

診察以外の患者への対応の状況を見てみると、糖尿病医では「具体的な食事メニューを作成」している割合が高かった（42 施設 71.2%）。また、「具体的な運動メニューを作成」している割合も3割を超えていた。一方、高血圧医では「具体的な運動メニューを作成」している割合が最も高く（14 施設 24.1%）、次いで「具体的な食事メニューを作成」している割合が高かった（9 施設 15.5%）。

問 8-③ 診察以外の患者への対応の状況

		している	していない	無回答
定期的な電話	糖尿病医	5	53	1
		8.5%	89.8%	1.7%
	高血圧医	3	48	7
		5.2%	82.8%	12.1%
運動器具等の無償貸与	糖尿病医	5	53	1
		8.5%	89.8%	1.7%
	高血圧医	1	50	7
		1.7%	86.2%	12.1%
具体的な食事メニューの作成	糖尿病医	42	15	2
		71.2%	25.4%	3.4%
	高血圧医	9	42	7
		15.5%	72.4%	12.1%
具体的な運動メニューの作成	糖尿病医	19	39	1
		32.2%	66.1%	1.7%
	高血圧医	14	37	7
		24.1%	63.8%	12.1%

生活習慣病指導時における外部資源（専門家・企業等）の活用状況等を聞いたところ、「利用している」のは糖尿病医では17施設（28.8%）であり、高血圧医では13施設（22.4%）であった。

問 9-① 外部機関の利用

	利用している	利用していない	無回答
糖尿病医	17	42	0
	28.8%	71.2%	0.0%
高血圧医	13	39	6
	22.4%	67.2%	10.3%

生活習慣病指導時に外部資源（専門家・企業等）を活用している場合の利用機関を聞いたところ、糖尿病医では「調剤薬局」と「保健所・保健センターなど」がそれぞれ最も多く（ともに 52.9%）、高血圧医では「フィットネスクラブ／健康増進施設」が最も多かった（38.5%）

問 9 - ① 利用している機関

	糖尿病医			高血圧医		
	回答数	割合 1	割合 2	回答数	割合 1	割合 2
健康自立支援サービス企業	2	11.8%	3.4%	1	7.7%	1.7%
フィットネスクラブ／健康増進施設	2	11.8%	3.4%	5	38.5%	8.6%
訪問看護ステーション	3	17.6%	5.1%	3	23.1%	5.2%
個人の有資格者・専門家	4	23.5%	6.8%	3	23.1%	5.2%
調剤薬局	9	52.9%	15.3%	3	23.1%	5.2%
保健所・保健センターなど	9	52.9%	15.3%			
その他	4	23.5%	6.8%	2	15.4%	3.4%

割合 1：問 9 における当該回答者数のうちの割合。

割合 2：全有効回答（糖尿病医 59 施設、高血圧医 58 施設）に対する割合。

外部の専門家・企業等から提供されるサービスとして、利用している（利用したい）サービスを聞いた。利用しているサービスについてみると、糖尿病医では「最新の疾病管理ガイドラインの提供」が最も多く（15.3%）、次いで「専門的な栄養指導／運動指導／生活指導」（13.6%）であった。一方高血圧医では「最新の疾病管理ガイドラインの提供」、「専門的な栄養指導／運動指導／生活指導」がそれぞれ17.2%で最も多かった。

また利用したいサービスをみると、糖尿病医では「専門的な栄養指導／運動指導／生活指導」が最も多く（32.2%）、次いで「患者様の健康情報のデータベース化」（22.0%）であった。一方高血圧医では、「専門的な栄養指導／運動指導／生活指導」が最も多く（24.1%）、次いで「最新の疾病管理ガイドラインの提供」（12.1%）であった。

問9-②利用している・利用したいサービス

	糖尿病医			高血圧医		
	利用している	利用したい	無回答	利用している	利用したい	無回答
専門的な栄養指導／運動指導／生活指導	8 13.6%	19 32.2%	32 54.2%	10 17.2%	14 24.1%	34 58.6%
最新の疾病管理ガイドラインの提供	9 15.3%	4 6.8%	46 78.0%	10 17.2%	7 12.1%	41 70.7%
看護師・薬剤師等による相談窓口	6 10.2%	4 6.8%	49 83.1%	4 6.9%	4 6.9%	50 86.2%
インターネットによる患者グループ等の窓口情報	6 10.2%	8 13.6%	45 76.3%	1 1.7%	3 5.2%	54 93.1%
患者様の健康情報のデータベース化	5 8.5%	13 22.0%	41 69.5%	0 0.0%	6 10.3%	52 89.7%
その他	0 0.0%	2 3.4%	57 96.6%	0 0.0%	0 0.0%	58 100.0%

外部の専門家・企業等によるサービスへの支払いについて、希望も含め聞いた。なお、保険薬局における保険給付分及び窓口負担分については含めないよう求めた。その結果、糖尿病医では「考えていない」が最も多く（18施設 30.5%）、次いで「医療機関と患者の双方」（12施設 20.3%）であった。一方高血圧医では「考えていない」が最も多く（22施設 37.9%）であり、次いで「全額患者負担」（7施設 12.1%）であった。

問9-③ 外部の専門家・企業等によるサービスへの支払い

	糖尿病医		高血圧医	
全額医療機関負担	5	8.5%	5	8.6%
医療機関と患者の双方	12	20.3%	4	6.9%
全額患者負担	8	13.6%	7	12.1%
その他	3	5.1%	3	5.2%
考えていない	18	30.5%	22	37.9%
無回答	13	22.0%	17	29.3%

(4)まとめ

高血圧学会会員ならびに日本臨床糖尿病医会会員を対象に管理料算定について調査した。管理料を算定しているものは、高血圧 22.4%、糖尿病 23.7%であった。新たな管理料のもとで今後算定するかとの問に対しては、高血圧では算定を増やしたいとするもの 6.9%、増やさないもしくは減らすとするもの 15.5%であり、糖尿病では、算定を増やしたいとするもの 13.6%、増やさないもしくは減らすとするもの 25.4%であった。また、指導の外部資源利用については、一般医とほぼ同じ傾向であり、現在の利用では行政機関・保健所がもっとも多く、今後の利用意向では専門的な栄養・運動・生活指導が最も多かったが、糖尿病医でも全体の 3 割程度であり、やや一般医に比べると高かった。もっとも重点的に指導を行うタイミングでの指導に要する時間は高血圧 74.6 分、糖尿病 130.0 分であった。

2.3. 訪問看護ステーション

2.3.1. 方法

医療機関以外の専門機関が生活習慣指導にかかわる可能性として訪問看護ステーションを想定し、全国訪問看護事業協会の協力を受け、4,657 施設を対象にファックスアンケート調査を 11 月 21 日発送、11 月 30 日回収で実施した。回収数は 1,613 通。

【調査内容】

- ・ 現在、生活習慣病に関する予防管理を行っているか。行っている場合の内容
- ・ 情報共有化、保管、個人情報保護のあり方
- ・ 生活習慣病指導管理関連サービスを実施するための諸条件・方策 / 等

2.3.2. 結果

(1) 回答率ならびに施設に関する基本情報

開設主体をみると、「医療法人」が最も多く（47.0%）、次いで「営利法人」（14.1%）、「社会福祉法人」（10.6%）、「医師会」（7.4%）などが多かった。今回の回答施設の属性を国が実施する「介護サービス施設・事業所調査」の分布と比べ、ほぼ同様の傾向であった。

問1 開設主体

全体	全体	国・地方 公共団体	医療法人	医師会	看護協会	社会福祉法人	営利法人	特定非 営利活 動法人 (NPO)	その他 法人
本調査	1613	72	758	119	61	171	227	16	179
	100.0%	4.5%	47.0%	7.4%	3.8%	10.6%	14.1%	1.0%	11.1%
全国 調査	5224	333	2507	325	161	511	680	37	670
		6.4%	48.0%	6.2%	3.1%	9.8%	13.0%	0.7%	12.8%

下段：全国調査は、平成16年度「介護サービス施設・事業所調査」の値。

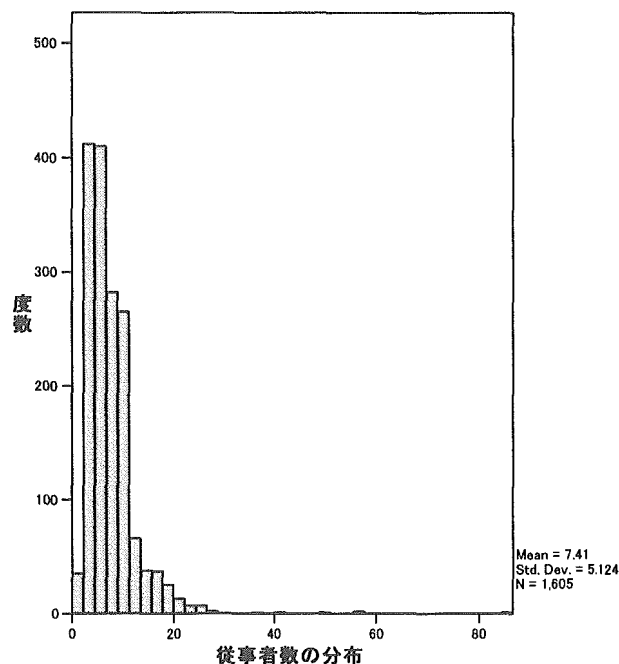
同一法人等が運営する施設をみると、「居宅介護支援事業所」が最も多く（75.5%）、次いで「デイケア/デイサービス」（48.5%）、「介護老人保健施設」（32.6%）、「200床未満の病院」（29.2%）などが多かった。

問2 同一法人等が運営する施設

全体	診療所	200 床未満 の病院	200 床以上 の病院	介護老 人保健 施設	介護老 人福祉 施設	デイケ ア/デ イサー ビス	居宅介 護支援 事業所	健康増 進施設 (運動 施設)	その他	特にな し
1613	366	471	302	526	169	783	1218	40	382	112
100.0%	22.7%	29.2%	18.7%	32.6%	10.5%	48.5%	75.5%	2.5%	23.7%	6.9%

(2) 従事者に関する事項

従事者数（常勤、非常勤含む）の平均は7.41人、中央値は6人であった。



従事者の職種別内訳をみると、常勤で最も多いのは「看護師」であり（平均 3.15 人）、次いで「作業療法士」（平均 1.75 人）、「理学療法士」（平均 1.66 人）などが多かった。また、非常勤で最も多いのは「看護師」であり（平均 3.30 人）、次いで「理学療法士」（平均 2.03 人）、「准看護師」（平均 1.68 人）などが多かった。

問4 従事者数

	常勤					非常勤				
	N	合計値 平均値	生活習慣病患者の指導 経験あり			N	合計値 平均値	生活習慣病患者の指導 経験あり		
N			合計値 平均値	割合	N			合計値 平均値	割合	
保健師	185	236 1.28	109	127 1.17	53.8%	72	95 1.32	49	64 1.31	67.4%
看護師	1558	4,912 3.15	700	2,047 2.92	41.7%	1089	3,590 3.30	469	1,512 3.22	42.1%
准看護師	348	532 1.53	115	161 1.40	30.3%	262	441 1.68	77	133 1.73	30.2%
理学療法士	290	481 1.66	39	65 1.67	13.5%	288	584 2.03	38	84 2.21	14.4%
作業療法士	150	262 1.75	19	29 1.53	11.1%	143	212 1.48	15	18 1.20	8.5%
その他	217	288 1.33	4	8 2.00	2.8%	157	223 1.42	5	7 1.40	3.1%

従事者のうち、有資格者の人数をみると、常勤では糖尿病療養指導士が平均 1.10 人、認定看護師がいたのは 1 施設で 1 人のみであった。糖尿病療養指導士がいる施設のうち、生活習慣病患者の指導経験のある有資格者が常勤している施設の割合は 47.8%であった。一方、非常勤では糖尿病療養指導士が平均 1.14 人、認定看護師がいたのは 2 施設でそれぞれ 1 人ずつであった。そのうち、生活習慣病患者の指導経験のある有資格者が非常勤でいる施設の割合は 62.5%であった。

問 3 従事者のうち、有資格者

	常勤					非常勤				
			生活習慣病患者の指導 経験あり					生活習慣病患者の指導 経験あり		
認定看護師	1	1	1	1	100%	2	2	2	2	100%
		1.00		1.00			1.00		1.00	
糖尿病療養 指導士	21	23	10	11	47.8%	7	8	4	5	62.5%
		1.10		1.10			1.14		1.25	
その他	30	51	4	8	15.7%	5	7	2	2	28.6%
		1.70		2.00			1.40		1.00	

(3) 利用者に関する事項

利用者数の平均は 58.59 人であった。そのうち、介護保険適用の利用者は平均 46.74 人であり、そのうち生活習慣病を有する利用者は平均 18.60 人いた。一方、医療保険適用の利用者は平均 12.23 人であり、そのうち生活習慣病を有する利用者は 3.88 人であった。

問 5 利用者数

	N	総数	割合	平均
総数	1,580	92,577	100.0%	58.59
介護保険	1,566	73,191	79.1%	46.74
介護保険・生活習慣病を有する患者	1,283	23,864	25.8%	18.6
医療保険	1,470	17,979	19.4%	12.23
医療保険・生活習慣病を有する患者	818	3,175	3.4%	3.88
自費による者	60	125	0.1%	2.08
自費による者・生活習慣病を有する患者	15	36	0.0%	2.4

患者情報の連携状況をみると、患者情報を入手しているのは 87.4% であった。入手している場合の情報の入手元をみると、「ケアマネジャー」が最も多く (88.9%)、次いで「家族」(84.5%)、「本人」(70.0%)、「医師」(61.5%) であった。また入手している情報の内容をみると、「病歴・病状」が最も多く (93.6%)、次いで「検査情報」(71.9%)、「指導・管理等」(57.2%) であった。

問 6 患者情報の連携 (患者情報の入手の有無)

【複数回答】

		N	割合
全 体		1,613	100.0%
患者情報の連携がある		1,409	87.4%
患者情報の連携がない		38	2.4%
ある場合の情報の入手元	医師から	867	61.5%
	本人から	986	70.0%
	家族から	1,191	84.5%
	保健師から	197	14.0%
	ケアマネジャーから	1,252	88.9%
	その他	280	19.9%
ある場合の内容	病歴・病状	1,319	93.6%
	検査情報	1,013	71.9%
	指導・管理等	806	57.2%
	その他	174	12.3%

(4) 生活習慣病指導に関する事項

生活習慣病の重症化予防のために指導を実施している割合は 80.3%であった。実施している指導の内容をみると、「食生活」が最も多く (93.9%)、次いで「服薬」(91.7%)、「疾病知識」(79.7%)、「運動」(77.5%) 等が多かった。また、指導を実施する際に用いているツールをみると、「血圧計」が最も多く (76.9%)、次いで「自己血糖測定器」(73.6%) などが多かった。

問 7 生活習慣病重症化予防のための指導

【複数回答】

		N	割合
全 体		1,613	100.0%
実施している		1,296	80.3%
実施していない		216	13.4%
実施している場合の 指導内容	運動	1,004	77.5%
	食生活	1,217	93.9%
	疾病知識	1,033	79.7%
	服薬	1,188	91.7%
	体重減量	818	63.1%
	禁煙	501	38.7%
	休養	355	27.4%
	その他	75	5.8%
実施している場合の ツール	アセスメント票・問診票	326	25.2%
	身体状況に関する記録表	593	45.8%
	運動実践に関する記録表	193	14.9%
	食事記録表	556	42.9%
	カロリー計算表	186	14.4%
	歩数計・体重計	633	48.8%
	自己血糖測定器	954	73.6%
	血圧計	997	76.9%
	パンフレット・冊子・ビデオ等	498	38.4%
	その他	39	3.0%
	特に用いていない	66	5.1%

施設設備の状況を見ると、個別相談のできるスペースがあるのは、71.8%であった。

問 8 施設設備の状況 (個別相談のできるスペース)

		N	割合
全 体		1613	100.0%
個別相談のできるスペース	ある	1158	71.8%
	ない	360	22.3%

今後、生活習慣病重症化予防を目的とする事業が制度化された場合の実施意向について聞いたところ、「今後ぜひやりたい」と回答したのは 18.1%で、「報酬等の条件があえばやってみたい」としたのは 70.4%であった。なお、本調査において「事業」とは、生活習慣病治療のために医療機関に通院している患者を対象に、その主治医との連携のもと、日常生活上の問題を把握し、患者にあった生活指導のメニュー作りや指導を行う事業と定義した。

問 9 今後の意向

	N	割合
全 体	1613	100.0%
今後ぜひやりたい	292	18.1%
報酬等の条件があえばやってみたい	1136	70.4%
あまりやりたくない	99	6.1%
やりたくない	20	1.2%

事業実施において、重要と思われる事項についてきいたところ、「専門スキルを持った人材の確保」が最も多く（79.0%）、次いで「ノウハウの蓄積」（64.6%）、「事業方針の見直し」（36.6%）、「スペースの確保」（19.7%）であった。

問 10 今後の事業実施における重要事項

【複数回答】

	N	割合
全 体	1613	100.0%
専門スキルを持った人材の確保	1275	79.0%
スペースの確保	317	19.7%
事業方針の見直し	591	36.6%
ノウハウの蓄積	1042	64.6%
その他	84	5.2%

(5) まとめ

全国訪問看護事業協会会員の訪問看護事業者を対象に調査した。生活習慣病の重症化予防のための指導を実施している施設は 80.3%であり、実施している内容では、食生活 93.9%、服薬 91.7%、病気の知識 79.7%、運動 77.5%の順で多かった。今後訪問看護ステーションでの指導が制度化された場合の実施意向については、是非実施したいとするもの 18.1%、報酬等の条件が合えば実施したいとするもの 70.4%で、実施に消極的な意見は 7.3%であった。事業実施において重要な事項は、専門スキルをもった人材の確保が 79.0%と最も多く、次いでノウハウの蓄積が 64.6%であった。

2.4 アンケート調査の考察とまとめ

高血圧、糖尿病をはじめとする生活習慣病の治療において生活習慣の修正を必要とする患者への適切な指導が重要であることはいうまでもないが、専門医であっても一般医であっても、運動・食事指導について医師自らが指導を行うには十分な時間も、場合によってはそれらに関する知識も不十分なことが多い。今回の調査では、生活習慣病指導管理料は患者の負担につながることから算定しにくいとの意見があり、専門医でも管理料を算定せず指導を行っているところが多かった。効果のある指導のためには、専門スタッフや設備が必要であるが、一般医では院内に十分なスタッフがいらない施設も多く、現行の「生活習慣病指導管理料」が必ずしも質の高い指導を支える仕組みとはなっていないと考えられる。

専門職種がより積極的に指導に参加できる仕組みづくりが必要であり、訪問看護ステーションのような医療機関と連携の実績のある組織が今後この役割を担っていくことの可能性があるものの、指導内容の標準化が重要であると考えられた。

また、生活習慣指導を外部の専門組織に委託することについては、医療機関の意見としては現在のところ消極的であるが、外部施設の利用を指示されたとしても実際に患者がそれらの施設を利用するかどうかの問題もあろう。外部施設での生活習慣指導は、専門職による指導が受けられる、利用者の勤務・生活時間帯に合わせたサービス(指導や施設の利用)提供がなされる可能性があるなどのメリットが考えられる反面、利用者自身が外部施設でサービスを受けることのメリット、質を評価できることも重要であろう。また、わが国において生活習慣病指導が適切に実施されるためには、サービス提供ための費用の補填について考慮しなければならない。生活習慣病指導管理料は、専門医において必要とされる費用を補填できる金額ではないことや、指導内容の質が担保できないとの課題も残されている。

本研究結果が、今後、生活習慣病指導管理料のあり方を検討するための資料として利用されることが期待される。

第3章 生活習慣病指導を実施する組織・企業の現状と今後の課題

3.1 調査方法

インターネットにより生活習慣病の指導・管理を行っている企業、医療法42条施設、訪問看護ステーションについての情報検索を行い、それらの取組について類型化を行った。また、特徴ある取組を行っているものについては、ヒアリング調査を実施し、生活習慣病指導にかかわるサービス内容、クライアントと対象者と予防の種類等、医療機関との連携状況等を聴取した。

3.2 結果：日本型疾病管理組織の現状と課題

(1) 疾病管理の概念整理

「疾病管理」については、目的と対象によってその内容や定義がさまざまである。現在、代表的な定義としては米国疾病管理協会(Disease Management Association of America; DMAA)のものがある。そこでは、「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もので、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おく。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。」とされている。これ以外にも、関心領域により範囲や定義が異なることもある。たとえば、一次予防にフォーカスを当て健康増進や健康教育に重点をおくものや、日常生活や受診行動に大きな問題を抱える患者に対する個別介入を行うケースマネジメントに重点をおいたものもある。通常、疾病管理とは、疾病、特に生活習慣病を中心とした慢性疾患に焦点を当て、重症化予防を通して医療の質と費用コントロールすることを目的としている。すなわち、慢性疾患に関わるコストの大半は合併症の治療費であり、適切な治療やライフスタイル修正により合併症罹患を予防することで、ヘルスケア・システムに支払う費用を回避することが目標となるからである。

疾病管理のプロセスは、①集団のリスク評価をもとに介入すべき対象を明らかにする「現状分析・目標設定」のコア、②目標を達成するために、それぞれの状態に応じた実施ガイドラインをもとに医療関係者への教育ツール・患者啓発ツールの作成と医療現場での周知徹底を行う「介入」のコア、そして③ディジーズ・マネジメントプログラムの成果を分析する「分析・評価」コアに分けて考えることができ、評価結果は目標へフィードバックされる。

現状分析・目標設定のコアでは、特定の疾病について、人口学的要因（性、年齢、人種など）、疾病の重症度、治療遵守や患者行動、費用構造、再発頻度などのデータをもとに、費用削減となりうる集団を特定し、個々の患者、住民のリスクの評価をもとに介入目標が設定される。介入コアでは、リスク評価を行ってそれらの情報を収集・分析し、疾病管理を行おうとする対象疾患に関して高リスク・グループから低リスク・グループまで階層ごとに分け、介入プランを作成する。介入は、教育やコミュニケーションが中心であり、具体的な患者への介入方法は、各患者の健康リスク状態に応じて決まるが、すべての患者に対して介入するプログラムもある。患者だけでなく、医療サービス提供者も、最新のEBMに関する知識の適用のために教育・支援の対象になる場合もある。また、複数の職種が介入にかかわる場合はそれぞれの役割を明確にしておく必要がある。分析・評価においては、医学的評価だけでなく、患者の行動や、目標達成のために医療提供者がどの程度標準にそった診療を行っているか、などの視点からも検討がなされる。

疾病管理は、慢性疾患患者の治療を改善するプロセスであり、患者が最新のエビデンスに従って治療を受け、ライフスタイル改善の援助が中核となるエビデンスに基づく医療（EBM）の実践手段ともいえる。

(2) 疾病管理ビジネスと日米の違い

疾病管理は、米国のヘルスケア・システムの中で発展してきたものであるが、米国の疾病管理企業はビジネスとして支払者（雇用者や保険者など）に疾病管理サービスを提供している。こうした企業を使わずに独自の疾病管理プログラムを運営する支払者や雇用者もあり、それらで独自に確立されたプログラムもある。

DMAA の分類では、疾病管理プロセスのすべての内容を含むものを完全サービス疾病管理（full-service disease management）とよび、一部のサービスのみを提供するプログラムを疾病管理サポートサービス（disease management support service）としている。米国では、疾病管理企業の多くが疾病ごとにフルサービスプログラムを提供しているが、研究機関、装置会社、製薬会社などのヘルスケア産業は、疾病管理ツールを提供するサポートサービスである。

こうした企業の多くは、支払い者と契約を結び、疾病管理プログラムやツールの提供により当該疾病の医療費削減額がプログラム・ツールの費用を上回ることを示し、削減分をマージンとしている。現在、多くの類似プログラムが全米の多くのマネジドケア組織で実施されており、とくにアメリカン・ヘルスウェイズ（the American Healthways : AH、旧 Diabetes Treatment Centers of America）は、疾病管理企業のビジネスモデルとなっている。

わが国でも、新たな疾病管理ビジネスが登場している。疾病管理は概念としては新しいものであるが、製薬企業の患者向けパンフレットなどは疾病管理サポートサービスといえる。また、職域でも産業保健活動として疾病管理に取り組んでいる企業もある。

会員制の健康管理・アドバイスサービスは比較的以前から行われているが、地域で糖尿病療養指導士を派遣する事業を開始しているところもある。生活習慣病にかかわる日常生活の問題を評価しアドバイスを与えたりするサービスは製薬企業だけでなく生損保企業も行っており、携帯電話やインターネットなどさまざまな通信手段を用いている。また、最近では、電話による健康相談や体調モニターを行う企業も登場し、米国で成功をおさめている看護師コールセンター・モデル類似のサービスが登場してきている。

米国の疾病管理は、主に慢性疾患を対象にそれらの重症化予防（三次予防）を通して、疾病に関わる費用（burden of illness）のコントロールと医療の質の向上することを目的としている。生活習慣病に着目すれば、わが国では医療機関が生活習慣病指導管理のイニシアティブをとるのに対し、米国では主に保険者が疾病管理サービスを受けるべきかどうかの判断を行っているとの違いがあるが、米国の疾病管理ビジネスは、生活習慣病指導管理が外注されている形態とみることもできる。一方、わが国では、現在、生活習慣病対策の中では、三次予防より、生活習慣病への罹患予防により重点が置かれ、「集団マネジメント」の考え方に基づく国民全体の健康的な生活様式やそのための知識の普及と、「ハイリスクアプローチ」の考え方に基づく将来的に生活習慣病に罹患するリスクの高い集団を対象にした生活習慣指導改善（一次予防）とリスク発見のための健診事業（二次予防）のあり方が検討されている。

一次予防を目標とする場合と、三次予防を目的とする場合とでは、疾病管理における介入手段も介入後の評価方法も異なってくる。また、一次予防、二次予防に関しては、わが国では職域と地域それぞれ独立した健康増進・健診の仕組みが存在している。

職域の健康増進・健診活動については、労働安全衛生法による健康管理と、職域健康保険組合による健康診断、健康相談などの保健事業とが、制度上、それぞれが独立して存在していること

になっている。しかしながら、わが国の産業保健制度においては、職域の健康診断が事実上一般健診化しており、多くの場合健康保険組合の補助により、がん検診や眼底検査などその他の健康診断項目も追加されている。政府管掌健康保険も、基本的には職域型の健康増進・健診活動であるが、中小企業の従業員と家族を対象としているため、健康増進活動は、社会保険健康事業財団が行う。地域の健康増進・健診活動については、国民健康保険と自治体が主体となっており、国民健康保険の対象者の多くは、40歳以上を対象とする老人保健事業による基本健診や健康教育が行われている。

これに対し、三次予防の疾病管理のあり方は、一次・二次予防とは様相が異なる。一次・二次予防がリスクに応じて集団を階層化し、細分化されてはいるものの集団を対象とした介入が中心であるのに対し、三次予防では、個々の問題に応じた介入プログラムが立案されることになる。個々の問題についても医療現場からより詳細なデータを入手することが可能であるが、個人情報保護の問題はより一層慎重でなければならない。個々の問題に対応したプログラムが立案されると、プログラムに基づくサービス提供が行われるが、必要資源に応じた医療連携も必要になる。

例えば、糖尿病であれば、網膜症予防のための内科医と眼科医の連携や、教育入院のための一般医と専門医（病院）との連携、運動施設との連携などがありうる。また、専門職の紹介（現行法では医療専門職の派遣は僻地等を除き禁止される）や、一般医や専門職種への最新医療や患者教育の方法などの教育も広い意味での連携に当たる。

以上のように、わが国の生活習慣病指導のための疾病管理は、一次・二次予防が主眼となっており、計画・実施主体は保険者もしくは自治体である点が米国と大きく異なっている。そのため、米国に比べるとわが国の疾病管理ビジネスはより多様であるともいえる。

(3) 疾病管理プログラムと企業の類型化

わが国の疾病管理ビジネスは、提供するサービス・顧客等を軸として以下のように分類することができる。なお、本稿では、ヒアリングを行った組織ならびに企業以外の医療機関や非営利組織のみの名称を示した。

まず、米国疾病管理協会は、ビジネスの形態として、上記疾病管理の3コアのすべてを提供するものを「完全サービス疾病管理 (full-service disease management)」とよび、一部のサービスのみを提供するプログラムを「疾病管理サポートサービス (disease management support service)」とよんでいる。

完全サービス疾病管理は、データに基づき対象集団の層別・特定化を行ってから介入を行い、介入評価を行うものである。層別・特定化のためのデータとしては、健診、レセプトが利用可能であり、そのため、これらのデータを保有している保険者が主たる顧客となっている（すなわち一次・二次予防を目的）。三次予防を目的として医療機関と連携するためには、診療情報が必要となるため、医療法のもとで患者の個人情報の取扱いの制限が厳しくビジネスとしては成立しがたいのが現状である。

一方、疾病管理サポートサービスについては、様々な業種が様々なサービスの提供を行っている。これらのサービス提供における顧客についても、①直接の患者・住民、②自治体・保険者、③医療機関・専門職（医師ならびに医療機関や自治体等に勤務する保健師などのコメディカルスタッフも含む）に分けることができる。

レセプト点検業者の中には、レセプトデータを用いて集団の層別・特定化の部分のみのサービスを提供する企業も登場している。この顧客は完全サービス疾病管理と同様、保険者である。

しかし多くの多く疾病管理サポートサービスは、介入部分すなわち生活習慣改善や自己管理サポートサービス提供を主眼としている。以下の節では介入サービスとよんでいる。

直接の患者・住民への介入サービスは、患者・住民が顧客であるため、個人の負担となるが、保険者が一部負担する場合もある。会員制の健康クラブやフィットネスなども広い意味の疾病管理ビジネスである。これらでは利用者個々に対してオーダーメイド形の健康管理や運動をはじめとする自己管理メニューが提供される。医療法42条施設での運動メニューは、患者が利用するこのサービスの一部である（例えばウエルネス葛西。ヒアリング資料参照）。電話相談、オンラインサービスなどを行う企業も登場してきているが、個別オーダーメイドではなく、ある程度定式化された相談が行われており、米国の疾病管理の特徴である集団的介入サービスである。

自治体・保険者を顧客とする介入サービスの多くは、完全サービス疾病管理の一部で行われており、介入サービスのみ提供は少ない。介入サービス単体で提供されるものは、自治体等から患者・住民に配布されるパンフレット、教材の提供が主なものである。

医療機関・専門職を顧客としたサービスについても、上記と同様、医療機関やコメディカルスタッフが患者・住民教育用に使用するパンフレット等の提供がある。さらに、専門職自身が使用する最新の病気やその治療に関する情報提供も行われていることもある。ただしこれらの多くは疾病管理ビジネスとしては行われておらず、製薬企業等が本業ビジネスに付帯する「サービス」として提供されていることが多い。その一方で、専門職を対象としたより直接的なサービスも行われている。具体的には、専門職が患者・住民を対象に教育するための専門知識や技能の教育を行うサービスがある（例えばネクストウエルネス株式会社。ヒアリング資料参照）。

さらに企業以外がこうした専門職を対象とするサービスを提供しているものもある。

例えば、千葉県立東金病院を中心とした「わかしお医療ネットワーク」では、糖尿病に焦点をあて、電子カルテを基盤として、参加している医療機関の医師、薬剤師を対象に適切なインスリン治療を行うための教育を実施している (http://www.medis.or.jp/archives/200203/pdf/1/1_3.pdf)。また、「NPO 法人西東京糖尿病研究会」では、わかしお医療ネットワークと同様に専門職種の教育を行っているほか、管理栄養士の紹介事業も行っており、糖尿病医療に関わる連携のあり方として興味深い事例でといえる (http://www.nishitokyo-dm.net/str_jig.html)。

なお、上記には分類していないが、疾病管理企業へのサービス提供も可能性として考える。例えば、疾病に関する知識や自己管理に関わるコンテンツの提供、企業に代わってオンラインや電話コールを請け負うサービスなどである。こうした BtoB 型のビジネスも今後発展していく可能性があるだろう。

今回の調査でヒアリングをさせていただいた企業を上記の分類にあてはめると、株式会社ウェルビーイングは完全サービス疾病管理企業であり、他はサポートサービス企業である。このうちウエルネス葛西は 42 条施設で患者への直接サービス提供、ネクストウェルネス株式会社は医療機関・専門職へのサービスである。ヒアリング内容の詳細は添付資料を参照されたい。

表 疾病管理ビジネス類型化

完全サービス疾病管理	データ分析を行い、目標設定（対象者の選定・重点化）から、介入、介入後の評価まで一貫して行うもの。
疾病管理サポートサービス	目標設定、介入、評価のうちの一部のみを行うもの。 顧客により以下のように再分類される。
消費者・患者サポート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者へのサービス提供 ・ 日常生活評価と改善計画
ヘルスケア提供者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の教育 ・ 専門職種の派遣 ・ 各種情報サービス <ul style="list-style-type: none"> ➢ ガイドライン ➢ 意思決定サポートソフトウェア ➢ 患者アセスメントツール
企業	BtoBtoC コンテンツの提供

(4) 疾病管理ビジネスの課題

①重症化予防のための生活習慣指導管理の手法確立の必要性

現在、わが国において、疾病管理がビジネスとして展開しているのは、保険者や自治体における疾病への罹患を未然に防ぐ一次予防への対応が中心となっている。しかし、疾病管理を行うことにより、重症化の防止やそれに伴う医療費の高騰を防止する等の効果が見込まれるのは、医療機関が担い手となっている三次予防の場面であるということが容易に想像しうる。

しかし、現時点では、本調査における一般医、専門医に対するアンケートの両者からわかるように、医療機関が行う生活習慣病指導管理において、疾病管理ビジネスが活用されているケースはほとんどない。

これは、疾病管理がビジネスとして成立しうる場合であっても、その担い手がわが国ではまだ十分には育っていないことも一因として挙げられるが、その一方で医療機関側においても、重症化予防のための生活習慣指導管理の手法が十分に確立されておらず、どの部分において役割分担が可能であるのかが明確になっていないことも考え得る。

そのため、重症化予防のための生活習慣指導管理の手法の標準化が喫緊の課題として挙げられるであろう。

②担い手の育成

先に述べたように、疾病管理ビジネスが今後わが国で発展していくためには、具体的手法が確立すると同時に、その担い手がより多く育成されなければならない。

本調査において実施した訪問看護ステーションのアンケートによると、訪問看護ステーションでは、生活習慣病患者の指導管理の経験を持つ人材も多く、これまでも生活習慣病の重症化予防のための指導を実施してきているという回答が多くなっているものの、今後の事業実施にあたっては、専門スキルを持った人材の確保が最重要事項として挙げられている。

つまり、医療機関以外が疾病管理を担うにあたっては、ビジネスとしての展開を目指す者が、医師が「指導せん」の中で明記した計画に基づいて、生活習慣改善にあたっての指導、管理ができる人材を確保していかなければならない。

なお、医療機関以外がそのような疾病管理を担うことが人材を確保し、ビジネスを展開していくには、医療機関以外が疾病管理を行うことによって何らかの報酬を得ることができる仕組みが確立されることがインセンティブとなっていくことも考え得る。

③サービスの質の担保の仕組みの形成

上記のような課題がクリアされ、疾病管理がビジネスとして成立するようになっても、サービスの質が確保されるとは言えない。医療の一翼を担う疾病管理には、一定のサービスの質が確保されるべきであり、そのためには様々な主体が疾病管理ビジネスに参入するに当たり、質の担保ができる仕組みを用意しておく必要がある。

一つには参入に当たっての入り口で、担い手に対して認定制度を与えていくことが考え得る。医療機関と連携して疾病管理が実施できる主体に対して、一定の基準を設け、厚生労働省により、「疾病管理事業者」としての認定を与えることにより、質の担保をはかっていく方策ことを検討

していく必要があるであろう。

また、参入が認められた事業者に対しては、第三者評価のような形で、事業評価、事業者評価を行っていくことにより、恒常的な質の向上を図っていくことを求めていくことが必要となろう。

以上のような仕組みを設けることによって、患者が安心して利用できる疾病管理サービスが提供されるようになることを期待したい。