

保険者等による慢性疾患の発症・重症化予防に関する国際比較調査 報告書（概要）

■ 調査の目的

現在、アメリカ、ドイツをはじめとする諸外国では、健康な人から慢性疾患に罹患した患者、そして慢性疾患の重症化や入院等のリスクが高い患者に至るまで、さまざまなリスクレベルの集団に対して、組織的・総合的な介入を通じてリスクの減少や医療費の抑制を目指す、いわゆる慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みが広く実施されている。

日本においても、主として慢性疾患の発症予防を目的とした特定健康診査・特定保健指導が2008年度に導入された。近年ではデータヘルス計画（2015年度～）、保険者による予防・健康づくりの取り組みに対するインセンティブの拡充（2018年度～）等、主に保険者に対して慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みを促すための政策が相次いで導入されている。特に、少子高齢化が進む中で社会保障関連費の増加を抑制することが財政健全化の鍵となっており、医療費適正化や健康保険料の伸びを抑制する観点から慢性疾患の発症・重症化予防の推進が図られてきた。

一方で、日本で実施されている慢性疾患の発症・重症化予防については、ケアの質や効率性、普及の観点から課題が提起されているほか、医療費の抑制効果に対して慎重な意見も存在する。市町村で実施されている糖尿病性腎症重症化予防については、過去の導入事例で、地域の医師や医師会、他の地域組織との連携をより一層強化する必要があること、保健指導の質にばらつきがあること等が指摘されている。

また日本では、慢性疾患患者に対する重症化予防という観点からの指導・管理は、医師が外来診療の一環として実施している。診療所等の医師による外来診療については、アクセスの良さや設備の面では諸外国の間で高い評価を受けているが、プライマリケア関係者の連携が不十分で患者の個別的な医療ニーズに十分に対応できていない点や、治療内容やアウトカムに関する情報が、他の経済協力開発機構（OECD）諸国と比較して際立って不足している等の課題が指摘されていることを認識する必要がある。

上記のような社会的背景や課題に加え、少子高齢化が進む日本社会において、慢性疾患の発症予防や重症化予防の取り組みは、ますます重要なテーマとなることが予想される。したがって、本調査は諸外国で実施されている慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みを比較検討し、日本における効果的・効率的な取り組みや制度のあり方について政策的な示唆・知見を得ることを目的とした。

本調査では、対象となる集団（保険加入者）から慢性疾患リスクのある集団（プログラム対象者）を特定し、健康リスクを層別したうえで、それぞれのリスクの対象者に提供されるプログラムを調査の対象とした。プログラムを次の3種類に分類し、②の疾病管理を中心に調査を行った。

- ① 高リスクの対象者に対する症例管理（Case Management）
- ② 中等リスクの対象者に対する疾病管理（Disease Management）
- ③ 低リスクの対象者に対する健康増進（Health Promotion/ Wellness）

また、主な調査対象国としてアメリカとドイツを採り上げ、系統的な視点に基づき調査を行った。そのほか、韓国とフランスで保険者が直接実施している疾病管理を調査をした。

■ 諸外国の調査結果

アメリカ、ドイツおよびその他の諸外国で実施されている慢性疾患の発症・重症化予防は、それぞれの国における医療保障制度の背景や、慢性疾患の発症・重症化予防の目的、導入の経緯等に応じて、提供されるプログラムのタイプや内容に違いが見られた。

まずアメリカでは、民間の医療保険会社を中心とする医療保障制度の下で、保険者が医療費の抑制や市場（事業主）に訴求する医療保険プランを提供すること等を目的として、疾病管理を始めとする慢性疾患の発症・重症化予防に積極的に取り組んできた。特徴としては、入院等のリスクの高い患者に対する個別的な症例管理から、疾病管理、健康増進の取り組みに至るまで、幅広いリスクレベルの加入者に対応した多様なプログラムが、保険者のサービスとして提供されていることが挙げられる。

疾病管理の対象疾患や具体的な内容については、提供する医療保険会社によってさまざまであるが、一般的には、上記の目的に基づき、糖尿病や冠状動脈性心疾患、慢性閉塞性肺疾患などの慢性疾患患者を対象に実施されている。看護師等の専門職が自己管理教育やカウンセリング、対面や電話等を介した定期的なモニタリング等を行い、患者の自己管理の改善や行動変容等を目指した介入が提供されている。また、症例管理としては、入院のリスクが高い等の複雑で不安定な状態の患者に対して、入院や高額医療費の発生を未然に防ぐことを目的に、診療の計画と管理を行うサービスが提供されている。健康増進の取り組みについては、慢性疾患リスクの低減とそれによる医療費の抑制や被用者の生産性向上等を主な目的としており、対象となる集団の慢性疾患リスクや生活習慣上の課題等に応じて、提供する内容を変えているプログラムが多いという特徴がある。

近年では、2010年に実施された医療制度改革（オバマケア）により、予防サービスや健康増進の取り組みの実施が「必須医療給付」項目の一つと位置付けられたことに加え、民間および公的医療保険に対して政府が指定した予防サービスの給付を義務付ける等、健康増進の取り組みの充実につながる政策が導入された。疾病管理や症例管理の分野においても、例えばメディケア・パートBでは2015年に慢性疾患の患者に対する症例管理の実施を評価した「慢性疾患ケアマネジメント」を出来高での診療報酬としたほか、2019年からは慢性疾患ケアに関する遠隔生理学的モニタリングや、医療提供者間の電子相談等に係る診療報酬の新設が予定される等、ケアの連携機能の強化を図る動きが見られる。

一方ドイツでは、公的医療保険を主体とする医療保障制度の下で、法的な規定に基づいて慢性疾患の発症・重症化予防のプログラムが提供されている。国の政策として疾病管理プログラムを導入し、公的医療保険の各保険者（疾病金庫）に対して提供を義務付けているほか、検査等の予防サービスについても給付を義務付けている。また、加入者の獲得競争が存在する環境の下、健康増進についてはそれぞれの疾病金庫で多様なプログラムを開発・提供しており、アメリカと同様に普及した取り組みとなっている。なお、ドイツでは、調査した範囲では症例管理は普及していない。

ドイツの疾病管理プログラムは、関係者間での円滑な連携やエビデンスに基づく治療により、慢性疾患の治療における過剰診療や粗診療、不適切な治療等を改善することを主な目的としており、一般的なアメリカの疾病管理と比較して、治療の標準化の側面がより重視された設計になっている。プログラムの対象疾患は、2017年末現在で、1型・2型糖尿病、冠状動脈性心疾患、慢性閉塞性肺疾患等の6疾患となっている。提供される内容は、主に医師による定期的な経過観察と治療であるが、プログラムの登録者自身も疾病に関する知識の取得や運動・食事などの自助努力を行うこととされている。

健康増進の取り組みについては、健康ボーナスの制度等を利用して多様なプログラムを開発・提供（もしくは外部の事業者に委託）しているが、それらの多くは対象者を限定しないプログラムであり、希望する加入者に対して広く参加を認めている。これは、アメリカの医療保険会社が提供する健康増進プログラムにおいて、一般的に慢性疾患リスクや生活習慣上の課題を抱えている加入者に限定してプログラムを提供していることとは対照的である。このような違いは、アメリカの健康増進プログラムの方が特定の慢性疾患リスクの低減や医療費の抑制という目的をより強く意識しているのに対し、ドイツでは保険者の差別化という意味合いがより強いことを反映していると思われる。

ドイツにおける近年の動向としては、2015年に制定された健康増進と予防強化のための法律（予防法）が挙げられる。同法では、疾病金庫に対して健康増進や予防に関する支出を増大させるとともに、国レベルで予防に関する戦略的な取り組みを行う等、健康増進の取り組みの促進に向けた改革が実行されている。また、疾病管理についても、対象疾患の拡充に向けた動きが見られる。

このほか、疾病管理の事例を調査した韓国では、高血圧または糖尿病を有する患者に対し、診療所等を実施主体とする試験事業を相次いで実施している。またフランスでは、病院や診療所の医師によって実施・運営されている治療的患者教育プログラムと、公的医療保険の保険者によって実施・運営されているソフィアサービスがある。

■ 日本の調査結果

日本においても諸外国と同様に、加入者の健康増進や疾病予防の取り組みは保険者の基礎的機能の一つと見なされている。さらに、今後の日本社会においては、少子高齢化の進展により現役世代の社会保障負担が増大する中で、政府を中心に健康で意欲的な高

高齢者が現役世代とともに社会保障財政を支えていく社会体制を目指す動きがますます高まっており、保険者としても加入者の健康維持・増進に向けた取り組みに積極的に関与することが求められるであろう。

一方、慢性疾患患者に対する指導管理や経過観察等は、日本では従来、医師等の医療提供者の役割とされ、医療提供者が保険診療の中で実施してきた。このため、日本における慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みを評価するには、医療提供者が保険診療の中で実施している経過観察や指導管理、職種間での連携等の内容も含めて総合的に検討を行う必要がある。

日本において、保険者の事業（保健事業）として実施されている慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みのうち、疾病管理に相当するものの例には糖尿病性腎症重症化予防プログラムが挙げられる。健康増進に相当する取り組みとしては、法定化され、全国的に普及しているものとして特定健診・特定保健指導があるほか、健保組合を中心に保健事業の中で多様な健康増進のプログラムが提供されている。また、医療提供者が保険診療の中で実施している指導管理や経過観察等の中には、慢性疾患の発症・重症化予防の取り組みに相当する内容が見られる。疾病管理もしくは症例管理の要素を含む診療報酬としては、例えば、糖尿病合併症管理料や糖尿病透析予防指導管理料が挙げられる。なお、症例管理についてはドイツと同様、日本においても調査した範囲では普及した取り組みとはなっていない。

■ 考察

諸外国ならびに日本の調査結果を踏まえて、ケアの質の向上・標準化、効率性の向上、普及の促進、の3つの観点を念頭に、日本における慢性疾患の発症・重症化予防の課題として、以下の4項目を抽出した。

- ① 診療および保健指導等を標準化するための指針の策定
- ② 国および保険者が診療、保健指導等の実施状況やアウトカムを把握・評価し、改善するための仕組み（PDCAサイクル）の導入
- ③ 医師とその他職種との連携を確保する仕組みの整備
- ④ 保険者、医療提供者、患者に対する適切なインセンティブの設定

これら4つの課題を踏まえた上で、慢性疾患の重症化予防の取り組み（疾病管理、症例管理）を日本で実施する場合の制度的な枠組みを検討すると、①保険者の保健事業として実施する、②従来のように保険診療の中で実施する、という2つが想定される。

このうち、保健事業として実施する場合は、保険者（または保険者団体）が医師、保健師、看護師等の関係者と実施体制を整備し、契約締結、実施状況の確認、費用の支払い等の業務を行うことになる。しかし、それらを個別の保険者が実施することは実際上極めて困難と言わざるを得ない。また、公的医療機関を持つ自治体（国保）や直営医療機関を持つ保険者（健保組合）であれば実施の可能性はあるが、そうでない場合、運営

に必要な人員、システム、費用等の確保は難しい。このほかにも、治療中の患者に保険者が保健指導を実施するには、診療報酬のほかに保健師、看護師等に報酬を支払わねばならず、明確に役割分担が行われない場合は重複投資になる等、経費負担が相当重くなる可能性がある。従って、保健事業として実施するのは望ましい枠組みとは言えない。

一方、保険診療の中で実施することは従来の延長線上にあり、診療と保健事業との役割分担、既存資源の活用、費用等の観点から、より適切であろう。日本では、診療報酬の決定、保険医療機関の指定を厚生労働大臣が行っており、保険診療の中で実施することは、既存の制度的枠組みを活用できるという点で適合的である。実施に際しては、現状の慢性疾患に対する医療のあり方を改善し、患者に適切で効率的な医療や保健指導を体系的に実施するために、先に述べた4つの課題を解決する方策を講じる必要がある。従って、まず国が以下の対応策を盛り込んだ実施指針を定め、その上で指針の内容を診療報酬とその算定要件・施設基準に落とし込むことになる。

- 国が選定したプログラムの各対象疾患について、効率性を考慮したエビデンスに基づく診療に関する指針を策定する。
- 指針では対象となる患者の診断基準、担当する医師の要件、診療方針、診療や検査の頻度、検査項目、使用すべき医薬品とその選択基準等を規定する。
- 国は、医師が国および保険者に報告する事項、プロセス指標、アウトカム指標を規定し、プログラム評価の実施と実施指針の改定を行うこと、保険者が患者の状態等を把握して必要な対応をとることを規定する。
- 保健指導等を医師以外の職種が実施する場合の役割分担や具体的な連携方法等を規定する。
- 保険者、医療提供者、患者へのインセンティブのあり方や具体例を示す。例えば、医師へのインセンティブは診療報酬に疾病管理プログラムへの登録料を設けることが考えられる。保険者に対しては登録患者数に応じた国庫補助、患者に対しては保険者によるポイント付与等が考えられる。

以上を踏まえて保険診療の中で疾病管理プログラムを実施する場合、各関係者には以下のような役割を担い、PCDAサイクルを回していくことが求められよう。

厚生労働大臣は、実施指針を受けて中央社会保険医療協議会に疾病管理プログラムに関する診療報酬とその算定要件・施設基準を諮問し、答申を得た上で告示する。また、実施指針に規定されたPDCAサイクルを実践するため、国は審査支払機関から報告されるプロセス指標、アウトカム指標に関する分析結果をもとにプログラム評価を行い、ケアの質や効率の改善のための実施指針の見直しを行う。

医師は、実施指針で定められた基準に基づいて対象となる患者を特定し、患者の参加意向を確認してプログラムに登録する。登録後は、実施指針に準拠した診療、保健指導等（保健師等が実施する場合を含む）を行い、必要事項を記載したレセプトを審査支払機関に提出する。

審査支払機関は、実施指針に基づいた診療が行われているか、算定要件等を満たしているか等をレセプト上で審査した上で、診療報酬を支払うとともに、プロセス指標、アウトカム指標の集計・分析を行い、国に報告する。

患者は、対象者として選定されると、医師の説明を受けた上でプログラムへの参加に同意することにより登録される。

保険者は、プロセス指標、アウトカム指標を含む情報を集計・分析して、登録患者に対する診療、保健指導等の実施状況や患者の状態を把握し、必要に応じてヒアリングや助言（受診が中断している場合は受診勧奨）等を行う。また、加入者にプログラムの目的や内容を周知し、プログラムへの登録を呼びかける。

以上