を促す工夫が行われている。フランスでは、治療や医学管理の状況に応じて成果報酬（ROSP）が支払われることとなっており、経済的なインセンティブによって医療の質の向上が促されている。一方ドイツでは、疾病管理プログラムの基準に従って、疾病金庫が質の確保のための取り組みや改善の状況を毎年公表することとなっていることから、当該疾病金庫の魅力や価値を高めるためにも、積極的な取り組みを通じた医療の質の向上が促されることとなる。

### 4) 当事者（被保険者・開業医等）の参加の促進

本稿で検討したフランスとドイツの諸制度への関係当事者の参加は強制でなく、あくまで任意である。そのため、関係当事者の参加を促す工夫や取り組みが積極的に行われている。被保険者に対しては、質が高く望ましい医療が受けられるという制度の利点をアピールすることとあわせて、経済的な側面からも制度への参加が促されている。フランスではかかりつけ医制度に参加しない場合の経済的なペナルティが、ドイツでは疾病管理プログラムに参加する場合の経済

的なメリットが設けられている。

一方、開業医等の医療提供者の制度への参加の促すための中心的な手段は、両国とも追加的な報酬支払いである。フランスの患者定額報酬と成果報酬（ROSP）、ドイツの疾病管理プログラムと家庭医制度への参加に対する報酬の支払いがこれに該当するが、いずれも従来の報酬支払い制度の延長線上ではなく、別建ての報酬支払い制度として実施されている。今日では、これらの追加的な報酬は医療提供者の医療活動の安定性や継続性を確保するためにも重要なものとなっており、制度への参加を促す推進力となっている。

これらの共通要素は、医療保険のもとで開業医へのフリーアクセスを前提とした医療保障を行っている日本においても、疾病管理・予防の取組みを強化するために検討すべき論点であると考える。

### (2) 医療保険（保険者）の役割

フランスにおいて外来診療にかかわる制度を実施する場合、法律によって制度の枠組みが定められ、具体的な報酬支払い等の仕組みは医療保険（全国医療保険金庫連合）と医師組合との間で締結される医療協約によって定められる。本稿で検討したかかりつけ医制度や関連の報酬支払い制度も、全国レベルの医療協約でそれらの詳細が定められ、実施されている。この場合、制度の内容は全国統一的である。

これに対して、ドイツでは個々の疾病金庫が制度の実施において重要な役割を担っている。家庭医制度の実施においては、各疾病金庫が家庭医連合等と契約を締結することとなっており、契約で定められる報酬支払い等の内容は疾病金庫によって異なる。疾病管理プログラムについては、実施の要件が共同連邦委員会によって定められ、要件を満たす場合には連邦保険庁の認可が行われるという仕組みとなっていることから、プログラムを通じた医療提供に関しては全国統一的な基準が適用される。一方で、報酬

支払い等に関しては各疾病金庫が医療提供者と交渉し、契約において定めることになっており、疾病金庫によって異なる状況である。

このように見てくると、フランスとドイツで実施された改革方策においては、疾病管理・予防の強化という同じ方向が目指されているにもかかわらず、保険者の役割が大きく異なることが分かる。フランスのような全国レベルでの当事者間の合意に基づく制度は、平等性や普遍性を重視する場合には適格的であると考えられ、事実、かかりつけ医制度は、今日、かなりの程度一般化している。一方、ドイツの個別契約に基づく制度は、地域の多様性、個々の取組みの革新性や可能性を重視したものであると考えられ、実際にドイツでは当事者間の多様な契約やそれに基づく医療提供形態が存在する。

フランスとドイツにおける医療保険の保険者の位置づけや役割を比較検討することは、日本において、疾病管理・予防を強化するための保険者の役割を考える上で有益である。人口の高齢化等の社会の変化に対応した医療保障システムの構築に向けたフランスとドイツの取組みは現在も継続中であり、今後の改革方策についても引き続き検討していく必要がある。

\* 本研究はJSPS科研費15K03918、15H01920の助成を受けたものである。

## 注

- 1) かかりつけ医制度導入の経緯と制度の詳細については、松本(2017a)を参照されたい。
- 2) 開業医のみではなく、勤務医をかかりつけ医として選択することも可能である。なお、16歳未満の子どものかかりつけ医は親が選択する。
- 3) なお、緊急時に他の医師により診療が行われた場合や、被保険者が安定的・継続的に居住している場所以外で診療が行われた場合には、自己負担割合の引上げは適用されない。
- 4) フランスの人口のおよそ90%が加入している一般制度では、かかりつけ医を持つ被保険者の割合は2011年には89.7%に達した(Cour des comptes, 2013 : 192)。
- 5) 2007年に取りまとめられた調査データによると、99.5%の被保険者がかかりつけ医として一般医を選択していた。これにより、一般医の98%はかかりつけ医としての役割を担う状況となった(L' Assurance Maladie, 2007 : 3)。
- 6) 最新の医療協約は、全国医療保険金庫連合と三つの医師組合により2016年8月25日に締結されたものである。かかりつけ医の任務は、当該医療協約を承認する2016年10月20日のアレテ(省令)の15.1条に定められている。
- 7) 対象となる長期疾病は、社会保障法典のD.160-4条に定められている。
- 8) HASは、医療の質の改善を通して医療保障システムのコントロールに寄与することを任務とする公的機関である。臨床的に望ましい実践に関するHASによる推奨は、医療の質の改善のために重要な役割を担っている。
- 9) 長期疾病のための「行為と給付(actes et prestations)」と題された文書が疾病ごとに作成されており、HASのホームページから入手することができる。
- 10) たとえば糖尿病に関しては、1型糖尿病(成人/児童・青年)と2型糖尿病の手引きが作成されており、HASのホームページから入手することができる。
- 11) なお、治療プロトコルには医療保険の顧問医によって期限が付されることになっており、かかりつけ医には、患者の疾病の状態や治療上の進歩を考慮して、必要に応じてプロトコルを見直すことが求められる。
- 12) 補足的CMUは、医療のアクセスを保障する観点から、フランスに安定的かつ合法的に居住している一定所得以下の者に対して、医療費の自己負担なく医療が受けられようにする仕組みである。補足的CMUの受給状況に応じた患者定額報酬の加算は次のように計算される。補足的CMUの受給者である患者割合の全国平均(7%)と当該かかりつけ医の患者に占める補足的CMU受給者の割合(たとえば15%)との差の半分(この場合、 $(15 - 7) / 2 = 4\%$ )が増額率となり、算定された患者定額報酬額はこの増額率を用いて加算される。
- 13) 現在、2016年の医療協約に基づき、かかりつけ医、心疾患・血管疾患の専門医および消化器疾患・肝疾患の専門医を対象としたROSPが実施されている。

- 14) 効率性の向上については、ジェネリック医薬品の処方等に関する指標が設けられている。
- 15) 報酬の計算はやや複雑であるが、基本的には指標ごとに定められたポイント数に、目標の達成度合いに応じた割合と登録患者数に応じた値（登録患者数を800で割った数値）を乗じることによってポイント数が算出される。かかりつけ医（登録患者800人）がすべての指標において100%目標を達成できた場合には940ポイント（6,580ユーロ）となる。
- 16) 2015年末現在、家庭医は9万1,509名（このうち小児科医は7,415名）である（Bundesministerium für Gesundheit, 2016: 80）。
- 17) 社会法典第5編第73条による。
- 18) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009: 99-100による。有病率は、DETECT-Studieによる特定の対象日における疾病状況の調査結果である。
- 19) 疾病金庫の種類としては、地区疾病金庫（AOK）、企業疾病金庫（BKK）、同業疾病金庫（IKK）、代替金庫等があり、ドイツ全体で110（2018年1月現在）の疾病金庫が存在している。
- 20) 保険医は、保険診療を行うことについて、認可委員会による認可を受けた自由業の開業医である（松本（勝）（編著），2015: 22）。
- 21) 2000年代初頭から供給形態の多様化が政策に推進されるなかで、個別契約を拡大する方向が政策的に推進されるようになり、2007年に制定された公的医療保険競争強化法によって、家庭医制度においても疾病金庫が個々の医師や医師のグループと個別契約を締結することができるようになった。しかしながら、個別契約の推進は、家庭医制度をすべての地域において実施するという政策目標に照らした場合、必ずしも適切ではないことから、契約の再団体化が実施され、現在に至っている（松本（勝），2014: 23-24）。
- 22) たとえば、バイエルン家庭医連合（Bayerischer Hausärzte Verband）は、地区疾病金庫、企業疾病金庫、代替金庫といった多様な疾病金庫のバイエルン州の組織と契約を締結している。バイエルン家庭医連合のホームページ（<https://www.hausaerzteverband.de/cms/Bayern.985.0.html> 2017年10月4日アクセス）による。
- 23) 家庭医が家庭医制度への参加をやめてしまった場合、被保険者自身の引越しや診療所の移転により参加の継続が困難になった場合、家庭医と患者との信頼関係が損なわれた場合等、特別の事情がある場合には家庭医を変更することができる。なお、申出書の提出から二週間以内であれば撤回することができる。
- 24) たとえば、代替金庫の1つであるBarmer代替金庫では、あらかじめ予約をした場合、診察の待ち時間が短縮される（最長で30分まで）。Barmerのホームページ（<https://www.barmer.de/leistungen-beratung/leistungen/leistungen-a-z/hausarztzentrierte-versorgung-10058> 2017年10月4日アクセス）による。
- 25) バイエルン州の家庭医連合は、家庭医制度に参加する患者の便宜のため、働く人々が受診しやすいように、最低でも週に一回は朝7時から、あるいは夜20時まで、あるいは土曜日の診察時間を設けている。バイエルン家庭医連合のホームページ（<http://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/patienten/hzv-fuer-patienten.html> 2017年10月4日アクセス）による。
- 26) なお、疾病金庫は、家庭医制度に参加する被保険者に対して、報奨金の支払いや一部負担金の減額を規約で定めることができることとなっているが、実施している疾病金庫は多くない（企業疾病金庫（BKK）、Barmer代替金庫、地区疾病金庫（AOK）は実施していない）。
- 27) 社会法典第5編第73b条「家庭医を中心とした医療供給」において定められている。
- 28) バイエルン州の家庭医連合では、家庭医制度に参加する医師の要件が金庫ごとに分かりやすく整理されたチェックリストを作成している（参照ホームページ <http://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/fortbildung/jaehrliche-fortbildungspflicht/teilnahmevoraussetzungen-hzv-checkliste.html> 2017年10月5日アクセス）。
- 29) たとえば、バイエルン州の家庭医連合のホームページでは、家庭医制度における報酬は保険医の報酬よりも20%程度高い水準であることや、2千人の患者を抱える診療所が家庭医制度に参加した場合には、保険医診療と比較すると、年間5万から7万ユーロ高い報酬が得られるといった経済面でのメリットが紹介されている。

- る (<http://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/hzv-vertraege.html> 2017年10月6日アクセス)。
- 30) 疾病管理プログラムに関する近年の改正やプログラムの詳細な内容、効果等については、松本(2017b)を参照されたい。
  - 31) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.
  - 32) 今後も新たな疾病をプログラムの対象に追加することが予定されている。現在、関節リウマチ、慢性心不全、骨粗しょう症、腰痛(Rückenschmerz)、うつ病の5つの疾病が疾病管理プログラムの対象として検討されている。
  - 33) 連邦保険庁の認可には、従来、最長3年までの期限が付されていたが、2012年に施行された公的医療保険供給構造法によって、認可は原則無期限となった。
  - 34) 健康基金は、すべての疾病金庫の保険料収入を集約し、各疾病金庫のリスク構造の違いに応じて各疾病金庫に資金を配分する役割を担っている。
  - 35) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
  - 36) 疾病金庫は、毎年、質の確保の取組み等を取りまとめた「質の報告書」を公表することとなり、プログラムを通じた医療提供の質の改善状況等が定期的に確認される。
  - 37) Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017 : 51参照。
  - 38) 当該報酬の取り決めは、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、代替金庫連合会および鉞夫組合の被保険者に適用されることとなっている。本文の記述は、Übersicht zur Abrechnung und Vergütung der Betreuung und Schulung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und DMP Diabetes mellitus Typ 1 に基づく (<https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/#c634> 2017年7月10日アクセス)。

## 参考文献

- ・L'Assurance Maladie, 2007, En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs.
- ・Bundesministerium für Gesundheit, 2016, Daten des Gesundheitswesens 2016.
- ・Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2015, Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014 et prévisions 2015.
- ・Cour des comptes, 2013, Rapport public annuel 2013 Tome I, Les observations Volume I-1.
- ・Dourgnon, Paul, Stéphanie Guillaume, Michel Naiditch, Catherine Ordonneau, 2007, Les assurée et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, Questions d'économie de la santé, n° 124, IRDES.
- ・Druais, Pierre-Louis, 2015, La place et rôle de la médecine générale dans le système de santé, Rapport remis à Madame Marisol Touraine.
- ・Elsner, Ulrike, 2016, Morbi-RSA reformieren für einen fairen Kassenwettbewerb, Gesundheits- und Sozialpolitik, 4 - 5 /2016, 100-103.
- ・Jacobs, Klaus und Jutta Linnenbürger, 2011, Die Chronikerversorgung im Fokus des Kassenhandelns, Versorgungs-Report 2011, 41-54.
- ・Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017, Qualitätsbericht Ausgabe 2016 · Berichtsjahr 2015.
- ・Knieps, Franz, 2015, Neue Versorgungsformen: Sachstand nach dem GKV - Versorgungsstärkungsgesetz, Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2015, 7-15.
- ・van Lente, Evert Jan und Peter Willenborg, 2011, Einleitung, Versorgungs-Report 2011, 56-62.
- ・松本勝明, 2008, 「ドイツにおける疾病管理プログラム」『保健医療科学』57(1), 35-41.
- ・松本勝明, 2014, 「メルケル政権下の医療制度改革—医療制度における競争—」『海外社会保障研究』No.186, 16-27.
- ・松本勝明(編著), 加藤智章, 片桐由喜, 白瀬由美香, 松本由美, 2015, 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- ・松本由美, 2017a, 「フランスにおけるかかりつけ

---

医制度の導入—高齢化する社会における開業医の役割—」大分大学大学院福祉社会科学研究科『福祉社会科学』第8号, 49-65.

- ・松本由美, 2017b, 「慢性疾患患者に対する医療提供のあり方—ドイツ医療保険における疾病管理プログラム—」大分大学大学院福祉社会科学研究科『福祉社会科学』第9号, 21-38.
- ・Müller, Eike-Christian, 2015, Impulse im Versorgungswettbewerb, Ersatzkasse Magazin 1./2.2015, 28-32.
- ・Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001 Ausführliche Zusammenfassung.
- ・Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009, Koordination und Integration-Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009 Kurzfassung.

## 特集：疾病管理・予防等の取組み

## アメリカの疾病管理

株式会社 健康保険医療情報総合研究所

シニア・マネージャー

安東 時彦

Ando Tokihiko

アメリカにおいて慢性疾患への医療費支出は医療費の86%を占める。疾病管理(Disease Management)は慢性疾患の重症化予防を目指す介入手法として1990年初頭にアメリカで誕生し、紆余曲折を経て進歩を遂げてきた。近年の疾病管理はITを活用しつつ、重症度の高い患者に全人的で個別性の高いケアに資する管理を提供し始めている。アメリカの事例を基に、疾病管理の観点から日本における生活習慣病の重症化予防のヒントを探る。

## はじめに

アメリカでは2010年の段階で45～64歳の人口の49.1%、65歳以上人口の80.1%がひとつ以上の慢性疾患を抱え、慢性疾患への医療費支出は年間の医療費支出2.7兆ドルの86%を占める(Gerteis, et al. 2014)。運動の不足、栄養の不足・偏り、喫煙、過度の飲酒等に代表される健康リスクの高い行動や生活様式が慢性疾患の原因になり得るという認識の下(CDC 2017)、慢性疾患の一次予防から三次予防<sup>1)</sup>までの領域に亘り種々の組織が様々な介入を行ってきている。

本稿で取り上げる疾病管理(Disease Management)は慢性疾患をすでに抱える患者の重症化予防に重点を置いた介入手法の一つであり、1990年初頭にアメリカでそのコンセプトが誕生した後(Zitter 1997)、紆余曲折を経ながら進歩を遂げてきた。

折しも日本では第3期医療費適正化計画の基本方針として生活習慣病の発症後の重症化予防の推進が掲げられ、保険者に対しても糖尿病等の重症化予防にインセンティブが付与されることとなった<sup>2)</sup>。発症の予防のみならず発症後の重症化予防に焦点が当てられるようになった日本

の状況を念頭に置きつつ、本稿ではアメリカの疾病管理の現況や抱える課題、今後の方向性等を整理し、日本への示唆を考察したい<sup>3)</sup>。

## 1. 定義

何を以って疾病管理と呼ぶかについての統一的なコンセンサスは無いが、Schrijvers (2009)は疾病管理の定義に関連する文献レビューを基に、定義にふさわしい要素として次を挙げている：患者による自己管理が重要な慢性疾患をひとつ以上持つ患者群にフォーカスしていること、ケアのアウトカム・質および費用対効果の改善を目的としていること、ITを活用しつつ多職種からなるチームにより提供されること、当該疾患の予防もしくは管理に資するシステムティックな介入手法を用いることである。分かりやすいイメージとしては、慢性疾患を持つある患者に対する医師の外来診療というイベントを点とみなした時に、点と点の間をできるだけ補完して結び、その結果として質の向上や医療費の適正化を図ろうという取り組みが疾病管理と言える(Lewis 2012; CMS 2018)。なお、実際に患者に提供されている疾病管理の各種プログラムは対象患者

から介入の方法まで多様であり (Krumholz, et al. 2006)、すべての疾病管理のプログラムが上述の定義の要素を網羅している訳では無い。

疾病管理はその黎明期において特に疾患ごとにプログラムが分かれていた経緯もあり、複数の慢性疾患を一度に対象とするプログラムであることが強調される場合には、疾病管理ではなくケアマネジメント (care management) という用語が用いられることがある (Libersky, Au and Hamblin 2014)。本稿では特に区別の必要が無い限り care management と disease management を同義として扱い、ともに疾病管理と訳す。

なお、似た用語に症例管理 (case management) がある。症例管理の古典的な使われ方としては看護師等による退院調整を意味し、その概念には患者教育や電話による患者のマネジメントは含まれないが (Krumholz, et al. 2006 ; Lewis 2012)、疾病管理の文脈では高リスク患者への個別性の高い疾病管理を指す (Mattke, et al. 2015)。本稿では後者の意味合いを採用する。

## 2. 普及の状況

アメリカ国内の規模の大きい120の保険者に対して2005年に行われた調査では、回答した保険者のうち96%はひとつ以上の疾病管理プログラムを実施している (Matheson, Wilkins and Psacharopoulos 2006)。2011~2012年にかけて実施された類似調査 (回答保険者数=25) でも100%の民間保険者が疾病管理プログラムを実施しており、疾病管理プログラムは大半の保険者の標準サービスとなっている (Mattke, et al. 2015)。

疾病管理プログラムの導入理由であるが、40人近い疾病管理プログラム責任者へのインタビュー調査によると、「競争上の必要性から」導入したという回答 (83%) が「医療費を削減できるから」という回答 (59%) を上回っている (Matheson, Wilkins and Psacharopoulos 2006)。疾病管理は1990年代初頭概念誕生から10年ほどの間に急速に普及したが、その背景に

は、医療費適正化に対する効果の認識が曖昧な中で保険者間のarms race (軍拡競争) を促すような力が市場において働いていた可能性も垣間見え、興味深い。

公的医療保険分野においてもマネジドケア型の保険で疾病管理プログラムは導入されており、メディケア・パートC<sup>4)</sup> (Green 2009)、および一部の州のメディケイド (Arora et al. 2008 ; Conti 2013) で疾病管理プログラムの活用が見られる。

メディケアにおいては2000年からの10年ほどの間に6つの試行プロジェクトが行われ、34の疾病管理プログラムの有効性が評価に付された (Nelson 2012)。後述するように試行プロジェクトの結果の大半は疾病管理に対する熱狂に水を差し、失望を招くものであったが (Fireman, Bartlett and Selby 2004 ; McCall and Cromwell 2011 ; Nelson 2012)、2015年には疾病管理に関連する医療技術が慢性疾患ケアマネジメント (Chronic Care Management ; 以下CCM) としてメディケア・パートB<sup>5)</sup> において報酬化されるに至っている<sup>6)</sup> (算定要件は後述)。2017年の医療提供者への調査によると (N=438)、回答者の41%が既にCCMを実践しており、実践予定と合わせると75%となっている (Smartlink Health Solutions 2017)。

## 3. 介入

本節では疾病管理プログラムの開発・運用の主体、対象疾患・介入技術の組み合わせ、ITの活用状況、患者や医療機関との関係作りといった視点から介入の態様について整理したい。

### (1) プログラムの開発・運用の主体

#### 1) 保険者と疾病管理会社<sup>7)</sup>

保険者に対する2005年の調査に回答したうち約半数が独自に疾病管理プログラムを開発・運用し、残りの半数は疾病管理会社等のベンダーに外注している (Matheson, Wilkins and Psacharopoulos 2006)。近年の動向としては保

険者による疾病管理プログラムの内製化<sup>8)</sup>の潮流が報告されている (Mattke, et al. 2015)。内製化のトレンドの背景には、外注コストの高さ、保険者が提供する疾病管理以外のプログラムとの連携の難しさ、重症度の高い患者における各種医療サービス間の連携・調整の難しさ、一次予防から三次予防を切れ目なく統合的にカバーして患者中心のアプローチを取りたいという保険者のスタンス等が挙げられている (Mattke, et al. 2015)。なお、疾病管理プログラムを内製している調査回答保険者のすべて (N=25) がエビデンスに基づいた診療ガイドラインおよび行動変容理論の活用を試みており、9割前後が少なくとも2年に1度は診療ガイドラインを見直し、医師による有識者パネルを活用している (Mattke, et al. 2015)。

## 2) 医療提供者

メディケアのCCMは出来高支払い制度のもとで実施されるため、保険者の役割は算定要件のデザインと当該要件を満たす請求に対する報酬の支払いになり、疾病管理プログラムの具体的な内容の策定は患者を受け持つ医師等が中心となる。日本の診療報酬の生活習慣病管理料などに近い側面があると言えよう<sup>9)</sup>。CCMを請求できるのは医師、認定助産師 (Certified Nurse Midwife)、臨床専門看護師 (Clinical Nurse Specialist)、ナースプラクティショナー、医師助手 (Physician Assistant) である。これらの者の指示の下でライセンスを持たない臨床スタッフ (Clinical Staff) がサービスの一部を担うことは可能であり、当該スタッフを委託しても良い。ちなみに、医療提供者を対象とした2017年の調査によるとCCMで委託を活用しているのは回答者の12%であった (Smartlink Health Solutions 2017)。

CCMの理念と制度はプライマリケアの現場で一定の評価を受けたが (Edward and Landon 2014)、出来高の診療報酬であるため、マネジドケアで行われるような多くの疾病管理とは異なり、患者に自己負担が発生する。自己負担が

増える患者に対していかにCCMのメリットを説き、プログラムにオプトインさせるかは医師の悩みの種の一つである (Twiddy 2015)。

## (2) 対象患者と介入の組み合わせ

一般的には次のような3段階の手順を経て疾病管理プログラムの対象患者の抽出と介入の組み合わせが決められる：まずは病名等のデータに基づいた慢性疾患患者の抽出、次に医療サービスの使われ方や検査値等を基にした当該患者のリスク階層化、最後に各リスク階層に応じた介入の提供である<sup>10)</sup> (Mattke, et al. 2015)。

### 1) リスク階層に応じた介入の典型

典型的な例としては、リスク階層と介入のレベル感は概ね3つ程度に分けられ、低リスク患者は疾病管理プログラムの対象外となり健康増進やウェルネスのプログラムが提供され、中リスクおよび高リスク患者に対して疾病管理プログラムが提供される<sup>11)</sup> (Mattke, et al. 2015)。

中リスク患者への疾病管理プログラムは慢性疾患のケアや自己管理の向上を目標として、看護師等による定期的な電話を利用した患者教育や励ましなどが中心となる (Mattke, et al. 2015)。

高リスク患者への疾病管理プログラムは、より頻繁な電話や、当該患者を担当する看護師等との対面 (Nelson 2012)、在宅医療を提供する業者や給食宅配サービスとの連携および調整、かかりつけ医・専門医療・リハビリテーションサービス等との連携および調整、療養環境の評価、家庭訪問などが提供される (Mattke, et al. 2015)。

### 2) 対象疾患の例

急速に普及を進めた疾病管理であるが、対象とする疾患の幅は広くはなく、糖尿病、喘息、冠動脈疾患、うっ血性心不全、慢性閉塞性肺疾患といった疾患が代表である (Matheson, Wilkins and Psacharopoulos 2006)。しかしながら、アメリカでは慢性疾患を2つ以上持ち合わ

せる患者が人口の31.5%に上り、それらの患者に対する医療費は国民医療費の71.0%を占める (Gerteis, et al. 2014)。このような背景もあり、患者が抱える疾患のうち主要な疾患ひとつだけに患者を割り振ってその疾患に関するコマ切りのプログラムを提供するようなアプローチは減りつつあり、複数の慢性疾患を持つ患者やうつ病を併存する患者等に対する個別性の高い全人的なプログラム (ウェルネスも含む) の提供に焦点がシフトしつつある (Mattke, et al. 2015)。

### 3) CCMの対象患者と介入の概要

メディケアのCCMにおける対象患者と介入の大枠については算定要件で規定されている<sup>12)</sup>。まず対象疾患と患者であるが、次のような性質の慢性疾患を2つ以上抱えている患者でなければならない：最低でも12か月以上続くか、もしくは不治の慢性疾患で、かつ、患者に対し死や急性増悪、機能低下の著しいリスクをもたらす慢性疾患であること。具体例としては前項2)で挙げた疾患群に加え、アルツハイマー病、関節炎、心房細動、自閉症、悪性新生物、高血圧、感染症が例示されているが、それらの疾患を持つ患者のみに算定が限定されているわけではない。民間の保険者や疾病管理会社が用いるようなリスクモデルに基づいた患者の階層化による対象患者の抽出が、医療現場の判断に置き換わっている点は興味深い。

主たる算定要件は次の通りである：CMSにより認定を受けた電子健康情報 (EHR) を使用して患者情報を構造的に記録していること、常にアクセス可能であり<sup>13)</sup> かつケアの連続性が担保出来ること<sup>14)</sup>、包括的なケアマネジメントを実施すること<sup>15)</sup>、包括的なケアプランを策定・更新すること、他の医療サービス等との連携を管理すること、効果的なコミュニケーションの手段を持つこと<sup>16)</sup> などである。上記のような基準をクリアし、管理に資する行為を通算20分以上行った場合 (非対面でも構わない)、月1回に限り算定でき、重症例については請求できる時間の上限が上がり、加算が付く。

### (3) IT技術の活用例

ITの活用として、まずはリスクモデルの精緻化が挙げられよう。介入の効果を上げるためには効果を上げられるポテンシャルが高い患者を効率的にスクリーニングしなければならず、疾病管理の黎明期からその重要性は認識されてきた (Zitter 1997)。最近の取り組みの一例としては、請求データから患者の自己管理の状況を推測し、支援をより必要とする患者を抽出するためのアルゴリズムの改善などが挙げられる<sup>17)</sup>。

次に、患者との接点におけるITの活用例を挙げたい。Tang, et al. (2013) は2型糖尿病患者に対する通常のケア (N=186) とITを活用した疾病管理プログラム (以下、介入群。N=193) を比較したランダム化比較試験 (RCT) を行い、介入群に次の介入を施している：家庭における血糖値測定器の結果をワイヤレスで病院のEHRに転送するシステムの利用、患者の状況のサマリや目標などが一覧できるダッシュボードの提供、食事や運動の各種記録の蓄積および閲覧機能の提供、治療チームのメンバーとコミュニケーションが取れるオンラインのメッセージツールの提供、慢性疾患の自己管理向上に資する教育的なコンテンツの配信等である。なお、RCTの結果、6か月後時点では通常ケアと比較して介入群は有意に低いHbA1cの値を記録したが (平均8.62 vs 7.92, p値 < 0.001)、12か月後の時点では通常ケア群の改善が介入群に追い付いたといったこと等もあり、両者の有意差は消失している (Tang, et al. 2013)。その他のIT活用例としては、携帯端末を使ったモニタリング、ビデオチャット、同じ疾患を持つ患者に対するソーシャルネットワーク的な場の提供などの試行が進んでおり、IT技術の活用は疾病管理において非常に期待が高い領域である (Mattke, et al. 2015)。

### (4) 患者や医療提供側との関係作り

介入の実施やそれに前後して、実務上で起こり得る障壁について何点か触れておきたい。

### 1) 患者との関係作り

42%の保険者 (N=25) が疾病管理プログラムの候補者に連絡が繋がりにくいとしており、連絡を繋ぐための各種取り組み<sup>18)</sup> が試行錯誤されている (Mattke, et al. 2015)。また、患者をプログラムに参加させるには一定のインセンティブが必要との認識もあり、48%の保険者が金銭等を含む何らかのインセンティブ<sup>19)</sup> を患者に与えている (Mattke, et al. 2015)。

患者のプログラム参加決定後は、行動変容や動機づけ面接の訓練を受けた看護師等が電話などを活用してアセスメントを実施し、個別の計画を策定するなどにより患者の関与を最大限に引き出す努力をしている (Mattke, et al. 2015)。

### 2) 医療提供側との関係作り

従来型の疾病管理プログラムにおいては保険者と医療提供側の連携は活発であったとは言えないが、それでも96%の保険者 (N=25) が医療機関にケアの有るべき姿と実態の差異 (care gaps) に関するフィードバックを行うなど、関係作りの強化を図っている (Mattke, et al. 2015)。

近年においては、複数の慢性疾患を抱える患者に個別性の高いプログラムを提供することなどが求められているため、保険者が医療機関に症例管理の担当スタッフ等を配置するなどして、連携を深めている例がみられる (Mattke, et al. 2015)。

## 4. 効果

疾病管理プログラムに関する評価の報告が多く上がっているが、選択バイアス等を排除しきれていない調査・分析デザインの研究が多く、多くの論文について結果をそのまま鵜呑みすることは危険である。

本節では、2000年からの10年ほどにメディアで行われた6つの試行プロジェクトのうち、RCTが採用された5つのプロジェクトに絞って<sup>20)</sup> 主な結果を紹介したい。

まず、主たるアウトカムであった期間中の入

院発生数については30弱のプログラムのうち3つが通常のケアに比べて有意な低下を達成し、医療費の有意な低下を達成したプログラムはひとつであった (Chen, et al. 2008 ; Moreno, et al. 2008 ; Esposito, Stewart and Brown 2008 ; Peikes, et al. 2009 ; McCall and Cromwell 2011 ; Nelson 2012)。また、医療費の低下を達成したプログラムも、プログラムの運営費用まで加味すると、メディケアに費用節減効果 (cost savings) をもたらさなかった (Esposito, Stewart and Brown 2008)。前述の通り試行プロジェクトから上がってくる結果は疾病管理に対する失望を招いたが、一方で、疾病管理の関係者に医療費削減の困難さや、医療の質の改善と医療費の削減が一定程度トレードオフの関係にあるという現実的な気付きを与えた (Fireman, Bartlett and Selby 2004)。疾病管理プログラムの効果に関する現時点での概ねのコンセンサスは、費用節減までは期待すべきではないがQOLの向上まで加味すれば長期的には費用対効果があるだろう、といった所と推察する。

McCall and Cromwell (2011) は、疾病管理会社や民間保険者から報告される研究成果とメディケアの試行プロジェクトの結果の不整合について、研究デザインの違いを理由に挙げるとともに、想定された結果が得られなかった要因として慢性疾患を抱える高齢者のケア自体が内包する難しさ、医療費がかかる個人の予測の難しさ、医療費のかかる事象の発生と請求データのタイムラグ、医療提供側と保険者側の連携の弱さなどを指摘している。

入院数の減少を達成した数少ない成功例は、保険者の取り組みが医療提供側の業務フローに組み込まれるなど、すべて保険者側が医師や患者と高頻度の接点を持つプログラムであった (Nelson 2012)。この結果は、医療提供側が主体となって慢性疾患を複数抱えるハイリスク患者に手厚いケアの管理を提供するというCCMの算定要件を形作るエビデンスになったものと推察する。

なお、Nelson (2012) はこれらの施行プロジェ

クトにおいては、支払いに関するインセンティブの度合いが入院発生数や医療費といったアウトカムに影響しなかったとしている。

## 5. 日本への示唆

アメリカの疾病管理プログラムは、より重症度の高い患者を対象に、全人的で個別性の高いケアに資するような管理・調整・連携を、ITを活用しつつ提供するという方向に進んでいる。

日本においては、重症化の予防にあたり医療提供側が診療報酬で実施していく部分と、保険者側が保健指導として実施していく部分との連携が求められる（岡本 2015）。筆者としては、互いが得意な分野で貢献し合う姿が望ましいと考える。また、連携以上の指示命令が生じる部分については診療報酬の枠組みの中で整理していくことが必要と考える。

忙しい外来診療の場面を思い浮かべるに、保険者に対してはかかりつけ医の手の回りにくい分野に注力することが期待されているのではないだろうか。例えば患者に対しては、行動変容の理論等に基づいた丁寧な面談やプログラムの提供、教育コンテンツの提供、心理社会上のニーズの評価とその対応の支援、家庭訪問といったところで保健指導が力を発揮し得るのではないか。療養環境の評価、複数種類の医療サービスにかかる際の連携・調整支援についてはアメリカでは実施されているが、日本の文脈においては関係者間の権限、指揮命令系統などの整理が必要かも知れない。患者が自身の情報を参照できるようなポータルサイトも医療提供側では対応が難しい領域であろう。リスクの高い患者群には対面を多く活用し、リスクの低い患者群にはITを活用したスケール可能な取り組みを行うといった濃淡をつける（もしくは前者に注力する）などが考えられよう。

かかりつけ医との連携という視点からは、松田（2010）が指摘する所でもあるが、提供されている医療と本来望ましい医療の差異（care gaps）のフィードバックが保険者ならではの貢

献分野であるし、比較的着手しやすいのではないだろうか。保険者にはcare gapsを定義し、測定する力量や仕組み作りが求められよう。なおcare gapsの測定や、保健指導もしくは医学管理の介入効果の測定においては、保険者として介入開始時点のベースラインの患者の情報（検査値等）を押さえておくことが必須と考える。糖尿病手帳の活用等も重要であるが、筆者としてはそれに並行してベースラインの主要な検査値をレセプト情報に載せていくのが悉皆性を高めるために有効と考える。保険者が健診時点以外の検査値情報を持つことで、保健指導や医学管理のより正確な評価が可能になり、併せて高リスク患者のスクリーニング精度の向上や、ベストプラクティスの同定等も期待されよう。

最後であるが、アメリカの例を見ても分かるように、理論的かつ直感的に正しそうなプログラムが必ずしも想定通りの結果をもたらすとは限らない。財源が限られる中、プログラムとその効果の見合いは可能な限り客観的に検証することが望ましく、創意工夫したプログラムであってもその効果等を健全に懐疑し、例えばRCTを活用して評価を見極めてみるといったスタンスもより求められると考える。

## 謝辞

本稿をまとめるにあたって、George Avery氏（American Health Data Institute）、Michaela Kerrissey氏（Harvard Business School博士 課程）、山口治紀氏・佐々木美佳氏・出原光暉氏（株式会社 健康保険医療情報総合研究所）の助言をいただいた。この場を借りて御礼を申し上げます。

## 注

- 1) 一次予防は発症予防、二次予防はリスクを持っている患者の特定と介入、三次予防はすでに疾患が確立している患者に対する機能改善、合併症予防等のための介入を指す（Leviton, Kuehnert and Wehr 2015）。
- 2) 後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し

- や保険者努力支援制度の創設等。
- 3) 本稿は筆者の所属する組織の見解を表すものではない。
  - 4) メディケアに認可を受けた、民間保険の提供する医療保険で、メディケア・パートAとパートBの加入者が任意で加入できる。
  - 5) メディケアのうち、医療的に必要なサービスと予防サービスをカバーする出来高支払い型の医療保険。
  - 6) メディケアを管轄するメディケア・メディケイドサービスセンター (Centers for Medicare & Medicaid Services: CMS) は従前、外来の診療 (office visit) と診療の間に行われる対面なしの患者管理に関する報酬は、対面による診療時の報酬に含まれているとしていた (CMS 2016)。しかしながら、ケアの質の改善と医療費の増加スピードの緩和を図るためには、慢性疾患を複数持つ患者に対する疾病管理を進めることが重要との認識の下、新設の報酬項目が必要と判断した (CMS 2013; CMS 2016)。CCMに関連する診療報酬は、CPTコードの99490、99489、99487、およびHCPCSコードのG0506である。
  - 7) 本稿では、疾病管理プログラムの開発・運用等を行う会社、もしくはそのような事業を持つ会社を指す。
  - 8) 保険者による疾病管理会社の買収も含む。
  - 9) 生活習慣病管理料とCCMの大きな違いは、後者は対面をしない間の手間を主に評価しようとする性質のものであると言える。
  - 10) 特定健診・特定保健指導と概ね似た手順と言えが、最大の違いはプログラムの自由度と言えよう。特にマネジドケア型の保険などの場合は人頭払い (capitation) 的な支払いの要素が強いことや疾病管理会社間の競争等も相まって、結果を求められるため、すべての手順において創意工夫による改善に対して強いインセンティブが働いている。
  - 11) 高リスク患者への疾病管理を症例管理 (case management) と言う場合もある。
  - 12) 詳細はCMS(2018)等を参照されたい。
  - 13) 24時間365日、医師、医療専門職、医療補助者のいずれかにアクセスができるようにすることが求められている。また、患者・介護者に、担当チームの医療専門職にいつでもアクセスできるように連絡手段を確保しなければならない。
  - 14) ケアを提供するチームメンバーの中に一人、患者が定期的なアポイントを取れる者を含めることでケアの連続性を保つことが求められる。
  - 15) 患者が抱える医学上、機能上、心理社会上のニーズをシステムティックに評価すること、推奨されるすべての予防的なケアをタイムリーに提供すること、服薬のアドヒアランスや相互作用を考慮して処方内容を見直すこと、服薬の自己管理状況を把握することが求められる。
  - 16) 患者のケアに関して患者や介護者と効果的なコミュニケーションの機会を持つことが求められる。電話のみならず、(患者用のポータルサイト等を用いた) セキュリティ度の高いメッセージ交換手段、インターネット、非同期的で対面不要なコンサルテーションの手段の提供などが求められる。
  - 17) 疾病管理会社の American Health Data InstituteのGeorge Avery氏への電子メールによるヒアリングより(2018年2月時点)。
  - 18) 郵送による通知、訓練されたオペレータからの電話、自動音声案内機の活用、病院の退院調整看護師との連携など。
  - 19) ギフトカード (92%)、削減した医療費の分配もしくは医療費増に対するペナルティ (75%)、保険料の引き下げ (75%)、現金 (42%) 等が挙げられている。
  - 20) 次の5つのプロジェクトである: Medicare Coordinated Care Demonstration, Medicare Health Support Pilot, Demonstration of Disease Management for Dual Eligible Beneficiaries, Demonstration of Informatics for Diabetes Education and Telemedicine, Demonstration of Disease Management for Severely Chronical Ill Beneficiaries。各プロジェクトは概ね3～4年の期間実施され、プロジェクトの中でも効果の見極めを要するプログラムについては観測期間の延長がなされた。

#### 参考文献

- ・ Arora, Roshni, Jessica Boehm, Lisa Chimento, Lauren Moldawer, and Catherine Tsien. "Designing and Implementing Medicaid Disease and Care Management Programs: A User's Guide." The Lewin Group, Falls Church, 2008.
- ・ CDC. CDC's Chronic Disease Prevention System. 2017. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/>

- about/prevention.htm.
- Chen, Arnold, Randall Brown, Dominick Esposito, Jennifer Schore, and Rachel Shapiro. "Report to Congress on the Evaluation of Medicare Disease Management Programs." Mathematica Policy Research, Princeton, NJ, 2008.
  - CMS. "Connected Care: The Chronic Care Management Resource, Health care professional toolkit." The Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018.
  - —. "Medicare Program: Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule and Other Revisions to Part B for CY 2017." Federal Register, 2016. 80243-80251.
  - —. "Medicare Program: Revisions to Payment Policies Under the Physician Fee Schedule, Clinical Laboratory Fee Schedule & Other Revisions to Part B for CY 2014." Federal Register, 2013. 74414-74427.
  - Conti, Matthew S. "Effect of Medicaid Disease Management Programs on Emergency Admissions and Inpatient Costs." Health Services Research 48, no. 4 (8 2013): 1359-1374.
  - Edwards, Samuel T., and Bruce E. Landon. "Medicare's Chronic Care Management Payment - Payment Reform for Primary Care." New England Journal of Medicine 371, no. 22 (11 2014): 2049-2051.
  - Esposito, Dominick, Kate A. Stewart, and Randall Brown. "Evaluation of Medicare Disease Management Programs: LifeMasters Final Report of Findings." Mathematica Policy Research, Inc., Princeton, 2008, 64.
  - Fireman, B., J. Bartlett, and J. Selby. "Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality?" Health Affairs 23, no. 6 (11 2004): 63-75.
  - Gerteis, Jessie, et al. "Multiple Chronic Conditions Chartbook: 2010 Medical Expenditure Panel Survey Data." Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2014, 45.
  - Green, Lisa H, and Mathematica Policy Research. "Evaluation of Care and Disease Management Under Medicare Advantage: Final Report." L&M Policy Research, LLC, 2009.
  - Krumholz, H. M., et al. "A Taxonomy for Disease Management: A Scientific Statement From the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group." Circulation 114, no. 13 (9 2006): 1432-1445.
  - Leviton, L C, P L Kuehnert, and K E Wehr. "Public Health: A transformation for the 21st Century." Chap. 6 in Jonas and Kovner's Health Care Delivery in the United States, by L C Leviton, P L Kuehnert and K E Wehr, edited by James R Knickman and Anthony Kovner, 99-118. New York: Springer Publishing Company, 2015.
  - Lewis, Alfred. Why nobody believes the numbers: distinguishing fact from fiction in population health management. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2012.
  - Libersky, Jenna, Melanie Au, and Allison Hamblin. "Using Lessons from Disease Management and Care Management in Building Integrated Care Programs." Integrated Care Resource Center, 2014.
  - Matheson, David, Anne Wilkins, and Daphne Psacharopoulos. "Realizing the Promise of Disease Management: Payer trends and opportunities in the United States." The Boston Consulting Group, 2006.
  - Mattke, Soeren, Tewodaj Mengistu, Lisa Klautzer, Elizabeth M Sloss, and Robert H Brook. "Improving Care for Chronic Conditions: Current Practices and Future Trends in Health Plan Programs." RAND Corporation, 2015.
  - McCall, Nancy, and Jerry Cromwell. "Results of the Medicare Health Support Disease-Management Pilot Program." New England Journal of Medicine 365, no. 18 (11 2011): 1704-1712.
  - Moreno, Lorenzo, Rachel Shapiro, SB Dale, Leslie Foster, and Arnold Chen. "Final Report to Congress on the Informatics for Diabetes Education and Telemedicine (IDEATel) Demonstration, Phases I and II." Mathematica Policy Research, Princeton, NJ, 2008.
  - Nelson, Lyle. "Lessons from Medicare's

- Demonstration Projects on Disease Management and Care Coordination.” Congressional Budget Office, 2012.
- ・ Peikes, Deborah, Arnold Chen, Jennifer Schore, and Randall Brown. “Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries.” *JAMA* 301, no. 6 (2009):603.
  - ・ Schrijvers, Guus. “Disease management: a proposal for a new definition. [Editorial].” *International journal of integrated care* 9 (2009):e06.
  - ・ Smartlink Health Solutions. “Market Research Report:MACRA and CCM.” 2017.
  - ・ Tang, P. C., et al. “Online disease management of diabetes:Engaging and Motivating Patients Online With Enhanced Resources-Diabetes (EMPOWER-D), a randomized controlled trial.” *Journal of the American Medical Informatics Association* 20, no. 3 (5 2013):526-534.
  - ・ Twiddy, David. “Chronic Care Management in the Real World.” *Family practice management* 22, no. 5 (2015):35-41.
  - ・ Zitter, Mark. “A new paradigm in health care delivery:Disease management.” Chap. 1 in *Disease management:A systems approach to improving patient outcomes*, by Mark Zitter, edited by Warren Todd and David Nash, 1 -25. Jossey-Bass, 1997.
  - ・ 岡本悦司. “データヘルス計画:保健指導から疾病管理へ、一次予防から三次(重症化)予防へ.” *Kenko Kaihatsu*, 2015:19(4)21-27.
  - ・ 松田晋哉. “疾病管理の役割と将来①:特定健診・特定保健指導事業から日本版「慢性疾病管理」プログラムへ.” *イザイ*, 2010:(13)52-57.

## カナダに見る慢性疾患の予防と管理への取組み

日本カナダ学会会員・元 皇學館大学准教授  
岩崎 利彦  
Iwasaki Toshihiko

慢性疾患が医療費の大きな割合を占め、多くの国民の生活の質を低下させている状況はカナダにおいても例外ではない。『ラロンド報告』以来、集団の健康にも着目してきたカナダにおいて慢性疾患の予防と管理にどのように取り組んでいるのかを、人口の38%が住むオンタリオ州を中心に、太平洋岸のブリティッシュ・コロンビア州、そして中央部の平原州のサスカチュワン州から見ることにしたい。

### 1. はじめに

慢性疾患（慢性病、生活習慣病とも呼ぶ）は、多くの国々において人々の健康と命、生活の質、そして医療費に深刻な悪影響を及ぼしている<sup>1)</sup>。カナダにおいても、慢性疾患の予防と管理は、個人、医療システム、コミュニティ<sup>2)</sup>、そして社会全体にとって重要な難題となっている（Canada, 2007, vii）。2014年のカナダの10大死亡原因を上位から順に見てみると、癌、心臓疾患、脳卒中、慢性下気道疾患、不慮の事故、糖尿病、インフルエンザと肺炎、アルツハイマー病、自殺、肝疾患となっている<sup>3)</sup>。総死亡者の4分の3が、この10大死亡原因によるものであった（カナダ統計局2017年）。

慢性疾患は、ゆっくりと症状が進み、往々にして深刻なものへと進行するが、コントロール可能であることも多いものの、完治することのほとんどない長期にわたる病気である。この慢性疾患には、心臓病や脳卒中などの循環器疾患、癌、糖尿病、関節炎、腰痛症、喘息、慢性うつ病といった症状が含まれる（Ontario, 2007, p. 3）。また、慢性疾患は、疾病の特徴からして高齢者にとって一般的な病気でもある（表1参照）。

表1 慢性疾患者の割合 2014年

	高血圧	糖尿病	慢性閉塞性肺疾患
12歳以上人口	17.7%	6.7%	4.0%*
男	18.5%	7.5%	3.7%
女	17.0%	5.8%	4.4%
45歳 - 64歳	23.4%	8.5%	3.8%
65歳以上	47.4%	18.2%	7.2%

注\* 35歳以上人口に対する割合。

出所：Statistics Canada, CANSIM, table 105-0501 and Catalogue no. 82-221-X.

また、慢性疾患の患者は多疾病罹患であることも多く、医療サービスの多量利用傾向がある。カナダ保健医療情報研究機構（Canadian Institute for Health Information: 以下、略称のCIHIと記す）によると、18歳以上の患者の41%が7慢性疾患のうちの少なくとも1つを患っており、6%は3つ以上を患っていた<sup>4)</sup>（CIHI 2014, p.2）。

オンタリオ州では、2003年に45歳以上の州民（約370万人）のうちのほぼ80%が慢性疾患とともに生活しており、しかも約70%が2つ以上の慢性疾患を患っていた。同州では、慢性疾患による経済負担は直接・間接を含めた総医療費の55%に達すると推定している<sup>5)</sup>（Ontario, 2007, p.

3)。

その一方で、慢性疾患は「最も予防可能な疾病」(Ontario, 2007, p.4)であるとも言われる。慢性疾患の予防と管理を上手にすれば、医療費抑制とともに人々の生活の質を高めることも可能ということになる。慢性疾患の予防と管理への取り組みは州・準州の医療システム間で力点が同じではない (Canada, 2007, vii)。

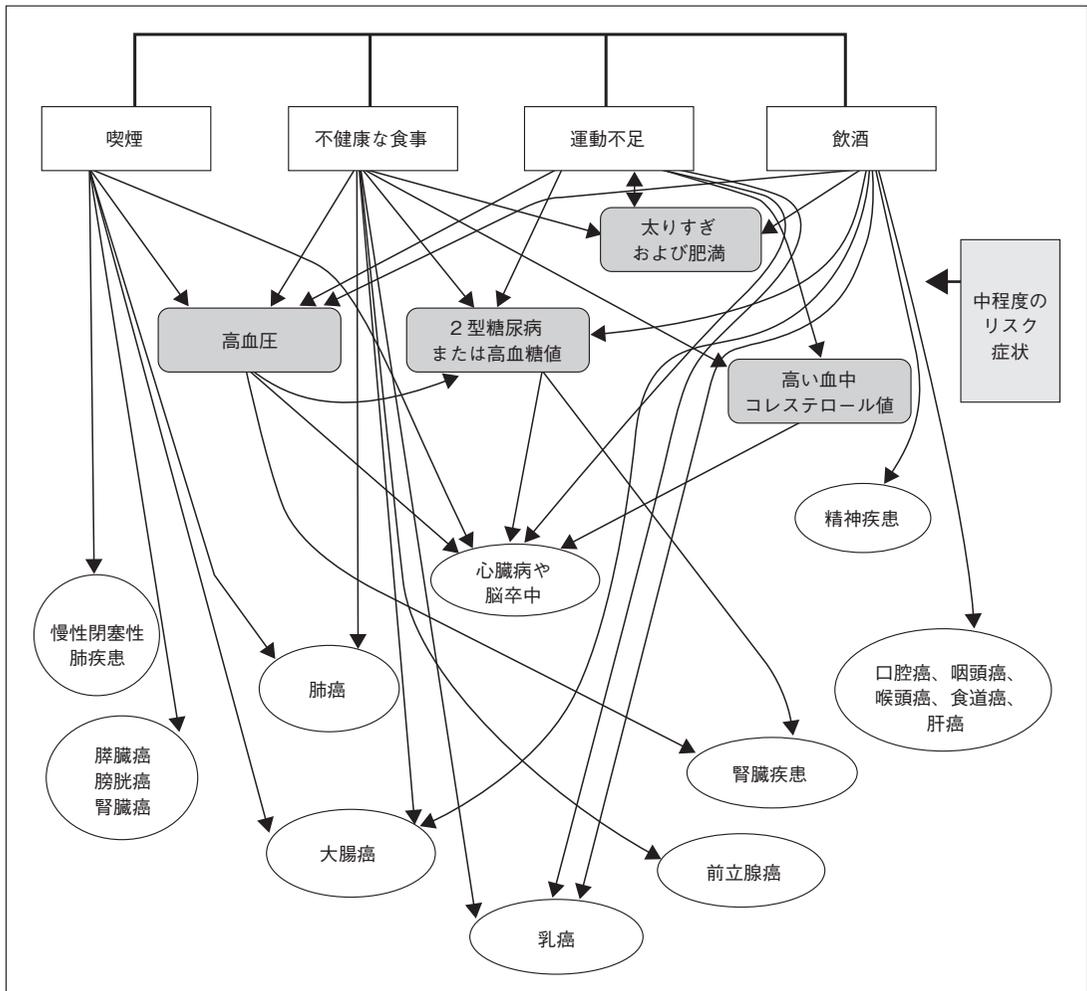
本稿では、慢性疾患の予防と管理にカナダがどのように取り組んでいるのかを、総人口の38%近くが住む東部のオンタリオ州を中心に、総人口の15%近くが住む太平洋岸のブリティッシュ・コロンビア州、そして中央部にあってカナ

ダの公的健康保険制度の発祥の地であるサスカチュワン州の事例から検討する。

## 2. 慢性疾患は予防、発見、管理が可能

循環器疾患、糖尿病、関節炎、喘息、骨粗鬆症といった慢性疾患は、共通のリスク要因と症状を有している。各個人が変える気になれば変えることのできる行動や中間生物学的要因とリスク症状－運動不足、不健康な食事、喫煙、飲酒、そして高血圧、高い血中コレステロール値、太っていることなど－を慢性疾患のかなりの人々に見いだすことができる (図1参照)。

図1 慢性疾患に共通するリスク要因



出所：Ontario 2007, p. 5. Figure 1.

もし禁煙社会が実現すれば肺癌による死亡の90%以上、その他のすべての癌による死亡の30%が予防可能であり、また、もし50歳から69歳の女性の70%がマンモグラフィによる乳癌検診を受けていたら乳癌による死亡が10年間で約3分の1減少した可能性がある<sup>6)</sup> (Ontario, 2007, pp.5-6)。

また、慢性疾患の管理（マネジメント）には、慢性疾患の人々に対する社会的支援と医学的支援を統合した多面的な介入が必要である。オンタリオ州では異職種提携のコミュニティをベースにしたセルフケア・クリニックに通った糖尿病患者の血糖値が1年以内に平均14%低下しているし、またケアをコーディネートし、患者とその家族に教育として提供されたうっ血性心不全退院プログラムに参加した患者は再入院率が60%以上減少した実例がある (Ontario, 2007, p.6)。

しかし、従来の医療システムは慢性疾患のケアに適したシステムとは言い難いようである。

### 3. 医療システムの再設計が必要

オンタリオ州保健省（Ministry of Health and Long-Term Care）は、つぎのように指摘している。現行の医療システムは、急性期疾患に対応するべく設計されており、治療は受け身的—すなわち急性の健康問題に対応する—傾向があった。従来の医療システムの特徴は①医師は医療システムにアクセスするクライアント<sup>7)</sup>を診療する、②患者は医師の治療を受け身的に受け入れる、③クライアントが医師訪問するのは、明確な症状があるか患者目線による症状によるものである、④クライアントの全般的な健康増進、病気や傷害の予防、および医療提供者間にまたがるケアの継続性の確保といったことは医療システムの優先事項に入っていないなどである (Ontario, 2007, p. 6)。

このような特徴のある医療システムでは、慢性疾患の患者は「良い標準的なケア」を得ることが困難である。一例として、オンタリオ州では急性心筋梗塞の患者の7.2%が28日以内に再入

院しているのに対して、アルバータ州のそれは4.8%であり差が生じている。ケアの質の改善を図るために、結果（アウトカム）が改善すると分かっている手法と実際に診療現場で実施されている手法との間に存在するギャップをなくす必要がある (Ontario, 2007, pp.6-7)。このように、従来の医療システムのままでは、慢性疾患のケアには不適切であることを同省は指摘している。

### 4. オンタリオ州：慢性疾患の予防と管理のための枠組

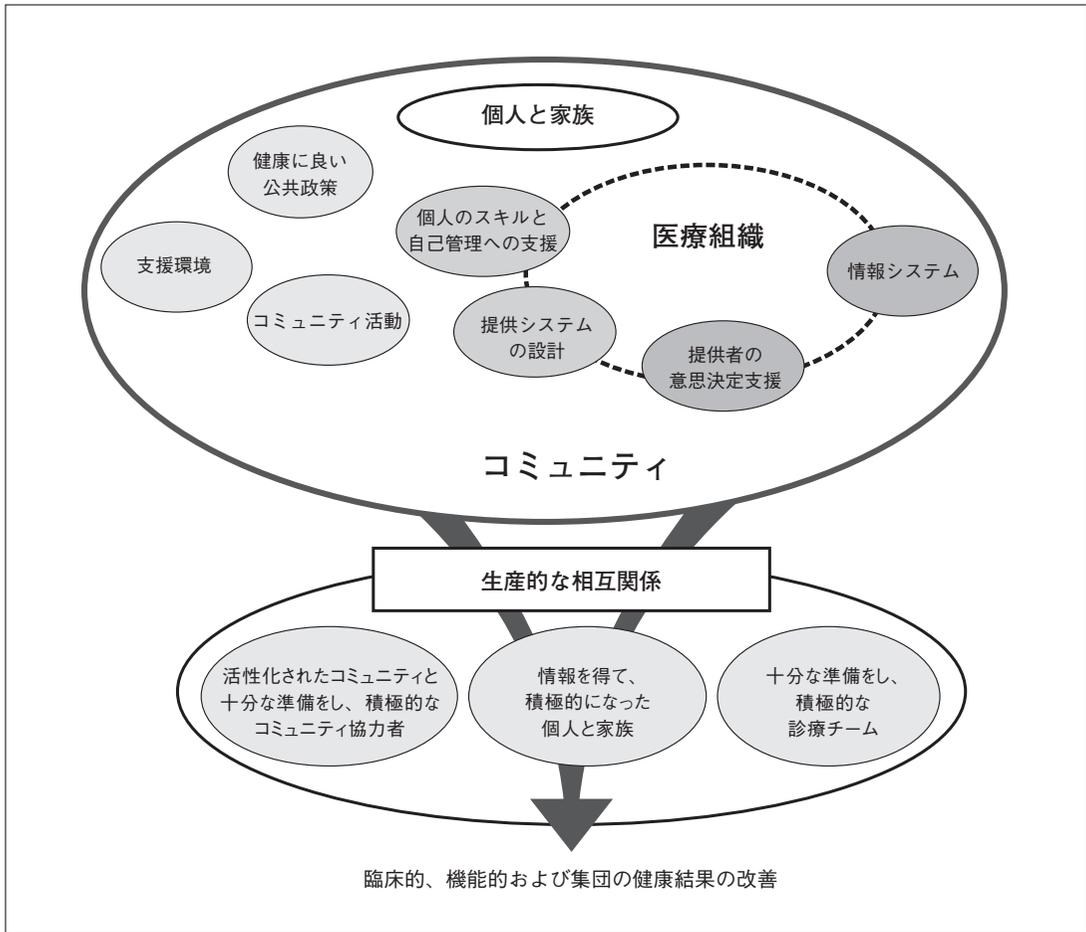
オンタリオ州保健省は「慢性疾患の予防と管理の枠組（以下「枠組」と略す）」 (Ontario 2007) を公表している。これが「枠組」は、オンタリオ州における慢性疾患の予防と管理を改善するために、医療実践と医療システムを再設計するための政策的枠組として開発され、根拠に基づき、集団（population）に基礎を置いた、そしてクライアントの視点に立脚した慢性疾患の予防と管理への取り組み方である<sup>8)</sup> (Ontario, 2007, p.8)。

この枠組は、アメリカ合衆国カリフォルニア州のマッコール医療改革研究所（MacColl Institute of Healthcare Innovation）で開発された「慢性疾患ケアモデル（Chronic Care Model：CCM）<sup>9)</sup>」を発展させたものであり、またブリティッシュ・コロンビア州（以下、BC州と略す）の「慢性疾患ケア拡張モデル（Extended Chronic Care Model: ECCM）<sup>10)</sup>」からの情報を得たもので、かつ健康増進のためのオタワ憲章（Ottawa Charter of Health Promotion）<sup>11)</sup>を組み入れている。図2はその「枠組」を示したものである。

この「枠組」は、慢性疾患の予防と管理に効果のある相互に関連するものの互いに独立した構成要素の集まりが、生産的なかたちで相互に関係をもつことによって結果として臨床的、機能的および集団的な健康結果（アウトカム）の改善につながることを示している。

図2のいくつかの構成要素について見ておきたい。「医療組織<sup>12)</sup>」については、慢性疾患の子

図2 オンタリオ州の慢性疾患の予防と管理の枠組み



出所：Ontario 2007, p. 8. Figure 2.

防と管理を明確なかたちで支援する強力な組織的なリーダーシップ<sup>13)</sup>、組織の人的資源および財政的資源とインセンティブ（報奨金など）の連動<sup>14)</sup>、質の向上という文化を育成<sup>15)</sup>、結果に対する説明責任が指摘されている（Ontario 2007, pp. 12-14）。

つぎに、健康な生活のためのスキルおよび病気に上手く対処できるスキルを高めるための「個人のスキルと自己管理への支援」では、クライアントは医療チームの一員であり意思決定に共に係わることで、クライアントが自己管理者となる力を獲得すること<sup>16)</sup>、そのための支援サービスが必要であること、診療ガイドラインをクライアントが共有することは重要な自己管理支援にな

ること<sup>17)</sup>、自己管理支援にはフォローアップが必要であること、健康とウェルネスに対する個人スキル支援も必要であることが指摘されている（Ontario 2007, pp. 14-17）。

また、「提供システムの設計」－臨床医療の準備と実践の方法－では、明確な役割と責任をもった異職種提携のケアチームの重要性<sup>18)</sup>、患者との新たな接し方<sup>19)</sup>、ケアプランやケアパスの利用とケア管理、健康増進と予防の強化、アウトリーチと集団のニーズに基礎を置いたケアおよび文化的感受性への配慮による提供システムの再設計の必要性が指摘されている（Ontario 2007, pp. 18-23）。

もう一つの「提供者の意思決定支援」には、

日々の診療に組み入れられた根拠に基づく診療ガイドライン、協働的なチーム診療のなかでの教育を含めた提供者教育<sup>20)</sup>、専門医のもつ専門知識へのアクセス<sup>21)</sup>、臨床ケアおよびクライアント管理のためのツール、そして測定ならびに評価および通常の報告とフィードバック<sup>22)</sup>が含まれる (Ontario 2007, pp. 23-26)。

そして、「情報システム」は、患者レジストリ (疾病登録)、電子医療記録 (electric medical care record: EMR)<sup>23)</sup>、提供者ポータル、クライアント・ポータル<sup>24)</sup>、集団の健康データを得られるようにする必要があると指摘している (Ontario 2007, pp. 27-29)。

また、「健康に良い公共政策 (healthy public policy)」とは、個人と集団の健康改善を目的とした政策の開発と実施、および一般的な集団内におけるグループ間の不公平に取り組むことをいう。よって、公共政策を通じての慢性疾患予防は、社会的決定要因-所得、教育、所得保障<sup>25)</sup>、安全、住宅などにも焦点を合わせる必要があると指摘している<sup>26)</sup> (Ontario 2007, pp. 30-32)。この視点が、今後ますます必要となるであろうし、またなるべきである。

最後に、「コミュニティ活動」は、住民の健康に影響を与える諸問題に対してコントロールを強めようとコミュニティが企てる活動をいう。「コミュニティ活動は、単なる医療システムの補助薬ではなくて、むしろコミュニティのある個人やグループの健康的な生活および生活の質に対する障壁を取り除くための介入である」。コミュニティ活動としては、地元の組織間の協力関係の構築、住民参加、そして地元の知識やスキルおよび資源の高揚が指摘されている (Ontario 2007, pp. 34-37)。

このような「枠組」が用意されることによって、慢性疾患のクライアントは改善された生活の質によってより健康的となり、ケア提供者たちは作りだした良質のケアと仕事に対する高い満足度が得られ、コミュニティは地元のすべての人々の生活を改善するという共有の使命に焦点を合わせられるとオンタリオ州保健省は見ている

(Ontario 2007, p. 39)。

## 5. オンタリオ州のコミュニティ医療センター

コミュニティ活動に関連して、オンタリオ州のコミュニティ医療センター (Community Health Centres: 以下、「センター」と略す) について見ておくことにする。この「センター」は、非営利組織でコミュニティ選出の理事会によって設立・運営され、コミュニティの人々の健康増進、疾病予防に重点を置いたプライマリ・ヘルスケアを提供している。そして、すべてのセンターが14歳~24歳までの青年に対してプライマリケア・サービスを提供している。

「センター」は、仲間による教育や適応支援の提供、あるいは健康に影響を及ぼす諸状況に対して取り組もうとする支援グループや互助グループと家族を結びつける役割を果たしており、健康に優しいコミュニティの発展に寄与するものである。各「センター」は、学校、住宅団地、職場での健康増進のための新計画にも積極的に協力している。

一般的な「センター」のプライマリ・ケアチームの構成には、医師、実践看護師、看護師、ソーシャル・ワーカー、ヘルス・プロモーター、コミュニティ医療従事者、そしてしばしば足病医、栄養士、あるいは栄養研究者が含まれる。オンタリオ州には、現在101の「センター」があり、また青年へのサービスに特化した「センター」が4か所ある。このように、「センター」は、カナダのコミュニティにおいて重要な役割を果たしている。

## 6. BC州：コミュニティ自己管理プログラム

BC州政府の援助のもとに提供されているスタンフォード・コミュニティ自己管理プログラムは、同州の慢性疾患の人々の日常生活困難への対応および元気で健康的な生活の維持を援助

するもので、またケアの継続性に重要な役割を果たすものであって、無料で提供される根拠に基づいた教育プログラムで訓練を受けたボランティアによって提供されている。

参加者が知識の獲得ならびに方法とテクニックを学び、自己の健康管理に必要なやる気と自信を得られるようにする。その学びのテーマは、医療チーム・家族・その他の人々との間のコミュニケーション力、問題解決プロセスの使い方、難しい治療の決定の仕方、個別の活動プランの作り方および利用の仕方、医師訪問のための準備の仕方、ケアチームとの効果的な接し方、治療の選択肢と批評情報の評価の仕方など多彩である。

グループ・プログラムは、10～16人を1グループとして週1回2.5時間で6週連続で開催される。プログラムのコースには、慢性疾患自己管理プログラム、慢性疼痛自己管理プログラム、糖尿病自己管理プログラム、および癌の人および一緒に生活する人を対象とする癌プログラムがある。図3は、2016年にBC州の6つの医療区において実施された自己管理プログラムの回数とプログラムのコース毎の実施回数を示している。

州南部の内陸部保健局（50の地方自治体がある）は、慢性疾患に対する定期的なプライマリケアの重要性（すなわち、家庭医をもつこと）およびプライマリ・ヘルスケアの重要性を住民に強

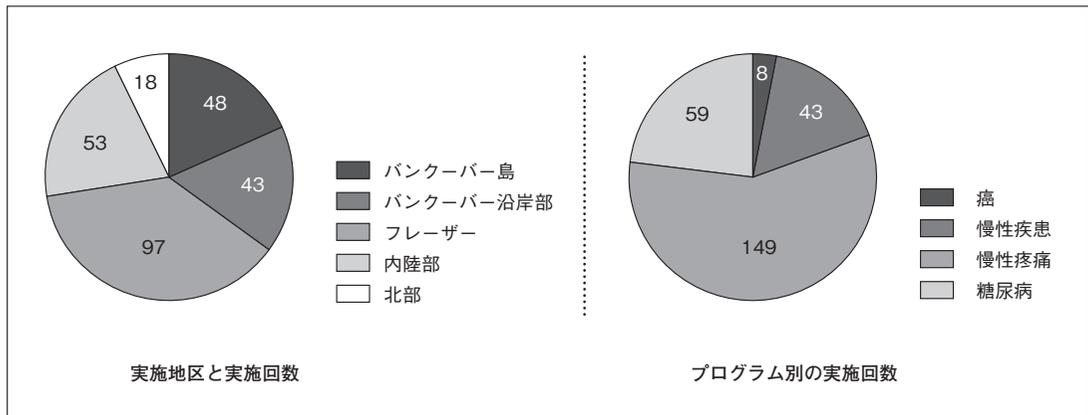
調している。また、良き慢性疾患の管理には、ケアとサポートが重要であるとして、受け身のでない積極的なケア、チームベースのケア、プライマリケアとコミュニティとの幅広い一体化、ケア提供者間の協調およびケア視点に立った協調、健康増進とウェル・ビーイングに焦点を合わせていること、ケアと支援に本人と家族を係わらせることなどの必要性を指摘している。

その他に、BC州ではオンライン慢性疾患自己管理プログラム、電話による支援プログラムである自己管理健康指導プログラムが提供されている。さらに中国語、パンジャブ語によるプログラムなども実施されているのは、多文化社会のカナダらしい配慮であろう。

## 7. サスカチュワン州：サスカトゥーン保健区の慢性疾患管理プログラム

最後に、サスカチュワン州サスカトゥーン保健区（Saskatoon health region）のライブウェル慢性疾患管理プログラム（LiveWell Chronic Disease Management Programs）について見ておきたい。このプログラムは、サスカトゥーン保健区域に住む慢性疾患の患者とその家族を対象にしている。そして、プログラムの3本柱は、運動と教育、疾病別の特定管理、および自己管理である<sup>27)</sup>（表2参照）。

図3 BC州のグループ自己管理プログラム 2016年



出所：UVIC(2016). p. 2.

表2 サスカトゥーン保健区の慢性疾患管理プログラムの3本柱

運動と教育	疾病別の特定管理	自己管理
<ul style="list-style-type: none"> <li>個人毎の運動処方践を提供するためにコミュニティ・ベースで管理された運動とリハビリテーション</li> <li>教育セッション</li> <li>グループと社会的支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人、その家族、家庭医、専門医と密接に協働する異職種提携チーム</li> <li>根拠に基づいた最適なケアの提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者のための個別のアクションプラン</li> <li>慢性疾患自己管理プログラムと共に慢性疾患ライブウェル・プログラムによる慢性疾患の仲間主導による支援ワークショップ</li> <li>自己管理スキルの向上</li> </ul>

出所：Saskatoon 2017.

多くの慢性疾患の管理プログラムが、糖尿病、心臓病、慢性閉塞性肺疾患やその他の疾病ごとに提供されている。提供プログラムは有料であることが多い。また、各プログラムはそれぞれ複数の開催場所、複数の開催曜日、複数の開催時間帯というかたちで、クライアントが参加しやすいような工夫が開催場所毎になされている。

その他に、慢性疾患の管理プログラムに参加している人々にライブウェル会員サービスとして1回限りの30ドルの会員料金を徴収して多彩なプログラムやワークショップを提供している。それらには、1か月間の医学的に管理された運動プログラム、食事の取り方を変える情動的摂食の克服方法を学ぶコース、ヘルシーな食品・調理を学ぶ栄養士同行の食料品店ツアー、栄養士と料理家による男性料理教室等々が含まれている。

カナダでは、医療保障の分野の管轄権が州政府にあるので地元に着した保健医療サービス行政が可能であり、慢性疾患の予防と管理においても各州で工夫を凝らした地元住民にふさわしい独自の施策が展開されている。

## 8. おわりに

本稿では、カナダにおける慢性疾患の予防と管理への取り組みについて考察してきた。慢性疾患治療に医療費の非常に大きな割合が使われているとはいえ、慢性疾患への対応を医療組織に頼りきることは無理であり、慢性疾患の特徴からしてそのような責任をすべて負わされることは医療組織にとっても迷惑であろう。しかし、

急性期ケアに重点が置かれてきた従来の医療組織を、慢性疾患のケアに適した医療組織に設計仕直すことは急務であろう。

また、慢性疾患を抱えながら元気に暮らし生活の質を高めるために必要とされる個人のスキルの向上は、自己の健康管理に大いに必要であるが、それには医療組織およびコミュニティの支援を欠かすことができない。そして、集団の健康を考えると、健康に良い公共政策という視点がますます重視となるであろう。われわれは、集団の健康にもっと目と財源を向けるべきであろう。

### 注

- 1) アメリカ合衆国のロバート・ウッド・ジョンソン財団によると、2009年にアメリカ合衆国の慢性疾患の人々は、アメリカ人のほぼ半数に当たる1億4,500万人で、その医療費は総医療費の84%を占め、また在宅医療の97%、処方箋の93%、医師訪問の79%、入院の79%を占めている (Robert Eood Johnson Foundation, 2010, p. 16)。
- 2) コミュニティは、行政区のような「地域」ではなく、もっと広い意味合いを持っているのでコミュニティとしておいた。医療圏、医療区とか行政区を越えて人々が形成する場をイメージしてもらいたい。
- 3) カナダの10大死亡原因は2000年以降変わっていない。
- 4) CIHIがprototype Primary Health Care Voluntary Reporting Systemで収集した電子医療記録データの分析によるもので、489名のプライマリ・ケア医師と33万7,739名の患者(うち57%が女性、また患者の21%が65歳以上)から

2009年から2013年の期間に収集された。収集地域は主としてオンタリオ州であるが、ブリティッシュ・コロンビア州、ノヴァ・スコシア州からも集められた。なお、収集対象となった7つの慢性疾患とは、喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、冠動脈疾患(CAD)、うつ病、糖尿病、高血圧、骨関節炎である。

なお、prototype Primary Health Care Voluntary Reporting Systemは、電子医療記録データの比較報告目的で電子医療記録(EMR)データの抽出と分析をするためにCIHIが開発したものである。詳細については、CIHI(2014). *Primary Health Care Voluntary Reporting System*. Ottawa, ON: CIHIを参照されたい。

- 5) 間接医療費には、早期死亡によって失われた健康的な生活年数および障害により失われた生産性などの経済的損失費用が含まれている。
- 6) カナダの医療保障(メディケアと称される州単位の公的健康保険)は、多くの州が財源を一般税収に依存しており、医学的に必要な医療サービスは入院を含めてすべて無料であり、理由の如何を問わず医療機関の窓口で患者負担を請求することや差額請求をすることが禁じられている(いわゆる差額ベッド等は除く)。

外来処方薬剤には主に所得に応じた一部自己負担があるが、幼児や長期疾患の患者に対しては、ほとんどの州が自己負担を軽減ないし無料化している。オンタリオ州では25歳未満の州民は、2018年1月1日よりほぼ全処方薬剤が無料となった。

なお、カナダでは貧富の差によって受けられる医療サービスに差がでないよう医療の平等化は徹底されている。したがって、わが国のような混合診療を認めようという発想は出てこない。カナダ保健法はこれを認めていない。

- 7) クライアントとは、医療サービスや保健サービスを利用する人のことであり、病気の人だけでなく健康な人も含んでいる。
- 8) 同省は、慢性疾患の予防と管理のためのロジックモデルも示しているが紙幅の関係で省略する。
- 9) このモデル(CCM)は、アメリカ合衆国はじめ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、デンマーク、ロシア、中国で利用されている。カナダでは、BC州、アルバータ州、サスカチュワン州、マニトバ州などが利用している。

なお、このモデル(CCM)については、富田靖志「地域医療学序論Ⅰ(概念)」『日本内科学会雑誌』第103巻、第2号、2014年、471-472ページに紹介されている。

- 10) このモデル(ECCM)は、オタワ憲章の取り組み方を慢性疾患の予防に採用したものである。
- 11) オタワ憲章は、1986年11月にカナダの首都であるオタワで開催された第1回国際健康増進会議において、2000年目途にすべての人が健康であることを達成するための行動を提唱したものである。
- 12) 「医療組織」は「医療機関」と同義語的に本稿では使っている。
- 13) リーダーには、何が必要かを明確に把握し、最良の根拠に基づいた革新的、効果的なケア提供策を明確にして、組織の質的改善の継続を有言実行すること、および医療部門およびコミュニティの仲間や利害関係者を結集させることが求められている。
- 14) たとえば、一定の集団のコレステロール値が低下した場合、あるいは喫煙率が低下した場合には、担当する医療組織あるいは部門に報奨金を与えるという手法である。
- 15) 継続的な学習フォーラム、質の向上のためのツールの組織的利用を促している。また、質の向上は職務記述書や人事評価の一部であるべきと指摘している。
- 16) クライアントが自己管理者になるという意味には、通常、①健康増進のための行動および生理学的な予備力を養う行動(適切な栄養摂取、睡眠など)をすること、②医療システムと良好な相互関係を保ち、治療計画書に従い、手当の必要な兆候やサインに気づくこと、③生活における感情的側面等への慢性疾患によるインパクトを上手く管理することを含んでいる。しかし、自己管理できない人やしたくない人もいることへの配慮の必要性や、医療提供者の中には、クライアントを完全な仲間と見なせない人もいることにも考慮するように指摘している(Ontario 2007, pp. 14-15)。
- 17) クライアントは、なぜそうすべきなのかを理解すれば大抵は従うという研究がある(Ontario 2007, p. 16)。
- 18) ケアチームは、医師、看護師、健康教育者、栄養士、薬剤師で構成されるのが一般的である。成功している慢性疾患のプログラムでは、看護師

が活躍しているケースが多いという。

- 19) 医師のオフィスでのクライアントとの伝統的な1対1の15分診療ではなく、グループ診療予約が慢性疾患のクライアントには効果があると指摘されている。わが国では独自の方法が必要であるかも知れない。
- 20) 伝統的な講義形式の教育は、実際の提供者実践においてほとんど効果が無いという。
- 21) プライマリケア提供者から専門医への相談照会は、照会をする医師のスキルを増加しない可能性があり、また費用を不必要に増加させる可能性があるという。
- 22) 測定と結果の分析でのクライアントとケア提供者の協力は、成果の継続的な改善に効果的であるという。
- 23) 電子医療記録は、既存の紙媒体による記録の模写以上のものにする必要がある。すなわち、集団をベースにしたケアを可能とするためには、レジストリの機能性を持たせなければクライアントに適切な慢性疾患のケアと予防ケアを提供することができないと指摘していることは重要である。CIHIによると、カナダの『2010年全国医師調査』では紙媒体の患者臨床記録を電子医療記録に置き換えたにすぎない臨床医が39%で、わずか20%の臨床医だけが推奨された患者ケアの自動リマインダーのような高機能の電子医療記録を利用していた(CIHI 2014, p. 2)。また、医療における電子情報化を推進しているカナダ・ヘルス・インフォウェイ機構(Canada Health Infoway)も、拡張された電子医療記録の利用を通じて予防ケアや慢性疾患の管理を改善することによって、健康結果や安全性の改善につながる可能性を秘めており、慢性疾患の管理費用の削減になると指摘している(Infoway 2013, pp. 41-47)。
- 24) 電子医療記録へのアクセスをクライアントと共有することは、慢性疾患の自己管理をするクライアントの能力を高め、彼らが健康に留意することがわかっているという。カナダでは今やクライアントは、個人の医療記録、検査データ、処方箋、および予防と治療プランにアクセスできるようになっている。
- 25) 2015年に就任したカナダのトルドー首相(Justin Trudeau)は、一般税を財源とする老齢基礎年金(OAS年金)の支給開始年齢-2029年までに67歳-を改正して従来の65歳に戻した

(年金の物価スライドは3か月毎に実施・引き下げはしない、年金支給は毎月)。また、オンタリオ州は、ベーシック・インカム(最低所得保証)-単身の場合、年間16,989カナダドル-の試験的導入を2017年より開始している。カナダでは、かつてマニトバ州農村町ドーファン(Dauphin)でベーシック・インカムの実験をしたとき、入院患者、特に精神疾患による入院が減少したことを経験している。

- 26) 『ラロンド報告』(1974年)にある「医療制度が健康の維持や改善のための多くの方法の1つにすぎない」という指摘を彷彿させる。なお、ラロンド報告は Department of National Health and Welfare (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde Report)*, Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare を参照されたい。

また、わが国では「集団の健康(population health)」の研究が欧米に比べて遅れている。是非とも目を向けて欲しい研究分野であるので重要文献として Evans, G.; Barer, M. and Theodore Marmor eds. (1994). *Why are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*, Aldine De Group: New York を紹介しておきたい(邦訳はない)。

- 27) この項で記述したこの地域の慢性疾患管理プログラムは、サスカトゥーン保健局により管轄されてきたが、2017年12月4日に改組されて同保健局は廃止され、サスカチュワン州保健総局に一本化された。

#### 参考文献

- ・Canada Health Infoway: Infoway (2013). *The Emerging Benefits of Electronic Medical Record Use in Community-Based Care*. Toronto, ON: Infoway.
- ・Canadian Institute for Health Information: CIHI. (2014). *Chronic Disease Management in Primary Health Care: A Demonstration of EMR Data for Quality and Health System Monitoring*. Ottawa, ON: CIHI.
- ・Ontario (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*. Toronto, ON: Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care.

- ・ Robert Wood Johnson Foundation (2010) . *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- ・ Sargious, Peter (2007) . *Chronic Disease Prevention and Management*. Synthesis Series on Sharing Insights. Primary Health Care Transition Fund. Ottawa, ON: Health Canada.
- ・ Saskatoon Health Region (2017) . *LiveWell Chronic Disease Management Programs and Services*. Saskatoon, SK: LiveWell, Saskatoon Health Region.
- ・ University of Victoria: UVIC (2016) . *Community Self-Management Programs Delivered in British Columbia 2016*. Victoria, BC: UVIC.

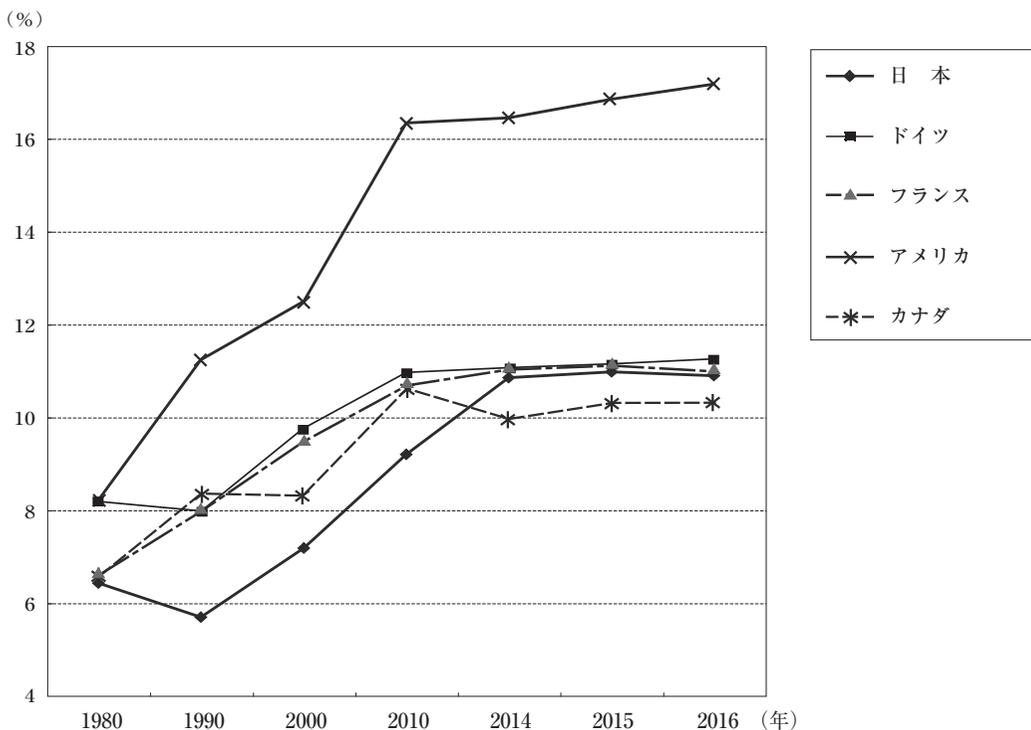
## 1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	カナダ	
総人口(千人)	126,933 (16年)	82,176 (16年)	66,760 (16年)	323,128 (16年)	36,286 (16年)	
高齢化率(%)	27.3(16年)	21.1(16年)	18.8(16年)	15.2(16年)	16.5(16年)	
合計特殊出生率	1.43(13年)	1.41(13年)	1.98(13年)	1.86(13年)	1.61(11年)	
平均寿命(年)	男80.8/女87.1 (15年)	男78.3/女83.1 (15年)	男79.2/女85.5 (15年)	男76.3/女81.2 (15年)	男79.6/女83.8 (13年)	
失業率(%)	3.1(16年)	4.1(16年)	10.1(16年)	4.9(16年)	7.0(16年)	
医療費対GDP(%)	10.9(16年)	11.3(16年)	11.0(16年)	17.2(16年)	10.3(16年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	42.6	53.2	67.1	33.3	45.4
	租税負担率(A)	25.4	31.1	40.5	25.0	38.6
	社会保障負担率(B)	17.2	22.1	26.6	8.3	6.8

(注) 国民負担率については、各国15年の数値。

出所：OECD、財務省HP。

## 2. 医療費対GDPの推移



### 3. 医療提供体制

		(15年)	日本	ドイツ	フランス	アメリカ	カナダ
平均在院日数			16.5	7.6	5.7 (14年)	5.5 (14年)	7.4
病床数	医療施設	急性期	998,249 (7.85)	499,351 (6.11)	271,013 (4.07)	793,209 (14年) (2.49) (14年)	72,447 (2.02)
		長期	339,063 (2.67)	— —	31,639 (0.47)	58,800 (14年) (0.18) (14年)	16,211 (0.45)
		精神	336,282 (2.65)	103,992 (1.27)	57,503 (0.86)	67,707 (14年) (0.21) (14年)	12,505 (0.35)
医療 関係者数	医師		300,075 (14年) (2.36) (14年)	338,129 (4.14)	207,789 (3.12)	820,251 (14年) (2.57) (14年)	91,268 (2.55)
	歯科医師		100,994 (14年) (0.79) (14年)	69,863 (0.86)	42,602 (0.64)	— —	— —
	薬剤師		216,077 (14年) (1.70) (14年)	52,568 (0.64)	70,247 (1.05)	— —	35,238 (0.98)
	看護師		1,394,985 (14年) (10.96) (14年)	1,090,000 (13.34)	— —	— —	353,738 (9.87)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2018年2月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)	アメリカ (1ドル)	カナダ (1カナダ・ドル)
132.78	108.37	85.67



## 健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091  
E-mail: [shahoken@kenporen.or.jp](mailto:shahoken@kenporen.or.jp)