

ヘルスサポート学会

日本における疾病管理事業のビジネスモデル  
—わが国における疾病管理概念の変遷と今後—

名城大学薬学部  
臨床経済学研究室

坂 卷 弘 之

2010年7月2日

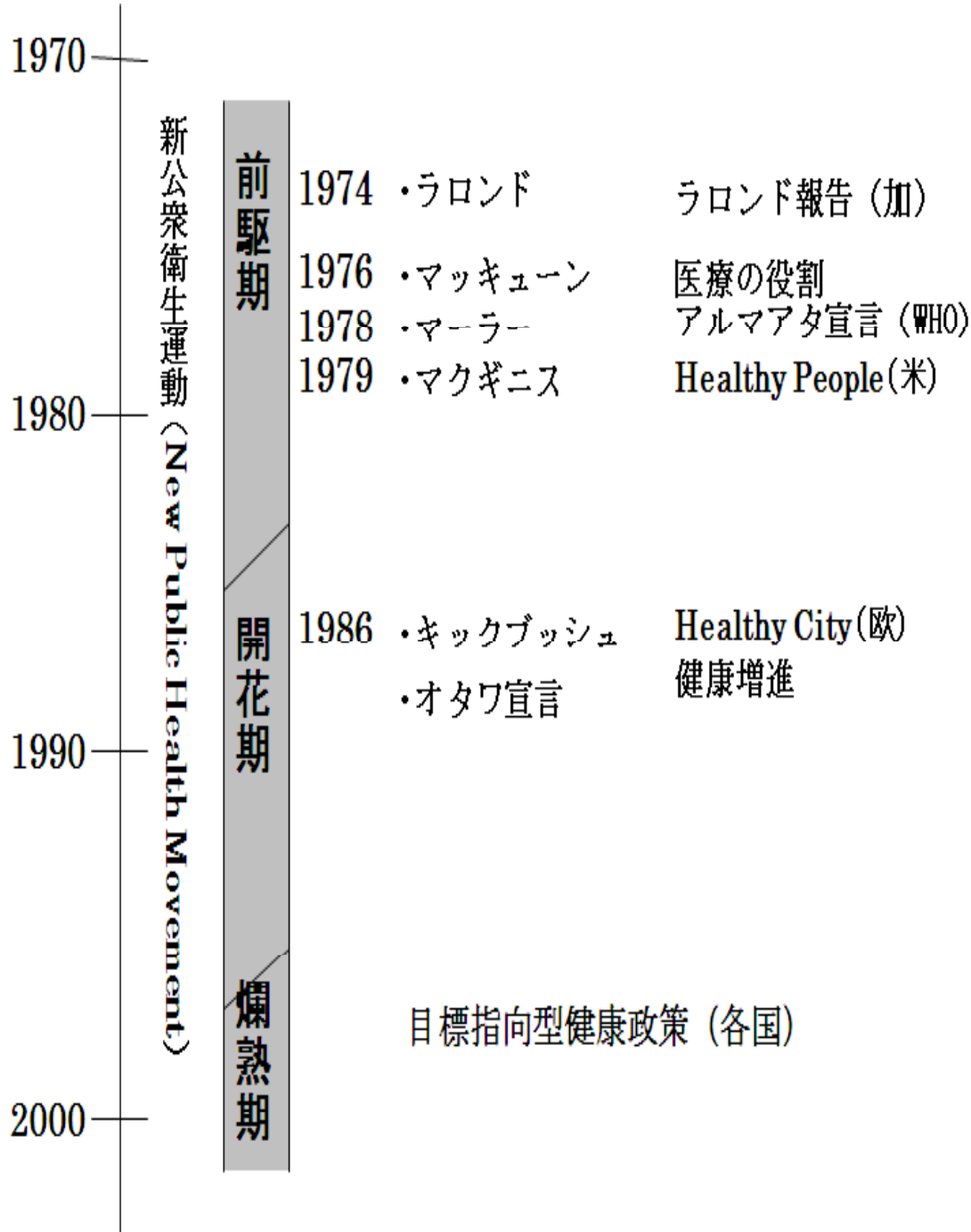
# アウトライン

- 疾病管理;歴史と世界的潮流
- わが国における疾病管理の流れとビジネスモデル
  - 健康概念の変化
  - 特定健診・特定保健指導の導入
  - 疾病管理モデル
  - ビジネスモデル
  - 職域モデル
  - 地域(診療報酬モデル)
- 疾病管理:医療モデル

薬局等やコメディカルの疾病管理への関与

# 疾病管理； 歴史と世界的潮流

# 新公衆衛生運動の歴史(健康日本21より)



アルマ・アタ宣言(1978年、カザフスタン (現・アルマティ))

- 健康は、すべての人にとっての基本的な人権。健康達成の過程において住民の主体的な参加や自己決定権を保障する。
- 地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していく方法論・アプローチとしての**プライマリ・ヘルス・ケア**。

オタワ宣言(1986年)

- 人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスとしての**ヘルスプロモーション**。

# 疾病管理の歴史

- 1980年頃 DMS初期概念ビジネス？
- 1990年前後 疾病管理概念誕生(米国)？
- 1990年代中頃 疾病管理ビジネス誕生(日本)？  
(血糖自己測定、健康管理など)
- 1995年 ISPOR(薬剤経済学アウトカム学会)設立  
BCGによる「疾病管理」概念発表
- 1999年 DMAA (「米国疾病管理協会」)設立
- 2005年 日本疾病管理研究会設立
- 2007年 ヘルスサポート学会設立
- 2008年 特定健診・保健指導開始

Community-Based Diabetes Disease Management in Japan.  
DMAA's 2nd Annual International Disease Management Summit  
October 19-20, 2004 Orlando, FL



# Boston Consulting Group, June 1995

Disease management is an approach to patient care that coordinates resources across the entire health care delivery system and throughout the life cycle of a disease.

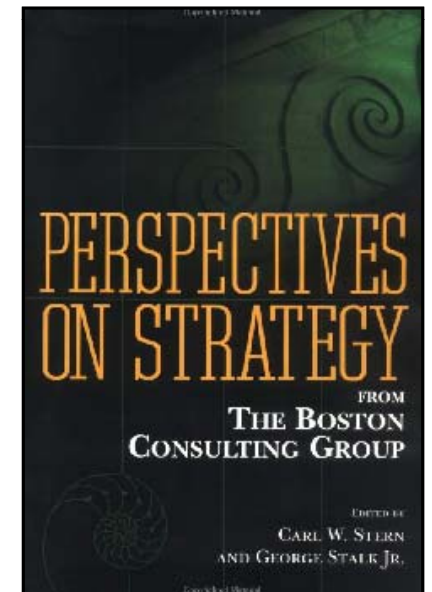
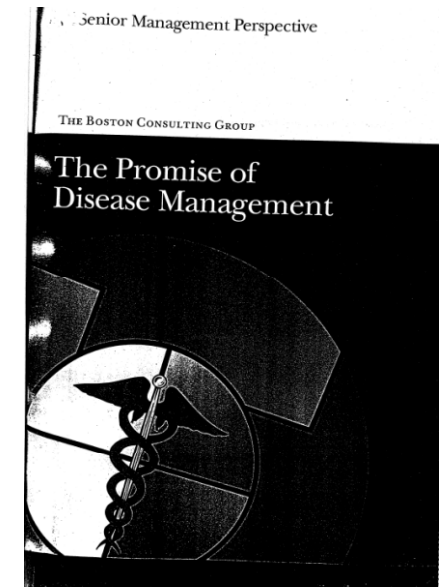
Traditional approaches focus mainly on discrete medical episodes, attempting to minimize the expense of individual cost components, including hospitalization, physician service, and pharmaceuticals.

Disease management takes a more systematic approach, focusing on the patients with a disease as the relevant unit of management, with an emphasis quality as well as cost.

疾病管理とは、ヘルスケアの価値連鎖に関わるすべての関係者間の共同や協調をもたらすアプローチの仕組みである。

伝統的なアプローチでは、入院や医師サービス、薬剤を含む個々のコストコンポーネントの支出を最小化するために医療のエピソードに焦点を当てている。

疾病管理は、よりシステマティックなアプローチであり、情報の収集・共有化をベースにし、ヘルスケアの質を高め費用を抑えることを目標とする。



Gray, J. Lauer, P:  
The Promise of Disease  
Management. 1998

# 疾病管理とパラダイムシフト

## Old World

### Component Management

- 細分化されたコンポーネント  
(Fragmented Components)
- 各コンポーネントの費用に関心(コストシフト)
- 出来高払い  
利害関係者間のインセンティブ対立
- 急性期医療
- 新ヘルスケア技術の普及
- 費用コントロールへの関心は低い
- 行動についての制限は少ない

## New World

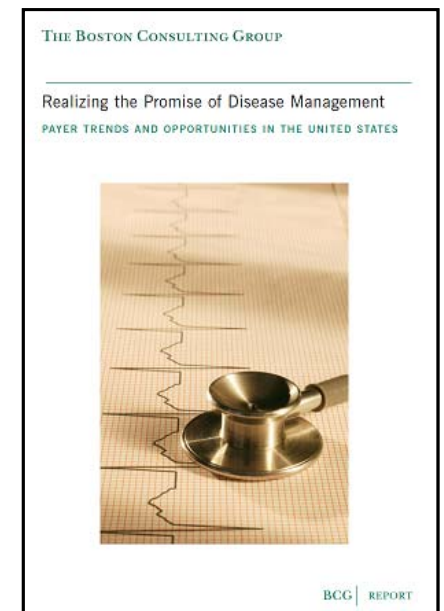
### Integrated Management

- ヘルスケア供給者の協働
- 疾病に関わる全ての費用に関心
- リスクシェアリング  
利害関係者のインセンティブは共通
- 検診、予防、教育
- 技術評価の根拠
- 費用コントロールと質の向上のための  
プロセス重視
- より効率的、適切な行動への誘導

# Boston Consulting Group, February 2006

Realizing the Promise of Disease Management

<http://www.bcg.com/documents/file14744.pdf>



- **The Seeds of Disease Management**

自己血糖測定などのデータによる患者自己管理サポート

- Disease management has many roots and progenitors, ...  
One of the earliest and most prominent developments was the commercial launch of blood glucose monitoring (BGM) ...

- **The First Wave:** Pharmaceutical Companies Lead the Charge in the Early 1990s

製薬企業によるコンセプトの普及

- From these early beginnings, a swell of momentum arose in the 1990s, when pharmaceutical companies were introduced to the concept of disease management and popularized the term.

- **The Second Wave:** DMOs Proliferate in the Mid 1990s

疾病管理企業 (DMO) の発展。機材、データマイニング・マネジメント、契約など

- DM services • Serving Payers and hospitals, these companies pioneered many concepts in concert with the early adopters of disease management.

- **The Third Wave:** Payers Takes Disease Management to Heart—and to the Next Level

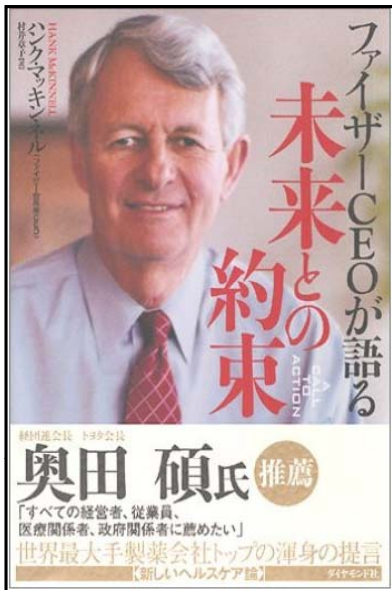
—in the Coming Decade.

NCQAによるDMプログラムの認証など



## 米国における疾病管理の発展(2)

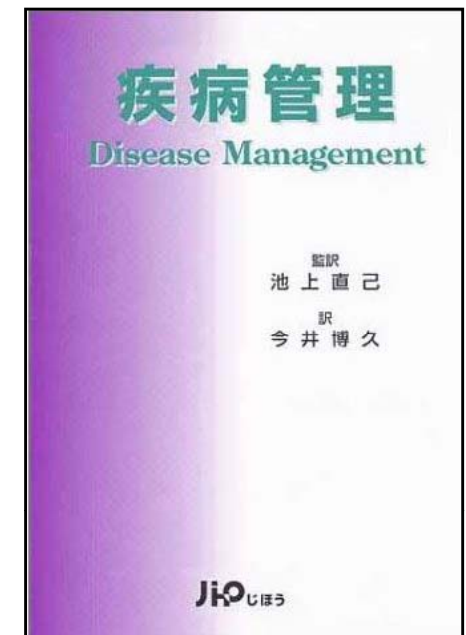
- 製薬企業が保険者と良好なパートナーシップを築くことを目的としてさまざまな疾病管理プログラムを提供。
- 製薬企業は、自社の製品が診療ガイドラインに組み込まれることによって確実な売上につながり、効率的な営業活動が期待できる。



### 例:ファイザー・フロリダ州Medicaid)

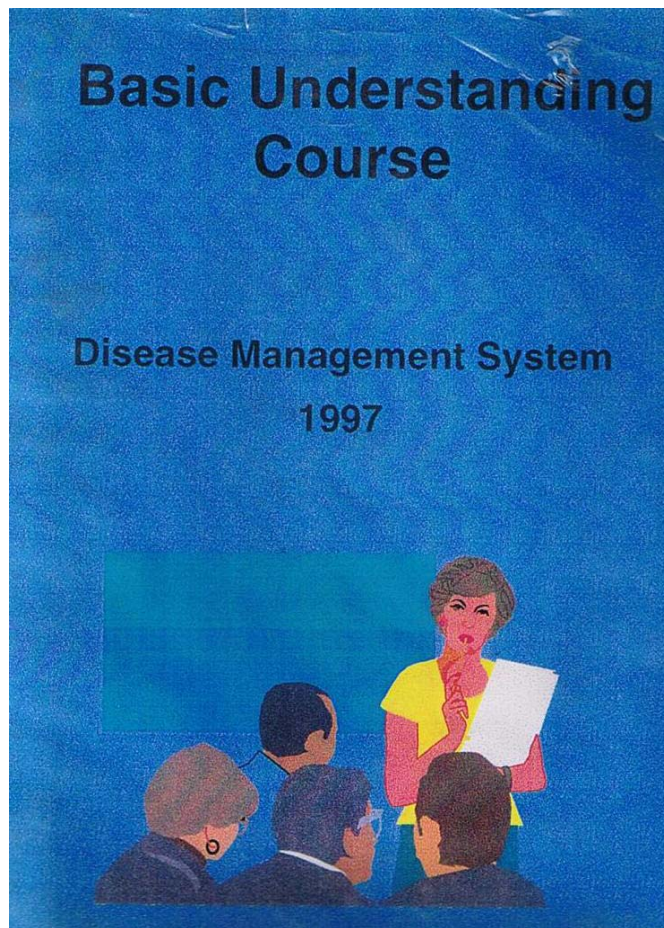
Hank McKinnell 著 (村井 章子訳):  
ファイザーCEOが語る未来との約束.  
ダイヤモンド社, 2006

Roy Lilley 著 (池上 直己, 今井 博久訳):  
疾病管理 . じほう, 2001



# 某製薬企業の疾病管理教育プログラム

健康教育、行動変容などのほか、QOL、医療経済、データ分析（IT含む）、医療費、医療連携などについて学んだ上で、ケースメソッドにより、マーケティング戦略を立案する。

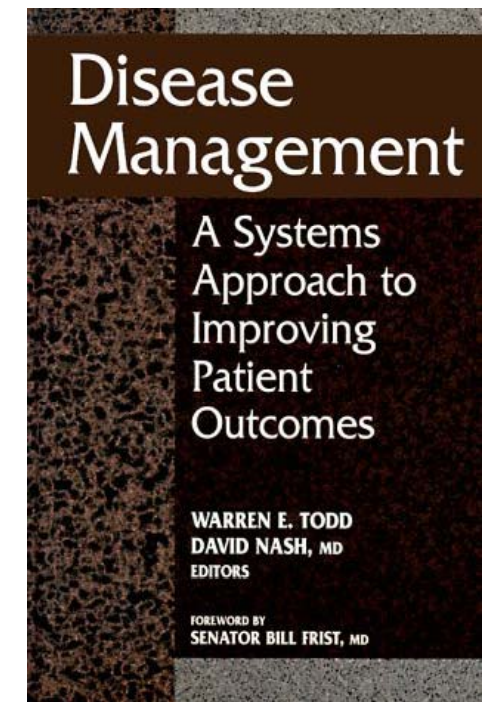


Disease Management Case Study	
1. GENERAL OVERVIEW	
2.A. EDUCATION / TRAINING	Reasons for the case, Objectives
2.B. BEHAVIOUR MODIFICATION	The following section describes why you are looking at this case. You should remember that the main goal of the case is to provide you with some issues/answers which you can adapt to your own local situation.
2.C. QUALITY OF LIFE	The case takes the form of a meeting between three teams; payers, physicians, and Novo Nordisk.
3. HEALTH ECONOMICS	In discussing the case, you will be placed with people representing two stakeholder teams other than your own. Playing these roles well is vital to understanding these stakeholder teams' positions. It is important to uncover the sticking points between yourselves, as well as the points of agreement.
4. IT AND OUTCOME DATA	We hope that after doing this case you will be able to go back to your own operation and immediately start the business of implementing Disease Management strategies that make sense for your own situation.
5. A NATIONAL EXPERIENCE	Methodology
6. CENTRES OF EXCELLENCE	The attached needs (Appendix 1) of your stakeholder teams should be considered in advance by those individuals representing it, and philosophical/negotiating positions prepared. Take 15 minutes to do this, and feel free to add other needs to the lists.
7. WORKSHOP	Each team is to discuss the questions (Appendix 2) for their group only; do this also before the "Meeting" of parties. Take 15 minutes for this.
8. EVALUATION	Each team, starting with the payers, then the doctors, then the NN staff, should then make a short statement of their position with regards to disease management; whether they are in favour of it, what they like about it, and what they don't like/understand about it.

# 米国における疾病管理の発展

- 医療情報システムの進展: 対象患者の特定、意思決定サポート、など
- 人頭払制の拡大: 最も費用対効果のよい治療方法を選択する経済的インセンティブ
- アウトカム研究の進展: 費用構造の明確化、治療選択のための指針
- よりよい診療ガイドラインの開発: よりよい治療への指針
- 患者中心の医療 (Patient Centered Medicine) / など

Todd, WE and Nash, D (1996). "*Disease Management-A system Approach to Improving Patient Outcomes.*" San Francisco: Jossey-Bass.

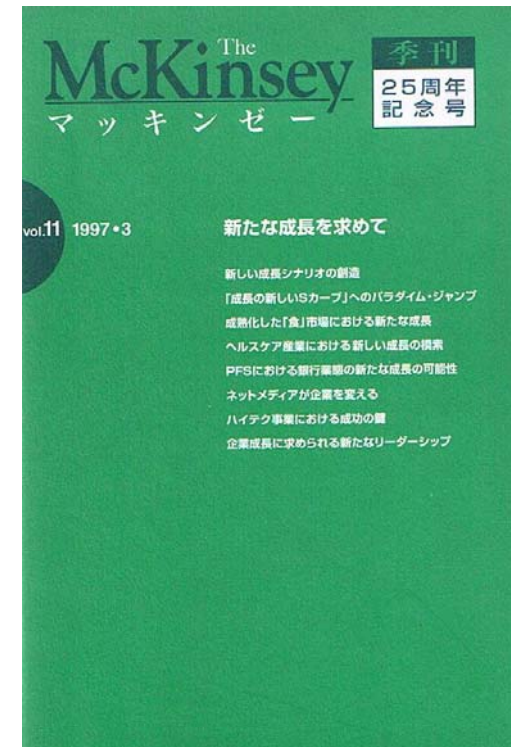


# 1990年代後半の疾病管理ビジネス マッキンゼー, 1997

「ディーズ・マネジメント」を、ここでは便宜的に、疾病への対応ステップ、すなわち教育、予防から始まって、治療、リハビリテーションにいくステップを全部一貫して管理することと定義したい。

まさに、患者の視点に立って疾病を管理することにより、検査の重複や複数の医療機関にかかる無駄が省けコストが下がると同時に、質の向上も可能となる。

例えば、ガンにかかった患者に対し、発症からターミナルケアまで一貫通貫で対応できれば、トータルとしても、またそのときどきにしても、最適な対応が可能となる。



門永宗之助, 谷村格, 遠山峰輝:  
ヘルスケア産業における新しい成長の模索.  
The McKinsey, Vol.11, 64-87, 1997.3

# 90年代の米国ビジネスモデル 健康増進のためのインセンティブの3段階と特徴

McKinsey、1997

1. 医療が給料の一部であることを従業員に理解させる。
  - ローリスクまたは、あるターゲットを達成した従業員に対する保険料の割引。
  - ハイリスク従業員に対する保険料の割増および控除額の割引。
2. 従業員のハイリスクな行動に対し、対価を支払わせる。
  - ハイリスクな行動に対する保険カバー範囲の制限。
3. 人々が自分の行動に責任を取るようになり、初めて有意義な結果が得られる。
  - 妊婦教育に出席しない場合、新生児に対するカバー範囲を制限。
  - 医療費削減分を従業員へ還元。

- ①コストとリターンを厳密に測り、十分な見返りのある投資と捉えていること
- ②分析的に設計された質の高いプログラムであること
- ③アメと鞭を使い分け、プログラムの着実な実施を期していること

# マイケル, E. ポーター, 2006

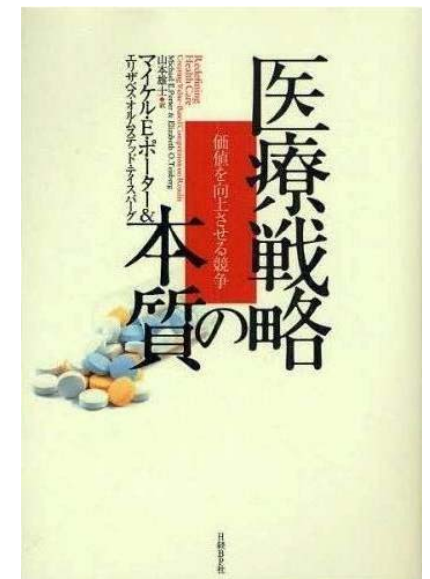
Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results  
Harvard Business Press (May 25, 2006)

## 健常者も含めた全保険加入者に、包括的な疾病管理と疾病予防のサービスを提供する

ケア・サイクルの考え方の根本的な意図は、保険者が視野を広げ、ケア・サイクル全体の責任を持つようになることである。前述したように、これはつまり、疾病リスクの評価と最小化（いわゆる予防、リスク管理）と、長期的な病態の管理によって、診療実績を向上し、再発を予防ないし最低限に抑える（いわゆる疾病管理）ことである。

疾病管理の価値に対する認識はまだまだ進むだろう。病態の早期発見、早期治療のみならず、疾病管理が医療の価値に大きく寄与するというエビデンスが急速に増えているのだ。

(P.384-)



# CMSが実施したモデル事業の中間総括

Disease Management. Health Care Financing Review Vol30, No.1, 2008

The debate on the utility and cost effectiveness of DM will not have a “yes or no” answer. The articles in this issue add to the evidence that purchasers and policymakers should maintain skepticism about the potential benefits of DM and focus on the performance of specific interventions.

医療保険購入者と政策担当者はDMプログラムの潜在的効果に懐疑的であるべき。

Medicaidにおける研究結果の特集号.

Mary C. Kapp ; Overview: Disease Management

- Brown R, et al: 15-site randomized trial of coordinated care in Medicare FFS, pp.5-25. (慢性疾患)
- Esposito D, et al: Impacts of a disease management program for dually eligible beneficiaries, pp.27-45. (心不全,虚血性心疾患)
- Cromwell J, et al: Evaluation of Medicare health support chronic disease pilot program, pp.47-60 (糖尿病)
- いずれの研究も、健康アウトカム面でも費用節減面でも、期待された効果は得られていないと報告。

---

## Overview: Disease Management

Mary C. Kapp

---

### INTRODUCTION

Improving health care quality and reducing costs are attractive selling points for disease management (DM) programs. DM is widely used by insurers and employers, with revenues approaching \$2 billion a year (Matke, Seid, and Ma, 2007). The appeal of DM has spread beyond the private sector and is increasingly being considered, if not adopted, by public payers. The growing chronic disease burden, expanding emphasis on the importance of life-style related conditions such as obesity, and escalating health care costs present challenges that DM purports to address.

There are a wide array of DM programs and specific intervention services, some integrated into care delivery settings and others primarily telephonic. Some DM programs' focus is limited to disease-specific support. Others take a broader, holistic, care management approach. This has enhanced appeal when managing populations with multiple comorbidities. A more recent focus for the industry is population health, extending the disease-specific and multiple conditions approaches to incorporate wellness management of entire populations, even those without chronic conditions.

There is no single definition of DM's interventions. Interventions are not just program specific, but person specific and also often vary with each contact. Programs may seek to improve adherence to

evidence based prevention and treatment guidelines, working with providers and/or with patients to improve care. Other general strategies in DM include patient education aimed at improving self care and adherence to treatment plans, and to communicate with health care providers. Some programs include additional supports such as coordinating or providing transportation, medication, or social support services.

Similarly, target populations can vary dramatically. Questions remain as to what criteria identify the optimal population to benefit from DM. Is it the highest cost group, a specific set of diagnoses, a particular utilization pattern, or some combination of these factors? Are there other subpopulations where the benefit is minimal or non-existent that should be excluded? DM providers working with Medicare populations have remarked on the challenges of multiple comorbidities, especially cognitive impairment, and general frailty of the population. That care is delivered by many different providers for conditions that are often long-standing is often in contrast to younger, healthier populations. Overlaying this are the added complexities of other social service needs, low literacy levels, and financial issues.

The structure of the public sector programs often differs as well. Issues such as the timeliness of claims or other utilization data and the inability for real-time notification of hospital admission may require altering the DM approach. The monthly management fees paid in the Medicare demonstrations reported in

The author is with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). The statements expressed in this article are those of the author and do not necessarily reflect the views or policies of CMS.

DMAA, <http://www.dmaa.org/>

# Disease managementからPopulation Healthへ

Member Login  
Visit our new portal to [log in](#) for access to your DMAA: The Care Continuum Alliance profile and members-only content and services.  
[Login](#)

Visit our international Population Health Management Wiki

Follow us on:  
[twitter](#) [Linked in](#)

**THE FORUM 10 INTEGRATED CARE SUMMIT**  
Early Bird Discounts Through Sept. 17  
Oct. 13-15, Washington, D.C.  
• [Visit Forum 10 Site >>](#)  
• [Visit 2010 Summit Site >>](#)

**Voices of Wellness & Care Coordination**  
Wellness and care coordination participants and the professionals who care for them describe, in their own words, how these programs improve health and care quality.  
[Visit Story Bank →](#)

**Report Analyzes Population Health, Wellness Market**  
Now in its second year, the DMAA: The Care Continuum Alliance market analysis initiative surveyed 135 providers and purchasers of population health and wellness programs in 2009. The resulting report provides key industry intelligence on many varied aspects of population health management, such as industry views on program measures, projected growth and use of incentives. [Learn more >](#)

**Alliance Partner Program**  
SILVER PARTNERS  
**MEDASSURANT™**

**Read Our Annual Report**  
Learn more about our many achievements in 2009 on behalf of population health improvement.  
[DOWNLOAD >](#)

**Chronic Care Professional Certification—Member Discounts Now Available.**  
Learn how Chronic Care

Member Login  
Visit our new portal to [log in](#) for access to your DMAA: The Care Continuum Alliance profile and members-only content and services.  
[Login](#)

**Population Health**

*Voices of Wellness and Care Coordination*  
**C**hronic disease afflicts millions of Americans, diminishing quality of life and placing a profound financial strain on our health care system. But many have fought back, participating in wellness and care coordination programs to change unhealthy behaviors, improve their health status and ward off ailments related to their chronic conditions. Their stories are here, in "Voices of Wellness and Care Coordination," a project of DMAA: The Care Continuum Alliance.

DMAA represents the many organizations and individuals dedicated to helping people prevent and manage chronic conditions. The evidence base for population health improvement programs, such as the ones profiled here, make a convincing case for incorporating wellness and care coordination practices throughout our care delivery system.

Visit this growing story bank often to learn how the fight against chronic disease is a battle we can win.

**In Their Words: Program Participants**  
[GO ▶](#)

**In Their Words: Caregivers**  
[GO ▶](#)

Disease management Association of Americaという名称も表向き表示していない。



# Disease Management in the European Context

## Concepts, Conditions, Financing and Quality of Disease Management Programs in Europe

International Network of **i** Integrated Care

### Disease Management in the European Context

Concepts, conditions, financing and quality of  
Disease Management Programmes in Europe

With emphasis on DM programmes for diabetes, COPD,  
stroke and depression

January 11-12, 2007  
Bonn, Germany

Organized by:  
The International Network of Integrated Care (INIC)

Sponsored by:  
AOK-Bundesverband Germany  
London School of Hygiene and Tropical Medicine  
Maastricht University  
Utrecht University Medical Centre



January 11-12, 2007 Bonn, Germany

# 世界的潮流：概観

## プログラム存在

- ✓ Argentina
- ✓ Australia
- ✓ Belgium
- ✓ Brazil
- ✓ Germany
- ✓ India
- ✓ Japan
- ✓ Netherlands
- ✓ New Zealand
- ✓ Canada
- ✓ Singapore
- ✓ South Africa
- ✓ Spain
- ✓ United Kingdom
- ✓ Norway
- ✓ Poland
- ✓ Sweden
- ✓ Taiwan
- ✓ United States

## プログラム開発中

- ✓ Chile
- ✓ South Korea
- ✓ Hong Kong
- ✓ China
- ✓ Thailand

# 英国、スペイン、オランダ

## Disease Management in the UK: Concepts, context, policy and evidence

**Dr Nick Goodwin**  
**Senior Lecturer**

Health Services Research  
Unit, London School of Hygiene and  
Tropical Medicine

[nick.goodwin@lshtm.ac.uk](mailto:nick.goodwin@lshtm.ac.uk)

Paper to:  
**Disease Management in the European  
Context**  
11-12 January, 2007, Bonn, Germany

## Mental health care programs and depression in The Netherlands: an overview

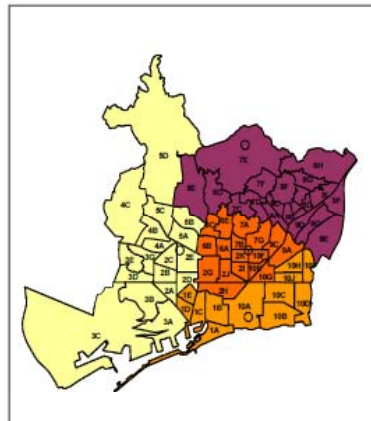
Adri Peters

Julius Center for Health Sciences and Public Care,  
UMC Utrecht  
in collaboration with Trimbos-instituut, Utrecht

Bonn, January 11, 2007



## DM Initiatives in Barcelona

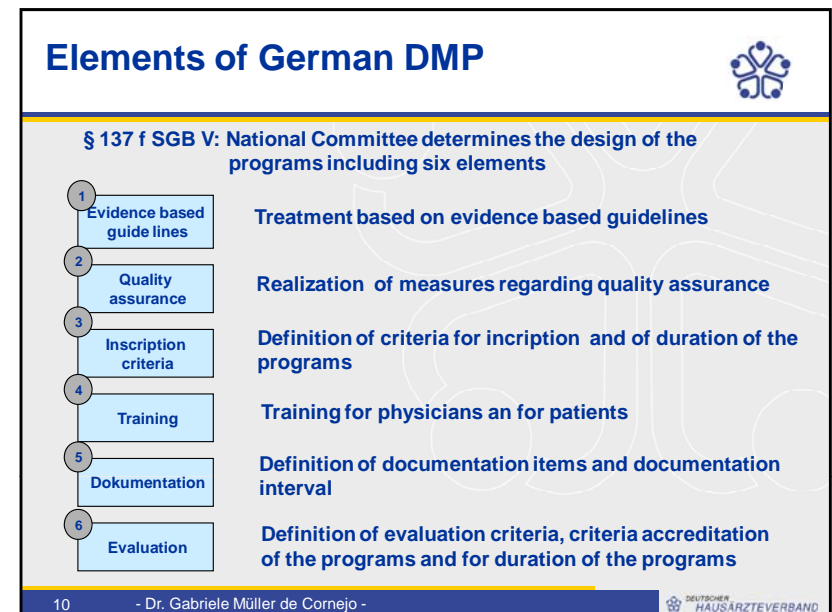


- CHF (2006)
- COPD (2007)
- Diabetes Mellitus..(2007)
- Depression (2007-2008)

# ドイツでも;

## Disease Management Programmes (DMP) in Germany

- 2002年7月1日のリスク構造調整法と2002年1月1日の社会法典Vの変更に基づき導入。
- 連邦合同委員会(SGB V § 91)が連邦保健省にリスク構造調整法へ掲載すべき疾病と根拠に基づく治療ガイドラインを提言する。ガイドラインは、最新の研究成果に照らし合わせて定期的に更新しなければならない。
- 疾病金庫と疾病金庫連合会は、治療プログラムを発展させ、医者など医療提供者と各個の契約締結する。
- 連邦保険庁は、プログラムと契約がリスク構造調整法に適合するかどうかを検討し、許可を与える。



# 疾病管理—多様な概念と介入

- 医療の質 vs. • 医療費
- 一次予防 vs. • 三次予防
- 層別 stratification vs. • 選定 inclusion criteria
- 自前 vs. • 外部組織利用cave out
- 保険者(提供主体) vs. • 医療職
- 消費者(介入対象) vs. • 提供者・組織(機能分化連携を含む)
- 集団介入 vs. • 個別介入
- 初期介入 vs. • 継続的介入
- 特定疾患 vs. • 複数リスク

# 現状

- 疾病管理は世界的な潮流へ。
  - ただし、ビジネスとしての広がりには、米国以外では限定的。
  - 製薬企業も、ヨーロッパでの取り組みは停滞。
- 概念の変化：医療費コントロールよりも、より医療の質への関心へ。
  - EBMの遵守。
  - Integrated Care； 医療関係者の連携と機能分化。
  - 正しいことを正しくおこなう。

# わが国における疾病管理の流れと ビジネスモデル

# わが国の公衆衛生・健康政策の主な流れ

1950

- 1947年国民栄養調査(2004年以降、国民健康・栄養調査)  
「厚生省栄養課では昭和20年来、連合軍最高司令官覚書にもとづき全国的に栄養調査を実施することになった。本調査は国民栄養の実情を把握し、これが改善をはかるための方策樹立に対しその基礎資料とするためと、一方困窮する国内食糧への輸入を懇請する重要な参考資料とするために行われるものである。」
- 1964年(昭和39年)東京オリンピック(52年招致決定、当初、60年開催立候補)
- 1964年(昭和39年)国民の健康・体力づくりについての閣議決定

1970

- 1978年(昭和53年)第一次国民健康づくり対策
  - 市町村保健センターなどの設置と保健師などのマンパワー確保による健康づくり基盤整備
  - (財)健康・体力づくり事業団などによる活動を推進し、健康づくりの啓発普及
- 1988年(昭和63年)第二次国民健康づくり対策:「アクティブ80ヘルスプラン」
  - 生活習慣の改善による疾病予防・健康増進

2000

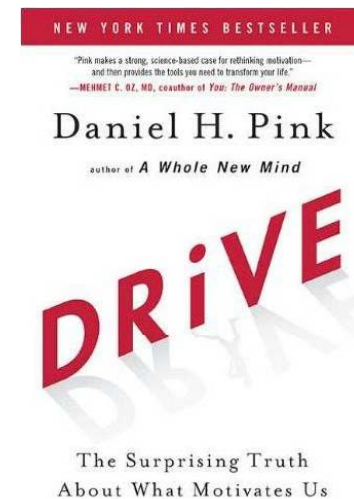
- 2000年(平成12年)第三次国民健康づくり対策:「健康日本21」
  - 健康寿命(要介護状態でなく生活できる期間)を延伸
- 2002年(平成14年)健康増進法 制定(2003年5月施行)
- 2005年(平成17年)健康フロンティア戦略
- 2008年(平成20年)特定健診・保健指導





# モチベーション3.0 (東洋経済2010年3月27日号)

- モチベーション1.0: 生物的な動機(サバイバル)
  - ✓ ものを食べる、生殖活動を行う、睡眠をとる、など生物が生存を維持するために必要な根源的な欲求。
  - ✓ 減私奉公、終身雇用。**健康は生きるためのもの。**
- モチベーション2.0: 与えられた動機(信賞必罰)
  - ✓ 外から与えられた目標を達成することで、金銭や名誉の獲得を目指す欲求。
  - ✓ 成果主義、アメとムチ。**健康は投資。**
- モチベーション3.0: 自発的な動機(ワクワク感)
  - ✓ 人間としての成長、知的興奮、社会への貢献など、単なる金銭欲を超えた動機。外部から与えられるのではなく、自分の内面から湧き出る自発的な欲求。
  - ✓ 自律、専門性、理念。**健康とは楽しみ。**



# 健康モチベーションの変化

1950

- 1947年国民栄養調査

1970

- 1964年(昭和39年)東京オリンピック
- 1964年(昭和39年)国民の健康・体力づくりについての

2000

- 1978年(昭和53年)第一次国民健康づくり対策
  - 市町村保健センターなどの設置と保健師などのマンパワー
  - (財)健康・体力づくり事業団などによる活動を推進し、健康
- 1988年(昭和63年)第二次国民健康づくり対策:「アクラ
  - 生活習慣の改善による疾病予防・健康増進
- 2000年(平成12年)第三次国民健康づくり対策:「健康
  - 健康寿命(要介護状態でなく生活できる期間)を延伸
- 2002年(平成14年)健康増進法 制定(2003年5月施行)
- 2005年(平成17年)健康フロンティア戦略
- 2007年(平成19年)がん対策基本法施行
- 2008年(平成20年)特定健診・保健指導

モチベーション1.0

モチベーション2.0  
アメとムチ

3.0  
楽しみ  
ファッション

# 特定健診・特定保健指導の導入

医療経済研究機構が平成15年度から18年度に実施した社会保険庁(当時)からの委託研究成果がベースになっている。



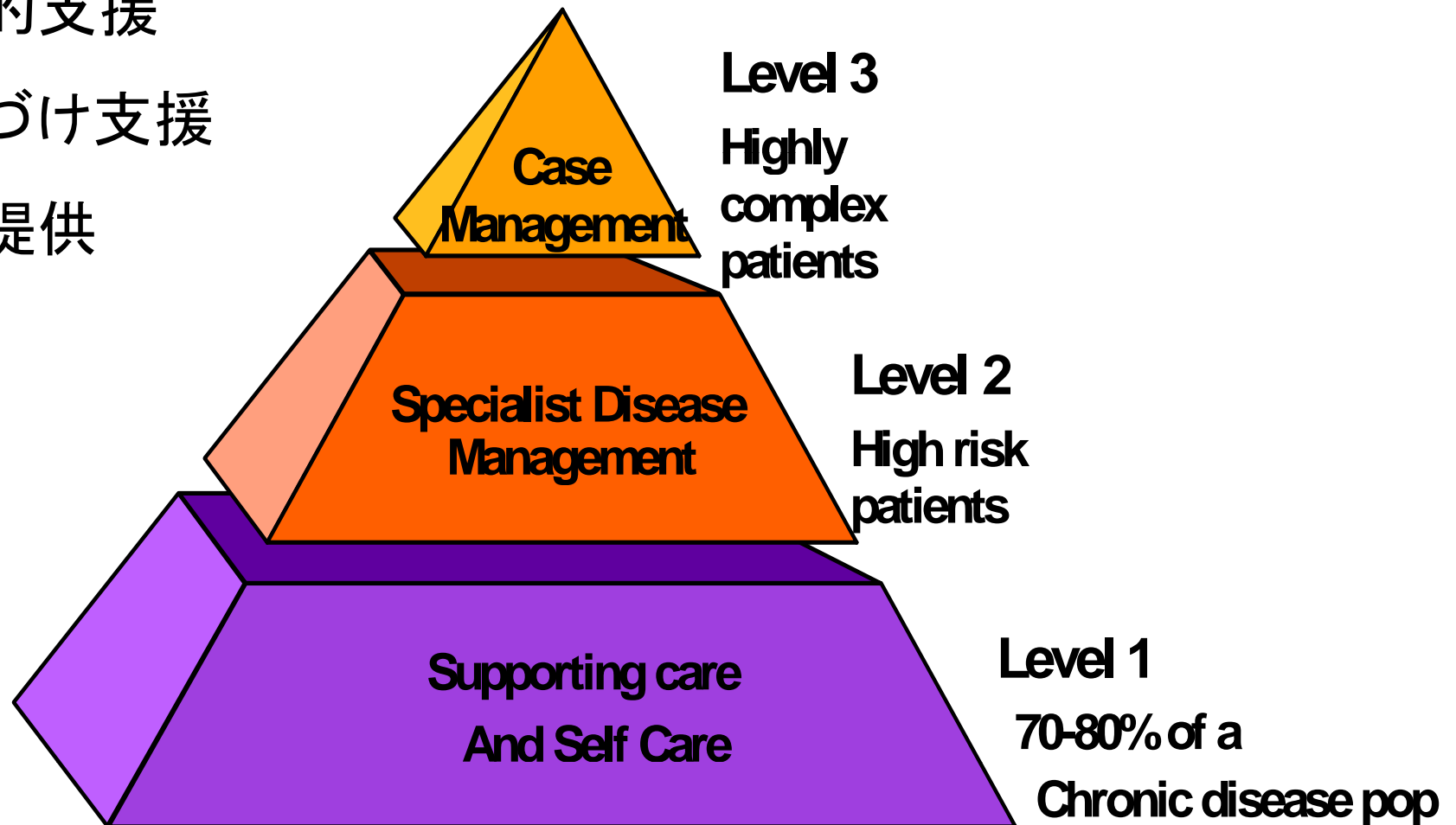
- 北澤健文、坂巻弘之:政府管掌健康保険データを用いた生活習慣病リスクの曝露と10年後の医療費発生状況との関係に関する研究. 医療と社会, 17, 181-194 (2007)
- 北澤健文、坂巻弘之、武藤孝司:政府管掌健康保険データを用いた健康診断結果と10年後の医療費発生状況との関係. 日本公衆衛生雑誌, 54, 368-377 (2007)
- 坂巻弘之、北澤健文、武藤孝司:政府管掌健康保険の診療報酬明細書を用いた生活習慣病受診状況把握の試み. 日本衛生学雑誌, 63, 651-661 (2008)

# Population stratification: the Kaiser triangle

「特定検診・保健指導」にも同様の考え方が:

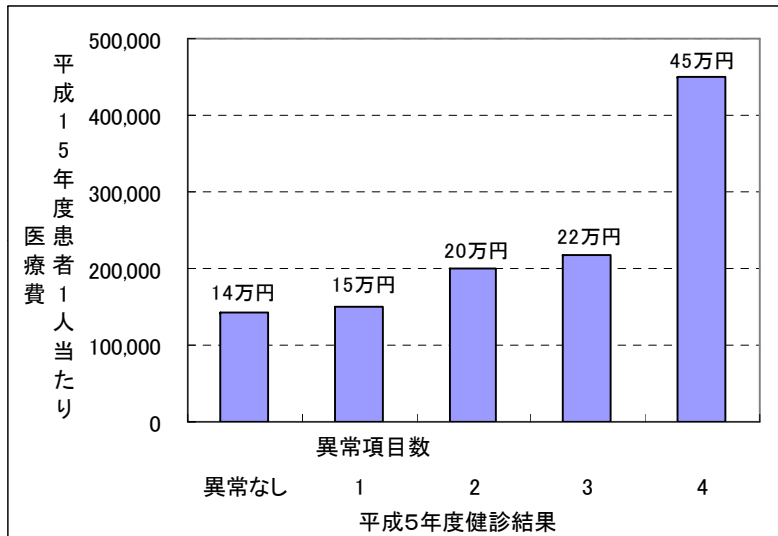
◆データによる対象者の階層化と標準化された介入

- 積極的支援
- 動機づけ支援
- 情報提供



## 健診結果と医療費の関係

平成5年度の健診結果で異常が見つかった項目が多いほど、10年後の平成15年度での患者1人当たり医療費は高くなり、異常なしの者と主要4検査項目異常ありの者では3倍の格差。



- ・全項目異常なし 約14万円 ... ①
- ・主要4検査項目 (BMI、血圧、脂質、代謝系) 異常あり 約45万円 ... ②

➡ ①と②の差 約3.2倍

(参考) 主要4検査項目の健診結果と医療費の関係

	(異常なし)	(異常あり)	格差
BMI(肥満)	: 16.3万円	19.3万円	約1.2倍
血圧	: 15.6万円	22.5万円	約1.4倍
脂質(コレステロール等)	: 16.4万円	17.6万円	約1.1倍
代謝系(血糖値等)	: 16.1万円	27.1万円	約1.7倍

## 糖尿病患者と健診・医療費の関係

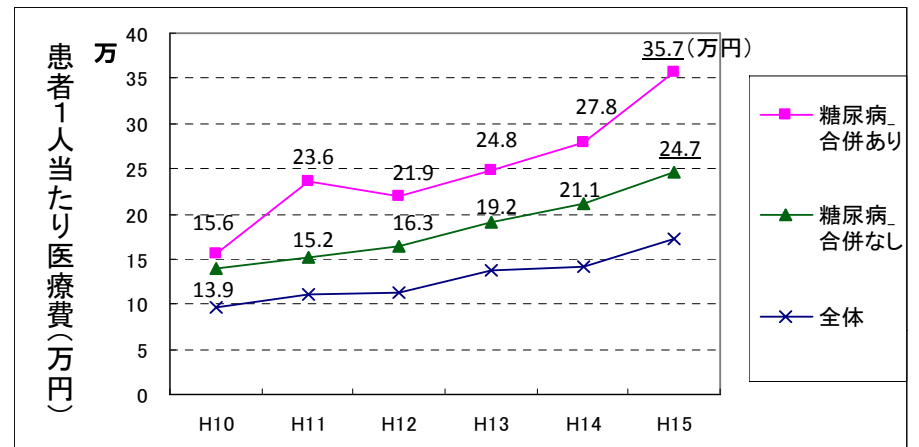
平成5年度の健診結果を見ると、代謝系に異常があった者のうち、約43%が10年後の平成15年度には糖尿病患者となっており、代謝系に異常がなかった者の約6倍で糖尿病が発症している。

(平成5年度) (平成15年度)

代謝系で異常あり → 43%が糖尿病患者 } 約6倍の差  
 代謝系で異常なし → 7%が糖尿病患者 }

糖尿病患者について、合併症ありと合併症なしの医療費を比較すると、平成10年においてはほぼ同額であったが、年々格差が拡大し、5年後の平成15年では約10万円の差が生じている。

糖尿病・合併症ありなし別患者一人当たり医療費の推移



# 問題点

- 研究方法論上の問題：健診を受けたもののみの分析。医療費に生活習慣病以外も含まれる。健診から医療サービス受療までの経緯が不明。
- 自然史を示したのみ。
- 保健指導による医療費削減効果は不明確。
  - － 医療経済研究機構「政府管掌健康保険における医療費等に関する調査研究」平成15年度調査
  - － ただし、生活習慣改善の臨床的効果を否定するものではない。

# 疾病管理モデル

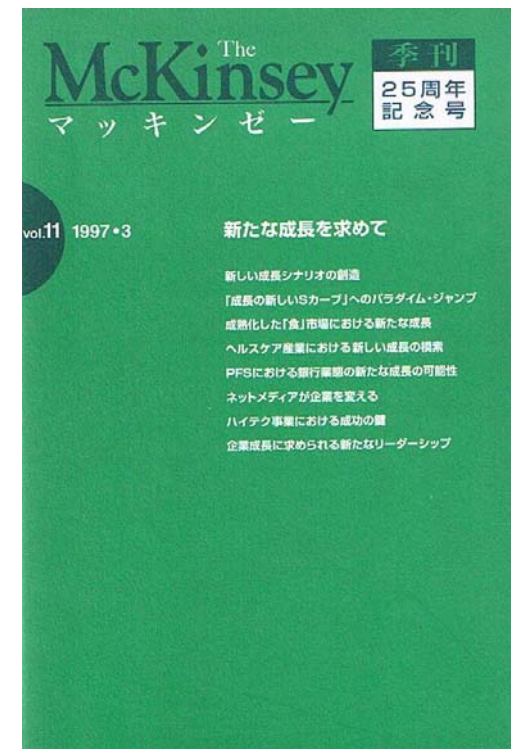
- 疾病管理企業モデル
- 職域モデル
- 医療(診療報酬)モデル

# 1990年代後半の疾病管理ビジネス マッキンゼー, 1997

「ディーズ・マネジメント」を、ここでは便宜的に、疾病への対応ステップ、すなわち教育、予防から始まって、治療、リハビリテーションにいくステップを全部一貫して管理することと定義したい。

まさに、患者の視点に立って疾病を管理することにより、検査の重複や複数の医療機関にかかる無駄が省けコストが下がると同時に、質の向上も可能となる。

例えば、ガンにかかった患者に対し、発症からターミナルケアまで一貫通貫で対応できれば、トータルとしても、またそのときどきにしても、最適な対応が可能となる。



門永宗之助, 谷村格, 遠山峰輝:  
ヘルスケア産業における新しい成長の模索.  
The McKinsey, Vol.11, 64-87, 1997.3



# 健康であることこそが新たな成長機会－「健康パッケージ」

マッキンゼー, 1997

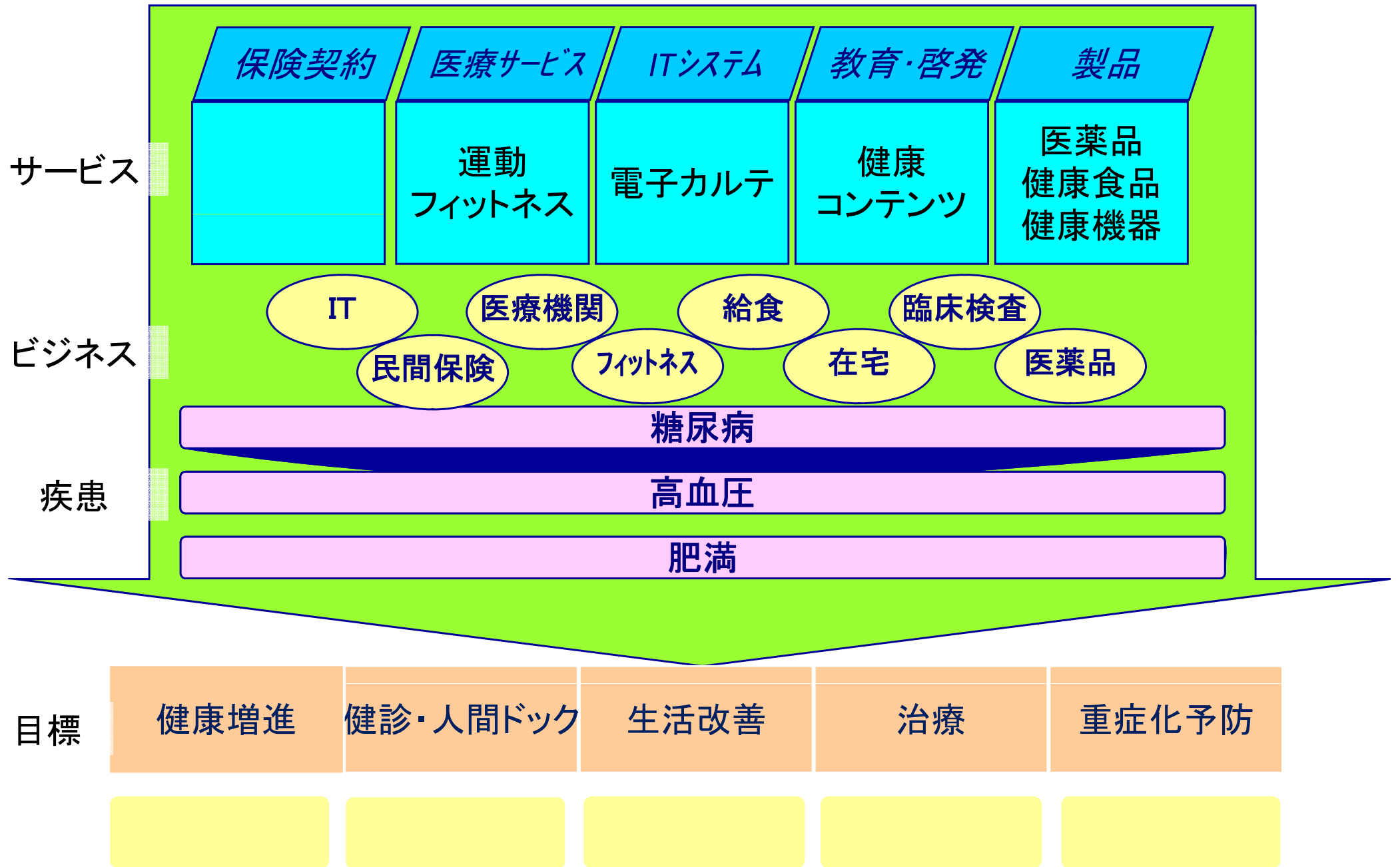
消費者にとってのヘルスケアのコストと質をもう少し幅広く捉えてみると、さらに中長期的で幅広い事業の可能性や成長機会が見えてくる。

消費者にとってヘルスケアに関連するコストは、医療に関わる金銭面に限らないのではないか。例えば、きちんと運動をする、暴飲暴食を避ける、もしくは体重をコントロールするといったような行動も、ヘルスケアに関わる金銭面以外での消費者の投資と考えることができる。

一方、質に関しても、単に病気になった、もしくは介護が必要になったときに提供されるサービスの質だけではなくて、いかに健康な状態を継続し快適に生活を送れるかという、其の意味でのQOL (Quality of Life) ということも、ヘルスケアの質といえるのではないか。

このより広義な意味での消費者ニーズから見たコストと質をうまく組み合わせることで、個々の消費者のニーズに即した「健康パッケージ」と呼ぶべき新たな成長分野が創造されるのではないか。

# 疾病管理バリューチェーン



# 経済産業省 平成16年度「健康サービス産業創出支援事業」例

## ～健康サービス産業発展に向けた環境整備モデル事業～

千葉県健康づくりコンソーシアム	(株)つくばウエルネスリサーチ、イオン、(株)、大塚製薬(株)、オムロンヘルスケア(株)、(株)NTTデータ、千葉県	①e-healthシステムによる運動・栄養を核とした健康生活コーディネートシステム及びプログラム開発②市町村の健康づくり教室やドラッグストアなどでのプログラムの個別提示と個別指導③県健康情報データベースの構築④首都圏住民を対象とした観光・健康サービス融合型事業⑤健康生活コーディネーターの育成を行う。
北ノ板橋ウエルネスネット協議会	(株)電通、(株)NTTドコモ、トッパングループ健康保険組合、(株)タニタ、(NPO法人)スポーツ支援首都圏ネットワーク、東京都老人総合研究所、北区、板橋区、東京都	中高年層から高齢者にいたるまでの幅広い年代層を対象として、介護予防のエビデンス等に基づいた健康管理サービスを国民健康保険、健康保険組合連携型で提供する。サービスの提供にあたってはCRMを活用し、携帯電話やパソコンによるバーチャルサービスと地域のNPO等による人を介したリアルサービスの複合型を採用する。
健康支援ビジネスネットワークコンソーシアム	(財)日本予防医学協会、AIGグループアリコジャパン、(株)リロクラブ、ティーペック(株)、伊藤忠商事(株)	健康診断、各種健康支援サービスを含むヘルスサポートシステムをパッケージサービスとして健康保険組合、企業に有償提供する。ヘルスサポートシステムを強化した保険事業の展開、保険事業をアウトソーシングするビジネスモデルの構築、総合疾病予防サービス、Managed Care型医療保険プランの開発、健康保険組合アウトソーサー組織創設を目的とする。
HCCコンソーシアム	ヘルスケア・コミッティー(株)、東京大学医学部附属病院、日立、IBM等の大企業健保組合	病気の重症化を予防する二次予防、健康状態が悪化する前から健康意識を高める一次予防の両方から成る疾病管理システムの構築と同時に、疾病リスク度の予測システムを構築する。20団体以上の健保組合が参加・保健事業を委託し、保健専門機関(ハイリスク者は医療機関)が疾病管理・予防・健康度改善を行う新しい健康産業が創造される。
小松ウエルネス・コンソーシアム	(財)北陸体力科学研究所、松下電器産業(株)ヘルスケア社、(株)損保ジャパン総合研究所、小松市 小松市医師会	健常者、生活習慣病予備軍、疾病患者、要支援認定者などに対し、ICM(インフォームド・チョイス・メニュー:個人にあったEBHに基づくメニュー)を提供し、保険者、医療機関、健康関連事業者をつなぐ事業主体(エージェント企業を含むコンソーシアム)をつくり、健康増進サービス事業を創出する。
熊本ヘルスケア基盤整備推進事業コンソーシアム	熊本大学、熊本県、日本赤十字社熊本健康管理センター、(株)キューデンインフォコム	地域健康情報データバンク事業を構築し、テーラーメイド健診プログラムや在宅健康管理等の個人向け健康づくりサービスを提供するほか、健康食品の治験支援・独自認定、健康サービス産業情報提供等を通じて、地域の健康サービス産業育成支援を行う。
健康保険組合による健康づくり共同モデル事業協議会	日本航空健康保険組合、ブリヂストン健康保険組合、日産自動車健康保険組合、他健保組合、特定非営利活動法人全国訪問健康指導協会	レセプト・健診データ・個人特性データを活用し、健康増進や医療費適正化を目的とする健康保険組合の保健事業にかかわる健康サービスを提供する。健康保険組合向け保健事業コンサルティングや被保険者向け保健指導サービスなど。

# 日本における疾病管理

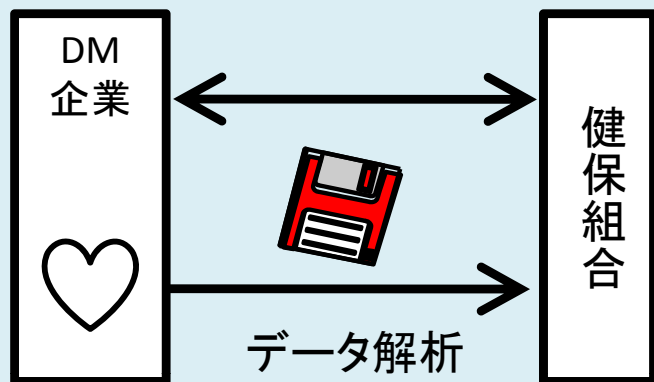
領域	経緯	健康政策	ビジネス
喘息	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ピークフローメータによる自己管理指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 診療ガイドライン</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ピークフローメータと電話回線による看護師指導</li> </ul>
生活習慣病	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 血糖自己測定による自己管理指導</li> <li>▶ 生活習慣病管理料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 医療費対策</li> <li>▶ 生活習慣病検診・保健指導事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 数多くのビジネスが登場</li> </ul>
介護予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 自治体の健康教室、機能訓練など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 要介護者増加抑制</li> <li>▶ 自治体介護予防事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 電話コールビジネス</li> <li>▶ フィットネスクラブ</li> </ul>
精神科領域	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 職場のストレスコントロール</li> <li>▶ 介護や他の疾患と関連したうつ状態やストレスコントロール</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針</li> <li>▶ うつ予防・支援マニュアル</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ストレスマネジメントビジネス</li> </ul>

# 日本型疾病管理サポートサービスのタイプ

消費者・患者 サポート	<ul style="list-style-type: none"><li>•患者向けパンフレットなどの教育資材</li><li>•電話サービス、オンラインサービス</li><li>•健康教室</li><li>•検査、検査に組み合わせた生活改善プログラム</li></ul>
ヘルスケア 提供者 サポート	<ul style="list-style-type: none"><li>•専門職種の教育</li><li>•専門職種の紹介</li><li>•ガイドライン、EBM情報サービス</li><li>•意思決定サポートソフトウェア</li><li>•患者アセスメント、改善計画・指導ツール</li></ul>
データ収集、 分析、 研究支援	<ul style="list-style-type: none"><li>•電子カルテ</li><li>•臨床試験</li><li>•レセプト分析</li><li>•薬剤経済学研究</li></ul>

# ビジネスタイプ,2000年代(1)

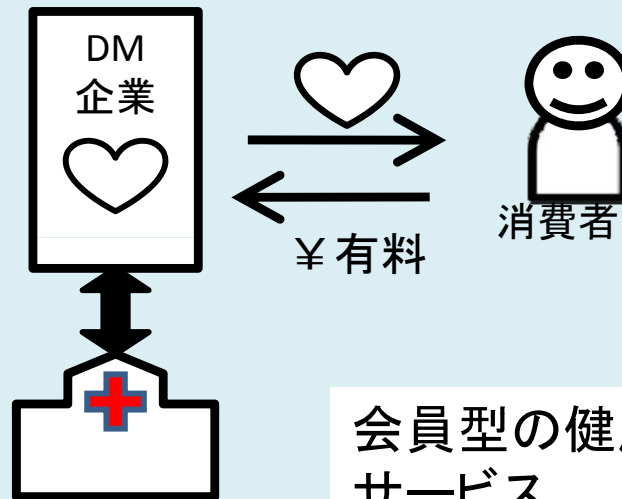
## データ分析・戦略立案(B2B)型



主に、レセプトチェック・分析。データを製薬企業等に販売する会社も。

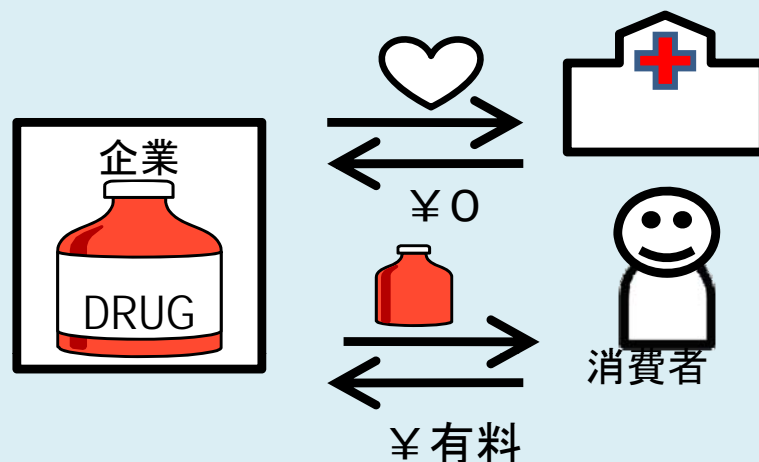


## 直接健康サポート(B2C)型



会員型の健康管理サービス

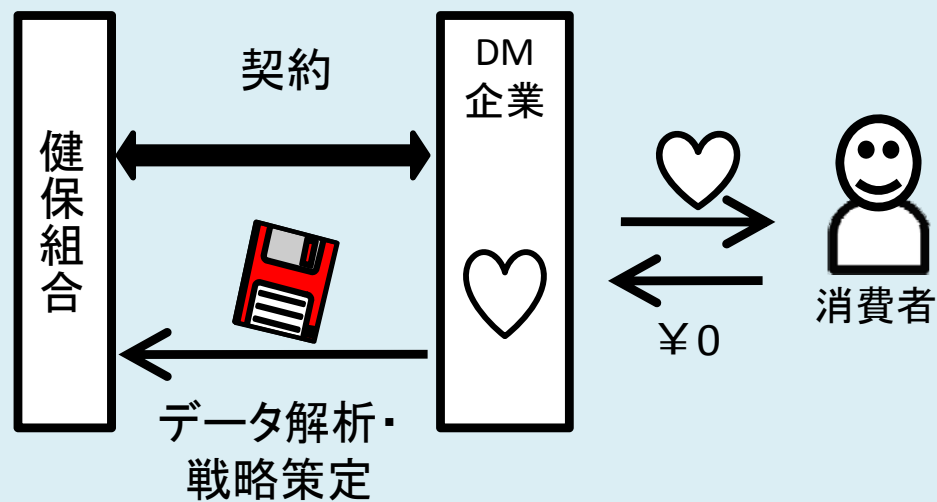
## “FREE”型



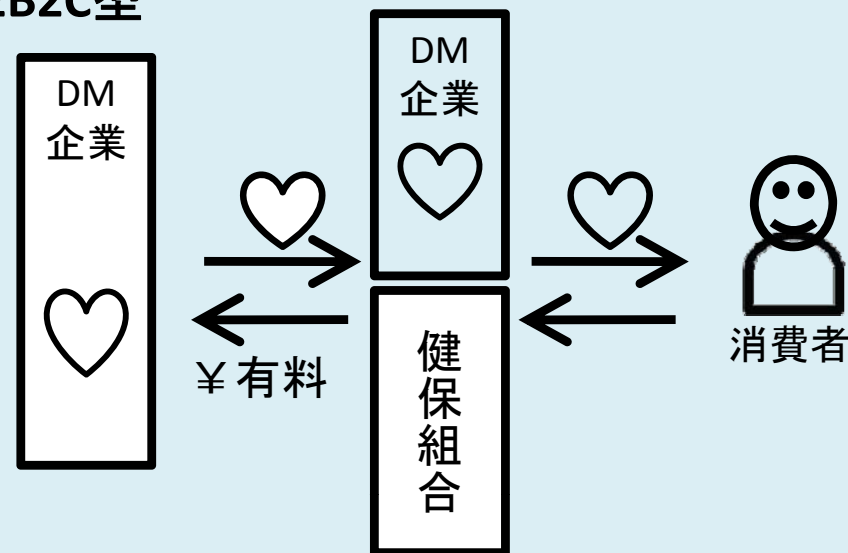
医薬品、医療機器の販売が本来の目的。健康サポートやツールを無償～低価格で提供。

# ビジネスタイプ, 2000年代(2)

## フルサポート型

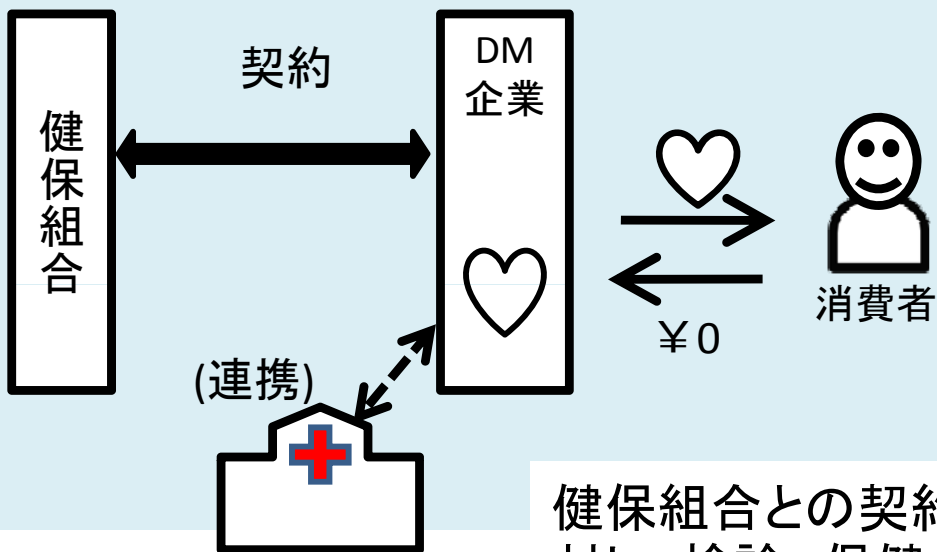


## B2B2C型



コンテンツ販売や、専門職の指導。  
E-Healthビジネスも。

## 保健指導サポート型



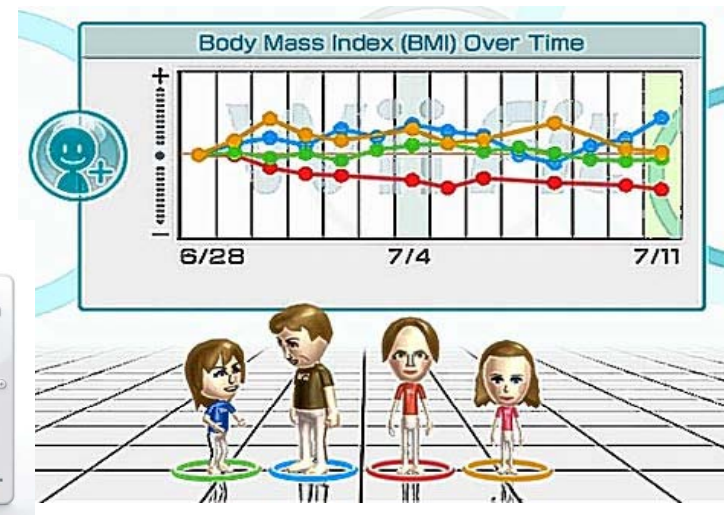
健保組合との契約をもとに、被保険者に対し、検診、保健指導を提供。



# 2000年初期の疾病管理ビジネスは怎么样了か？

- 具体的な製品供給や検診、データ分析などは、その後も健在。
- 健診ビジネス(特定健診以降)も継続。
- “FREE”型は停滞？：
  - 消費者が無償サービスに慣れてしまっている？(特に医療関係者)
  - 製薬企業の取り組みも停滞。
- 保健指導サービスのためのビジネスがどうなるか？
  - 「アメとムチ」的な健康サービスを消費者が継続して使用したいと思うか？

NINTENDO Wii Fit





# 疾病管理ビジネスの今後

疾病管理についての基礎知識と、さまざまな業者や保険者自身による疾病管理の効果を評価する基準も必要である。最終的には、さまざまな病態の発症リスク要因や最善の疾病予防法、疾病予防サービス業者(基本的には保険者自身も含む)のそう効率について、加入者にきちんと理解してもらえるようになる必要があるのだ。

マイケル, E. ポーター: 医療戦略の本質 (P.367)

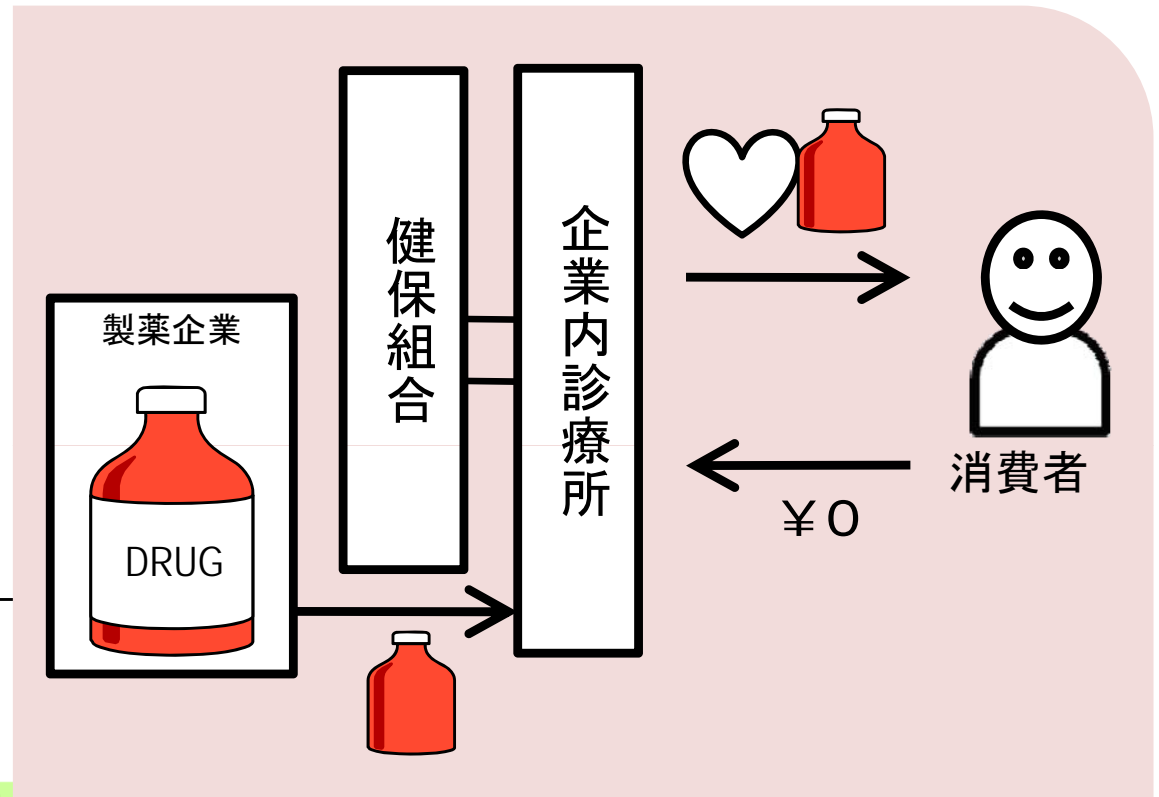
疾病管理：医療モデル  
(三次予防)

薬局等やコメディカルの疾病管理への関与

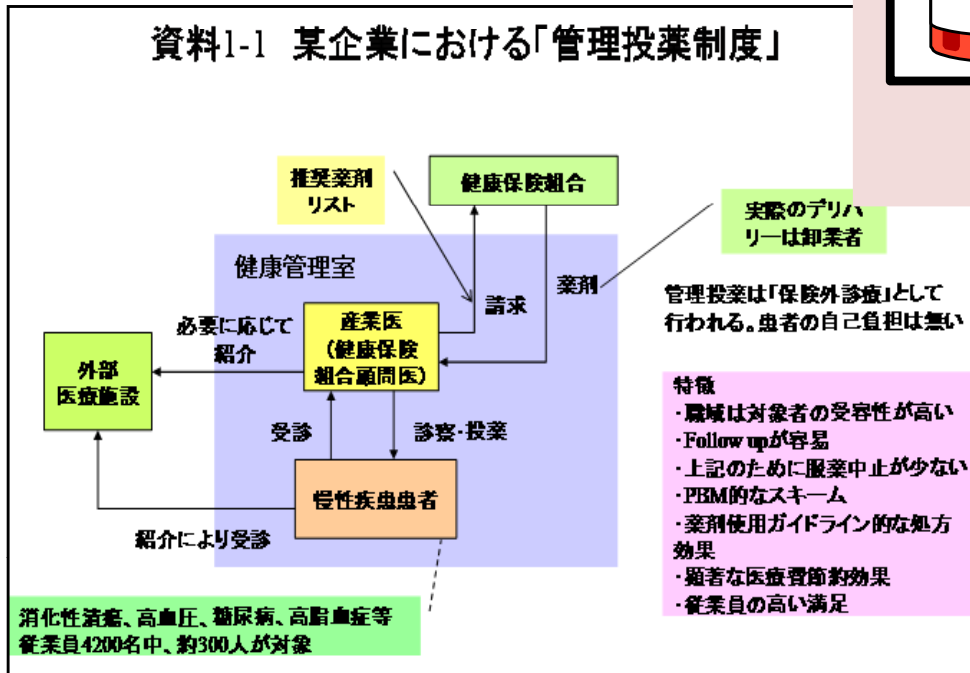
# 疾病管理モデル

- 疾病管理企業モデル
- 職域モデル
- 医療(診療報酬)モデル

# ビジネス以外のモデル 職域モデル



資料1-1 某企業における「管理投薬制度」



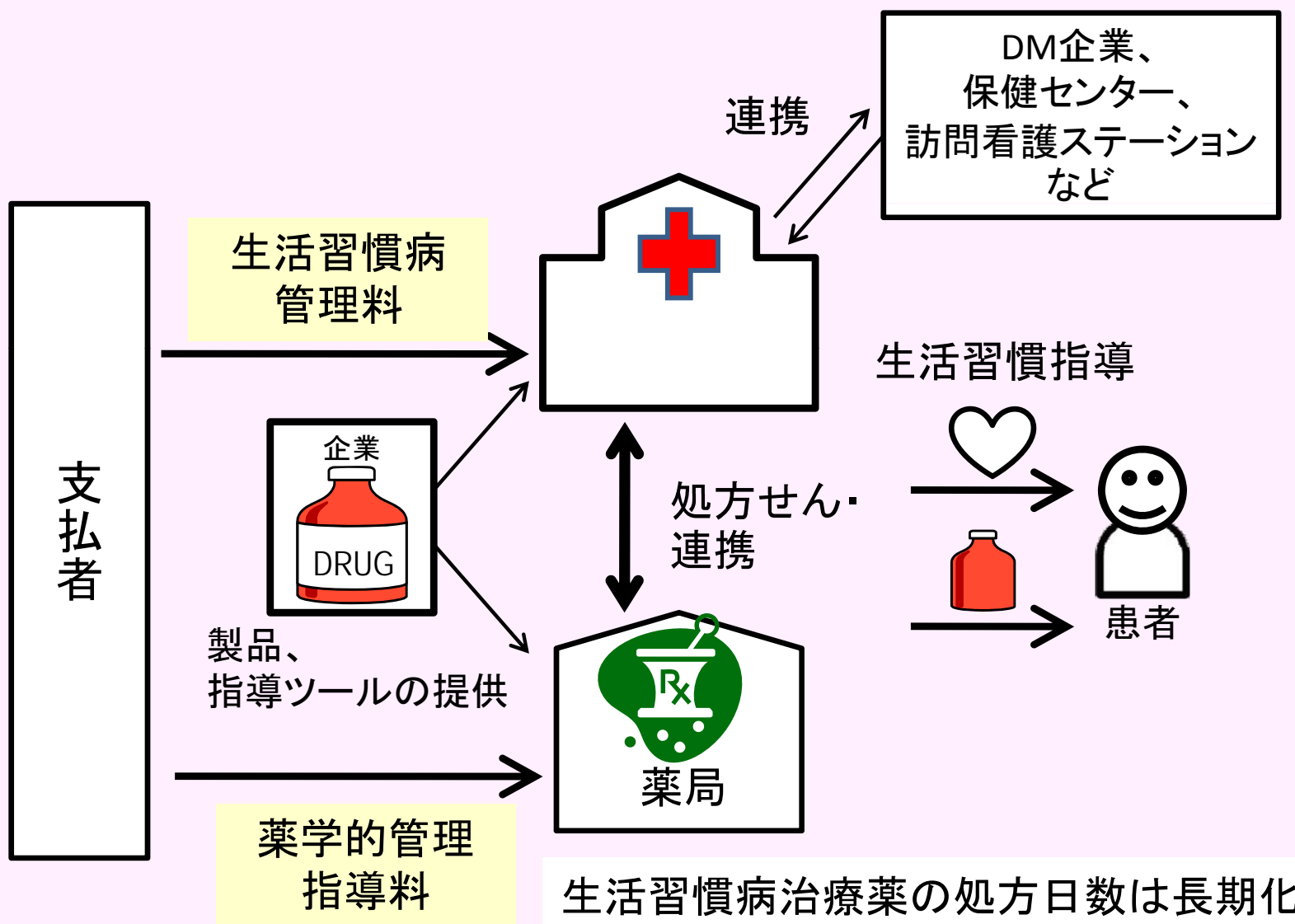
診療報酬と実購入額との差額



松田晋哉先生作成。

# ビジネス以外のモデル

## 医療モデル



生活習慣病治療薬の処方日数は長期化する傾向にあり、定期的な指導の実施について、そのあり方を検討する必要。

# 糖尿病専門医の外部機関との連携状況

日本臨床糖尿病医会120名に対する調査(平成18年2月調査;回答59件、回答率49.2%)。

平成17年度厚労科研費

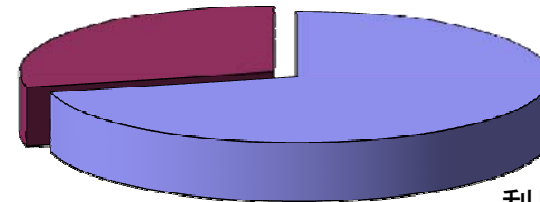
「生活習慣病の重症化予防に係る生活習慣病指導のあり方および評価に関する研究」  
(主任研究者:坂巻弘之)

生活習慣指導における外部組織・企業の利用

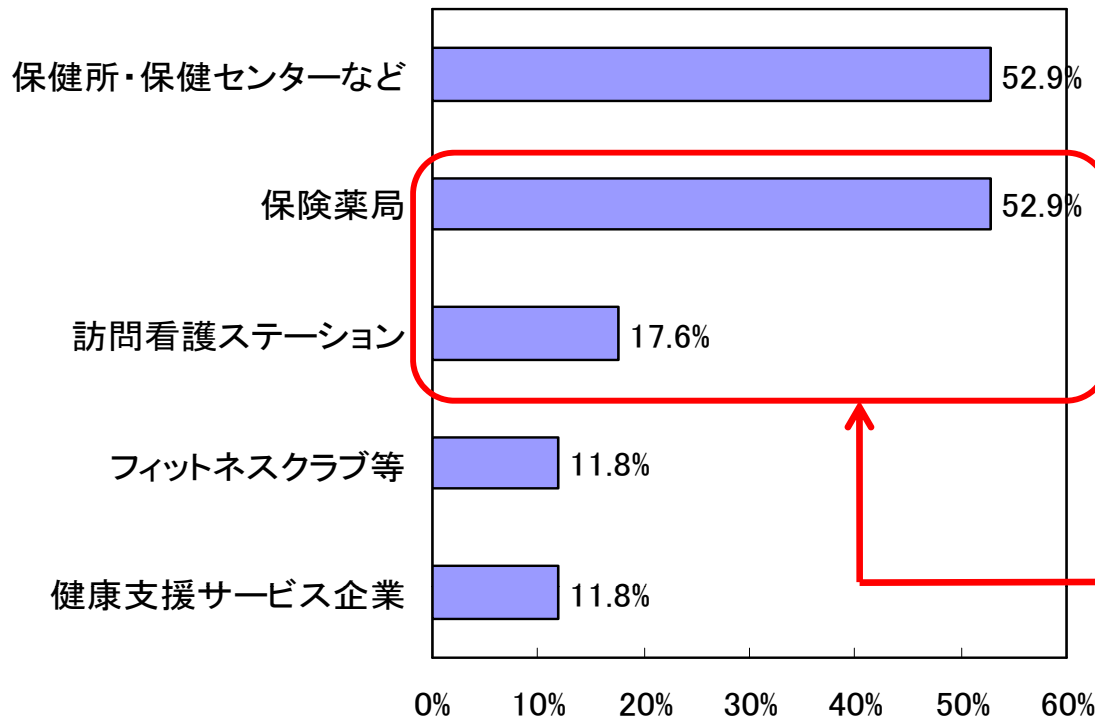
利用しているとの回答のあった17施設の回答(複数選択)

利用している組織・企業

利用している  
29%



利用していない  
71%



## 課題

- 医療(三次予防)における連携のあり方。
- 支払いの方法。

医療提供施設に対しては診療報酬での支払が可能

# 疾病管理とは？

- データをもとに目標設定
  - 介入対象の特定、階層化
- 介入方法の標準化
  - 専門職のトレーニングと患者教育
- モニタリング方法の標準化
- 介入後の評価

疾病管理の考え方をもとに；

- 医師・コメディカル(薬剤師)との連携モデルを構築。
- データによる目標設定、情報共有化の仕組みも含む。
- 専門職種による生活習慣病指導の標準化。
- 診療報酬等での評価を目指す。

# 薬剤師による介入の成果を政策に反映

米国の薬剤師団体 (Alliance for Pharmaceutical Care) の州政府担当者向けパンフレット



HOW CAN YOU expand the role of pharmacists to **IMPROVE HEALTH CARE** in your state?

You can ensure the pharmacy profession is a vital player in improving patient care and decreasing health care costs by:

- Promoting and supporting legislation and regulations to expand collaborative practice arrangements between pharmacists and physicians.
- Enabling pharmacists to provide immunizations, such as flu shots, to high-risk patients and also provide other vaccines to the general public in response to an emergency/disaster.
- Enabling pharmacists to utilize new technologies such as central fill operations, automated dispensing equipment, and electronic prescription transmission.
- Supporting pharmacist-led expansions and pharmacy student rotations.
- Developing pharmacist-based disease state management programs for Medicare and Medicaid beneficiaries that will reduce total health care costs and utilization.
- Ensuring that pharmacists receive fair and adequate compensation for their services including medication therapy management (MTM).
- Incorporating pharmacists in your emergency preparedness plan.

**Your pharmacist...**  
serves you and your community...

America's pharmacists contain health care costs while improving quality... a rare combination in today's environment.

薬剤師の職能の拡大によって、医療の質を向上させ、医療費を適正化することができる。

メディケア・メディケイド加入者の医療費の適正化に資する薬剤師による疾病管理の推進

<http://www.ashp.org/gad/Alliance-info.cfm>



# The Asheville Project

City of Asheville, North Carolina

Jeff Richardson, Assistant City Manager



Stephanie Kiser, RPh, Director, Community Health Enhancement & Health Education Center



## Asheville Project Background:

Program began in 1997

47 participants from the City of Asheville

Mission Hospitals provided care coordination, labs, diabetes education and Community Pharmacists were the initial care coaches

Disease States being managed:

Diabetes

## アシュビルプロジェクト

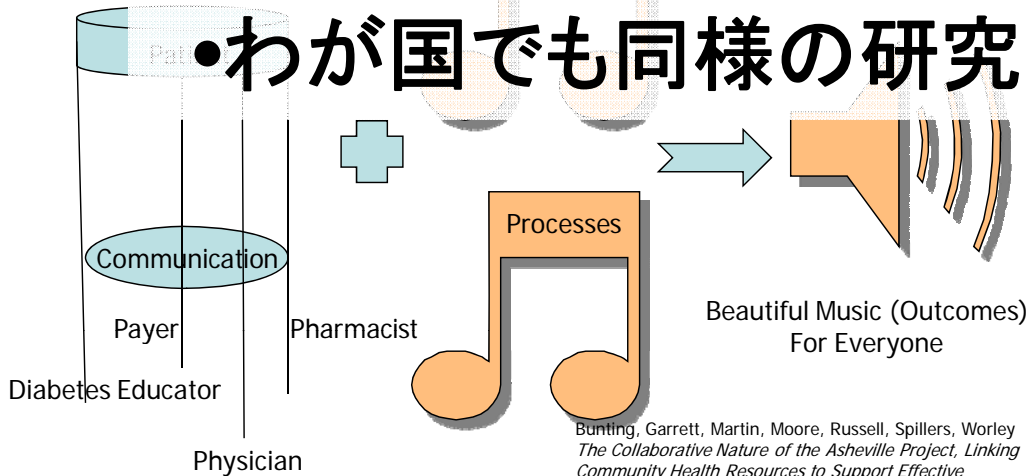
●薬剤師による生活習慣病に対する疾病管理。

Collaboration: Bar Stools and Symphonies

医師・糖尿病教育指導師、保険者とのコミュニケーションシステム

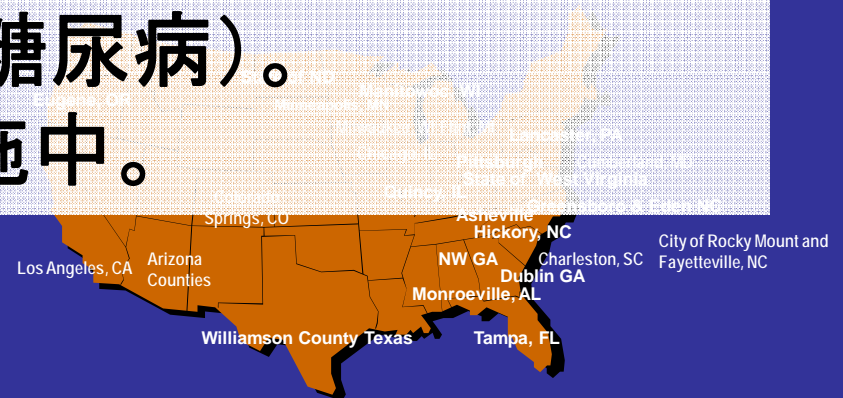
●アシュビルから全米へ展開(糖尿病)。

●わが国でも同様の研究を実施中。



Bunting, Garrett, Martin, Moore, Russell, Spillers, Worley  
The Collaborative Nature of the Asheville Project, Linking  
Community Health Resources to Support Effective  
Patient Self-Management, Submitted for Publication, 2003

Asheville Model Programs Across the Country



# まとめ

- 疾病管理は世界的潮流(米国以外?)
- 特定健診・保健指導での効果検証は、これからの課題。  
ビジネスモデルも、検討継続が必要。
- 三次予防においても疾病管理の考え方をもとに、患者サポートのあり方を検討することが必要。