

# 日本版疾病管理の始動

広島大学大学院 医歯薬保健学研究院

応用生命科学部門 成人看護開発学

森山美知子 (MORIYAMA Michiko)

## 1. データヘルス計画：予防・健康管理の推進に関する新たな仕組みづくり

厚生労働省は、平成 25 年度、以下を決定した<sup>1)</sup>。

- ・健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針（告示）を平成 25 年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。
- ・糖尿病性腎症患者の人工透析導入を予防する重症化予防事業の好事例について、平成 26 年度内に横展開を開始できるよう、平成 25 年 8 月末までに検討を進め結論を得た上で、概算要求に反映させる。

これは、40 兆円に迫る医療費の抑制と健康寿命の延伸に向け、現在あるレセプトや健診データを有効に活用し、医療保険者が保健事業を展開するスキームの提案、義務化である。

## 2. 医療費適正化と被保険者の QOL の向上を目指した Population health management

慢性疾患の重症化予防（再発・増悪予防）の方が医療費適正化効果は大きい

医療機関への受診間隔やフリーアクセスへのコントロールが困難なわが国においては、医療保険者が行う医療費適正化は、主に、ジェネリック医薬品の導入、重複受診・頻回受診・重複医薬品処方 of 適正化を中心に行われてきた。確かにこれらの対策は医療費を抑制する。特にジェネリック医薬品への転換は、規模の大きな医療保険者だと年間数億円規模の削減効果がある<sup>2)</sup>。しかし、医療費の適正効果からみた場合には、疾病の発症・再発の抑制、重症化の遅延に働きかける方が、被保険者の QOL の向上という要素も加味され、効果が大きい。実際、一人透析患者が出ると、医療費だけで年間 550 万円～600 万円の支出増となる<sup>3)</sup>。これは、その患者が亡くなるまで毎年発生する。高血圧症や脂質異常症、糖尿病を基礎とする心筋梗塞では、一人 1 回につきカテーテル治療で平均 200 万円、バイパス手術で平均 460 万円、脳梗塞治療で平均 140 万円である<sup>4)</sup>。そして、心筋梗塞も脳梗塞も高い割合で再発する。副次的効果も見込まれる。症状のコントロールがうまくいけば、受診回数は適正化され、薬剤投与量も増加しない。

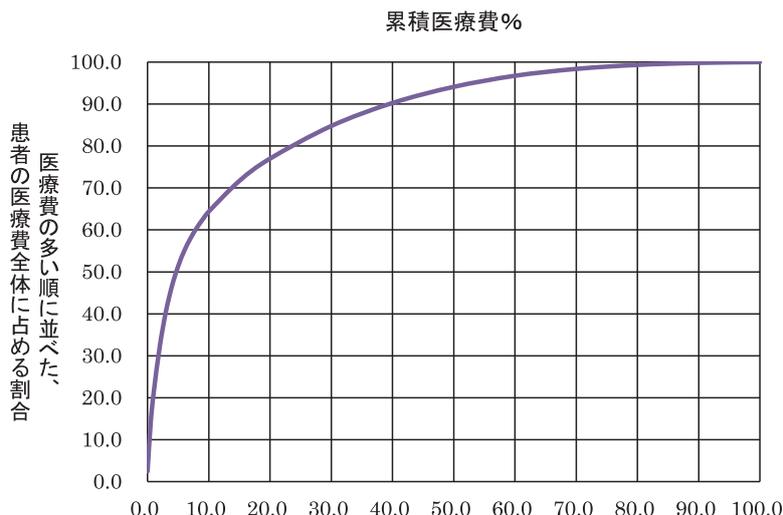


図1 医療費の多い順に並べた、患者総人数に対する累積割合  
(山口大学大学院経済学研究科教授(特命)岩本晋氏作成)

## 2割の被保険者が8割の医療費を使用する

図1は中国地方の一地方市の医療費の分析結果である。2割の患者が8割の医療費を使用している。これは、この市に特徴的な結果ではなく、他の医療保険者でも、他の先進国においても同様のことが指摘されている<sup>5)</sup>。つまり、医療費を適正化しようと考えた場合、この2割の被保険者にターゲットを当てて対策を練ればよいことがわかる。かつ、レセプトを分析すると、レセプト病名が必ずしも診断病名ではないという点は考慮にいれなければならないが、医療費が多く使用されている病名が明らかになる。ここに何らかの対策を打てば、理論的には医療費は抑制される。

## 医療費の適正化は費用対効果を検討した上での重層的な取り組み

慢性疾患の重症化予防の医療費適正化効果が高い、と述べたが、すべての慢性疾患に対して同じ重症化予防対策を行うのか、費用対効果の面からも、その疾患や状態からどのような方策が効果的なのかを検討する必要がある。表1に、ある健保組合の1年間の外来医療費の構造を示す。高血圧症や糖尿病、気管支喘息に対しては重症化予防が当てはまるかもしれないが、鼻炎や上気道炎等に対しては異なるアプローチが必要となる。

このように考えると、医療費の適正化のためには、その集団が活用できる社会資源や財源をベースに、1つの保険者という集団を、投入しなければならない資源量に応じて階層化し、層ごとに費用対効果の良い対策を実施するのが、今後の医療保険者の戦略となる(図2-1, 図2-2)。

表1 A 健保組合の外来医療費(1年間)

順位	傷病名	人数	合計金額
1	高血圧症	1,090	68,214,432
2	気管支喘息	1,534	50,987,571
3	アレルギー性鼻炎	3,406	42,749,093
4	糖尿病	1,001	25,959,415
5	急性気管支炎	3,051	25,484,955
6	急性上気道炎	2,735	22,439,834
7	うつ病	266	21,202,248
8	関節リウマチ	167	20,864,981
9	高脂血症	895	20,835,885
10	慢性腎不全	38	17,565,533
11	高コレステロール血症	416	13,212,060
12	インフルエンザ	1,882	12,256,576
13	アトピー性皮膚炎	466	11,574,626
14	2型糖尿病	166	10,455,193
15	近視性乱視	1,988	10,285,511
16	統合失調症	82	9,554,751
17	慢性胃炎	872	9,551,719
18	副神経内分泌腫瘍	1	9,486,945
19	気管支炎	1,151	9,426,671
20	急性咽頭頤頭炎	1,343	9,234,895

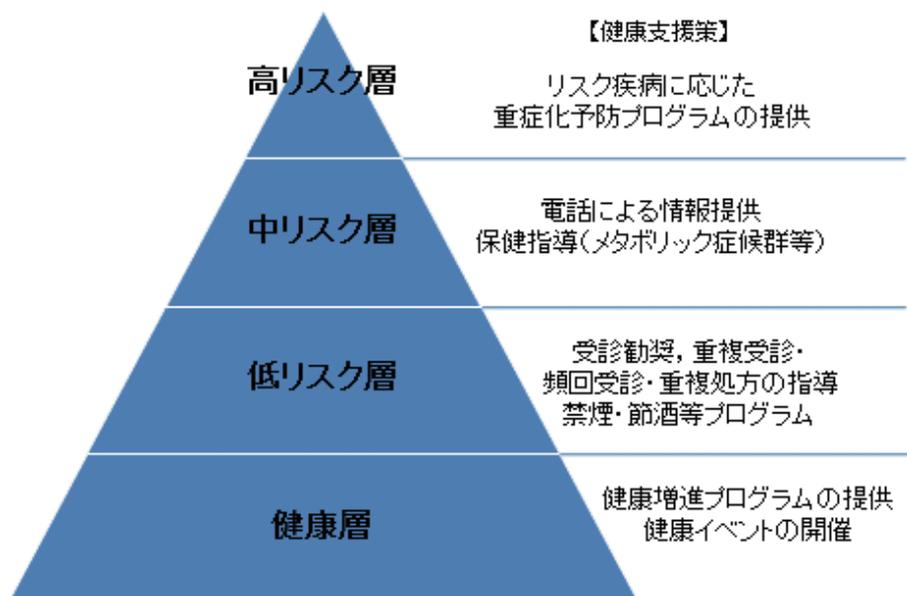


図 2-1 集団を階層化した例 (文献 6)

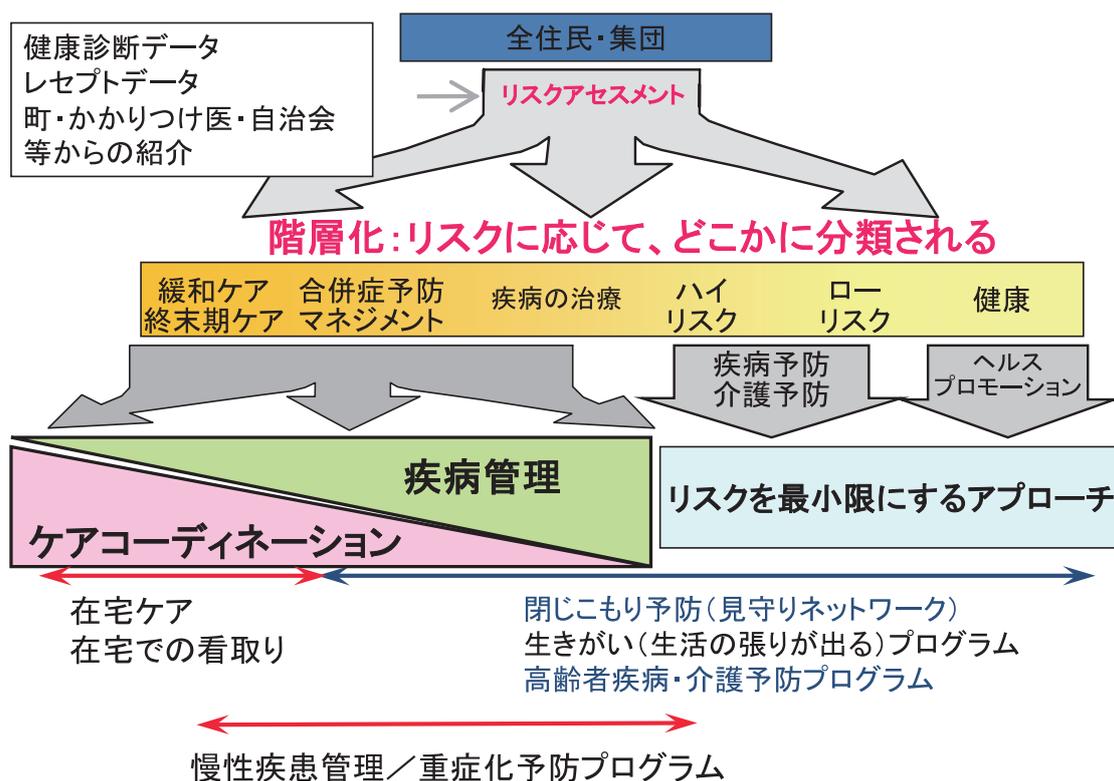


図 2-2 集団を階層化した例

### 3. 日本版疾病管理（慢性疾患重症化予防）の始動

#### 特定健診・特定保健指導から重症化予防へ

図3に疾病管理（Disease Management）で先行した米国における疾病管理の変遷を示す<sup>7)</sup>。わが国では、米国と異なり、診断前（治療開始前）のメタボリック症候群の改善に焦点を当てた二次予防が先行して始動したが、ようやく2010年、以下に定義を示すアウトカム指向型の疾病管理が政府によって推進された。

<b>第一世代（1990年代）</b> 服薬コンプライアンスのみに注目するような断片的なケアを提供するプログラム
<b>第二世代（1990年代後半～）</b> 重症患者や医療コストが高額となるリスクが極めて高い患者をターゲットとして働きかけを行うプログラム
<b>第三世代（2000年辺りから）</b> 特定の疾患に罹患しているか、罹患するリスクを有する患者の集団全体を対象とするプログラム
<b>現存（2004年くらい～）</b> 真の健康管理モデルとして、病気の治療よりも最適な健康状態の維持にウェイトが置かれるようになり、生涯にわたる健康教育を通じて、病気の予防のみならず、安全かつ健康なライフスタイルの維持を促進することを使命とする（代替医療やヒーリングも含まれる。）

図3 米国を中心とした疾病管理の変遷（文献7）、p4、表1参照

旧米国疾病管理協会による初期の疾病管理の定義<sup>8)</sup>

自己管理の努力が必要とされる患者集団のために作られた、ヘルスケアにおける介入・コミュニケーションのシステム。医師と患者との関係や医療計画をサポートする。エビデンスに基づく診療ガイドライン、患者を主体とする医療の戦略により、症状悪化・合併症の防止に重点を置く。総合的な健康改善を目標として、臨床的、人的、経済的アウトカムを評価する。

#### 広島県呉市における糖尿病性腎症重症化予防事業

呉市は以前から、ジェネリック医薬品の導入、重複受診・頻回受診・重複処方 of 適正化指導、特定健診・保健指導については行っていたが、図4に示すレセプトの分析結果に基づき、2010年からアウトカム指向型疾病管理（重症化予防）に取り組んだ<sup>9)</sup>。

対象者の抽出方法や具体的な事業の内容と結果については、次章の呉市の報告を参照されたい。展開（プログラム）は、初期の疾病管理の定義に忠実に、(1) 被保険者（糖尿病腎症患者）に対しては疾病管理ナースによる自己管理教育（セルフマネジメント教育）を行い、(2) 医師に対しては診療ガイドラインに基づいた療養行動目標設定を説明し、患者への指導内容を定期的にフィードバックすることで、医師と患者の治療コミュニケーションをサポートした。さらに、(3) 定期的に臨床指標（生理学的データ）とQOLや自己効力感を測定し、結果を指導にフィードバックさせた。最後に、(4) 透析導入・合併症発症者数といった臨床アウトカム、人的アウトカム（QOLや医師・患者の感想）、医療費といった経済的アウトカムを評価した。

本事業は、広島大学との共同研究として実施されたことから、プログラムの効果を測定するために、ケースマッチングをさせた比較群を置いた比較対照試験を行った。糖尿病腎症3b期、4期、5期（保

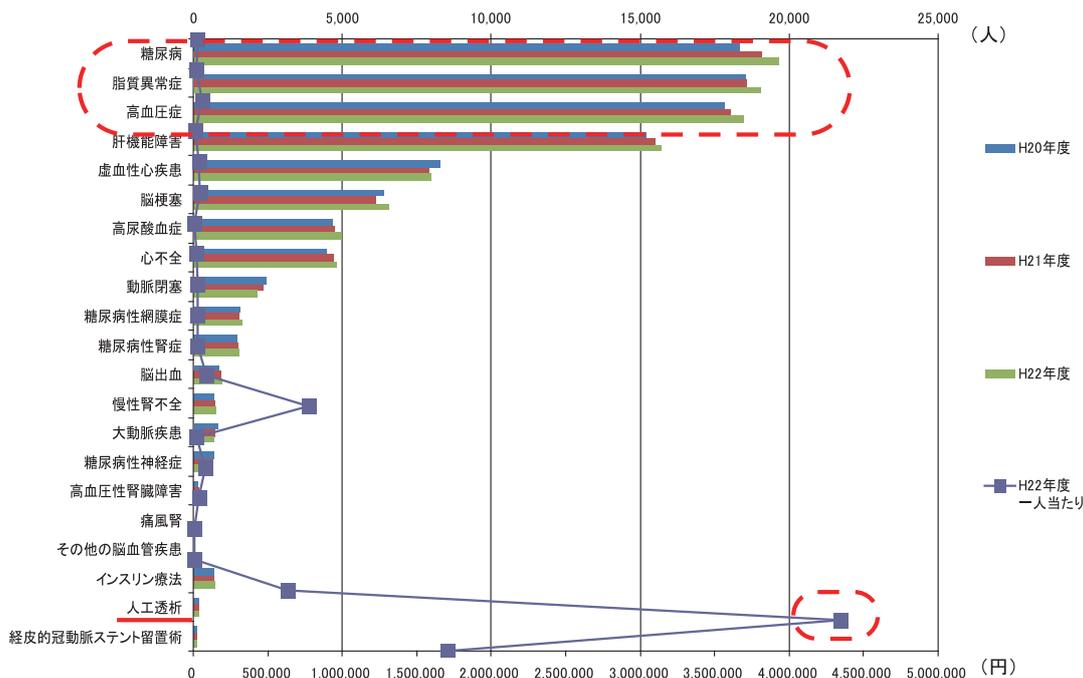


図4 呉市レセプト分析結果  
(呉市保険年金課資料)

存期) (2014年1月前の基準)の対象者に対して、12ヶ月の介入と12ヶ月の追跡を行った結果、介入群(プログラム実施群)と比較群(通常の治療群:主として糖尿病専門医が治療)の両者において15ヶ月目に心不全での死亡が各1名出たが、介入群からは透析導入になる者はいなかったのに対して、比較群からは2名の透析移行者が出た<sup>10)</sup>。その他、介入群においては自己管理行動が有意に改善している。(なお、36か月で、登録時点で4期後半(eGFR 15.2)の1名が透析導入となった。)

#### 4. おわりに

この呉市のモデルがきっかけとなり、日本においても保険者による三次予防(疾病管理)がスタートした。データヘルス計画の後押しもあり、現在、多くの保険者が疾病管理に取り組み始めている。日本でも、医療保険者が専門的な分析力と技術をもって、一次予防から三次予防まで、被保険者の健康管理を担う次代が到来したといえよう。

#### 文献

- 1) 厚生労働省保険局保険課「データヘルス」について(2014年2月3日)  
URL: [http://tokuteikenshin-hokensidou.jp/interview/002/datahealth\\_mhlw.pdf](http://tokuteikenshin-hokensidou.jp/interview/002/datahealth_mhlw.pdf)
- 2) 呉市保険年金課 行政資料 呉市における国保事業の医療費適正化に向けた取組みについて 平成24年4月
- 3) 杉崎弘章、太田圭洋、山川智之、他 第13回透析医療費実態調査報告 日本透析医会雑誌 2010; 25(1): 56-86
- 4) 全日本病院協会 医療の質の評価・公表等推進事業 臨床指標、医療費(2014年2月3日)

- URL : <http://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/indicator/09/>
- 5) Health Dialog UK: Combined predictive model. Final report, December 2006.
- 6) 厚生労働省保険局保険課. 被用者保険におけるデータ分析に基づく保健事業事例集 (データヘルス事例集)【第1版】平成25年9月 事例6、p.30-35 (2014年2月3日)  
URL : [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryokuhoken/hokenjigyoku/jirei.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/hokenjigyoku/jirei.html).
- 7) 森山美知子編著 新しい慢性疾患ケアモデルーディーズマネジメントとナーシングケースマネジメント、p.17-36、中央法規出版、2007
- 8) Population Health Alliance. PHM Glossary. Disease Management.(2014年2月3日)  
URL : <http://www.populationhealthalliance.org/research/phm-glossary/d.html>
- 9) 厚生労働省 平成24年度版厚生労働白書 呉市の医療費適正化に向けた取組みについて p.365、2012
- 10) Kazawa K., Takeshita Y., Yorioka N., Moriyama M. (2014). Efficacy of a disease management program focused on acquisition of self-management skills in pre-dialysis patients with diabetic nephropathy: 24 months follow-up. Journal of Nephrology, DOI: 10.1007/s40620-014-0144-2